

## Fast ein Streitgespräch – Klaus Dörner trifft Peter Brieger



**Zusammenfassung** Mehr als 30 Jahre Altersunterschied trennen die beiden Psychiater Klaus Dörner und Peter Brieger. In den letzten drei Jahren haben sie sich wegen der Neubearbeitung des Lehrbuchklassikers »Irren ist menschlich« immer wieder getroffen, auseinandergesetzt, manchmal gestritten. Unterschiedliche Auffassungen haben beide auch zum Thema Diagnostik und sie geraten darüber in einen Diskurs über Resilienz, Wissenschaftlichkeit und Ambiguität in der Psychiatrie.

**Sandra Kieser:** In »Irren ist menschlich« – sowohl in der alten als auch in der neuen Fassung – kann man folgenden Satz lesen: »Eine psychiatrische Diagnose, obwohl nur künstliche Übereinkunft, ist hilfreich als Leitidee. Sie hilft unserer Aufmerksamkeit, beim Vorliegen eines Symptoms auch an zugehörige, vielleicht verborgene Symptome zu denken.« Würdet ihr sagen, dass das der Kern von Diagnostik ist?

**Klaus Dörner:** Diese Haltung einzunehmen, ist, glaube ich, das, was die Bedeutung von Diagnostik auch dort aufrechterhalten hat, wo man nicht mehr an Medizin-Zugehörigkeit der Psychiatrie glaubt.

**Sandra Kieser:** Wo glaubt man nicht mehr daran?

**Klaus Dörner:** Zum Beispiel in »Irren ist menschlich«. Der »Unglaube« spielt dort eine große Rolle. Ich komme ja aus der Körpermedizin. Die Mediziner, die sich seit

Hippokrates alle körperlichen Krankheiten angeeignet und dafür auch die einzige Kompetenz beansprucht haben, sind um das achtzehnte Jahrhundert herum auf die Idee gekommen, »das machen wir jetzt auch für die Seele« – als ob sonst nichts Besonderes dazugehört, als ob die Seele nur ein weiteres Körperorgan wäre. Indem sich die Medizin bzw. die Psychiatrie dann als Wissenschaftsfach ausgebildet hat, ist sie also auch so damit umgegangen. Da sind, glaube ich, die meisten Geburtsfehler der Psychiatrie entstanden, noch mehr Fehler als durch die Institutionalisierung, was ja auch schon schlimm genug war.

**Peter Brieger:** Es gibt das Buch von Robert Kendell »The Role of Diagnosis« aus dem Jahr 1975. Dort werden die Grundprinzipien der Diagnostik in der englisch-kritischen Art aufgeführt: man brauche Labortests, man brauche eine gewisse Reliabilität, man brauche eine gewisse Validität. Robert Kendell hat sechs oder sieben Punkte aufgeführt,

die man brauche, um sagen zu können, man habe eine Diagnose erstellt. Wir beide haben eine gewisse Sozialisation an universitären Einrichtungen und, ich vermute, wir sind beide von Diagnosen geprägt und gebeutelt. Damals, bis weit in die 1980er-Jahre, gab es ein gewisses »Verliebtsein« in Diagnosen. Ich erinnere mich, mit welcher Begeisterung wir 24 verschiedene Wahnsyndrome beschreiben konnten, vom Capgras- über Couvades- zum Cotardsyndrom. Es war richtig toll, wenn man diese vielen Diagnosen kannte – nur ein therapeutischer Sinn ist daraus für mich nicht erwachsen.

**Klaus Dörner:** Mein erster Lehrer – Prof. Bürger-Prinz – hat sich, weil er ein Zyniker vor dem Herrn war, darüber kaputtgelacht, wieso die Psychiater meinen, sie seien Wissenschaftler, denn mit Wissenschaft hätte das alles überhaupt nichts zu tun.

»Man kann erst etwas dekonstruieren, wenn es zuvor konstruiert war.«

**Sandra Kieser:** Aber ist das nicht auch eine Form von Zwiedendenken, dass man auf der einen Seite diagnosekritisch ist, jedoch auf der anderen Seite doch klassischen Konzepten folgt, in einem Lehrbuch ein Neurosen-Kapitel und ein Psychosen-Kapitel schreibt?

**Peter Brieger:** Und die manisch-depressiven Erkrankungen auch einfach anders behandelt als die schizophrenen Erkrankungen?

**Klaus Dörner:** Das sind sehr gute Fragen. Wenn ich mir überlege, ich würde jetzt ein Buch wie »Irren ist menschlich« schreiben, würde ich dann auch noch Krankheitsentitäten beibehalten?

**Peter Brieger:** Ich glaube unbedingt! Ich glaube, das ist genau die Stärke von »Irren ist menschlich«, weil man erst etwas dekonstruieren kann, wenn es zuvor konstruiert war. Wenn man gleich dekonstruiert, in den Prozess reingeht, wird er einfach nur flach. Das ist dann tatsächlich nur »Gutmensch-Sein«. Ich habe für mich den Anspruch, dass es dennoch eine Wissenschaft, »Seelenkunde«, »Psychiatrie«, »Post-Psychiatrie« – was auch immer – gibt, dass wir Erkenntnisse über die Jahre und Jahrzehnte angesammelt haben – gute und schlechte – und wir heute mehr wissen als noch vor hundert Jahren. Dies alles »in die Tonne zu treten« und zu sagen: Alles und insbesondere wir in der Psychiatrie sind nur »nett« und wir müssen einfach die richtige soziale Umgebung finden, ist mir zu wenig.

**Klaus Dörner:** Vielleicht kannst du dich an eine Sitzung in einer Diskussionsrunde erinnern, in der ich immer darauf gedrungen habe, dass die Kapitel mit den psychotherapeutischen, den soziotherapeutischen und den körpertherapeutischen Techniken, inklusive Medikamente, unbedingt dazugehören. Denn nur, wenn dies auch gegeben wäre, also die Technifizierung des Tuns, und zwar eben nicht so vernichtend abwertend, dann kann man das mit der »therapeutischen Haltung« ernst nehmen, wenn man daneben – nicht darunter, sondern daneben – auch den rein technischen Zugang für wichtig und wert hält. Eine Art Doppelläufigkeit: auf der einen Seite die Haltung, auf der anderen Seite die Technik. Das Wort »Wissenschaft« ist nicht ausreichend trennscharf, es schmeißt alles in eine Tonne und setzt sich dann darüber hinweg.

**Peter Brieger:** Ich habe kürzlich mit Michael von Cranach überlegt, was »gute Psychiatrie« im Alltag, in der Versorgungsklinik, in der Institutsambulanz ausmacht und wir sind übereingekommen, dass eigentlich der entscheidende Unterschied ist, ob man die Biografie seiner Patienten noch kennt oder nicht und ob man mit der Biografie arbeitet. Die »neue« Diagnostik läuft natürlich Gefahr, dass hier nur noch mit Checklisten irgendwelche Symptome beobachtet werden, was ja auch der Realität des Krankenhauses entspricht, dass keine Biografie mehr erhoben wird, weil die Leute vermeintlich keine Zeit mehr dafür haben. Das ist eigentlich etwas ganz Triviales, doch wenn ich von jemandem die Biografie kenne und auch den weiteren Behandlungsprozess mit der Biografie weiterentwickle und lebe, habe ich auch in der Diagnostik eine andere Perspektive auf den Menschen als wenn ich nur DSM-V-Symptome abgleiche.

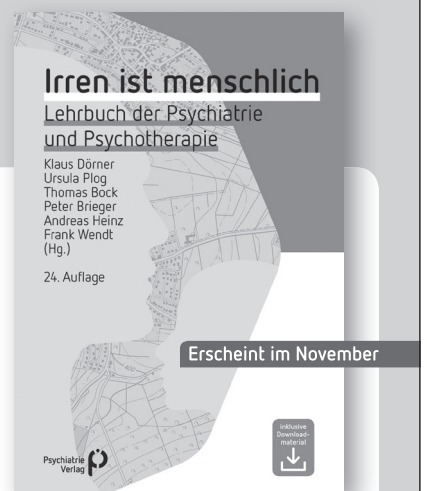
**Klaus Dörner:** Es geht ja möglicherweise auch noch weiter, denn ein diagnostisches Schema macht sich ja immer auch an Symptomen einer Krankheit fest. Es ist noch nicht allzu lange her, als mir auch hierzu ein kritischer Gedanke gekommen ist. Wenn ich reflektiere, wie ich Psychiatrie betrieben habe, dann habe ich anfangs immer den Sturmangriff gegen die Symptome gerichtet, bis mir eines Tages klar geworden ist, dass dies das Falscheste ist, was man machen kann, sondern man muss darauf achten, dass Symptome das eigentliche Geschehen in diesem Krankheits- oder Störungsprozess des Patienten zudecken, kaschieren, unter Verschluss halten. Wenn wir jetzt wirklich diese Menschen »therapieren«, müssen wir wahnsinnig aufpassen: Was man therapieren kann sind ja vielleicht die Symptome – aber die sind vielleicht nicht das Wesentliche.

**Peter Brieger:** Aber die sind ein Zugang.

**Klaus Dörner:** Ja! Aber wozu? Zu dem, was den Patienten schützt. Und wenn wir ihn dieses Schutzes berauben, indem wir ihm die Symptome zu früh wegnehmen, dann schädigen wir ihn und bringen ihn möglicherweise um. Also, ist es ganz wichtig, auch im Kopf zu haben, dass Symptome immer auch eine wichtige Schutzmöglichkeit darstellen. Man sollte auch keine Energie investieren, diese zu bekämpfen, sonst hat man wieder psychisch Kranke wie Gegenstände vor der Flinte. Man muss eigentlich mit dem Patienten so umgehen, dass er selbst zum Schluss die Symptome zu seinem Selbst-

# Irren war nie menschlicher

»Irren ist menschlich« ist seit fast 40 Jahren das sozial-psychiatrische Standardlehrbuch. Es hat mit klaren Positionen die Versorgung psychisch kranker Menschen erneuert und geprägt. Um »Ur-Autor« Klaus Dörner versammelt sich für die 24. Ausgabe ein neues, hochkarätiges Herausgeberteam. Namhafte Experten und Expertinnen tragen den Differenzierungen des Faches Psychiatrie Rechnung und diskutieren auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Ein Ausnahmelehrbuch, das humanistisch fundierte Theorie und Praxis vereint!



Klaus Dörner, Ursula Plog,  
Thomas Bock, Peter Brieger,  
Andreas Heinz, Frank Wendt (Hg.)  
**Irren ist menschlich**  
992 Seiten, 39,95 €  
ISBN 978-3-88414-610-1  
eBook 31,99 €  
ISBN (eBook) 978-3-88414-887-7

Psychiatrie  
Verlag 

[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

schutz immer weniger braucht – vielleicht nie mehr, aber jedenfalls immer weniger braucht, was aber von innen kommen muss.

**Peter Brieger:** Aber wenn derjenige unter seinen Symptomen leidet, dann werde ich ihm helfen.

**»Es gibt zwei Seiten, von denen ich immer betone, dass sie gleich wichtig sind: die wissenschaftlich-technische Seite und die angemessene biografische Haltung.«**

**Klaus Dörner:** Für die Neuauflage von »Iren ist menschlich« habe ich ganz tapfer alle Texte durchgelesen und bin gerade bei dem »Krisenkapitel«. Dabei bin ich auf den Gebrauch dieses neuen Begriffes »Resilienz«, welches – glaube ich – zweimal im Text vorkommt, aufmerksam geworden. Das Wort »leiden« kommt dagegen so gut wie gar nicht vor. Wie würde Resilienz in englischer Aussprache klingen?

**Peter Brieger:** [rezi'lients]

**Klaus Dörner:** Das Wort ist schon ziemlich »eingedeutscht«. Es kommt aus dieser Recovery-Ecke.

**Peter Brieger:** Ursprünglich kommt das Wort – wenn ich recht weiß – aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Emmy Werner hat in den 1960er-Jahren eine Langzeitstudie auf Hawaii gemacht und dabei »Resilienz« entdeckt.

**Klaus Dörner:** Bei solchen Gelegenheiten schlage ich immer mal wieder im Wörterbuch nach. Im Wörterbuch steht etwas furchtbar Verräterisches: Resilienz ist die Fähigkeit, wie man das, was einen betrifft, was einem Schmerzen macht, an sich abperlen lässt, es äußerlich lässt, aber nicht durchleidet, gerade nicht durchleidet. Und hier liegt, glaube ich, wiederum so eine Grenze: Auf der einen Seite steht beim Umgang mit Krisen die von mir angewandte Technik und auf der anderen Seite das In-mich-eindringen-Lassen von schmerzhaften, leidvollen Empfindungen, diese aber so tief in mich eindringen lassen, dass ich sie durchleide und damit auch durchlebe. Es gibt eben immer zwei Seiten, die gleich wichtig sind: das eine die wissenschaftlich-technische Seite, das andere die angemessene biografische Haltung – die Schwierigkeit oder Kunst besteht darin, beide Zugänge gleichgewichtig zu behandeln, auch in der Wertigkeit.

**Peter Brieger:** Ich glaube, es geht sogar noch ein Stück weiter, denn ich muss die Biografie sehen, ich muss das »andere« – dieses Zwiendenken – vielleicht auch sehen und ich muss dennoch die anthropologische Komponente verinnerlicht haben. Natürlich kann ich die Biografie und die Diagnose sehen und trotzdem diesen Lotuseffekt des Abperlens als Resilienz deklinieren, ohne dass ich den Sinn dahinter sehe. Also ich muss quasi auch die anthropologische Komponente haben, um die Krankheit auch wieder auflösen zu können oder um den Sinn zu sehen oder um sagen zu können: Was steckt da letztlich dahinter?

**Klaus Dörner:** Ja, so ist es.

**Sandra Kieser:** Gibt es so etwas wie eine anthropologische Psychopathologie oder Diagnostik? Und wie unterscheidet sich diese von der klassischen?

**Klaus Dörner:** Ich überlege, ob es nicht angemessen oder allmählich an der Zeit wäre, sich klarzumachen, dass wir anfangs aus lauter Verlegenheit und weil wir nichts Besseres wussten, die Psychiatrie erst einmal möglichst medizinisch formuliert haben – alles andere wäre ja auch ganz neu gewesen und wenn es auf Geist bezogen gewesen wäre, wäre das Magische mit Sicherheit nur abzulehnen gewesen. Eine ganz fatale Situation. Wir sind mit Begriffen wie »diagnostizieren« und »therapieren« an Menschen herangegangen, was sich ja seit Hippokrates bei Körperkranken bewährt hatte. Es lag somit nahe, dass wir seelische Empfindungen, Denken, Fühlen, Schmecken etc. als etwas Ähnliches vermuteten und der Ansicht waren, es mal »durchzuprobieren«. Nur sind wir irgendwie hängen geblieben und darauf reingefallen: Mit Begriffen wie »diagnostizieren« und »therapieren« richten wir mehr an, als wir eigentlich vorgehabt hatten. Denn wir übernehmen mit diesen Worten auch die Denkweise der Naturwissenschaft, des Umgangs mit der Natur – was ja überhaupt nichts Anrüchiges, jedoch eine Einseitigkeit ist. Der Mensch ist – zumindest spricht ziemlich viel dafür – nicht nur ein »Naturding«, sondern auch ein »Geistes- oder Seelending«. Es bedarf eines mehrgliedrigen Ansatzes, um dem Menschen gerecht zu werden. Deswegen sind wir, Thomas Bock auf der einen und ich auf der anderen Seite – ich weiß gar nicht mehr, wer zuerst – darauf gekommen, zu sagen: Das hat mit Krankheit nichts zu tun. Körper und Seele und all diese schwierigen Dinge kommen sich immer ins Gehege und streiten

dann furchtbar miteinander. Der Mensch ist ein Wesen, das von bestimmten Störungen befallen werden kann, die ihm einerseits guttun, an denen es andernteils auch leiden kann – und manchmal beides zusammen.

**Peter Brieger:** Wobei ich glaube, dass natürlich der naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff auch eine Entlastung bedeuten kann. Bei einem entsprechend betroffenen Menschen werde ich die Diagnose einer manisch-depressiven, einer bipolaren Störung stellen – gleichzeitig sehe ich natürlich seine Biografie – und halte beides aus. Die Person hat einerseits eine Diagnose, aber sie wird auch im Rahmen der Behandlung an ihrer Biografie oder an ihren Lebensumständen arbeiten und dennoch habe ich auch ein naturwissenschaftliches Krankheitskonzept dahinter.

**Klaus Dörner:** Warum?

**Peter Brieger:** Weil ich mit solch einem naturwissenschaftlichen Krankheitskonzept manche Dinge besser kann, zum Beispiel die richtige Therapie finden. Ich glaube, inzwischen macht es einen Unterschied. Und die Diagnose hat Auswirkung auf die Therapie.

**Klaus Dörner:** Hm. Wenn man das dann für richtig hält, zu glauben, dass ein Mensch mit einer psychischen – ich bezeichne es mal neutral – »Störung« einem therapeutischen Tun überhaupt zugänglich ist. Das beginnt ja auch schon beim Diagnostizieren, weil diagnostizieren heißt ja »Durchschauen«.

**Peter Brieger:** Ja.

**Klaus Dörner:** Jemand gibt etwas vor – wobei keiner weiß, stimmt das oder nicht – und ich muss das jetzt durchschauen, notfalls die Person. Sie steckt drin und man kriegt sie so ohne Weiteres nicht wieder raus. Nachdem ich das eine Zeit lang, und zwar mit Erfolg, getan habe, habe ich damit das Recht erworben, sie auch zu therapieren und damit Geld daran zu verdienen.

**Peter Brieger:** Ja.

**Klaus Dörner:** Es ist die Frage, ob das so sein und so bleiben muss. Bei Beinbrüchen, durchbrochenen Magengeschwüren etc. kann sich diese Frage nie so radikal stellen wie wenn ich das auf seelische Äußerungsmöglichkeiten übertrage. Ich kann nie sicher sein, ob das Recht oder Unrecht ist.

**Peter Brieger:** Aber ich erlebe auch bei den Menschen ganz viel Leid. Vielleicht macht

es einen Unterschied, ob ich als Grunddenk-Paradigma die schizophrenen Psychosen nehme oder ob man sich affektive Störungen vor Augen hält. Ich glaube, es gibt viele Menschen mit Depressionen oder auch mit manisch-depressiven Erkrankungen, die enorm unter ihrer Krankheit leiden und die gerne diese Krankheiten nicht mehr hätten.

**Klaus Dörner:** Ja, dann darf man sie doch nicht bekämpfen. Das ist mit Sicherheit der falsche Zugang. Man darf sie nicht »wegmachen«. Man darf nicht so tun, als ob ich mein Auto in die Werkstatt bringe, um es reparieren zu lassen und wenn es wieder ganz ist, wieder fahren kann. Dann lasse ich das wieder an mir abperlen, woran ich leide und falle auf den Resilienzbezug herein. Das geht nicht gut aus. Meistens ist es ein Kategorienfehler.

**Peter Brieger:** Weil?

**Klaus Dörner:** Eben weil ich, auch mit diesem Versuch, so etwas vom Menschen in Erfahrung zu bringen, immer danebenlanden muss, zumindest ist es unvollständig, was aber noch der kleinere Fehler ist. Wahrscheinlich ist es vom Ansatz her abwegig, überhaupt mehr von ihm erfahren zu wollen, als er von sich aus äußert. Und ob die Person nun leidet oder nicht leidet ... Der eine leidet auch an seinem Beinbruch, der eine mehr, der andere weniger. Das ist halt Schicksal.

**Peter Brieger:** Mir fällt jetzt beispielsweise der Fall eines Lehrers ein. Kurz bevor er zu mir kam, zog er einen Leiterwagen hinter sich her, hatte eine Tröte in der Hand, eine Leuchtweste an und sang dazu. So stand er vor der Klasse. Sein Schulleiter hat ihn dann zum Glück nach Hause geschickt. Er war hoch manisch gewesen. Ich habe ihn behandelt, ihn auf Lithium eingestellt, habe ihn regelmäßig gesehen, wir kennen uns seit vielen Jahren. Nach vier oder sechs Wochen ist er wieder komplett genesen, ist wieder zurück an die Schule gegangen. Das Schulamt hat ihm mitgeteilt, dass er, auch wenn er erst 38 Jahre alt sei, pensioniert werde und nicht weiterhin als Beamter tätig sein könne, wenn so etwas noch einmal vorkomme. Der Lehrer nimmt seit diesem Zeitpunkt Lithium und ist gesund. Das finde ich jetzt nicht verkehrt. Ich kann jetzt an dem Punkt nichts sehen, was ich da falsch gemacht hätte. Wir haben oft einen Diskurs, wenn er nachfragt, ob er das Mittel nicht mal wieder weglassen könnte. Ich sage dann immer: »Können Sie schon machen, aber es besteht ein gewisses Risiko und das Schulamt wird entsprechend

reagieren.« Dass der Patient das fragt, ist verständlich. Keiner nimmt auf Dauer gern Medikamente. Das Ganze ist jetzt fünf Jahre her und er ist seit fünf Jahren stabil. Wenn ich solche Möglichkeiten habe, greife ich auf ein naturwissenschaftliches Krankheitsmodell zurück, nutze das, es gibt eine entsprechend indizierte Therapie – Lithium zum Beispiel – und damit geht es ihm gut. Widerspricht doch eigentlich ein Stück weit dem, was du jetzt gerade gesagt hast, oder?

**»Wer in Ambivalenzen oder Ambiguitäten steht, der möchte das loswerden, weil es unbequem und ärgerlich ist.«**

**Klaus Dörner:** Ich denke, das sind beides Perspektiven, die nebeneinanderstehen. Was ich besonders wichtig finde: Die Perspektiven – es gibt geisteswissenschaftliche, naturwissenschaftliche und vieles andere mehr, was man auflisten kann – unterscheiden sich extrem, sind jedoch gleichberechtigt in ihrer Bedeutsamkeit und schon, wenn wir anfangen zu versuchen, das zu gewichten, gehen wir mit dieser gleichartigen Bedeutsamkeit falsch um. Am meisten hat mir hier Helmuth Plessner geholfen, den ich in der deutschen Geschichte für den wichtigsten Anthropologen überhaupt halte. Von ihm stammt ein Satz, der mir in der Praxis sehr hilfreich war: Dem Menschen, anthropologisch gesehen, ist kaum etwas so Wesentliches zu eigen, wie dass er immer in Ambiguitäten steht. Die Kunst besteht in Folgendem: Wer in Ambivalenzen oder Ambiguitäten steht, der möchte das loswerden, weil es unbequem und ärgerlich ist, ihn juckt und kribbelt es dann immer. Er fängt an, zu reduzieren und möchte so lange reduzieren, bis er eine von diesen beiden Ambivalenzseiten wegreduziert hat und nur noch die andere da ist. Und das geht nicht. Der Mensch ist das Lebewesen – würde jetzt Helmuth Plessner sagen –, das unauflöslich, schicksalhaft immer in solchen blödsinnigen Ambivalenzen steht und diese nicht aufzulösen vermag. Wenn er versucht, sie zu reduzieren, gibt es Probleme.

**Peter Brieger:** Das ist interessant, Psychologen wie Heinz Kischkel oder Else Frenkel-Brunswik haben versucht, Ambiguitätstoleranz und -intoleranz als Persönlichkeitsfaktor zu sehen – auch für Resilienz. Eine Theorie ist, dass Menschen, die ambiguitätsintolerant sind, ein erhöhtes Depressionsrisiko haben. Letztlich läuft das jedoch meiner Meinung nach auf den Typus melancholicus hinaus.

**Klaus Dörner:** Deswegen überlege ich, ob man nicht gut daran täte, zu sagen, man verzichtet auf das Wort »Medizin« – nicht nur im Umgang mit psychischen Störungen, sondern überhaupt. Doch muss man natürlich sehen, dass wir das, was wir unter den Begriff »Medizin« gestellt haben, nur zum kleinen Teil eine Nosologie beinhaltet – diese oder jene Krankheit ist damit gemeint – ansonsten zählt ganz vieles traditionell zur Medizin, was jedoch mit Krankheit nichts zu tun hat: Behinderung, Sucht, Geburt, Tod, Sterben – tausend Dinge, die wir alle munter zur Medizin rechnen und dies auch den Studenten so lehren, doch es gehört eigentlich nur zur philosophischen Anthropologie, zur Lehre vom Menschen. Wir Mediziner täten gut daran, drei Schritte zurückzutreten, um aus einer distanzierteren Sichtweise zu erkennen, was aus anthropologischer Sicht alles zum Wesen des Menschen, der Anthropologie, gehört, um dann in speziellen Fächern zu entscheiden, was kann man medizinisch verordnen, was juristisch, was poetisch-geisteswissenschaftlich, was historisch etc. Ich weiß, es klingt ziemlich verrückt, aber wenn ich die Psychiater unserer Vorfahren anschau, haben diese immer zwischen diesen beiden Möglichkeiten geschwankt: Mehr das naturwissenschaftlich-technische zu betrachten oder mehr poetisch, von mir aus auch religiös oder geisteswissenschaftlich, bis wir dann mit der Revolution von 1848 für Medizinstudenten das bis dahin geltende Philosophikum fortschrittsgläubig durch das Physikum ersetzt haben und zur Strafe dafür einseitig wurden und seither keine philosophische Basis mehr für die Medizin zustande gebracht haben.

**Peter Brieger:** Im Kapitel »Spielräume« in »Irren ist menschlich« hat sich Matthias Heißler sehr klar positioniert, indem er sagt: Die allgemeinspsychiatrische Abteilung muss am Allgemeinkrankenhaus sein mit einem Eingang für alle Kranken, weil alle Kranken gleich sind, die orthopädischen, die gynäkologischen, die internistischen und die psychiatrischen. Damit habe ich ja wieder einen ziemlich naturwissenschaftlich-somatischen Krankheitsbegriff. Ist das nicht ein Widerspruch?

**Klaus Dörner:** Der muss nicht sein, denn ich glaube, man kann das wirklich mit diesem Ambivalenzgedanken – der Mensch ist einfach bi-perspektivisch, also naturwissenschaftlich und geisteswissenschaftlich, mal ist es mehr das eine, mal mehr das andere. Aber die Nutzenanwendung finde ich das eigentlich Spannende. Ambivalenzen können



immer etwas Unbequemes sein, auch wo-  
runter man leidet. Also versuche ich erst ein-  
mal mit ganz gesundem Menschenverstand,  
das wegzukriegen, rein technisch. Wenn  
man dann jedoch merkt, dass das nicht geht,  
muss man diese Bi-Perspektivität in Anwen-  
dung auf den Menschen beibehalten und  
notfalls auch durchleiden und zwar nicht  
abperlen lassen, sondern richtig durchlei-  
den und in mich eindringen lassen, dass ich  
da vor lauter Verzweiflung kaum noch was  
sagen kann, aber das einfach durchstehe.

**Peter Brieger:** Aber ist es nicht auch biss-  
chen Diskursethik oder Postmoderne, wenn  
man sagt, man muss die Dinge verhandeln.  
Wenn man sagt: Es gibt keine klaren Kate-  
gorien mehr, sondern man muss versuchen,  
verschiedene Wahrheiten nebeneinander zu

sehen und wenn ich mich mit diesem Lehrer  
darauf einige, dass eine Person eine bipola-  
re Störung hat, die mit Lithium behandelt  
wird, dann ist das unsere Realität und wenn  
ein psychotisch Kranker sagt »Ich bin ge-  
sund«, dann ist es seine Realität. Oder?

**Klaus Dörner:** Ja. Und ich habe als Arzt abso-  
lut nicht das Monopol zu entscheiden, was  
jetzt auf den einen Menschen oder auf den  
anderen Menschen mehr zutrifft.

**Peter Brieger:** Aber ich glaube, ich muss  
trotzdem das Wissen haben.

**Klaus Dörner:** Das ist wahrscheinlich nicht  
schädlich, nur dass bisher jede Wissenschaft  
auch ihre philosophische Reflexionsebene  
brauchte. (Lacht.)

## Die Autoren

### **Klaus Dörner**

*Jg. 1933, em. Prof. Dr. med. Dr., 1980 bis  
1996 Leiter der Westfälischen Klinik für  
Psychiatrie Gütersloh, lehrte Psychiatrie an  
der Universität Witten-Herdecke. Arbeits-  
und Interessenschwerpunkte: Psychiatrie,  
Medizinethik, Geschichte der Moderne*

### **Peter Brieger**

*Jg. 1964, Prof. Dr. med., Facharzt für Psy-  
chiatrie und Psychotherapie. Von 2006 bis  
2016 Ärztlicher Direktor des Bezirkskran-  
kenhauses Kempten, ab November 2016 des  
Isar-Amper-Klinikums München-Ost*

### **Sandra Kieser**

*Jg. 1979, Lektorin, Psychiatrie Verlag*