

Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und ihre Anwendung

T. Fuchs

Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg

Schlüsselwörter

Philosophie, Psychiatrie, Leib-Seele-Problem, Krankheitsbegriff, Subjektivität

Zusammenfassung

Die Philosophie lässt sich nicht nur als eine Nachbardisziplin, sondern auch als eine Grundlagenwissenschaft für die Psychiatrie auffassen, deren Bedeutung in den letzten Jahren national und international stark zugenommen hat. Der vorliegende Beitrag stellt drei grundlegende Aufgaben dar, die die Philosophie in der Psychiatrie erfüllen kann: 1. Klärung der psychiatrischen Grundbegriffe; 2. Methoden- und Paradigmenreflexion; 3. Grundlegung psychiatrischer Konzeptionen. Schließlich werden die speziellen Themen des 1. Leib-Seele-Problems, 2. des Ursachenbegriffs, 3. des Krankheitsbegriffs und 4. der Subjektivität erörtert.

Keywords

Philosophy, psychiatry, mind-body problem, notion of illness, subjectivity

Summary

Philosophy may be regarded not only as a neighbouring discipline, but also as a foundational science of psychiatry whose importance has significantly increased in the last years on the national as well as international level. The paper points out four fundamental tasks that philosophy can fulfil within psychiatry: 1. clarification of fundamental notions; 2. reflection of methods and paradigms; 3. foundation of psychiatric concepts. Finally, the special topics of 1. the mind-body problem, 2. the notion of causation, 3. the notions of illness and disease, and 4. the issue of subjectivity are discussed.

Philosophical foundations of psychiatry and their application

Die Psychiatrie 2010; 7: 235–241

Seit ihrer Entstehung um 1800 bewegt sich die Psychiatrie in dem Spannungsfeld zwischen Geistes- und Naturwissenschaften, zwischen subjekt-orientierter Erlebenswissenschaft einerseits und objektivierender Neurowissenschaft andererseits. Im Streit zwischen „Psychikern“ und „Somatikern“, der das ganze 19. Jahrhundert durchzog, spiegelte sich der grundlegende Dualismus der westlichen Kultur, die seit der Neuzeit Geistiges und Körperliches, Psychisches und Physisches nicht mehr als Funktionen eines einheitlichen, lebendigen Organismus zusammen zu denken vermochte. Auch im letzten Jahrhundert sind die Konflikte zwischen erklärenden und verstehenden Ansätzen, Hirnmechanik und Psychodynamik, Psychiatrie und Psychosomatik immer wieder mit besonderer Heftigkeit ausgetragen worden.

Der Dualismus scheint heute überwunden durch einen Naturalismus, der subjektives Erleben mit neuronalen Prozessen weitgehend gleichsetzt. Dementsprechend verfolgt die biologische Psychiatrie das Ziel, in abweichenden Hirn-

aktivitäten die Ursache psychischer Leiden zu finden – gemäß Griesingers oft zitiertem Leitsatz: „Psychische Krankheiten sind Gehirnerkrankheiten.“ Die inneren Widersprüche der Psychiatrie scheinen sich in einem neurobiologischen Monismus aufzulösen, der auch noch die Psychotherapie als eine Form der Neuromodulation oder –modifikation integrieren kann. Bei allen Fortschritten, die das biologische Paradigma in der Grundlagenforschung erzielt hat – der Preis besteht doch in der Tendenz, psychische Krankheiten isoliert von den Beziehungen des Patienten zu seiner Umwelt zu betrachten und die Bedeutung des Subjekterlebens für die Krankheit zu vernachlässigen.

In dieser Lage kommt der philosophischen Grundlagenforschung, die in der Psychiatrie traditionell einen besonderen Stellenwert besitzt, erneut eine zentrale Bedeutung zu. Sie hat die Aufgabe, die neuen Erkenntnisse und Sichtweisen der Neurowissenschaften mit den Methoden der Philosophie zu analysieren, zu interpretieren und so die Vo-

raussetzungen zu schaffen, dass die neurobiologischen Fortschritte der Psychiatrie zugute kommen, ohne zu einem Verlust ihrer paradigmatischen Vielfalt zu führen. Denn die Vielfalt teils komplementärer, teils konkurrierender Ansätze macht nicht nur die Lebendigkeit und den Reichtum der Psychiatrie aus, sie entspricht auch ihrem Gegenstand, nämlich dem psychisch kranken Menschen in seiner ganzen Komplexität.

Vor diesem Hintergrund hat sich letzten 20 Jahren eine wachsende Zusammenarbeit von Psychiatrie und Philosophie entwickelt. Zunächst in den angelsächsischen Ländern, dann auch in den Niederlanden, in Skandinavien, Italien und anderen Ländern haben sich Forschungsbereiche für Philosophie und Psychiatrie etabliert. Eine Vielzahl von Monografien und ersten Lehrbüchern belegen das zunehmende Interesse an dem Forschungsfeld (18, 30, 32, 33, 35); dazu kommen eigene Zeitschriften wie *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. Im Jahr 2004 hat auch die DGPPN das Referat „Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie“ eingerichtet. Zu seinen Aufgaben gehört die Förderung philosophischer Forschung und Ausbildung innerhalb der Psychiatrie, die Durchführung und Publikation von Symposien (16, 17, 41) sowie die Edition der online-Zeitschrift *Journal für Philosophy und Psychiatrie* (www.jfpp.org). Von besonderer institutioneller Bedeutung sind in Deutschland schließlich die beiden Neueinrichtungen einer „Professur für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie“ an der Universität Heidelberg und einer „Professur für Psychiatrie und Neuropsychologie“ an der Charité in Berlin, jeweils im Jahr 2010.

Im Folgenden sollen nun zunächst die wichtigsten Aufgaben dargestellt werden, die der Philosophie als einer Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie zukommt. Danach werden einige zentrale Themen des interdisziplinären Dialogs beispielhaft diskutiert.

Wozu Philosophie in der Psychiatrie?

Beginnen wir mit der Frage, welche Aufgaben die Philosophie für die Psychiatrie grundsätzlich erfüllen kann. Es sind vor allem die folgenden:

1. Klärung der psychiatrischen Grundbegriffe;
2. Methoden- und Paradigmenreflexion;
3. Grundlegung psychiatrischer Konzeptionen.

Dazu kommt die zweifellos bedeutsame Rolle der praktischen Philosophie, das psychiatrische Handeln ethisch zu fundieren; sie wird hier aus Platzgründen nicht näher berücksichtigt.

Klärung der psychiatrischen Grundbegriffe

Seit zweieinhalb Jahrtausenden beschäftigen sich Philosophen bereits mit dem menschlichen Geist und seinen Funk-

tionen. Will die Psychiatrie Störungen des Geistes angemessen beschreiben und erklären, sollte sie diese Bemühungen und Erkenntnisse nicht vernachlässigen (36). Dazu gehört in erster Linie die Klärung der Begriffe, mit denen sie psychische Phänomene beschreibt. Zentrale Begriffe des Fachs wie etwa Psyche, Geist, Bewusstsein, Selbst, Ich, Wahn oder Wirklichkeit entstammen selbst einer philosophischen Tradition, die diesen Begriffen eine vielfältige Mitgift an Bedeutungen, Konnotationen und impliziten Vorannahmen verliehen hat. Schon der Begriff der Seele oder Psyche als eines subjektiven Innenraums, in dem die Person sich selbst gleichsam noch einmal vorfindet, ist ein mit nicht unerheblichen Folgekosten befrachtetes Produkt der abendländischen Kulturgeschichte, insbesondere der Philosophien von Platon, Augustin oder Descartes. Erst die Phänomenologie des 20. Jahrhunderts hat die damit verbundene Introjektion personaler Regungen und Erlebnisse in einen „Seelenbehälter“ zu überwinden versucht und Subjektivität stattdessen als ein „In-der-Welt-Sein“ beschrieben (24). Nicht minder vieldeutig und mit Problemen behaftet sind die Begriffe des Bewusstseins oder natürlich der psychischen Krankheit selbst. Solche und andere Begriffe vor ihrem historischen Hintergrund zu klären, ist die Aufgabe philosophischer Reflexion.

Dies sollte allerdings nicht nur einigen Fachleuten überlassen bleiben. Jeder, der auf psychiatrischem Gebiet tätig ist, bringt eine Reihe von impliziten Vorannahmen über die Strukturen und Ursachen psychischer Prozesse und Krankheiten mit, die in der Regel nur wenig reflektiert sind. Er hat damit nur die Wahl, entweder diesen impliziten philosophischen Vorannahmen zu folgen – die aber ebenso gut falsch, verzerrt oder zumindest angesichts der Komplexität psychischer Prozesse zu vereinfacht sein könnten – oder aber sich um eine explizite und kohärente Rahmenkonzeption für die eigene Arbeit zu bemühen. „Wer meint, die Philosophie ausschalten und sie als belanglos beiseite lassen zu können, wird von ihr in ungeklärter Gestalt überwältigt“, so Karl Jaspers (29, S. 643). Philosophie kann daher kein „Hobby“ einiger weniger Psychiater sein, sondern geht jeden an, der in diesem Fach tätig ist, erst recht natürlich, sofern es sich um eine wissenschaftliche Tätigkeit handelt.

Methoden- und Paradigmenreflexion

Unter allen wissenschaftlichen Disziplinen verfügt die Psychiatrie wohl über die größte Spannweite. Die Themen ihrer großen Zeitschriften reichen von der molekularbiologischen Ebene über die neurowissenschaftliche, psychologische und psychopathologische Erforschung von Affekt, Kognition oder Gedächtnis bis zur sozialen Ebene von Familienbeziehungen und zu kulturwissenschaftlichen Fragen. Darüber hinaus hat die Psychiatrie in den letzten 100 Jahren immer wieder massive Paradigmenwechsel durchlaufen, sowohl in Bezug auf ätiologische als auch auf thera-

peutische Konzepte. Die entsprechenden Theorierahmen lieferten die Psychoanalyse, die phänomenologische Anthropologie, die Sozialpsychiatrie, die Theorie sozialer Systeme, die Kognitionswissenschaften, die biologische Psychiatrie und die Genetik. Was macht die Einheit dieses großen, ja ungeheuer diversifizierten Faches aus? Wie verhalten sich die verschiedenen Ansätze und Methoden zueinander, und wie sind sie zu integrieren? Welche Gewinne, Verluste und notwendige Übersetzungsleistungen sind mit Paradigmenwechseln verbunden? – Diese und ähnliche Fragen bedürfen einer übergeordneten Reflexion auf der wissenschaftstheoretischen und -historischen Ebene.

Das gilt auch für den gegenwärtig dominierenden neurobiologischen Ansatz. Seine Vertreter argumentieren häufig, alle tatsächlichen Erklärungen psychischer Krankheit ließen sich nur auf der basalen, also molekularen und neuronalen Ebene finden. Übergeordnete, z.B. psychologische Erklärungsebenen gelten nur solange als provisorisch zulässig, wie die substratbasierten Erklärungen noch nicht detailliert genug ausgearbeitet seien. Die Fähigkeit, den wissenschaftstheoretischen Status solcher Aussagen zu bewerten, also reduktionistische Programme in Bezug auf ihre Stärken und Grenzen kritisch beurteilen zu können, bedarf des philosophisch geschulten Denkens. Anderenfalls besteht die Gefahr, der naiven Intuition zu unterliegen, dass das materiell Greifbare und Sichtbare auch das „eigentlich Wirkliche“ darstelle – obwohl es doch gerade in der Psychiatrie wie in kaum einem Fach der Medizin um die Gefühle, Gedanken, Phantasien, Vorstellungen und Wünsche von Menschen geht.

Philosophische Grundlegung psychiatrischer Konzeptionen

Abgesehen von ihrer wissenschaftstheoretischen Funktion hat sich der Einfluss der Philosophie auf die Psychiatrie auch immer wieder inhaltlich geltend gemacht, nämlich in der Ausbildung psychiatrischer Denkrichtungen, Schulen und Therapieansätze. So ist die Entstehung der Psychoanalyse nicht denkbar ohne den Einfluss der Philosophie Schopenhauers und Nietzsches. Von Husserl und Jaspers ausgehend hat sich die deskriptiv-phänomenologische Richtung der Psychopathologie entwickelt (29). Auf der existenz- und existenzialphilosophischen Tradition, insbesondere Kierkegaard und Heidegger, beruhte die daseinsanalytisch-anthropologische Psychiatrie mit Vertretern wie Binswanger (2), Boss, Tellenbach (39) oder Blankenburg (3). Die neueren Richtungen der phänomenologischen Psychopathologie greifen vor allem wieder auf Husserl und Merleau-Ponty zurück (12, 14).

Es könnte scheinen, als ob solche philosophisch beeinflussten Denkrichtungen einer überwundenen Phase der Psychiatrie angehörten, die nunmehr durch eine evidenzbasierte und neurobiologisch fundierte Naturwissenschaft

psychischer Störungen abgelöst wird. Dieser Eindruck trügt: Auch die Neurobiologie beruht zumindest in ihren gängigen Interpretationen auf meist unhinterfragten metaphysischen Prämissen, insbesondere der Annahme einer beobachterunabhängigen Realität des Gehirns (1, 9). Ebenso hat der scheinbar theoriefreie Ansatz des DSM-III durchaus seine philosophischen Paten, nämlich in der positivistischen Erkenntnistheorie des Wiener Kreises (4) und im Operationalismus des Hempel-Oppenheim-Schemas wissenschaftlicher Erklärung (14, 37). Die neuere Wissenschaftstheorie (K. Popper, T. Kuhn) hat hinreichend aufgezeigt, dass jede Wissenschaft in ihren Fragestellungen, Beobachtungen und Ergebnisinterpretationen von vorbestehenden Theorien geleitet ist. Solche impliziten Theorien zu erkennen und kritisch zu reflektieren ist eine der vorrangigen Aufgaben philosophischen Denkens in der Psychiatrie.

Zentrale philosophische Themen in der Psychiatrie

Betrachten wir nun im zweiten Abschnitt beispielhaft einige Themen, die für den philosophischen Diskurs innerhalb der Psychiatrie von zentraler Bedeutung sind.

Das Leib-Seele-Problem

Das Leib-Seele-Problem durchzieht das gesamte Gebiet der Psychiatrie und spiegelt sich in einer Reihe von Begriffspaaren wie Gehirn/Geist, biologisch/psychologisch, organisch/funktionell oder Natur- und Geisteswissenschaft. Mehr als allen anderen Berufsgruppen begegnet dem Psychiater dieses Problem auch in seiner täglichen Praxis. Jeder Kliniker, der sowohl psychotherapeutische als auch pharmakologische Behandlungen durchführt, wechselt beständig zwischen den beiden Perspektiven hin und her – einmal sieht er den Patienten als eine Person mit Hoffnungen, Wünschen, Ängsten, Motiven und Konflikten, dann wieder betrachtet er seinen Zustand als eine Hirnfunktionsstörung, die sich naturwissenschaftlich beschreiben und durch entsprechende Interventionen beeinflussen lässt. Wie diese beiden Perspektiven theoretisch integriert und praktisch zusammenwirken können, ist eine kaum geklärte Frage.

Es nimmt nicht wunder, dass die einander widerstreitenden Sichtweisen immer wieder zu dem Versuch geführt haben, die entstehenden kognitiven Dissonanzen durch reduktionistische Konzeptionen aufzulösen, seien diese biologischer, psychologischer oder soziologischer Herkunft. Das in den letzten Jahrzehnten häufig vertretene „biopsychosoziale Modell“ stellte noch eine Art Kompromisslösung dar, die allerdings oft zu einem bloßen Eklektizismus ursächlicher Faktoren führte (6, 20). Im gegenwärtig dominierenden Paradigma wird nun den neurobiologischen Substratprozessen die alleinige Erklärungskraft zugeschrieben,

während subjektiven Aussagen oder sozialen Prozessen allenfalls eine epiphänomenale oder sekundäre Rolle zukommen soll.

Dieses Programm ist freilich aus prinzipiellen Gründen nicht durchführbar: Wer nach biologischen Korrelaten psychischer Störungen sucht, muss diese Störung unabhängig von der Biologie identifizieren und entsprechend ihrer Komplexität genau beschreiben können, um nicht in einen Begründungszirkel zu geraten. An Gehirnzuständen lässt sich für sich genommen gar nicht erkennen, was als gesund und was als krankhaft anzusehen ist. Die Identifizierung psychischer Störungen als Störungen gelingt nur auf der (inter-)subjektiven Ebene. Damit aber ist auch der Neuropsychiater nicht nur auf die Aussagen des Patienten angewiesen, sondern darüber hinaus auf eine differenzierte phänomenologische Analyse dieser Aussagen.

Das reduktionistische Programm muss aber nicht nur aus methodischen Gründen scheitern, sondern auch wegen der Unmöglichkeit, Bewusstseinszustände eindeutig und vollständig mit Hirnzuständen zu identifizieren. Bereits Jaspers bezeichnete solche Annahmen als „Hirnmythologien“ (29, S. 16). Tatsächlich lassen sich neurophysiologisch immer nur notwendige, nicht hinreichende Bedingungen für psychische Funktionen oder deren Störungen feststellen. Dies legt die Konsequenz nahe, lokale neuronale Prozesse nur als Komponenten in einem komplexen, das Gehirn überschreitenden Geschehen anzusehen, das bewusstem Erleben zugrunde liegt (9). Psychische Krankheit wäre dann anzusehen als Störung eines einheitlichen, wenngleich in unterschiedliche psychophysische Funktionen differenzierten Lebensprozesses, der das Gehirn und den Organismus in seiner Beziehung zur Umwelt übergreift und insofern auch die psychosozialen Beziehungen umfasst. Gerade eine richtig verstandene biologische Psychiatrie bedürfte insofern eines genuinen Begriffs des Biologischen, nämlich des an den Organismus und seine Interaktion mit der Umwelt gebundenen Lebens. In den neueren Konzeptionen einer verkörperten und handlungsbezogenen Kognitionswissenschaft (*embodied and enactive cognitive neuroscience*) (31, 40) könnte auch die Psychiatrie ein erweitertes Paradigma finden, das Gehirn, Organismus und Umwelt in ihrer dynamischen Einheit zu erfassen vermag (15, 16).

Der Begriff der Verursachung

Eng verknüpft mit dem Leib-Seele-Problem sind Fragen nach der Kausalität in psychophysischen Prozessen, die in der Philosophie und Wissenschaftstheorie intensiv diskutiert werden. Wiederum hat hier die Psychiatrie eine Ausnahmestellung, was das Spektrum und die Reichweite kausaler Zusammenhänge betrifft: Materielle Ereignisse auf der molekularen Ebene, systemisch-biologische Prozesse, subjektive Intentionen und Motive und schließlich soziale und kulturelle Prozesse bilden ein komplex verschlungenes Be-

dingungs- und Ursachengefüge für die Entstehung wie für die Behandlung psychischer Störungen.

Freilich ist dieses Gefüge nicht mit dem klassischen Begriff der (Wirk-)Ursache zu erfassen, wie er der Physik entnommen ist: Weder wirkt Physisches auf Psychisches noch umgekehrt, denn beides sind nur Aspekte des einheitlichen lebendigen Prozesses, der den Organismus in seiner Umwelt umfasst – so wie eine Seite einer Münze nicht auf die andere wirken kann. Eine korrelative Beziehung zwischen erhöhtem Blutfluss in bestimmten Hirnarealen – wie sie die funktionelle Kernspintomografie misst – und einem von der Versuchsperson berichteten Bewusstseinszustand bedeutet also nicht, dass eine kausale Beziehung zwischen beiden Phänomenen vorliegt. Ebenso wenig sind sie freilich miteinander identisch, denn bewusstes Erleben umfasst immer mehr als das bloße Korrelat einer lokalisierten Hirnfunktion; es bezieht den gesamten aktuellen Zustand des Organismus in Beziehung zu seiner Umwelt ein (9). Welche kausale Rolle dabei lokale und übergeordnete (z.B. soziale) Prozesse spielen, ist jeweils sorgfältig zu bestimmen; keinesfalls kann aber eine psychische Störung mit einer lokalen Abweichung der Hirnaktivität identifiziert werden.

Der Ursachenbegriff ist vor allem deshalb so bedeutsam, weil die einmal als gültig erachteten Ursachenformen auch die entsprechenden Erklärungs- und Handlungsweisen des Psychiaters bestimmen. Werden z.B. reduktionistische (*bottom-up*-) Erklärungen auf der Basis lokaler Gehirnprozesse bevorzugt, so wird sich auch das therapeutische Handeln in erster Linie an Verfahren orientieren, die auf das neuronale Substrat gerichtet sind, also an der pharmakologischen oder direkt stimulierenden Beeinflussung der Hirnfunktionen. Dazu tragen freilich nicht nur die Fortschritte der molekularen und systemischen Neurowissenschaften bei, sondern auch weniger erfreuliche Einflüsse wie der ökonomische Druck, Kosten für aufwändigere psycho- oder psychotherapeutische Behandlungen einzusparen. Umso wichtiger ist es, auf konzeptueller Ebene Raum für andere Ursachenbegriffe zu schaffen, insbesondere für eine *top-down*-Kausalität, die nicht nur metaphorisch gemeint ist, also für eine reale Veränderung des biologischen Substrats im Zuge psychologischer und kultureller Prozesse. Solche (um-)strukturierenden Einflüsse auf das Gehirn sind etwa für psychotherapeutische Behandlungen inzwischen gut gesichert (11, 21).

Fasst man nun ursächliche *bottom-up* und *top-down*-Beziehungen zusammen, so gelangt man zum Begriff einer „zirkulären Kausalität“, die basale und übergeordnete Systemebenen im Organismus kreisförmig miteinander verknüpft (9). Dadurch wird es möglich, ätiologische Modelle ebenso wie therapeutische Interventionen auf ganz unterschiedlichen Ebenen zu integrativen Konzepten zu verbinden, ohne auf die Verlegenheitslösung einer „Multifaktorialität“ auszuweichen. Dies kann hier nicht näher ausgeführt

werden, soll aber zumindest deutlich machen, welche zentrale Rolle die philosophische Diskussion des Ursachebegriffs für die psychiatrischen Konzeptbildungen spielt.

Diagnostik und Nosologie

Ein weiteres wichtiges Anwendungsgebiet philosophischer Reflexion stellt die psychiatrische Diagnostik und Nosologie dar. – Die Etablierung kriteriologischer und manualisierter Diagnosesysteme seit den 80er-Jahren hat zwar auf der einen Seite zu einer Zunahme der Reliabilität psychiatrischer Diagnosen geführt. Auf der anderen Seite werden die Grenzen dieses Ansatzes für Kliniker ebenso wie für Forscher zunehmend offensichtlich. DSM IV und ICD 10 basieren auf dem positivistischen Ansatz; sie beschränken sich auf recht einfach gestrickte psychopathologische Konzepte, die vor allem die Datensammlung in der Forschung erleichtern sollen. Die Subjektivität und das Selbsterleben des Patienten bleiben dabei theoretisch und praktisch weitgehend außer Acht, mit nachteiligen Folgen für die psychopathologische Erfahrung der Kliniker, für die Validität psychiatrischer Diagnosen und nicht zuletzt für die therapeutische Praxis. Je objektiver die Aussagen, die der Psychiater über das Erleben von Personen gewinnen will, indem er es in messbare Einzeldaten oder physiologische Begleiterscheinungen zerlegt, desto mehr entfernt er sich von der subjektiven Perspektive, aus der sie erlebt werden. Diese konzeptuellen und methodologischen Probleme aus philosophischer Perspektive kritisch zu analysieren, kann zu einer Verbesserung künftiger Diagnosesysteme beitragen (33).

Eng damit verknüpft ist die Problematik des psychiatrischen Krankheitsbegriffs: eine schlüssige Definition psychischer Störungen ist bislang nicht gefunden worden. Dies hat mit schon der wiederholt angesprochenen Zwiespältigkeit der Psychiatrie als Wissenschaft zu tun. Auf dem Gebiet der Nosologie manifestiert sich dies in dem Gegensatz von Krankheit (disease) und Kranksein (illness). Der erste Begriff entspricht dem medizinischen oder naturalistischen Modell, das die Kriterien für eine psychische Krankheit in objektiven, wissenschaftlich beschreibbaren Funktionsstörungen des Organismus sucht. Der zweite Begriff hingegen bezieht sich auf die lebensweltliche Perspektive, in der Kranksein als subjektive Beeinträchtigung des Wohlbefindens und als ein „Nicht-Mehr-Können“ erfahren wird (23, 26). Beide Begriffe lassen sich nicht zur Deckung bringen, sondern können nur komplementär zur Krankheitsdefinition beitragen. Psychische Störungen sind demnach nicht rein objektiv, d.h. ohne ein Werturteil zu bestimmen, das entweder dem subjektiven Leidensdruck oder einer gesellschaftlichen Norm entstammt. Die komplexen Beziehungen dieser Komponenten zueinander zu klären und damit die Grundlagen der psychiatrischen Nosologie fortzuentwickeln, erfordert wiederum die entsprechende philosophische Expertise.

Subjektivität

Die bisherigen Überlegungen haben bereits deutlich gemacht, dass sich die Psychiatrie aus prinzipiellen Gründen nicht in eine „Naturwissenschaft psychischer Störungen“ umwandeln lässt. Dies hat letztlich mit dem irreduziblen Charakter der Subjektivität zu tun. Das Grundphänomen psychischen Krankseins im weitesten Sinn kann man in einem „Sich-selbst-und-anderen-Fremdwerden“ sehen (weshalb im 19. Jahrhundert noch von psychischer Krankheit als „Alienation“ gesprochen wurde) (8). Dass der Mensch überhaupt psychisch krank werden kann, liegt in dem Verhältnis begründet, das er zu sich selbst und zu anderen einnimmt. Diese subjektive und zugleich intersubjektive Dimension der Krankheit aber lässt sich nur in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfassen, in der dessen Erleben zur Sprache kommt (27); sie geht nicht in einer objektiven Beschreibung auf. Das „Ich“ der 1. Person-Perspektive (Erlebnisperspektive) ist nicht ohne Bedeutungsverlust in das „Er“ der 3. Person-Perspektive (Beobachterperspektive) zu übersetzen.

Das Sich-Fremdwerden, die Selbstentfremdung rückt psychisches Kranksein schon von sich her in die Nähe der Philosophie. Beiden gemeinsam ist der „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ (3), die fragende und zweifelnde Haltung gegenüber der erfahrenen Wirklichkeit. Die existenziellen Fragen, die Patienten stellen, machen sie oft zu „Philosophen wider Willen“. Die Philosophie stellt andererseits auch Konzepte und Methoden bereit, die es dem Psychiater erlauben, diese Erschütterung der Selbsterfahrung zu verstehen und zu beschreiben. In erster Linie gilt dies für die phänomenologischen und die existenzphilosophischen Ansätze des 20. Jahrhunderts, wobei die ersteren eine größere Affinität zur Psychopathologie aufweisen (3, 29, 38, 39), die letzteren zur Psychotherapie (2, 6, 28, 42). Im vertieften Verständnis der subjektiven Erfahrung des Patienten liegt wohl der wichtigste Beitrag, den die Philosophie zur psychiatrischen Praxis leisten kann.

Der Begriff der Phänomenologie, von Jaspers in die Psychiatrie eingeführt, wird zwar nicht einheitlich verwendet, doch ist damit sicher mehr gemeint als die einfache Deskription abnormer Erlebnisweisen. Die phänomenologische Psychopathologie zielt auch nicht auf die Erfassung bestimmter Inhalte, sondern vielmehr auf die Form und Struktur der Erfahrung. Diese Struktur lässt sich in grundlegenden Kategorien analysieren wie Leiblichkeit, Räumlichkeit, Zeitlichkeit, Handlungsbewusstsein, Intentionalität und Intersubjektivität (12, 14). Die Erlebnisse und Krankheitsmerkmale werden dabei nicht isoliert, sondern immer in Bezug zum Subjekt und seinem Lebensvollzug gesehen; es geht darum, das Selbst- und Weltverhältnis des Patienten insgesamt zu erfassen, das mehr ist als die Summe der Einzelmerkmale. In den letzten Jahren hat sich zudem eine zunehmend intensive Kooperation zwischen der Phänomenologie und den kognitiven Neurowissenschaften

entwickelt (12, 19), die die Bedeutung der Phänomenologie auch für die Psychiatrie künftig noch erhöhen dürfte. Wohl kein anderer Ansatz verfügt über eine vergleichbare Differenziertheit in der Erfassung der Phänomene und Strukturen menschlicher Subjektivität, gerade auch in ihren pathologischen Formen. Damit bietet sie nicht zuletzt der neurobiologischen Forschung eine wesentliche Grundlage.

Fazit

Aus den vorangehenden Überlegungen ergeben sich abschließend die folgenden Thesen zum Verhältnis von Philosophie und Psychiatrie:

1. Die Psychiatrie ist aufgrund ihres Gegenstandes, nämlich des psychisch kranken Menschen, durch eine grundlegende Spannung zwischen natur- und geisteswissenschaftlichen Ansätzen charakterisiert. In dieser Spannung liegen die Dissonanzen und Widersprüche, aber auch die Fruchtbarkeit, die Dynamik und die Attraktivität des Faches begründet. Die philosophische Reflexion ist eine geeignete Weise, mit dieser unaufhebbaren Spannung produktiv umzugehen.
2. Zentrale Begriffe der Psychiatrie – Psyche, Subjektivität, Bewusstsein, Selbst, Ich, Freiheit, Selbstbestimmung, Krankheit – sind nur dem Weg der philosophischen Reflexion zu erhellen. Die Erscheinungsformen und Strukturen der Subjektivität in psychischer Krankheit lassen sich nur durch eine phänomenologisch fundierte Psychopathologie adäquat erfassen. Ebenso bedürfen grundlegende ethische Fragen, wie sie durch die psychiatrische Diagnose und Therapie aufgeworfen werden, einer durch die praktische Philosophie geschulten Analyse.
3. Die vielfältigen Aufgaben philosophischen Denkens in der Psychiatrie sind zwar von der alltäglichen klinischen Praxis scheinbar weit entfernt, jedoch auf lange Sicht von so zentraler Bedeutung für das Fach, dass sie nicht den Nachbardisziplinen oder der Philosophie selbst überlassen werden dürfen. Die Aneignung philosophischer Grundlagen sollte in die Weiterbildungsordnungen aufgenommen, ihre Erforschung in Form von Lehrstühlen und eigenen Fachgesellschaften institutionalisiert werden. Damit würde die Psychiatrie auch ihre Rolle als Brückendisziplin zwischen der allgemeinen Medizin und den Geistes- und Kulturwissenschaften stärken.

Der britische Psychiater Sir Martin Roth bezeichnete die Psychiatrie einmal als „the most humane of the sciences and the most scientific of the humanities“ (5). Zwischen Natur- und Geisteswissenschaft angesiedelt, und beiden gleichermaßen zugehörig, ist sie an sich schon eine philosophische Wissenschaft. Es wäre zu wünschen, dass sie dies auch selbst erkennt und – mit einem gewissen Stolz – zu einem expliziten Bestandteil ihrer Identität als Disziplin macht.

Literatur

1. Bennet MR, Hacker PM. Die philosophischen Grundlagen der Neurowissenschaften. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 2010.
2. Binswanger L. Schizophrenie. Pfullingen: Neske 1957.
3. Blankenburg W. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Stuttgart: Enke 1971.
4. Carnap R. Der logische Aufbau der Welt. Hamburg: Meiner 1961.
5. Cawley RH. Psychiatry is more than a science. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 154–160.
6. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for bio-medicine. *Science* 1997; 196: 9–135.
7. Frankl V. Logotherapie und Existenzanalyse. München: Piper 1987.
8. Fuchs T. Das Andere in mir. Selbst und psychische Krankheit. In: Korsch, D., Dierken, J. (Hrsg.) *Subjektivität im Kontext*. Tübingen: Mohr Siebeck 2004, S.175–185.
9. Fuchs T. Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer 2008.
10. Fuchs T. Ethical issues in neuroscience. *Current Opinions in Psychiatry* 2006; 19: 600–607.
11. Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinions in Psychiatry* 2004; 17: 479–485.
12. Fuchs T. Phenomenology and Psychopathology. In: Gallagher S, Schmicking D (eds). *Handbook of phenomenology and the cognitive sciences*. Dordrecht: Springer 2010, 547–573.
13. Fuchs T. Subjectivity and Intersubjectivity in Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology* 2010; 43: 268–274.
14. Fuchs T. The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today. *Psychopathology* 2002; 35: 319–326.
15. Fuchs T, Sattel H, Henningsen P (Hrsg). *The Embodied Self: Dimensions, Coherence, Disorders*. Stuttgart: Schattauer 2010.
16. Fuchs T, Schlimme J. Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 2009; 22: 570–575.
17. Fuchs T, Vogeley K, Heinze M (Hrsg.). *Subjektivität und Gehirn*. Lengerich/Berlin: Pabst/Parodos 2007.
18. Fulford D, Thornton T, Graham G. *The Oxford textbook of philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press 2006.
19. Gallagher S, Zahavi D. *The phenomenological mind. An introduction to philosophy of mind and cognitive science*. London New York: Routledge 2008.
20. Ghaemi, N. *The concepts of psychiatry: A pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 2003.
21. Goldapple K, Segal Z, Garson C et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61: 34–41.
22. Griesinger W. *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Krabbe 1861.
23. Häfner H. Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Degwitz R, Siedow H (Hrsg). *Zum umstrittenen psychiatrischen Krankheitsbegriff*. München: Urban & Schwarzenberg 1981, 16–54.
24. Heidegger M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer 1986.
25. Heinze M, Fuchs T, Reischies F (Hrsg). *Willensfreiheit – eine Illusion? Naturalismus und Psychiatrie*. Lengerich/Berlin: Pabst/Parodos 2006.
26. Helmchen H. Ethische Herausforderungen der Psychiatrie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2005; 6: 22–28.
27. Helmchen H. Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 2005; 77:271–275.
28. Holzhey-Kunz A. *Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene*. Wien: Passagen 1994.
29. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin Heidelberg New York: Springer 1965.
30. Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry. Explanation, Phenomenology and Nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 2008.

31. Noë A. Out of our heads. Why you are not your brain, and other lessons from the biology of consciousness. New York: Hill & Wang 2009.
32. Radden J (Hrsg). The philosophy of psychiatry: a companion. Oxford: Oxford University Press 2004.
33. Sadler JZ, Wiggins O, Schwartz MA (eds). Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1994.
34. Saß H. Willensfreiheit, Schuldfähigkeit und Neurowissenschaften. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 2007, 1: 237–240.
35. Schramme T, Thome J. Philosophy and Psychiatry. Berlin New York: De Gruyter 2004.
36. Spitzer M. Philosophie und Psychopathologie. Fundamenta Psychiatrica 1991; 5: 40–46.
37. Stein DJ. Philosophy and the DSM-III. Comprehensive Psychiatry 1991; 32: 404–415.
38. Straus E. Psychologie der menschlichen Welt. Berlin Heidelberg New York: Springer 1960.
39. Tellenbach H. Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. 4.Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1983.
40. Thompson E. Mind in life. Biology, phenomenology, and the sciences of mind. Cambridge/Mass: Harvard University Press 2007.
41. Vogeley K, Fuchs T, Heinze M (Hrsg). Psyche zwischen Natur und Kultur. Lengerich/Berlin: Pabst/Parodos 2008.
42. Yalom I. Existenzielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychotherapie 1989.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs
 Karl-Jaspers-Professor für Philosophie und Psychiatrie
 Klinik für Allgemeine Psychiatrie
 Voßstr. 4
 69115 Heidelberg
 Tel. +49(0)6221 56 4422
 Fax +49(0)6221 56 8094
 E-Mail: thomas.fuchs@med.uni-heidelberg.de