

Subjektivität und Intersubjektivität

Zur Grundlage psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik

Thomas Fuchs

Zusammenfassung

Die Etablierung kriteriologischer Diagnosesysteme seit den 80er Jahren hat zwar zu einer aus wissenschaftlichen und praktischen Gründen wünschenswerten Präzisierung der Diagnostik geführt, andererseits jedoch zu einem erkennbaren Rückgang psychopathologischer Erfahrung und individualisierender, personenbezogener Diagnostik. Um diese Entwicklung zu korrigieren, sollten drei hauptsächliche Ansätze zur Erfassung psychischer Störungen Berücksichtigung finden: 1.) Der positivistische, objektivierende Ansatz aus der 3. Person-Perspektive, auf den sich DSM-IV und ICD-10 stützen, 2.) der phänomenologische, subjekt-orientierte Ansatz aus der 1. Person-Perspektive, 3.) der hermeneutische, intersubjektive Ansatz aus der 2. Person-Perspektive. Diese drei Ansätze werden hinsichtlich ihres Wertes für die psychopathologische Beschreibung, Diagnose, Forschung und therapeutische Prozesse verglichen.

Schlagwörter: Diagnose – Phänomenologie – Subjektivität – Intersubjektivität

Summary

Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis

The establishment of criteriologial diagnostic systems since the 1980s has increased the reliability of psychiatric diagnosis. On the other hand, the limits of this approach for clinicians and researchers are becoming increasingly apparent, in particular, with regard to the missing assessment of subjective experience. To correct this unfavourable development, three major approaches to the assessment of mental illness should be equally taken into account: 1.) The positivistic, objectifying or 3rd person approach as endorsed by DSM-IV and ICD-10, 2.) the phenomenological, subject-oriented or 1st person approach, 3.) the hermeneutic, intersubjective or 2nd person approach. These three approaches will be compared regarding their respective values for psychopathological description, diagnosis, research and therapeutic purposes.

Keywords: diagnosis – phenomenology – subjectivity – intersubjectivity

1 Einleitung

Seit sich das Gehirn und seine Aktivität bei geistigen Tätigkeiten immer detaillierter beobachten lässt, verfolgen die Neurowissenschaften das Ziel, Bewusstsein und Subjektivität selbst zu »naturalisieren«, also neurobiologisch zu erklären. Subjektives Erleben scheint sich heute im Gehirn abbilden und damit quasi materialisieren zu lassen. An bestimmten Orten des Kortex findet offenbar das Wahrnehmen, das Entscheiden oder das Handeln statt; Gefühle, selbst Denkvorgänge lassen sich im Aufleuchten von Hirnstrukturen scheinbar »live« mitverfolgen. Dies führt in der Psychiatrie häufig zu dem Glauben, in abweichenden Hirnaktivitäten die Ursache eines psychischen Leidens oder dieses Leiden selbst lokalisiert zu haben. »Psychische Störungen sind Gehirnerkrankungen« – dieser schon von Wilhelm Griesinger 1861 formulierte Satz ist heute zum herrschenden Paradigma der Psychiatrie geworden. Wenn aber Angst, Depression oder Schizophrenie *eigentlich* neurobiochemische Störungen sind, dann wird die Psychiatrie zu einer speziellen Form der Neurologie und der Psychiater zum Gehirnspezialisten:

»Psychische Störungen werden damit zunehmend Gehirnfunktionsstörungen und unterscheiden sich nicht mehr grundsätzlich von anderen ZNS-Erkrankungen« (Maier, 2002, S. 96–97).

»Im Kern handelt es sich immer um ein Ungleichgewicht in der Biochemie der Zellen des Gehirns. (...) Natürlich ist das individuelle Leid der Patienten eingebettet in die jeweiligen Lebensumstände (...) Das eigentliche Problem aber wurzelt in Hirnprozessen, dort muss die Behandlung ansetzen« (Holsboer, 2011, S. 36–38).

Solchen Aussagen zum Trotz können wir einstweilen auf die Psychopathologie nicht verzichten; denn eine Depression, eine Angststörung oder eine Schizophrenie lässt sich nun einmal weder durch Biomarker noch durch eine Bildgebung des Gehirns feststellen. Würden wir in der Klinik auf die Anamnese und Erhebung des psychischen Befundes verzichten, also nicht mit dem Patienten sprechen, so könnten wir abgesehen von den organischen Hirnläsionen, Tumoren oder Demenzen *keine einzige* psychiatrische Krankheit diagnostizieren, selbst wenn wir am Patienten alle nur möglichen apparativen oder Laborbefunde erheben würden. Dies wird in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Psychiatrie häufig übersehen.

Gleichwohl verändert das biologische Paradigma schon jetzt die Einstellungen und Sichtweisen. Wenn nämlich psychische Erkrankungen *eigentlich* nur neurobiochemische Störungen sind, dann haben sie mit Kategorien wie »Motiven« oder »Konflikten«, mit »Sinn« oder »Bedeutung« nicht mehr zu tun als Schlaganfälle oder andere neurologische Ausfallsyndrome. In der Folge werden selbst Patienten mit neurotischen Störungen, reaktiven Depressionen usw. immer mehr als Menschen angesehen, die nicht unter Konflikten oder Krisen, sondern unter ir-

gendeinem neurochemischen Ungleichgewicht leiden. Ein wesentliches Motiv für diese Entwicklung dürfte in dem Wunsch bestehen, die schwer greifbaren seelischen Erlebnisse gewissermaßen zu materialisieren, sie dingfest und manipulierbar zu machen, anstatt den aufwändigen Umweg über Verstehen, Einfühlen, Nachvollziehen und langwierige Psychotherapien zu gehen. Die Psychiatrie kann dann endlich wie andere medizinische Fächer auch apparative und messbare Befunde erheben, statt ihre Diagnosen und Therapien auf weiche subjektive Daten stützen zu müssen.

Diese Entwicklung lässt sich zusammenfassend in drei Begriffen beschreiben:

1. *Reduktionismus*: Die Neurobiologie tendiert dazu, Subjektivität als bloßes Nebenprodukt der Hirnaktivität zu betrachten. Bewusstsein wird zur Begleiterscheinung der neuronalen Mechanismen, die gleichsam hinter unserem Rücken die Illusion eines Selbst und eines freien Willens produzieren.
2. *Verdinglichung*: Mentale oder subjektive Zustände scheinen im Gehirn lokalisierbar und materialisierbar zu sein, und das gilt erst recht für krankhafte Zustände. Wenn wir einmal wissen, wo im Gehirn Angst, Zwang oder Depressivität entstehen, können wir sie, so scheint es, auch immer wirksamer pharmakologisch behandeln und den hohen Zeitaufwand für das Verstehen und Behandeln von seelischen Motiven oder Konflikten einsparen.
3. *Isolierung*: Als weitere Konsequenz tendiert diese Sichtweise dazu, den individuellen Patienten und seine Erkrankung getrennt von den Wechselbeziehungen mit seiner Umgebung zu betrachten, aus denen heraus seine Erkrankung entstanden ist und mit aufrechterhalten wird.
4. *Medikalisierung*: Einmal als Gehirnprozesse konzipiert, werden psychische Störungen oder abweichende Verhaltensweisen auch zunehmend als medizinische Probleme interpretiert. Kindliche Verhaltensstörungen werden zu ADHS, hinter Scheu und Introvertiertheit stehen soziale Phobien, und Gewaltdelikte gehen auf Defekte frontaler Empathie-Netzwerke zurück. Die Entwicklung nebenwirkungsarmer Psychopharmaka begünstigt – unterstützt von entsprechenden Werbestrategien – die Pathologisierung bestimmter Erlebens- und Verhaltensweisen, mit fließenden Grenzen zum »Neuroenhancement«. Dazu kommt eine zunehmende Ausweitung der psychiatrischen Diagnosen in den internationalen Klassifikationssystemen: Im 2014 veröffentlichten DSM-5 werden Trauerreaktionen zu depressiven Erkrankungen, verursacht durch ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn. Private oder berufliche Sorgen und Ängste geben Anlass zur Diagnose einer »Generalisierten Angststörung«. Zu den Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, die schon als ADHS zu einer biologischen Störung wurden, tritt die neue Diagnose »Disruptive Mood Dysregulation Disorder« (DMDD), mit der schwere Wutausbrüche erfasst werden sollen; und die gewöhnliche Altersvergesslichkeit verwandelt sich in die »leichte neurokognitive Störung«, um nur einige Beispiele zu nennen.

Ich will im Folgenden auf den Aspekt dieser Entwicklung eingehen, der die Entwicklung der Psychopathologie und der *psychiatrischen Diagnostik* betrifft. Dabei werde ich dafür plädieren, dass eine gründliche Erfassung der subjektiven Erfahrung für klinische, therapeutische und Forschungszwecke unerlässlich ist. Ich werde dazu im Folgenden drei grundlegende Ansätze zur Erfassung psychischer Krankheit unterscheiden:

- den *positivistischen, objektivierenden Ansatz* aus der Perspektive der 3. Person, der dem DSM-IV und der ICD-10 zugrunde liegt und vor allem auf beobachtbare Verhaltenssymptome abhebt;
- den *phänomenologischen, subjektorientierten Ansatz* aus der Perspektive der 1. Person, der auf das Selbsterleben des Patienten fokussiert und seine grundlegenden, oft nur implizit und nicht bewusst gegebenen Strukturen erforscht;
- den *hermeneutischen-intersubjektiven Ansatz* aus der Perspektive der 2. Person, der auf der gemeinsamen Konstruktion und Deutung der persönlichen Geschichte eines Patienten beruht und der sein Selbstkonzept ebenso wie seine interpersonellen Beziehungsmuster und Konflikte erfasst.

2 Ansätze zur Erfassung psychischer Krankheit

2.1 Positivistischer Ansatz (3. Person-Perspektive)

Der positivistische Ansatz, der oft als der Standard des wissenschaftlichen Diskurses gilt, betont die Reliabilität, Operationalisierbarkeit und Quantifizierbarkeit. Er beschränkt sich damit auf die Erfassung einzelner Symptome und Verhaltensmerkmale, die als verlässlicher angesehen werden als subjektive Erfahrungen. Sein Ziel ist nicht, das Erleben des Patienten als ein zusammenhängendes Ganzes zu erfassen, sondern umschriebene abnorme Verhaltensweisen abzugrenzen, zu klassifizieren, dann mit einzelnen neuropsychologischen Funktionsstörungen zu verknüpfen und so nach Möglichkeit auf subpersonale, genetische oder neurobiologische Ursachen zurückzuführen. Der Ansatz beruht also auf dem körpermedizinischen Krankheitsmodell, das bestimmten Symptomen beziehungsweise Syndromen bestimmte somatische Ursachen zuordnet.

Das systematische Absehen von der subjektiven Erfahrung der Patienten wirkt sich jedoch nachteilig auf die klinische Psychopathologie ebenso wie auf die neurobiologische Forschung aus. Weite Bereiche menschlicher Erfahrung – etwa Selbsterleben und Identität, subtile Veränderungen der Wahrnehmung oder existenzielle Grunderfahrungen etwa in den Frühstadien von Psychosen – all dies ist aus den diagnostischen Manualen weitgehend verschwunden, da sich solche Phänomene nun einmal nicht im Alltagsvokabular beschreiben lassen.

Zudem besteht inzwischen ein grundlegender Mangel an psychopathologischen Konzepten, die einzelne Symptome oder einzelne Dysfunktionen auf der neuropsychologischen Ebene in ein zusammenhängendes Ganzes von patholo-

gischen Erlebnisformen und dementsprechend Krankheitseinheiten integrieren könnten. DSM-III und ICD-10 haben zwar die alten, typologisch gewonnenen Krankheitseinheiten übernommen, ohne einen inneren Zusammenhang bleiben diese jedoch mehr oder minder willkürliche Aneinanderreihungen unverbundener Einzelsymptome. Psychische Krankheiten sind eben nicht nur statistische Cluster von Einzelmerkmalen. Dieser Mangel einer integrierenden Psychopathologie führt dann zu Kurzschlüssen zwischen der Ebene von nur oberflächlich beschriebenen Symptomen auf der einen Seite und den mutmaßlich zugrundeliegenden neurophysiologischen Prozessen auf der anderen Seite. Dies resultiert in Vereinfachungen wie: »Depression ist ein gestörter Serotonin- und Cortisolstoffwechsel« oder dem immer noch anzutreffenden Glauben, das entscheidende Hirnareal für die Schizophrenie doch noch finden zu können.

Editorials hochrangiger psychiatrischer Zeitschriften haben bereits vor einem rapiden Rückgang der psychopathologischen Erfahrung gewarnt (Hojajj 2000; Mundt 2005). Die amerikanische Psychiaterin Nancy Andreasen, selbst wesentlich beteiligt an der Einführung des DSM-III, hat in den vergangenen Jahren wiederholt den Niedergang phänomenologischer Erfahrung in der amerikanischen Psychiatrie beklagt, der im Gefolge einer simplifizierten Diagnostik eingetreten sei. Sie fordert einen neuen Anlauf zu einer gründlichen Ausbildung junger Kliniker in psychopathologischen Konzepten und schreibt:

»Glücklicherweise haben die Europäer immer noch eine stolze Tradition klinischer Forschung und beschreibender Psychopathologie. Eines Tages im 21. Jahrhundert, nachdem das menschliche Genom und das menschliche Gehirn erfasst sein werden, wird jemand einen umgekehrten Marshall-Plan zu organisieren haben, so dass die Europäer die amerikanische Wissenschaft retten könnten, indem sie helfen, uns vorzustellen, wer wirklich Schizophrenie hat und was Schizophrenie wirklich ist ...« (Andreasen 2007, 112).

Ob dieser »umgekehrte Marshall-Plan« für einen Reimport psychopathologisch-klinischer Forschung aus dem alten Europa noch zu realisieren sein wird, mag beim Blick auf die gegenwärtige hiesige Landschaft schon zweifelhaft erscheinen. Psychopathologische Erfahrung lässt sich nun einmal nicht manualisieren, und sie kann in Ermangelung prägender Lehrer und Vorbilder auch aussterben. – Nun hat die Psychopathologie seit Jaspers ihr philosophisches und methodisches Fundament in der Phänomenologie, der Lehre von den Formen und Strukturen des Bewusstseinslebens. Wenden wir uns daher dem phänomenologischen Ansatz zu, den ich etwas ausführlicher beschreiben will.

2.2 Phänomenologischer Ansatz (1. Person-Perspektive)

Dieser Ansatz sucht die Subjektivität des Patienten und besonders die Erlebnisdimension seiner Störung zu erfassen. Typische Fragen, auf die der Phänomenologe bei der Exploration zielt, sind etwa:

- Wie ist es, in einem bestimmten psychischen Zustand zu sein? Welche Bedeutung hat dieser Zustand für den Patienten? Steht er ihm distanziert gegenüber oder ist er ganz mit ihm identifiziert?
- Wie erlebt der Patient seinen Leib und seinen Raum? Wie bewegt und verhält er sich in seiner Umgebung als leibliches Subjekt?
- Wie erlebt der Patient die Zeit? (Besteht z. B. eine Kontinuität des Selbsterlebens im Zeitverlauf oder gibt es Brüche? Ist der Patient auf eine Zeitrichtung fixiert, z. B. die Vergangenheit?)
- Wie erfährt der Patient seine Welt? Erlebt er sich als aktiv handelndes Subjekt oder eher als passiv der Welt ausgesetzt?
- Inwieweit ist der Patient in der Lage, sich in andere einzufühlen und ihre Perspektive zu übernehmen? Wie erlebt er sich in seinen Beziehungen?

Grundsätzlich betrachtet die Phänomenologie Bewusstsein nicht als ein Objekt der Beschreibung, sondern als ein Grundverhältnis zur Welt. Insofern zielt sie weniger auf die Erfassung bestimmter Inhalte, sondern eher auf die Form und Struktur der bewussten Erfahrung. Die Erlebnisse und Krankheitsmerkmale werden nicht isoliert, sondern immer in Bezug zum Subjekt und dem Ganzen des Bewusstseins gesehen, in dem sie auftauchen.

Um ein Beispiel zu geben: Was genau meint denn ein Patient, wenn er sagt: »Ich bin deprimiert«? – Einige Patienten verwenden den Ausdruck für das Gefühl der Entmutigung durch einen Rückschlag oder Missgeschick. Sie sind also »von etwas« oder »über etwas« deprimiert; ihr Gefühl hat einen Gegenstand, es ist intentional gerichtet (reaktive Depression). Andere Patienten bezeichnen damit eher eine Stimmung diffuser Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, eine Tönung der Vergeblichkeit, die sich über alles legt (depressive Episode). Andere meinen damit, dass sie unfähig sind, überhaupt etwas zu fühlen, dass sie die emotionale Resonanz mit anderen verloren haben und sich innerlich wie versteinert erleben (»Gefühl der Gefühllosigkeit« in der schweren Depression). Wieder andere verwenden den Ausdruck der Deprimiertheit für eine Stimmung der Lustlosigkeit, Leere, Langeweile, Dysphorie (z. B. Borderline-Störung). Einige Patienten schließlich versuchen damit ihr Erleben einer untergründigen inneren Leere, eines fehlenden Selbstgefühls oder inneren Kerns zu beschreiben (depressive Vorphasen einer Schizophrenie). Dann schließlich gibt es Patienten, die darin eine Abstumpfung, Antriebslosigkeit, Teilnahms- und Ziellosigkeit beschreiben, die von ihnen Besitz ergriffen hat (Abulie bei chronischen Schizophrenien oder Demenzen).

Wir sehen an diesem Beispiel sehr deutlich, dass ein Symptom wie Depressivität als solches viel zu unspezifisch ist, um für sich genommen wirklich aussagekräftig zu sein, wie es der kriteriologische Ansatz in DSM-IV oder ICD-10 voraussetzt. Die depressive Stimmung der neurotischen, der melancholischen, der schizophrenen, der Borderline- oder der Demenz-Patienten ist von jeweils sehr unterschiedlicher Qualität. Erst die Einbettung des Merkmals in das grundlegende Welt- und Selbstverhältnis des Patienten gibt ihm seine *spezifische Wertigkeit*.

Eine phänomenologische Diagnostik versucht daher, über die pure Aufzählung von Einzelsymptomen hinaus dieses Selbst- und Weltverhältnis des Patienten insgesamt zu erfassen. Dazu zählen bereits seine Erscheinung, sein Blick, Gang, Händedruck usw., natürlich sein aktuelles Erleben und Verhalten, aber auch sein Kommunikations-, sein Lebensstil und schließlich seine Lebensgeschichte. Die phänomenologische Psychopathologie hat in zahlreichen Analysen herausgearbeitet, wie psychisches Kranksein sich in Abwandlungen der Leiblichkeit, des gelebten Raumes, der Intersubjektivität manifestiert. Der Raum von Möglichkeiten und Handlungsangeboten schrumpft, die Dinge rücken außer Reichweite oder auch in bedrohliche Nähe, die vertraute Welt entfremdet sich, die Beziehungen zu den anderen sind gestört. »The patient is ill, that means, his world is ill« – so fasst es der niederländische Psychiater van den Berg (1972, 46) zusammen. Diese Welt gilt es in möglicher Näherung zu erfassen, nachzuvollziehen und zu beschreiben.

Wie werden die Ergebnisse solch detaillierter Explorationen nun weiter verarbeitet? Die subjektive Erfahrung lässt sich ihrer Natur nach nicht in Form von Durchschnitten berechnen. Die statistische Clusterbildung von Symptomen gelangt nie zu einem bedeutungsvollen und zusammenhängenden Ganzen. Die Phänomenologie sucht vielmehr nach dem *Grundmuster*, in das die einzelnen Merkmale eingebettet sind: zum Beispiel die affektive Selbstentfremdung in der Melancholie oder der Autismus in der Schizophrenie. Zu diesem Zweck betont sie auch die Bedeutung von Einzelfallstudien, die Prototypen für Kategorien psychischer Störungen liefern können. Prototypen sind charakteristische Beispiele, die das Wesen eines Phänomens als organisierende Gestalt jenseits der Details erfassen lassen. Ein klassisches Beispiel ist der »Typus Melancholicus«, den Tellenbach (1983) aufgrund klinischer Beobachtung in Patienten mit endogener Depression gefunden hat.

Diese typischen Züge können dann aber auch als Grundlage für die Entwicklung von mehr standardisierten Erhebungsinstrumenten dienen. Ein kürzlich entwickeltes Beispiel ist die *Examination of Anomalous Self Experience* (EASE, Parnas et al. 2005), ein ausführliches, phänomenologisch begründetes Interview zur Erfassung basaler Selbsterlebensstörungen in den Prodromalstadien der Schizophrenie. Das Interview beruht auf der Beobachtung, dass die Mehrheit der Patienten mit schizophrenen Spektrumsstörungen schon lange vor einer akuten

Psychose subtile Veränderungen der Selbst-, Leib- und Zeiterfahrung, des Handlungsvollzugs und der Alltagsgewohnheiten erleben.

Auf die Analyse und Typologie dieser Erfahrungen stützt sich die phänomenologische Theorie der Schizophrenie als einer grundlegenden Störung des Selbsterlebens. Es betrifft das Gefühl einer durchgängigen inneren Leere, ein mangelndes Selbst- oder Identitätsempfinden und eine zunehmende Entfremdung von der Welt, die charakteristischerweise mit einer selbstbeobachtenden und oft geradezu philosophisch grüblerischen Haltung einhergeht. Die Patienten berichten, sie fühlten sich isoliert und abgetrennt, unfähig, die alltäglichen Bedeutungen und vertrauten Sinnbezüge in der Beziehung zur Welt und zu den anderen zu erfassen. Eine typische Schilderung lautet etwa:

»Die Umwelt ist nicht mehr so, wie sie sein soll. Der Tisch ist zwar noch so sandfarben wie er ist, aber irgendwie gleichzeitig grau. Ich sehe noch, dass er eine Farbe hat, aber nicht mehr wirklich. Es fühlt sich alles unwirklich an. Ich habe es schon als Nebel vor meinem Gesicht beschrieben, oder als Mauer unter meiner Haut, dass mein Innerstes praktisch abgekapselt ist – von meinen Empfindungen. Dadurch, dass sich alles nicht mehr richtig anfühlt, macht es auch nicht mehr so viel Spaß. Das wirft natürlich Fragen auf: Was für jemand bin ich eigentlich, dass ich nichts mehr hinbekomme? Dass ich nichts mehr tun will, vielmehr nichts mehr tun kann? Eigentlich ist meine Identität verloren« (de Haan & Fuchs 2010).

Somit lokalisiert die phänomenologische Psychiatrie die Störung des Selbsterlebens in der Schizophrenie in einer grundlegenden, praktisch-alltäglichen und vorbewussten Einbettung des Subjekts in die Welt – eine Dimension, die mit dem EASE-Interview nun eingehend erfasst werden kann.

Wenn wir diesen Ansatz mit den objektiven Dysfunktionen vergleichen, wie sie die experimentelle Neuropsychologie beobachtet, etwa Störungen des Arbeitsgedächtnisses, der exekutiven Kontrollfunktionen oder der Aufmerksamkeit, dann vermag nur der phänomenologische Ansatz diese einzelnen Dysfunktionen in ein zusammenhängendes Ganzes veränderter Selbsterfahrung zu integrieren. Gleichzeitig hilft er den Patienten, ihre Erfahrungen in einer Weise auszudrücken, die sie ihnen selbst und anderen verständlich macht. Sie unterstützt sie in der Fähigkeit, ein Verhältnis zu ihren primären Erfahrungen einzunehmen, und stärkt damit ihre Selbstwirksamkeit. In diesem Sinn hat die phänomenologische Untersuchung bereits eine therapeutische Wirkung.

2.3 Hermeneutischer Ansatz (2. Person-Perspektive)

Betrachten wir nun drittens den hermeneutischen Ansatz, der dem phänomenologischen freilich nahe verwandt, doch noch stärker auf die Intersubjektivität, das Ich-Du-Verhältnis zentriert ist.

Nicht nur psychiatrische Kliniker und Forscher, sondern vor allem auch Psychotherapeuten geraten mit den kriteriologischen Diagnosesystemen in erhebliche Schwierigkeiten. Denn der operationale Ansatz ist zwar, wie schon gesagt, geeignet zur Erfassung schematischer Merkmale und ihrer Zuordnung zu einzelnen Hirnfunktionen oder zu epidemiologischen Daten, aber er ist ungeeignet für die therapeutische Beziehung, die auf einer individualisierten Diagnostik und auf der gemeinsamen Erzeugung von Bedeutungen beruht. Während die Subjektivität beim operationalen Ansatz eher auszuschalten ist, wird sie im hermeneutischen Ansatz zum eigentlichen Instrument des Verstehens.

Zudem basieren die meisten psychotherapeutischen Theorien auf Konzepten wie der individuellen Situationsverarbeitung und der psychosozialen Krise, die zu einer psychischen Störung führt. Dies steht im Kontrast zum medizinischen Modell einer zugrundeliegenden biologischen Pathologie, für die Lebensereignisse, wenn überhaupt, dann nur eine auslösende Rolle spielen. Dieses Modell mag geeignet sein für hochgradig verselbständigte Phänomene wie etwa Halluzinationen, jedoch kaum für eine depressive Krise nach einer Trennung, die eine individuelle, auf die aktuelle Lebenssituation bezogene Reaktion darstellt. Während das medizinische Modell Lebensereignisse als objektive Fakten und kausale Auslöser einer Erkrankung betrachtet, besteht aus hermeneutischer Sicht eine individuelle Wechselbeziehung zwischen Ereignis und Erlebnis. Gerade Psychotherapie basiert auf der Erfassung dieser ideografischen und psychodynamischen Dimension der Störung.

Der hermeneutische Ansatz hat strukturelle und komplexe Modelle entwickelt, um die Dynamik bewusster und unbewusster Prozesse zu verstehen, die der Erkrankung des Patienten zugrunde liegen. In diesem Kontext meint »Verstehen« die Bildung eines gemeinsamen Narrativs und die gemeinsame Konstruktion von Bedeutung durch die Verknüpfung und Verschmelzung zweier subjektiver Horizonte (Fuchs 2006). Leitend ist dabei die Annahme, dass die Person in ihrer Lebenswelt nur erfahren und verstanden werden kann durch das Medium einer interpersonalen Beziehung, die sich bereits in der ersten Begegnung von Patient und Psychotherapeut entfaltet. Der diagnostische Prozess ist nicht beschränkt auf das empathische Verstehen, sondern zielt auf die Freilegung der spezifischen Beziehungsformen des Patienten zu anderen, die auf der Folie der therapeutischen Beziehung sichtbar gemacht werden. Im Vergleich zum phänomenologischen Ansatz gewinnen hier die Inhalte und Motive des Erlebens, die Lebensthemen und erzählten Geschichten eine größere Bedeutung, denn sie bilden die Grundlage für die weitere therapeutische Arbeit der Selbstklärung und Selbstaktualisierung.

Auch dieser Ansatz ist bis zu einem gewissen Grad systematisiert worden, nämlich zum Beispiel in Form der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, vgl. Arbeitskreis OPD 2006). Ich will das Instrument hier nur kurz skizzieren; es besteht aus den vier Hauptachsen

1. Krankheitserfahrung, individuelles Krankheitsmodell, Behandlungsmotivation, persönliche Bewältigungsressourcen, soziale Unterstützung;
2. charakteristische Beziehungsmuster aus der Patienten- und aus der Therapeuten-Perspektive; diese Muster werden näher bestimmt durch zwei orthogonale Dimensionen, nämlich *Kontrolle* (kontrollierend versus submissiv) und *Affiliation* (liebepoll versus feindselig);
3. zentrale intra- und interpersonelle Konflikte, Abwehr- und Bewältigungsmuster in verschiedenen Lebensbereichen;
4. Struktur der Persönlichkeit und Integrationsniveau, erfasst in Kategorien wie Reflexionsfähigkeit, Selbstbestimmung, Abwehr- und Bewältigungsstile, interpersonale Kommunikation, Bindungsmuster und Integrationsniveau.

Ein besonderer Vorteil dieses Systems im Vergleich zu früheren psychodynamischen Ansätzen ist der Einschluss schwerer Persönlichkeitsstörungen und dissoziativer Syndrome, der durch ein erweitertes Konzept der Persönlichkeitsstruktur möglich wird.

Wir sehen, dass die Aufgabe der Diagnostik aus einer hermeneutischen Sicht weiter reicht als nur bis zur Auflistung von Symptomen oder bis zum Nachvollzug seines Erlebens. Im Grunde geht die Diagnostik hier stufenlos in den therapeutischen Prozess über, der darin besteht, die Lebenswelt und die Beziehungsmuster des Patienten gemeinsam mit ihm zu erkunden und zu verstehen. Das vorrangige Mittel zu diesem Zweck ist das interaktive Feld zwischen Therapeut und Patient. Es stellt einen neuen, dyadischen Erfahrungsraum her, der die Beziehungsmuster des Patienten für den Therapeuten ebenso wie für ihn selbst sichtbar machen und durch neue Erfahrungen auch verändern kann. Insofern geht es auch im therapeutischen Prozess noch um ein fortgesetztes »Diagnostizieren«, nämlich im wörtlichen Sinne eines »Hindurch-Erkennens«, eines tieferen Verstehens dessen, was den Patienten motiviert und bewegt, oder was ihn hemmt und immer wieder in die Irre führt. An diesem gleichermaßen diagnostischen wie therapeutischen Prozess sind beide, Therapeut und Patient beteiligt.

3 Zusammenfassung

Ich habe damit drei wesentliche Ansätze zur Diagnostik und Erfassung psychischer Störungen vorgestellt:

1. den positivistischen oder operationalisierten Ansatz aus der Perspektive der 3. Person, der vorwiegend mit beobachtbaren Verhaltenssymptomen operiert;
2. den phänomenologischen Ansatz, der sich auf das Selbst- und Welterleben des Patienten bzw. die Perspektive der 1. Person konzentriert;
3. den hermeneutischen Ansatz, der auf das gemeinsame Verstehen der persönlichen Situation und Geschichte des Patienten aus der Sicht der 2. Person

abzielt, längerfristig auch auf eine Veränderung der grundlegenden Beziehungsmuster durch die therapeutische Interaktion.

Vom ersten zum dritten Ansatz ist der Psychiater zunehmend als Subjekt involviert.

- Der positivistische Ansatz basiert auf der Subjekt-Objekt-Trennung und der Annahme einer subjekt-unabhängigen, »objektiven« Realität.
- Der phänomenologische Ansatz basiert auf der Vergegenwärtigung und Beschreibung des In-der-Weltseins des Patienten durch empathische und typologische Erfassung.
- Der hermeneutische Ansatz basiert auf der gemeinsamen Konstruktion intersubjektiver Narrative; hier fungiert die eigene subjektive Erfahrung des Psychiaters (Gegenübertragung) als das Medium, in dem sich die Beziehungsmuster des Patienten spiegeln und sichtbar werden können.

Somit wird es vom ersten bis zum dritten Ansatz für den Psychiater zunehmend schwierig beziehungsweise sogar unmöglich, selbst außerhalb des diagnostischen Prozesses zu bleiben, der zunehmend ein Prozess dynamischer Interaktion und gemeinsamer Bildung von Bedeutungen wird. Dennoch ist im zweiten und in dritten Ansatz nicht weniger, sondern nur eine *andere* Art von Objektivität wirksam. Denn wenn Subjektivität als Beziehung eines Subjektes zur Welt und zu den anderen aufgefasst wird, dann kann sie letztlich auch nur durch ein anderes Subjekt angemessen erforscht und verstanden werden. In diesem Sinn sind wir als Psychiater selbst das beste Instrument, »... das die Tiefen des Patienten sondiert, das mit seinen Gefühlen mitschwingt, das sein Selbsterleben ebenso wie seine verborgenen Konflikte zu erfassen vermag und die Gestalt seiner wiederkehrenden Verhaltensmuster erkennt« (Nemiah 1989, 466). Wenn es um einen anderen Menschen geht, erschließt uns nicht die unpersönlichste, sondern die persönlichste Erfahrung am meisten von seiner Wirklichkeit. Keine Bildgebung des Gehirns wird dieser Erfahrung jemals überlegen sein.

4 Intuition in der psychiatrischen Diagnostik

Dies führt mich abschließend zu einigen Überlegungen zur Rolle der Intuition für den diagnostischen Prozess.

Die nonverbale, intuitive Kommunikation ist eine zentrale, wenngleich meist vernachlässigte Dimension der therapeutischen Beziehung. Sie vermittelt nicht nur wertvolle Informationen über das emotionale Erleben des Patienten, sondern gestaltet implizit auch die Beziehung. Wichtige Kriterien des psychischen Befundes wie Stimmung, Ängstlichkeit, Erregung, affektive Spannung oder Antrieb

werden vor allem in der Psychomotorik erfasst – in der Mimik, Haltung, Gestik, Bewegung des Patienten – oder auch paraverbal vermittelt, das heißt durch Stimme, Betonung oder Redefluss. Viele Diagnosen erkennt oder »spürt« man auf diese Weise schon atmosphärisch, bevor man sie analytisch zu begründen oder zu operationalisieren versucht.

Bereits das Erstgespräch vermittelt auf nonverbalem Weg wesentliche Informationen über Stimmung, Gefühl, Spannung, Antrieb des Patienten ebenso wie über seine Art der Beziehungsaufnahme. Da diese Informationen weniger analytisch, sondern ganzheitlich und atmosphärisch aufgenommen werden, richtet sich der erfahrene Psychiater in der Diagnose nicht nur nach einzelnen Symptomen, Befunden und Verlaufsdaten, sondern nach dem Gesamteindruck, den er von einem Patienten und seiner Lebenssituation gewinnt. Meist wird er auf dieser Grundlage rasch eine Hypothese über die vorliegende Erkrankung bilden. Je mehr andererseits seine Erfahrung wächst, desto präziser erfasst er umgekehrt aus dem Eindruck heraus die charakteristischen Einzelphänomene. Kein Film oder Lehrbuch können daher das eigene Erleben einer Diagnose und ihres spezifischen Kolorits ersetzen (Kraus 1991).

Frühere, phänomenologisch orientierte Psychiater wie Rümke (1941, 1958) oder Wyrsh (1946) haben das intuitive Moment der Diagnose besonders hervorgehoben, etwa das »Praecox-Gefühl« bei der ersten Begegnung mit Schizophrenen als das Misslingen des Versuchs, mit der Person des Patienten selbst in Kontakt zu kommen. »Die Einzelsymptome und ihre Summe machen also das Ganze der Schizophrenie noch nicht aus, sondern es kommt immer noch etwas hinzu oder geht etwas darüber hinaus, und dieses Etwas muss es wohl sein, was uns intuitiv die Diagnose erlaubt« (ebd., 1173). Kürzlich hat Grube (2006) in einer Studie an 67 Patienten die Verlässlichkeit des »Praecox-Gefühls« bei einem erfahrenen Psychiater nach einem Erstkontakt von wenigen Minuten Dauer geprüft und fand eine sehr hohe Sensitivität (0,88), Spezifität (0,80) und Korrelation (0,93) der intuitiven mit der später kriteriologisch festgelegten Schizophrenie-Diagnose.

So eindrucksvoll sich Erfahrung auch bewähren kann – die Schwierigkeit für den Lernenden besteht darin, dass er den atmosphärischen Sinn für das spezifisch-Abweichende, das Inadäquate im Auftreten und Verhalten psychiatrischer Patienten noch nicht ausgebildet hat. Die analytisch vorgehende Ansammlung von Einzelsymptomen in der heutigen operationalisierten Diagnostik kann dies nicht hinreichend kompensieren. Denn für den erfahrenen Diagnostiker gewinnen die Einzelercheinungen immer erst vor dem intuitiv erfassten Hintergrund des typischen Gesamtbildes ihre diagnostische Wertigkeit. Begnügt man sich mit der Glossar-Diagnostik, die nach dem Prinzip des »*Chinese restaurant*«-Menüs von Einzelsymptomen erfolgt, so kann im Prinzip auch ein Computer die Diagnose berechnen. Demgegenüber geht der phänomenologische Ansatz davon aus, dass den Erkrankungen ein spezifisch abgewandeltes Verhältnis des Kranken zur Welt und zu sich selbst zugrunde liegt, also ein *seelisches Ganzes*, das es zu erfassen gilt. Dazu muss der Psychiater und Psychotherapeut dem Patienten in ganz anderer

Weise begegnen: Statt den Einfluss seiner Person und Erfahrung möglichst gering zu halten, wie es die objektivierende Untersuchung mittels Erhebungsinstrumenten, Fragebögen etc. anstrebt, setzt die intuitive Diagnostik gerade eine persönliche Nähe zwischen Arzt und Patient voraus.

Die diagnostische Bedeutung der intuitiven Kommunikation lässt sich noch in anderer Weise eindrucksvoll belegen, nämlich durch Videoaufzeichnungen und mikroanalytische Auswertung von Explorationen. So wurden in einer Studie von Heller (1993; Heller & Haynal 1997) 59 Patientinnen und Patienten innerhalb von drei Tagen nach einem Suizidversuch von einer Psychiaterin exploriert. Das Interview wurde videografiert, und die Mimik und Gestik sowohl der Psychiaterin als auch ihrer Patienten minutiös analysiert. Die Fragestellung war, ob die non-verbale, weitgehend unbewusste Kommunikation während des Interviews eine prädiktive Bedeutung für einen erneuten Suizidversuch haben könnte. Zum Vergleich schätzte die Psychiaterin unmittelbar nach dem Interview auch ein, wie hoch sie ihrer bewussten Wahrnehmung der Patienten nach das Risiko eines künftigen Suizidversuchs bewertete.

Bei einer Katamnese nach einem Jahr hatten zehn Patienten einen zweiten (nicht-tödlichen) Suizidversuch unternommen. Diese wurden nun mit elf Patienten ohne weiteren Suizidversuch verglichen. Es zeigte sich, dass in der Tat 265 Körpersignale signifikant mit der Suizidversuchs-Variable korreliert waren, wobei 200 dieser Signale von der Psychiaterin selbst produziert worden waren. Das eigentlich Erstaunliche war nun: Während ihre bewusste Voraussage des Suizidrisikos nach dem Interview nur auf dem Zufallsniveau lag, hatten ihre unbewussten körperlichen Signale signifikant prädiktiven Wert. So konnte die Dauer ihres besorgten Gesichtsausdrucks (Stirnrunzeln) 17 der insgesamt 21 Patienten, also 81 %, richtig präzisieren; das gleiche Resultat ergab sich, wenn die gesamte mimische und motorische Aktivität der Psychiaterin als Zeichen für ihre emotionale Involviertheit herangezogen wurde. Man könnte also sagen: Auf implizit-körperlicher Ebene spürte die Psychiaterin genauer, wie gefährdet ein Patient tatsächlich war, als ihr bewusst wurde.

Es ist offensichtlich, welche Bedeutung diese und ähnliche Untersuchungen insbesondere für die klinische Ausbildung haben. Wenn es gelänge, Psychiatern und Psychotherapeuten ein verfeinertes Sensorium für ihre eigenen leiblichen Reaktionen zu vermitteln, so könnten sie ihren eigenen Körper als Wahrnehmungsinstrument, gewissermaßen als »Beziehungs-Seismograf« nutzen. Sie wären damit in der Lage, intuitiv ungleich mehr von der Wirklichkeit des Patienten wahrzunehmen, als es auf der bewusst-verbale Ebene möglich ist. Es ist freilich auch offensichtlich, dass dafür eine lange und spezifisch zu schulende Erfahrung erforderlich ist.

Aus all diesen Gründen bleiben Subjektivität und Intersubjektivität unabdingbare Aspekte einer eingehenden, methodisch geleiteten und vertieften psychiatrischen Diagnostik. Die kriteriologische, operationalisierte Diagnostik muss erweitert werden um die Perspektive der Person, ihre Einstellungen, Werte

und Ziele, wie sie etwa der frühere Präsident der *World Psychiatric Association*, Juan Mezzich, unter dem Begriff der »person-centered psychiatry« vorgeschlagen hat (Mezzich 2006, 2007). Sie muss ebenso erweitert werden um die diagnostischen Ansätze aus der Perspektive der 1. und 2. Person, wie sie Phänomenologie und Hermeneutik entwickelt haben. Schließlich bedarf auch die intuitive Wahrnehmung in der Diagnostik der Übung und Erfahrung; es sollte zu den zentralen Aufgaben der Aus- und Weiterbildung sein, die Wahrnehmungsfähigkeiten von Psychiatern und Psychotherapeuten für zwischenleibliche Phänomene zu schulen, damit sie nicht nur nach manualisierbaren Strategien, sondern mit Intuition und Gespür für die implizite Ebene der Beziehung zu diagnostizieren und zu therapieren lernen.

Nicht zuletzt aber bedürfen die Psychiatrie ebenso wie die Psychotherapie immer wieder einer Besinnung auf ihre Wurzeln in den Geisteswissenschaften, in der Kunst und Literatur, denn hier liegen jahrhundertelangen Traditionen des Verständnisses der menschlichen Seele. Wohl kaum eine Tradition wird uns dem Verständnis unserer Patienten näher bringen. Die Diagnose, sowohl im Sinne eines Erkennens des Typischen als auch im Sinne eines vertieften Verständnisses der Person, ist letztlich immer eine Kunst, und sie kann nicht besser erlernt werden als in einer künstlerischen, schöpferischen Weise.

Literatur

- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 108–112.
- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Berg, J. H. van den (1972). A different existence. *Principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- De Haan S. & Fuchs, T. (2010). The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia. Two case studies. *Psychopathology*, 43, 327–333.
- Fuchs, T. (2006). Psychotherapie des »gelebten Raums«. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. *Psycho-Logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur*, 1, 286–303.
- Griesinger, W. (1861). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende* (2. Aufl.). Stuttgart: Krabbe.
- Grube, M. (2006). Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'praecox feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology*, 39, 209–217.
- Heller, M. (1993). Unconscious communication. In B. Maul (Hrsg.), *Body psychotherapy or the art of contact* (S. 155–179). Berlin: Maul.
- Heller, M. & Haynal, V. (1997). The doctor's face: A mirror of his patient's suicidal projects. In J. Guimón (Hrsg.), *The body in Psychotherapy* (S. 46–51). Basel: Karger.

- Hojajj, C. R. (2000). Reappraisal of dementia praecox: Focus on clinical psychopathology. *World Journal of Biological Psychiatry*, 1, 43–54.
- Holsboer, F. (2011). Psychische Störungen sind Hirnerkrankungen (Interview). *Gehirn & Geist*, 12, 36–38.
- Kraus, A. (1991). Phänomenologische und symptomatologisch-kriteriologische Diagnostik. *Fundamenta Psychiatrica*, 5, 102–109.
- Maier, W. (2002). Psychiatrie als Beruf – Wie sieht die Zukunft aus? *Der Nervenarzt*, 73, 96–97.
- Mezzich, J. E. (2006). Institutional consolidation and global impact: Towards a psychiatry of the person. *World Psychiatry*, 5, 65–66.
- Mezzich, J. E. (2007). Psychiatry for the person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry*, 6, 1–3.
- Mundt, C. (2005). Anomalous self-experience: A plea for phenomenology. *Psychopathology*, 38, 231–235.
- Nemiah, J. C. (1989). The varieties of human experience. *British Journal of Psychiatry*, 154, 459–466.
- Parnas, J., Moeller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38, 236–258.
- Rümke, H. C. (1941). Das Kernsyndrom der Schizophrenie und das sogenannte ‚Praecox-Gefühl‘. *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 102, 168–169.
- Rümke, H. C. (1958). Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt*, 29, 49 ff.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Wyrsh, J. (1946). Über die Intuition bei der Erkennung des Schizophrenen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 76, 1173–1176.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Voßstr. 4, 69115 Heidelberg; E-Mail: thomas.fuchs@med.uni-heidelberg.de