© F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH (1994)

O. Mäser

Landesnervenkrankenhaus Valduna, Rankweil, Österreich (Chefarzt: Prim. Dr. A. Lingg)

Eine Untersuchung über das Erkennen in der Psychiatrie

in bezug auf Immanuel Kant

An essay concerning the understanding in psychiatry – refering to Immanuel Kant

Schlüsselwörter
Psychiatrische Diagnostik, Schizophrenie, Methodologie

Zusammenfassung
Psychiatrisches Erkennen führt zu Objektivierungsproblemen, wie sie in der somatischen Medizin nicht oder nur am Rande gegeben sind. Unter Bezug auf das Gedankengut von Immanuel Kant wird dargestellt, worin sich das psychiatrische (psychologische) Erkennen vom Erkennen in der somatischen Medizin unterscheidet. Es erweist sich dabei Kants »Kritik der reinen Vernunft« der Psychiatrie und Psychologie dienlich, ihre Erkenntnisgrundlagen zu klären, gerechte Ansprüche zu sichern und ungerechtfertigte in Schranken zu weisen.

Keywords
Psychiatric diagnosis, schizophrenia, methodology

Summary
Understanding in psychiatry brings up problems in evaluation which are not known in other medical disciplines. Refering to Immanuel Kant, the differences in evaluation of organically based medical knowledge to psychiatric (psychological) knowledge can be demonstrated. The »Kritik der reinen Vernunft« is helpful to evaluate the basis of psychiatric (psychological) knowledge and to validate the knowledge as far as possible.

Historischer Rückblick

Psychiatrie als Wissenschaft von der Entdeckung und Behandlung des krankhaft veränderten Seelenlebens entstand zu Beginn des 19. Jahrhunderts (14). Das wissenschaftliche Arbeiten begann mit dem systematischen Beobachten, Sammeln und Beschreiben. Während in anderen medizinischen Erkenntnisbereichen immer mehr klinische Erscheinungen auf somatische Ursachen zurückgeführt werden konnten, schien dies in der Psychiatrie zum größten Teil nicht möglich zu sein, und so kam Griesinger im Jahre 1845 (5) zu einem Einteilungsprinzip nach der »Art und Weise der psychischen Anomalie«. Dieser systematischen Nosologie folgten weitere Einteilungsprinzipien, wobei das nosologische System von Kraepelin aus dem Jahre 1909 in den wesentlichen Zügen unverändert blieb (14).

Über das Diagnostizieren, 1. Teil

Diagnostizieren heißt, einen Krankheitszustand einer Krankheitseinheit zuzuordnen. Dem praktisch tätigen Arzt ist das **Allgemeine,** die Krankheitseinheit bekannt und gegeben, und seine Aufgabe ist es, das **Besondere,** den vorliegenden Krankheitszustand, zu bestimmen.

Wenn die Vernunft ein Vermögen ist, das Besondere aus dem Allgemeinen abzuleiten, so ist entweder das Allgemeine schon an sich gewiß und gegeben, und alsdenn erfordert es nur Urteilskraft zur Subsumption, und das Besondere wird dadurch notwendig bestimmt. Dieses will ich den apodiktischen Gebrauch der Vernunft nennen. Oder das Allgemeine wird nur problematisch angenommen, und ist eine bloße Idee, das Besondere ist gewiß, aber die Allgemeinheit der Regel zu dieser Folge ist noch ein Problem; so werden mehrere besondere Fälle, die insgesamt gewiß sind, an der Regel versucht, ob sie daraus fließen, und in diesem Falle, wenn es den Anschein hat, daß alle || anzugebende besondere Fälle daraus abfolgen, wird auf die Allgemeinheit der Regel, aus dieser aber nachher auf alle Fälle, die auch an sich nicht gegeben sind, geschlossen. Diesen will ich den hypothetischen Gebrauch der Vernunft nennen. (Zit. 1, I. Kant Bd. IV, Seite 567)

Es gibt Krankheitszustände, bei denen das Allgemeine, das allen derartigen Krankheitszuständen Gemeinsame, seit jeher bekannt, »an sich gewiß und gegeben« ist, und wo damit die Subsumption des Besonderen unter das Allgemeine »notwendig bestimmt« ist. Zum Beispiel ist das, was unter vollständiger Amputation eines Fingergliedes verstanden wird, seit jeher bekannt und damit ein besonderer Verletzungsfall dieser Einheit zwingend gewiß zuzuordnen oder nicht zuzuordnen.

Im Gegensatz dazu gibt es Krankheitszustände, bei denen das Allgemeine dieser Zustände erst im Lauf der Zeit entdeckt wurde. Zum Beispiel wird der Krankheitszustand, welcher als Herzinfarkt bezeichnet wird, erst diagnostiziert seit der Zusammenhang der klinischen Trias »klinischer Befund, EKG-Befund, Enzymbefund« mit den organpathomorphologischen Befunden bekannt ist.

Bei Krankheitszuständen, bei denen das Allgemeine zuerst nur »problematisch« angenommen und die Allgemeinheit dieser »Regel« (Annahme) erst im Laufe der Zeit durch Erfahrung nachgewiesen werden konnte, ist bei der Zuweisung einer solchen Diagnose nur der

hypothetische Gebrauch der Vernunft angebracht. Betrachtet man alle Krankheiten, die unter diese Rubrik fallen, so lassen sich zwei diagnostische Situationen unterscheiden: Der Erkenntnisgang führt zu einer diagnostischen Einschätzung, die im weiteren durch den Nachweis von gewissen, vorzeigbaren bzw. indirekt vorzeigbaren Merkmalen verifiziert oder falsifiziert werden kann, oder aber der Erkenntnisgang führt zu einer diagnostischen Einschätzung, die nicht in diesem Sinne überprüft werden kann.

So kann z. B. die diagnostische Einschätzung: »Verdacht auf Herzinfarkt« durch vorzeigbare EKG-Aufzeichnungen, gewisse Enzymwerte usf. verifiziert bzw. falsifiziert werden. Im Gegensatz dazu können z. B. die diagnostischen Einschätzungen: Migräne, Spannungskopfschmerz, ..., endogene Depression, reaktive Depression, ..., Angstsyndrom nach DSM III, Angstneurose, Panikattacke, psychovegetatives Syndrom, usw. nicht durch den Nachweis von gewissen, direkt oder indirekt vorzeigbaren Merkmalen verifiziert oder falsifiziert werden, bzw. können diese Diagnosen auch nicht jeweils gegenüber ihren Differentialdiagnosen allgemeingültig bzw. objektiv abgegrenzt werden.

Zum subjektiven Erkennen

Wo Menschen zusammentreffen, nehmen sie einander sinnlich wahr, affizieren einander, denken über einander nach, und jeder macht sich ein Bild vom andern. In der psychiatrischen Untersuchung unterscheidet sich der Untersucher vom Untersuchten dadurch, daß der erstere durch seinen Bildungsgang Fachkenntnisse (Verständnis für Fachbegriffe, Krankheitsbilder, klinische Erfahrung) erworben hat. Der Untersucher nimmt sinnlich wahr, kommt damit zu Begriffen, stellt z. B. fest, daß der Untersuchte bewußtseinsklar, orientiert ist, usf. und gelangt damit zu seinem Bild vom Untersuchten, bzw. dem Bild, das er sich von dessen Krankheitszustand gemacht hat. Diese vor dem geistigen Auge entstehenden Bilder werden im folgenden auch als Ideen bezeichnet.

Zum objektiven Erkennen

Wie kommt es, daß einzelne Untersucher, von denen jeder zu seinem Bild, zu seiner subjektiven Erkenntnis gelangt, in einem diagnostischen Urteil übereinstimmen, bzw. welches sind die Voraussetzungen, daß ein allgemein gültiges Urteil zu erwarten ist?

Empirische Urteile, so fern sie objektive Gültigkeit haben, sind Erfahrungsurteile; die aber, so nur subjektiv gültig sind, nenne ich bloße Wahrnehmungsurteile. Die letztern bedürfen keines reinen Verstandesbegriffs, sondern nur der logischen Verknüpfung der Wahrnehmungen in einem denkenden Subjekt. Die erstern aber erfordern jederzeit, über die Vorstellungen der sinnlichen Anschauung, noch besondere im Verstande ursprünglich erzeugte Begriffe, welche es eben machen, daß das Erfahrungsurteil objektiv gültig ist.

Alle unsere Urteile sind zuerst bloße Wahrnehmungsurteile: sie gelten bloß vor uns, d. i. vor unser Subjekt, und nur hinten nach geben wir ihnen eine neue Beziehung, nämlich auf ein Objekt, und wollen, daß es auch vor uns jederzeit und eben so vor jedermannn gültig sein solle; denn wenn ein Urteil mit einem Gegenstande übereinstimmt, so müssen alle Urteile über denselben Gegenstand auch untereinander übereinstimmen, und so bedeutet die objektive Gültigkeit des Erfahrungsurteils nichts anderes, als die notwendige Allgemeingültigkeit desselben. Aber auch umgekehrt, wenn wir Ursache finden, ein Urlteil vor notwendig allgemeingültig zu halten (welches niemals auf der Wahrnehmung, sondern dem reinen Verstandesbegriffe beruht, unter dem die Wahrnehmung subsumiert ist), so müssen wir es auch vor objektiv halten, d. i. daß es nicht bloß eine Beziehung der Wahrnehmung auf ein Subjekt, sondern eine Beschaffenheit des Gegenstandes ausdrücke; denn es wäre kein Grund, warum anderer Urteile notwendig mit dem meinigen übereinstimmen müßten, wenn es nicht die Einheit des Gegenstandes wäre, auf den sie sich alle beziehen, mit dem sie übereinstimmen, und daher auch alle unter einander zusammenstimmen müssen. (Zit. 2, I. Kant Bd. V, Seite 163)

Kant zeigt damit auf, daß die Übereinstimmung der Meinungen verschiedener Untersucher, die Übereinstimmung der subjektiven Urteile über einen Erkenntnisgegenstand, nur zu erwarten ist, wenn sich ein Urteil auf eine »Beschaffenheit« eines Gegenstandes, bzw. die Einheit des Gegenstandes gründet. Dies ist der Grund für das Streben, z. B. bei Patienten mit schizophrenem Krankheitsbild »Beschaffenheiten«, besondere morphologische Befunde, besondere Laborbefunde, also vorzeigbare bzw. indirekt vorzeigbare Merkmale, ausfindig zu machen, um damit zu einer »Regel«, somit zu einer Einheit und damit der Möglichkeit der objektiven Bestimmung des einzelnen Falles zu gelangen.

Tab. 1 Merkmale, die Krankheitszustände charakterisieren

z. B. bei Lungentuberkulose
Leistungsrückgang
körperliche Schwäche
Husten
Schwitzen
erhöhte Temperatur
erhöhte Blutsenkung
Thorax-Röntgenbefund
Tine-Test
Tuberkelbazillen im Sputum
z. B. bei einem depressiven Syndrom
Schlafstörung
innere Unruhe
Lustlosigkeit
Gefühl der Sinnlosigkeit
Antriebslosigkeit
Konzentrationsunvermögen
Morgenpessimum
Verarmungsideen
Appetitverlust

Über das Diagnostizieren, 2. Teil

Symptome und Befunde charakterisieren Krankheitszustände bzw. Krankheitsverläufe. Symptome und Befunde sind Merkmale, durch die wir Krankheiten erkennen. Krankheitszustände werden z. B. durch die folgenden Merkmale charakterisiert (Tab. 1).

Betrachtet man die Merkmale, die Krankheitszustände charakterisieren, so können zweierlei Merkmale unterschieden werden: solche, die dem Untersucher als »Gegenstände schlechthin«, als vorzeigbare, bzw. indirekt vorzeigbare Gegenstände gegeben sind und solche, die ihm nur als »Gegenstände in der Idee«, als Gegenstände in seiner Vorstellung gegeben sind.

Es ist ein großer Unterschied, ob etwas meiner Vernunft, als ein Gegenstand schlechthin, oder nur als ein Gegenstand in der Idee gegeben wird. In dem ersteren Falle

gehen meine Begriffe dahin, den Gegenstand zu bestimmen; im zweiten ist es wirklich nur ein Schema, dem direkt kein Gegenstand, auch nicht einmal hypothetisch zugegeben wird, sondern welches nur dazu dient, um andere Gegenstände, vermittelst der Beziehung auf diese Idee, nach ihrer systematischen Einheit, mithin indirekt uns vorzustellen. (Zit. 3, I. Kant Bd. IV, Seite 583)

Ist uns ein Erkenntisgegenstand als »Gegenstand schlechthin«, als vorzeigbarer (oder indirekt vorzeigbarer) Gegenstand gegeben, so kann dieser, auch wenn er vorerst noch gar nicht deutlich erkennbar (identifizierbar) ist, in der Regel durch weitere, vorzeigbare Merkmale (»Beschaffenheiten«) objektiv bestimmt werden. Gelangen zum Beispiel verschiedene Ärzte im Laufe ihrer Untersuchung zum mikroskopischen Nachweis von bestimmt geformten Partikeln, welche nur durch gewisse Farben anfärbar sind, ein gewisses Wachstumsverhalten zeigen etc. und sind diese Merkmale hinreichend deutlich ausgeprägt, so daß die Untersucher bezüglich dieser Merkmale übereinstimmen, so stimmen sie auch im Schluß überein, daß es sich bei den Partikel z. B. um Tuberkelbazillen handelt, bzw. sie stimmen im weiteren auch überein, daß der vorliegende Krankheitszustand der Krankheitseinheit Tuberkulose zuzuordnen ist.

Ist uns im Gegensatz dazu ein Erkenntisgegenstand nur als »Gegenstand in der Idee« gegeben, so gründet sich auch dessen Erkennen auf empirische Wahrnehmungen. Eine solche Erkenntnis ist jedoch nur subjektiv gültig, denn sie gründet sich nicht auf eine tatsächlich gegebene Einheit, sondern nur auf eine, wie Kant sagt: »problematisch zum Grunde« gelegte Einheit.

Dieser »Gegenstand in der Idee«, das Bewußtsein, daß eine solche Einheit gegeben ist, entsteht im Erkennenden, wenn er »andere Gegenstände vermittelst der Beziehung auf diese Idee« auffaßt.

Wenn ein Untersucher z. B. zum Schluß gelangt ist, daß ein Patient depressiv ist, so hat er durch Mimik, Gestik, verbale Mitteilungen usf. unter Bezug auf seine Vorstellung »depressiv«, also unter Bezug auf sein Schema (durch logische Verknüpfung »der Wahrnehmungen in einem denkenden Subjekt«) geschlossen, daß dieses Merkmal gegeben sei. Desgleichen, wenn ein Patient mitteilt, daß er jetzt depressiv sei, so hat er durch »logische Verknüpfung« alte Gedächtnisinhalte mit neuen verglichen (13) und unter Bezug auf seine Vorstellung von »depressiv« geschlossen, daß er jetzt eben depressiv sei. Der Begriff »depressiv« stellt also für einen Menschen eine projektierte, systematische Einheit dar, unter der er kraft seines Denkvermögens »andere Gegenstände« durch die Beziehung auf diese Idee auffassen kann.

Die Vernunft kann aber diese systematische Einheit nicht anders denken, als daß sie ihrer Idee zugleich einen Gegenstand gibt, der aber durch keine Erfahrung gegeben werden kann; denn Erfahrung gibt niemals ein Beispiel vollkommener systematischer Einheit. Dieses Vernunftwesen (ens rationis ratiocinatae) ist nun zwar eine bloße Idee, und wird also nicht schlechthin und an sich selbst als etwas Wirkliches angenommen, sondern nur problematisch zum Grunde gelegt (weil wir es durch keine Verstandesbegriffe erreichen können), um alle Verknüpfung der Dinge der Sinnenwelt so anzusehen, als ob sie in diesem Vernunftwesen ihren Grund hätten, lediglich aber in der Absicht, um darauf die systematische Einheit zu gründen, die der Vernunft unentbehrlich, der empirischen Verstandeserkenntnis aber auf alle Weise beförderlich und ihr gleichwohl niemals hinderlich sein kann. (Zit. 4, I. Kant, Bd. IV, Seite 590)

Kant nennt solche Ideen »bloße Ideen«. Psychologische und psychiatrische Erkenntnisgegenstände sind zum großen Teil »bloße Ideen«.

So ist zum Beispiel auch das, was wir unter dem Begriff »Intelligenz« auffassen, eine systematische Einheit, »die man an sich nicht als gegeben, sondern nur als Problem ansehen muß«, ein Schema, welches uns dient, empirische Erscheinungen (Handlungen, Reaktionen usf.), als ob sie von diesem Schema verursacht wären, unter diesem Schema indirekt uns vorzustellen.

Wie man sich leicht überzeugt, sind die Begriffe: ängstlich, parathym, ..., Demenz, ..., Schizophrenie, schizophrene Störung, endogene Depression, reaktive Depression, Major depression, ..., Neurose, Komplex, ..., Psychose, Konstitution, Persönlichkeit, usf. lauter solche Schemata, von I. Kant auch regulative Begriffe genannt, die dazu dienen »andere Gegenstände vermittelst der Beziehung auf diese Idee, nach ihrer systematischen Einheit, mithin indirekt uns vorzustellen.«

Damit deutet sich an:

- Warum Erkenntnisgegenstände, die Erkennenden nur als »Gegenstände in der Idee« gegeben sind, nicht einheitlich erkannt werden,
- warum es vorkommt, daß z. B. verschiedene Untersucher, selbst wenn sie sich derselben Konvention bedienen, ein und denselben Krankheitszustand unterschiedlich auffassen,
- warum es vorkommt, daß sogar ein und derselbe Sachverhalt (z. B. eine Videoaufzeichnung), von demselben Untersucher zu verschiedenen Zeiten – wenn dieser eventuell anders gestimmt ist, anderes wahrnimmt, anders assoziiert – anders aufgefaßt und anders beurteilt wird.

Um auch in der Psychiatrie zu einheitlichen Erkenntnissen zu gelangen, sind vor einiger Zeit operationalisierte Kategorien eingeführt worden (15). Damit ist eine Vereinheitlichung der Sichtweisen möglich, allerdings können auch damit, wie aus dem folgenden deutlich wird, keine allgemein gültigen Erkenntnisse gewonnen werden. Wie im folgenden gezeigt werden kann, macht es einen großen Unterschied aus, ob sich eine Erkenntnis auf »Gegenstände schlechthin« oder nur auf »Gegenstände in der Idee« gründet. Insbesondere kann aufgezeigt werden, welche Konsequenzen sich daraus für die psychiatrische und psychologische Wissenschaft ergeben.

Zur Entstehung der Nosologie in der Psychiatrie

W. Griesinger (5) hatte als Leiter einer psychiatrischen Anstalt eine große Anzahl von psychisch auffälligen Menschen vor sich und entwickelte anhand dieses Krankengutes eine umfassende psychiatrische Nosologie. Welche Leistung damit vollbracht wurde, kann man sich heute nur mehr schwer vorstellen, da wir überall, wo wir heute psychiatrisch auffassen, schon die verschiedensten nosologischen Einheiten, gleichsam geistige Schablonen, vor Augen haben und uns vorstellen müssen, daß es damals noch keine systematisch definierten Einheiten gegeben hat, die es ermöglichten, jeden vorkommenden, psychisch auffälligen Zustand schwer-

punktmäßig einer Einheit innerhalb einer Nosologie zuzuordnen.

Griesinger bemerkte bei seinen Kranken verschiedene »Symptomencomplexe«, konnte dazu jedoch keine körperlichen Ursachen ausfindig machen, und kam so zu einem Einteilungsprinzip »nach der Art und Weise der psychischen Anomalie«. Unter Abstraktion schloß er von mehreren ähnlichen, konkreten Fällen auf eine »projektierte Einheit« und umgekehrt, mit Hilfe der »projektierten Einheiten« bestimmte er die weiteren konkreten Fälle (Abb. 1). So gelangte Griesinger zu seinen Hauptgruppen psychische Depressionszustände, psychische Exaltationszustände und psychische Schwächezustände.

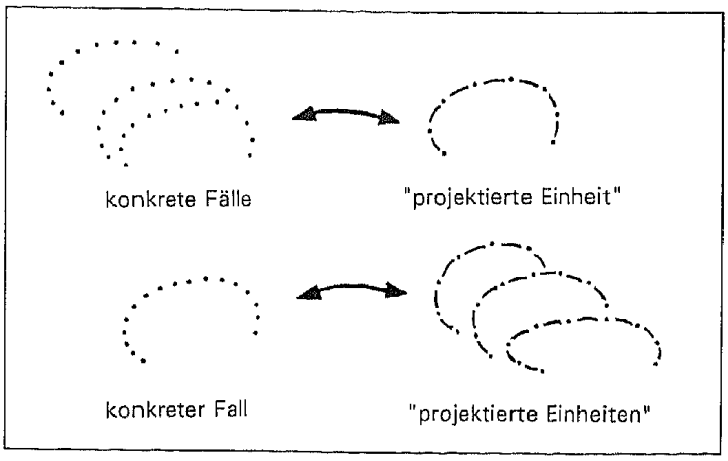

Abb. 1 Erstellung der Nosologie (oben), diagnostischer Gebrauch der Nosologie (unten)

Eine Eintheilung der psychischen Krankheiten nach ihrem Wesen, d. h. nach den ihnen zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen des Gehirns ist derzeit nicht möglich (§ 6); sondern, wie die ganze Classe der Geisteskrankheiten nur eine symptomatologisch gebildete ist, so lassen sich als ihre verschiedenen Arten zunächst nur verschiedene Symptomencomplexe, verschiedene Formen des Irreseins angeben. Statt des anatomischen Eintheilungsprincips müssen wir das functionelle, physiologische festhalten, und dieses wird hier, da die Störungen des Vorstellens und Strebens die hauptsächlichsten und auffallendsten sind, zum psychologischen. Nach der Art und Weise der psychischen Anomalie ist also das Irresein einzutheilen; während es nun aber die Aufgabe des clinischen Unterrichts ist, die Mannigfaltigkeit der psychischen Störungen in den concreten Erkrankungsfällen hervorzuheben und zu analysiren, muss sich die Nosologie mit der Aufstellung weniger Hauptgruppen psychischer Störungen, weniger psychisch-anomaler Grundzustände begnügen, die sich aus der Uebereinstimmung sehr vieler Fälle in gewissen charakteristischen Merkmalen ergeben und auf die sich daher alle Mannigfaltigkeit des einzelnen Erkrankens zurückführen lässt. Diese Grundzustände und ihre äussere Erscheinung haben wir hauptsächlich hier zu schildern, und wenn dabei die Varietäten und die Uebergänge der einzelnen Formen in einander freilich wohl beachtet werden müssen, so kann dies doch niemals in erschöpfendem Detail geschehen. (Zit. 5. W. Griesinger, Seite 211)

Griesinger war sich folgender Tatsachen bewußt:

- daß die nosologischen Einheiten den individuellen Fällen nur »in gewissen charakteristischen Merkmalen« gerecht werden,
- daß »Varietäten und Übergänge der einzelnen Formen ineinander freilich wohl beachtet werden müssen«,
- daß die Nosologie sich mit der »Aufstellung weniger Hauptgruppen psychischer Störungen, weniger psychisch-anomaler Grundzustände« begnügen muß.

Während in anderen medizinischen Fächern bei vielen Krankheitserscheinungen mehr und mehr körperliche Ur-Sachen ausfindig gemacht werden konnten – die jeweils ein Allgemeines aller Krankheitsformen einer Einheit darstellen –, blieben bei den meisten psychiatrischen Krankheitszuständen, die allenfalls vermuteten körperlichen Ursachen, von wenigen Ausnahmen abgesehen (z. B. progressive Paralyse), weiterhin unbekannt.

Über psychologische Ideen

Ideen leiten uns in unserem Denken und Handeln. Ideen leiten uns an, bei der Entdeckung von Merkmalen nach weiteren Merkmalen zu suchen und führen uns damit in manchen Fällen zur Entdeckung von »Gegenständen schlechthin«, zum Beispiel zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum. Auch in jenen Fällen, wo die Entdeckung von Merkmalen und Merkmalzusammenhängen nicht zur Entdeckung von »Gegenständen schlechthin«, sondern nur zur Entdeckung von »Gegenständen in der Idee« führt, können diese bloßen Ideen von großem, praktischem Nutzen sein. So war Griesinger durch die von ihm entdeckten »Symptomencomplexe« in der Lage, sein Krankengut schwerpunktmäßig in drei Gruppen zu unterteilen. Damit war die Voraussetzung geschaffen, diese Patientengruppen gesondert zu studieren und systematisch zu beobachten, welche Maßnahmen bei welcher Patientengruppe nützlich sind.

Ausgehend von dieser Aufteilung des Krankengutes sind weitere Differenzierungen möglich geworden. Kraepelin kam unter Verwertung der Erkenntnisse von Griesinger und Kahlbaum zur Krankheitseinheit Dementia praecox; E. Bleuler (1) unter Verwertung der ihm bekannten Ideen zur Gruppe der Schizophrenien. S. Freud (4) postulierte, basierend auf biographischen Merkmalen, ein Krankheitskonzept. Dieses war wiederum den Forschern C. G. Jung (10) und A. Adler Ausgangspunkt ihrer Theorien usf. Aus den jeweiligen Konzepten ergaben sich neue therapeutische Vorgangsweisen, und unter Berücksichtigung weiterer Erfahrungen entstanden und entstehen auch heute neue und modifizierte Konzepte und Therapiemaßnahmen.

Selbst die Entdeckung der Psychopharmaka war erst nach der Differenzierung des psychiatrischen Krankengutes nach »der Art und Weise der psychischen Anomalie« möglich. Erst nachdem schizophren psychotische Patienten unterschieden waren von anders psychotisch Erkrankten, war es möglich, systematisch zu erkennen, welches Mittel bei diesen »neuroleptisch« und welches Mittel bei depressiven Patienten »antidepressiv« wirkt usf. So gesehen sind dies alles Folgen dieser »bloßen« Ideen.

Aus einer solchen psychologischen Idee kann nun nichts andres als Vorteil entspringen, wenn man sich nur hütet, sie für etwas mehr als bloße Idee, d. i. bloß relativistisch auf den systematischen Vernunftsgebrauch in Ansehung der Erscheinungen unserer Seele, gelten zu lassen. Denn da mengen sich keine

empirische Gesetze körperlicher Erscheinungen, die ganz von anderer Art sind, in die Erklärungen dessen, was bloß für den inneren Sinn gehöret; da werden keine windige Hypothesen, von Erzeugung, Zerstörung und Palingenesie der Seelen etc. zugelassen; also wird' die Betrachtung dieses Gegenstandes des inneren Sinnes ganz rein und unvermengt mit ungleichartigen Eigenschaften angestellet, überdem die Vernunftuntersuchung darauf gerichtet, die Erklärungsgründe in diesem Subjekte, so weit es möglich ist, auf ein einziges Prinzip hinaus zu || führen; welches alles durch ein solches Schema, als ob es ein wirkliches Wesen wäre, am besten, ja so gar einzig und allein, bewirkt. Die psychologische Idee kann auch nichts andres als das Schema eines regulativen Begriffs bedeuten. (Zit. 6, I. Kant, Bd. IV, Seite 592)

Über den Nutzen der psychologischen Ideen schreibt I. Kant, daß daraus nichts anderes als Vorteil entspringen kann, »wenn man sich nur hütet, sie für etwas mehr als bloße Ideen« gelten zu lassen. Es geschieht im Umgang mit diesen Ideen allerdings ganz unvermerkt, daß diese Restriktion nicht beachtet wird. Wir versuchen am Beispiel »Schizophrenie« aufzuzeigen, daß die Beachtung dieser Restriktion in der psychiatrischen Praxis und Forschung nicht üblich ist, und zeigen im weiteren die Folgen auf, welche mit der Nichtbeachtung dieser Restriktion verbunden sind.

Der Sohn von Eugen Bleuler, Manfred Bleuler, schreibt im »Lehrbuch der Psychiatrie« (1):

Aus diesen Gründen erwies sich die ursprüngliche Bezeichnung »Dementia praecox« als unhaltbar. *E. Bleuler* hat sie 1911 durch diejenige der *Schizophrenie* (= Spaltungsirresein) ersetzt, weil ihm die elementarsten Störungen in einer mangelhaften Einheit, in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit zu liegen schienen. Er wollte auch die Ausdrücke »Verblödung« und »Demenz« nicht mehr in die Krankenbezeichnung einbeziehen, denn sie paßten für diese Kranken selbst in den schwersten Fällen nicht ganz. Es schien ihm nicht, daß man aus den Gemeinsamkeiten der Symptomatologie und des Verlaufes schon auf eine Krankheitseinheit schließen dürfte; deshalb sprach er nicht von *einer* Krankheit Schizophrenie, sondern von einer Gruppe von *Schizophrenien.*

Zum Begriffe der »Schizophrenien« gehören heute vor allem die folgenden Kennzeichen:

1. *Schizophrenien sind Psychosen* in dem Sinne, wie der Begriff auf S. 116 f. umschrieben ist. Es ist falsch (und hat häufig für den Kranken schwerwiegende Folgen), psychische Veränderungen als Schizophrenien anzusprechen, die nie Grad und Charakter einer Psychose, einer Geisteskrankheit, angenommen haben. (Zit. 7, E. und M. Bleuler, S. 391)

Wenn man den Gedanken von Bleuler im obigen Text folgt, so ist feststellbar, daß er im 1. Absatz von einer (bzw. mehreren) hypothetisch **angenommenen** Krankheit(en) spicht, dann aber im 2. Absatz von einer (bzw. mehreren), durch Kennzeichen bestimmten und **gegebenen** Einheit (bzw. Einheiten). Was ist hier geschehen? Wie kam Eugen Bleuler von der hypothetischen Annahme einer Krankheitseinheit (bzw. Krankheitseinheiten) zur Gewißheit der Existenz einer solchen Einheit (bzw. Einheiten). E. Bleuler hat, so wie W. Griesinger, miteinander auftretende Symptome (Symptomenkomplexe) beobachtet und angenommen, daß jeder Symptomenkomplex klinisches Bild einer Krankheitseinheit ist. Er gab der postulierten Einheit (bzw. den Einheiten) den Namen Schizophrenie (bzw. Gruppe der Schizophrenien). Damit hatte E. Bleuler sich einen »Gegenstand in der Idee«, einen Begriff geschaffen, mit dessen Hilfe er einzelne Erscheinungen (Merkmale) als zu dieser Einheit gehörig, d. h. systematisch auffassen konnte.

Nachdem E. Bleuler sich durch weitere Erfahrungen in seiner Annahme bestätigt sah, hat er irgendwann die postulierte Einheit (bzw. Einheiten) als zwar ätiologsch noch nicht geklärt, jedoch als gegebene Einheit (bzw. Einheiten) angesehen, die durch gewisse Kennzeichen (Merkmale) allgemein gültig bestimmt werden kann (bzw. bestimmt werden können).

Damit ist E. Bleuler der Fehler unterlaufen, den I. Kant den konstitutiven Gebrauch einer Idee nennt.

Der hypothetische Gebrauch der Vernunft aus zum Grunde gelegten Ideen, als problematischer Begriffe, ist eigentlich nicht konstitutiv, nämlich nicht so beschaffen, daß dadurch, wenn man nach aller Strenge urteilen will, die Wahrheit der allgemeinen Regel, die als Hypothese angenommen worden, folge; denn wie will man alle mögliche Folgen wissen, die, indem sie aus demselben angenommenenen Grundsatze folgen, seine Allgemeinheit beweisen? Sondern er ist nur regulativ, um dadurch, so weit als es möglich ist, Einheit in die besonderen Erkenntnisse zu bringen, und die Regel dadurch der Allgemeinheit zu nähern.

Der hypothetische Vernunftsgebrauch geht also auf die systematische Einheit der Verstandeserkenntnisse, diese aber ist der Probierstein der Wahrheit der Regeln. Umgekehrt ist die systematische Einheit (als bloße Idee) lediglich nur projektierte Einheit, die man an sich nicht als gegeben, sondern nur als Problem ansehen muß; welche aber dazu dient, zu dem Mannigfaltigen und besonderen Verstandesgebrauche ein Principium zu finden, und diesen dadurch auch über die Fälle, die nicht gegeben sind, zu leiten und zusammenhängend zu machen. (Zit. 8, I. Kant, Bd. IV, Seite 567)

Im Umgang mit etwas zuerst Angenommenen geschieht es sehr leicht, wenn wir die Annahme durch weitere Erfahrung mehr und mehr gestützt finden und wir nicht weiterhin an den hypothetischen Ursprung dieses Erkenntnisgegenstandes denken, daß wir irgendwann ganz unbemerkt dieses Angenommene durch ein bestimmt Gegebenes ersetzen. Damit errichten wir, wie I. Kant sagt, ein »apodiktisches Vernunftprinzip«, d. h., es findet ein Wechsel vom hypothetischen Vernunftgebrauch in apodiktischem Gebrauch der Vernunft statt (als Beispiel dazu vergleichen Sie bitte Absatz 1 mit Absatz 2 des Bleulerzitates, der interessierte Leser siehe dazu auch I. Kant, Bd. VI, Seite 569 ff).

Dieser Wechsel des Vernunftsgebrauchs ist folgenreich. Welche Konsequenzen sich daraus für die psychiatrische Praxis und Forschung ergeben, wird in den weiteren Kapiteln ausführlich dargestellt. Unter anderem kann gezeigt werden, daß der konstitutive Gebrauch dieser Ideen in der Praxis und Forschung ständig zu Fragen und Widersprüchen führt, welche nicht beantwortet bzw. nicht geklärt werden können. Wie sich ebenfalls zeigen läßt, hat der konstitutive Gebrauch der Ideen die Entwicklung der Psychiatrie und Psychologie schwerwiegend beeinflußt.

Nebenbei bemerkt, kann man mit Hilfe der vorangegangenen Überlegungen auch verstehen, warum unsere Vorfahren in der Zeit, als die Geistesstörungen noch nicht als Krankheiten angesehen wurden, bei Auftreten einer »Verrücktheit« zuerst den Verdacht einer dämonischen Beeinflussung hatten, womit sie sich eine Erklärung, einen

»Gegenstand in der Idee« schufen, und dann, als weitere Erfahrungen ihre Annahme zu bestätigen schienen, nach Wechsel des Vernunftgebrauchs, plötzlich von der dämonischen Besessenheit überzeugt waren.

|| Gehen wir aber von dieser Restriktion der Idee auf den bloß regulativen Gebrauch ab, so wird die Vernunft auf so mancherlei Weise irre geführt, indem sie alsdenn den Boden der Erfahrung, der doch die Merkzeichen ihres Ganges enthalten muß, verläßt, und sich über denselben zu dem Unbegreiflichen und Unerforschlichen hinwagt, über dessen Höhe sie notwendig schwindlicht wird, weil sie sich aus dem Standpunkte desselben von allem mit der Erfahrung stimmigen Gebrauch gänzlich abgeschnitten sieht.

Der erste Fehler, der daraus entspringt, daß man die Idee nicht bloß regulativ, sondern (welches der Natur einer Idee zuwider ist) konstitutiv braucht, ist die faule Vernunft (ignava ratio). Man kann jeden Grundsatz so nennen, welcher macht, daß man seine Naturuntersuchung, wo es auch sei, für || schlechthin vollendet ansieht, und die Vernunft sich also zur Ruhe begibt, als ob sie ihr Geschäfte völlig ausgerichtet habe. Daher selbst die psychologische Idee, wenn sie als ein konstitutives Prinzip für die Erklärung der Erscheinungen unserer Seele, und hernach gar, zur Erweiterung unserer Erkenntnis dieses Subjekts, noch über alle Erfahrung hinaus (ihren Zustand nach dem Tode) gebraucht wird, es der Vernunft zwar sehr bequem macht, aber auch allen Naturgebrauch derselben nach der Leitung der Erfahrungen ganz verdirbt und zu Grunde richtet. (Zit. 9, I. Kant, Bd. IV, Seite 596)

Um die Mannigfaltigkeit der psychiatrischen Erscheinungen überhaupt denkend auffassen zu können, ist es zwar notwendig, daß Begriffe und nosologische Einheiten »nach der Art und Weise der psychischen Anomalie« definiert werden. Der mit diesen Begriffen Arbeitende sollte sich aber des Ursprungs dieser Kategorien bewußt bleiben, d. h., er sollte nicht außer acht lassen, daß diese Einheiten zwar auf Erfahrung gegründet, letztlich aber in ihrer Definition dogmatischen Ursprunges sind (dogma – gr. Meinung). Wird diese Tatsache außer acht gelassen und werden die mit Hilfe dieser dogmatisch definierten Kategorien gewonnenen Erkenntnisse gleich angesehen wie Erkenntisse, welche sich auf allgemeingültige Prämissen, also z. B. »Gegenstände schlechthin« gründen, so führt dieser Irrtum zu Feststellungen und Handlungen, die nicht gerechtfertigt sind und demgemäß einer genauen Prüfung auch nicht standhalten.

Über das Diagnostizieren, 3. Teil

Krankheitszustände werden durch Merkmale charakterisiert. Diagnostische Zuordnungen gründen sich auf Merkmale. Wie vorangehend aufgezeigt, sind dem Erkennenden gewisse Merkmale (direkt oder indirekt) als »Gegenstände schlechthin« und andere nur als »Gegenstände in der Idee« gegeben. Wie ebenfalls dargestellt wurde, gründet sich die Erkenntnis von gewissen Krankheiten auf »Gegenstände schlechthin« und die anderer auf »Gegenstände in der Idee«.

Diese Unterschiede führen zu folgendem: Werden bei einem Krankheitsgeschehen spezifische vorzeigbare (oder indirekt vorzeigbare) Merkmale entdeckt, die als die charakteristischen Merkmale einer Einheit bekannt sind, so gelangen verschiedene Untersucher, auch wenn sie vor Nachweis dieser Merkmale noch unterschiedliche Verdachtsdiagnosen vertreten haben, bedingt durch die Erkenntnis dieser »Gegenstände schlechthin«, zu einer einheitlichen bzw. allgemein gültigen Erkenntnis. Diese Erkenntnis ist für jeden Sachkundigen, sofern die Merkmale hinreichend deutlich ausgeprägt sind, zwingend. Im Gegensatz dazu gelangen Erkennende, so sich ihre Erkenntnis auf »Gegenstände in der Idee« gründet, nicht notwendig zu einer einheitlichen Erkenntnis.

An einem Beispiel kann demonstriert werden, wie weit der Erkenntisgang, der zu einer somatischen Diagnose führt, dem, der zu einer funktionellen Diagnose führt, entspricht bzw. worin die Unterschiede liegen.

Somatische Diagnose – Funktionelle Diagnose, eine Gegenüberstellung

Gegeben der Fall: Mehrere Ärzte hören die Klagen eines Patienten über zeitweise auftretende Bauchschmerzen. Bereits durch diese Information gelangen die einzelnen Ärzte zu ersten mehr oder weniger konkreten Vorstellungen über den Krankheitszustand. Ist die Schilderung des Patienten typisch, so gelangen in der Regel alle Ärzte zu derselben Verdachtsdiagnose. Ist die Schilderung nicht so typisch, so gelangen in der Regel nicht alle Ärzte zu derselben Verdachtsdiagnose. In diesem Erkenntnisstadium wird anerkannterweise nicht erwartet, daß einer dieser Ärzte vor Objektivierung (vor Prüfung der Verdachtsdiagnose durch den Nachweis von gewissen Tatsachen) eine Diagnose mit Gewißheit stellt. Dementsprechend ist in diesem Erkenntisstadium auch nicht zu erwarten, daß ein Arzt seine anders denkenden Kollegen durch Argumente zu überzeugen vermag. Ergibt der weitere Untersuchungsgang gewisse Merkmale (physikalische Befunde, Laborbefunde, Sonographiebefunde etc.), also objektive Merkmale, die als die charakteristischen Merkmale einer Einheit bekannt sind, so werden in der Regel die Ärzte, welche schon zuvor die diesen Merkmalen entsprechende Verdachtsdiagnose vertreten haben, diese dadurch bestätigen können, während die anderen Ärzte, die zuerst eine andere Verdachtsdiagnose in ihrer Vorstellung hatten, sich nun ebenfalls dieser Erkenntnis anschließen, da sie sich aufgrund ihrer Sachkenntis und der nun vorliegenden Tatsachen zur Subsumption unter diese Einheit veranlaßt sehen.

Können bei einem Krankheitsgeschehen keine krankheitsspezifischen, vorzeigbaren Merkmale nachgewiesen werden, sondern gründet sich die Diagnose auf Merkmale, welche dem Untersucher nur als »Gegenstände in der Idee« gegeben sind, so gelangen auch in diesem Falle die einzelnen Untersucher durch die sie leitenden Ideen zu diagnostischen Einschätzungen. In einem solchen Fall können die Untersucher jedoch ihre Erkenntnis nicht im vorerwähnten Sinne (an der Erfahrung) prüfen, sondern ein jeder Untersucher kann seine subjektive Erkenntis nur der subjektiven Erkenntnis eines anderen Untersuchers gegenüberstellen, bzw. kann der eine Untersucher dem anderen durch Mitteilung seines Gedankenganges erläutern, durch welche Wahrnehmungen er sich zur Feststellung welcher Merkmale veranlaßt gesehen hat. Es ist also in diesem Falle kein Untersucher in der Lage, die Existenz oder Nichtexistenz eines Merkmales zwin-

gend nachzuweisen (vorzuzeigen), sondern er kann durch seine Erläuterungen allenfalls bewirken, daß auch andere Untersucher die Erscheinungen unter einer bestimmten Vorstellung (Idee) auffassen. Dies meint offensichtlich Scharfetter (16), wenn er schreibt: »Das Autoritäts-Subordinationsverhältnis Lehrer-Schüler fördert die Suggestionswirkung auf den Untergebenen, auch zu sehen, was der Meister sah, und es gleich zu benennen.«

Ein Untersucher gelangt also, je nachdem mit welchen geistigen Schablonen er an einen Patienten herantritt, zu unterschiedlichen Vorstellungen. Jedoch nur in dem Falle, wo Vorstellungen durch vorzeigbare Tatsachen (Merkmale) an der Erfahrung geprüft werden können, ist zu erwarten, daß verschieden Erkennende zu einer einheitlichen, zwingenden und damit allgemeinen Erkenntnis gelangen. In den Fällen, in denen der diagnostische Schluß sich auf Merkmale gründet, welche nur »Gegenstand in der Idee« sind, ist je nach leitender Idee eine unterschiedliche diagnostische Zuordnung zu erwarten. Dies ist der Grund, warum z. B. ein Krankheitsgeschehen je nach Auffassungsweise des psychiatrischen Untersuchers als Herzneurose oder Panikattacke oder Angstneurose oder unter einer anderen Idee aufgefaßt wird, wogegen Internisten, die gelernt haben, in anderen Krankheitskategorien zu denken, dasselbe Krankheitsgeschehen z. B. unter der Diagnose funktionelle Herzkrankheit bei vegetativer Dystonie oder Dyskardie etc. erfassen (2, 3).

Versucht ein Untersucher, wenn er feststellt, daß ein anderer Untersucher zu einer anderen, psychopathologischen, psychodynamischen, bzw. zu einer anderen funktionellen Diagnose gelangt, dessen Standpunkt einzunehmen, so wird er vielleicht nicht dessen Meinung teilen, daß dessen Ansicht die treffendste ist. Er wird in der Regel jedoch einsehen können, sofern ihm die leitenden Ideen des anderen bekannt sind, daß auch eine andere Sichtweise eine mögliche und sinnvolle Auffassungsweise ist.

Konsequenzen aus den unterschiedlichen Erkenntnisgrundlagen für die psychiatrische (psychologische) Praxis und Wissenschaft

Mit Hilfe der vorangegangenen Überlegungen kann die Frage, ob eine psychiatrische Konvention die »richtige« ist, beantwortet werden. Vor Untersuchung dieser Frage versuchen wir nochmals zu vergegenwärtigen, wie Krankheitseinheiten von Forschern entdeckt werden. So wie z. B. Eugen Bleuler bei verschiedenen Patienten miteinander auftretende Symptome beobachtet hat, so haben auch andere Forscher, ganz unabhängig davon, ob später dazugehörige organische Merkmale (welche sich später als die sogenannten Ursachen erweisen sollten) entdeckt wurden oder nicht, aus dem beobachteten Merkmalkomplex geschlossen, daß dieser die klinische Erscheinung einer Einheit ist bzw. geschlossen, daß gewissen klinischen Erscheinungen bestimmbare Ursachen zugrunde liegen.

Die Idee der Einheit gewinnt der klinische Forscher aus der Anschauung mehrerer ähnlicher Fälle, womit für ihn ein Typus (typisches Krankheitsbild) entsteht.

Ist das »Besondere« durch »Gegenstände schlechthin« charakterisierbar, so kann der Forscher, nachdem er eine hinreichende Anzahl von objektiv bestimmbaren Merkmalen gefunden hat (so daß diese Einheit auch gegenüber anderen, bereits bekannten Einheiten unterschieden werden kann), tatsächlich seine Annahme prüfen, indem er bei weiteren Fällen diese Merkmale nachweist, womit er einerseits die Fälle als solche bestimmt und durch jeden weiteren, so bestimmten Fall seine Annahme (Regel) bestätigt. Damit wird die ursprüngliche Annahme zu einer Theorie, mit welcher auch andere Forscher aufgrund der von ihnen gefundenen Tatsachen übereinstimmen. Das heißt, diese Theorie wird zu einer allgemein anerkannten.

Ist das »Besondere« nur durch »Gegenstände in der Idee« charakterisierbar, so hat auch der mit diesen Fällen befaßte Forscher konkrete Krankheitszustände (Verläufe) vor Augen, die ihm gleichsam als die typischen Fälle einer Einheit erscheinen. Er kann jedoch, da die Merkmale ihm nur in seiner Vorstellung gegeben sind, diese seine Annahme nicht im vorerwähnten Sinne prüfen, sondern nur in seiner Vorstellung vergleichen, ob er bei der Untersuchung weiterer Patienten zu gleichen Merkmalen in seiner Vorstellung (Idee) und damit zur Subsumption unter die von ihm hypothetisch angenommene Einheit gelangt. Erscheint einem anderen Forscher ein anders definierter Typus (eine anders operationalisierte Kategorie) als die klinische Erscheinung einer Einheit, so wird auch dieser Forscher feststellen, daß er weitere Patienten, die er in bezug auf dieses Schema untersucht, diesem mehr oder weniger zuordnen kann. Es wird jedoch weder dieser, noch der vorerwähnte Forscher in der Lage sein aufzuzeigen (da er keine Merkmale vorzeigen kann), daß seine Auffassungsweise, seine Kategorie, sein Schema, seine Theorie die richtige ist, bzw. aufzeigen können, daß eine andere Auffassungsweise eine falsche ist. Dogmatisch definierte Konvention steht gegen dogmatisch definierte Konvention.

Dies ist der Grund, warum die psychiatrische Wissenschaft auf psychopathologischem und psychodynamischem Wege **kein allgemein** gültiges Wissen hervorbringen kann. Damit ist auch verstehbar, warum Kendell (12) diese Situation als »ein Babel von verläßlichen, aber miteinander konkurrierenden diagnostischen Definitionen« charakterisiert, worauf Helmchen (6) wieder hinweist.

»Gegenstände schlechthin« können, wie I. Kant sagt, »numeriert« und somit auch allgemein gültig gezählt werden. Daher können medizinische Erkenntnisse, welche sich auf »Gegenstände schlechthin« gründen, soweit diese deutlich erkennbar sind, indirekt durch diese vorzeigbaren Merkmale objektiv bestimmt und allgemein gültig gezählt werden. Daraus können weitere statistische Erkenntnisse abgeleitet werden, welche zu Wahrscheinlichkeitsaussagen verhelfen.

»Gegenstände in der Idee« können, wie I. Kant sagt, nicht »numeriert« werden, sondern sie können von einem »denkenden Subjekt« gegeneinander

»ponderiert« werden. Auf diesem Wege können subjektiv gewisse Erkenntnisse gewonnen werden, bzw. es kann auf diesem Wege ein psychiatrischer Untersucher Krankheitszustände mit dem Bewußtsein subjektiver Gewißheit zu operationalisierten Kategorien zuordnen. Werden die auf dieser Basis gewonnenen Erkenntnisse jedoch im weiteren gezählt (»numeriert«) und verrechnet, so ergibt sich daraus »kein Verhältnis zur Gewißheit, sondern nur einer Scheinbarkeit zu anderen«. Wird dieser Sachverhalt übersehen und werden diagnostische Erkenntnisse, welche sich auf »Gegenstände in der Idee« gründen, gleich angesehen wie Erkenntnisse, welche sich auf »Gegenstände schlechthin« gründen und wie solche gezählt und verrechnet, so kann dies z. B. auch bei Vergleich von Studien, welche sich auf dasselbe Patientengut beziehen, zu Widersprüchen führen, welche vor einiger Zeit Anlaß gaben, diese wissenschaftlichen Arbeiten als Sisyphusarbeiten (8) zu bezeichnen.

Studien, welche sich auf »Gegenstände schlechthin« gründen, können, auch wenn sie nach verschiedenen Konventionen zustandegekommen sind, in eine Relation zueinander gebracht werden, da sie sich auf einen »objektiven Grund des Fürwahrhaltens«, einen gemeinsamen »Maßstab« beziehen.

Studien, welche sich auf »Gegenstände in der Idee« gründen, können nicht in eine Relation zueinander gebracht werden, da ihnen ein gemeinsamer »Maßstab« fehlt. »Ein solcher Maßstab fällt aber bei der bloßen Scheinbarkeit weg; da ich hier die unzureichenden Gründe nicht mit den zureichenden, sondern nur mit den Gründen des Gegenteils vergleiche.«

»Die Scheinbarkeit ist bloß Größe der Überredung, die Wahrscheinlichkeit ist eine Annäherung zur Gewißheit«. Im Hinblick auf das Vorhersagenkönnen zukünftiger Ereignisse sind somit bei Krankheitszuständen, deren Erkenntnis sich auf »Gegenstände schlechthin« gründet, Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich. Bei Krankheitszuständen, deren Erkenntnis sich auf »Gegenstände in der Idee« gründet, sind jedoch nur Aussagen im Sinne von einer Scheinbarkeit gegenüber anderen möglich. (Der interessierte Leser findet das Kapitel: »Über Wahrscheinlichkeit, Unterschied der Wahrscheinlichkeit von der Scheinbarkeit«, I. Kant, Bd. IV, Seite 512 ff, woraus die obigen Zitate stammen.)

Aus diesem Sachverhalt ergeben sich Forderungen für die psychiatrische Praxis und Wissenschaft: Da psychopathologisch und psychodynamisch begründete Diagnosen in Abhängigkeit von dogmatisch festgesetzten Kategorien zustandekommen, damit also nicht allgemein gültig sind, muß korrekterweise gemeinsam mit der Diagnose diese Konvention angeführt werden.

Zum Beispiel »Schizophrenie nach E. Bleuler«: Eine solche Diagnose bedeutet, daß der Patient ein Zustandsbild, bzw. eine Abfolge von Zustandsbildern, d. h. einen Verlauf zeigt, welcher nach den Kriterien von E. Bleuler als Schizophrenie zu bezeichnen ist. Oder: »schizophrene Störung nach DSM-III« bedeutet, daß der Patient ein Zustandsbild (einen Verlauf) zeigt, welches nach den Kategorien des DSM-III (3) als schizophrene Störung zu bezeichnen ist. Wird der Hinweis auf die jeweilige Konvention unterlassen, so wird damit der falsche Eindruck erweckt, als ob unabhängig von einer Konvention, also allgemeingültig festgestellt werden kann, ob z. B. ein Patient eine »Schizophrenie« oder »schizophrene Störung« hat oder nicht hat. Dies ist jedoch, wie dargestellt wurde, nicht möglich. Durch eine solche Kennzeichnung der Diagnose wird auch darauf hingewiesen, daß eine allgemeingültige Aussage nicht möglich ist, bzw., daß eine solche Diagnose einen möglichen Aspekt neben anderen möglichen zur Darstellung bringt. Entsprechend muß auch gemeinsam mit einem psychologischen Testergebnis das verwendete Schema angeführt werden, da z. B. ein festgestellter Intelligenzquotient nur in bezug auf das zugrundeliegende Schema und das Kollektiv, durch welches die Richtwerte bestimmt wurden, eine zutreffende Aussage macht. Es ist somit die Relativierung der psychiatrischen (psychologischen) Erkenntnisse zu fordern, wie dies K. Jaspers (9) wiederholt verlangt hat.

Der Benützer einer psychiatrischen Konvention kann sich Erfahrungen, die unter Anwendung einer Konvention gemacht wurden, zunutze machen, indem er dort, wo eine klare Zuordnung zu einer Kategorie möglich ist, weitere Maßnahmen mit der Bestimmtheit trifft, wie sie durch **gemeine** (nicht allgemeine) Erfahrungen für diese Kategorie gerechtfertigt werden. Er sollte sich dessen jedoch bewußt sein, daß diese Erfahrungen nur zu relativen Empfehlungen verhelfen, zu Empfehlungen, neben denen auch andere relative Empfehlungen zu berücksichtigen sind. Dies ist von Bedeutung für die Praxis. Wenn z. B. Psychiater einen Patienten unter der Diagnose Panikattacke, andere Psychiater denselben Patienten unter der Diagnose Angstneurose und schließlich Internisten denselben Patienten unter der Diagnose funktionelle Herzbeschwerden bei vegetativer Dystonie diagnostizieren, so ergeben sich aus den jeweiligen diagnostischen Zuordnungen zum Teil unterschiedliche Therapieempfehlungen. Nun kann aber der Therapeut nicht nach einem objektiven Maßstab entscheiden, welche Therapieempfehlung die beste ist, sondern muß sich »mit der Scheinbarkeit, einem bloß subjektiv und praktisch hinreichenden Fürwahrhalten begnügen« (I. Kant, Bd. VI; Seite 512).

Damit wird deutlich, warum die von Helmchen (7) getroffene Feststellung »Die herrschende psychiatrische Nosologie liefert nur einen Rahmen für Therapieschwerpunkte« zutreffend ist und – soweit psychiatrische Diagnosen sich auf psychopathologische und psychodynamische Merkmale gründen – auch in Zukunft ihre Gültigkeit haben wird.

Wo in der Medizin diagnostische Erkenntnisse sich auf »Gegenstände schlechthin« gründen, damit allgemein gültig bestimmt werden können, ist nach Vergleich der Resultate, die nach verschiedenen Therapiemethoden gewonnen wurden, eine allgemein anzuerkennende, momentan beste Therapieempfehlung zu erwarten. Im Gegensatz dazu ist dort, wo diagnostische Erkenntnisse sich auf »Gegenstände in der Idee« gründen, keine allgemein anzuerkennende, momentan beste Therapieempfehlung zu erwarten, sondern ist eine Entscheidung zwischen unterschiedlichen Therapieempfehlungen nur in einem »denkenden Subjekt« möglich, welches die einzelnen Aspekte (Ideen) einander gegenüberstellt, diese

gegeneinander im Hinblick auf deren Wesentlichkeit »ponderiert«, um sich sodann für die eine, die andere oder eine entsprechend kombinierte Vorgangsweise zu entscheiden.

Schlußbemerkung

Mit Hilfe der Gedanken von I. Kant ist aufzeigbar, worin das psychiatrische (psychologische) Erkennen sich vom Erkennen in der somatischen Medizin unterscheidet. Es liegt in der Natur der Sache begründet, daß die meisten psychiatrischen und psychologischen Erkenntnisse nur durch dogmatisch definierte Kategorien gewonnen werden können. Daraus ergibt sich, daß die damit gewonnenen Erkenntnisse nicht allgemein gültig sind. Es ist somit vorherzusehen, daß die berechtigte Kritik an psychiatrischen und psychologischen Erkenntnissen erst verstummen wird und daß der Streit der Schulen und Richtungen erst ein Ende haben wird und daß so manche psychiatrische und psychologische wissenschaftliche Sisyphusarbeit erst unterbleiben wird, wenn die Erkenntnisgrenzen, die uns in diesem Erkenntnisbereich gesteckt sind, anerkannt und berücksichtigt werden.

So enthält die reine Vernunft, die uns anfangs nichts Geringeres, als Erweiterung der Kenntnisse über alle Grenzen der Erfahrung, zu versprechen schiene, wenn wir sie recht verstehen, nichts als regulative Prinzipien, die zwar größere Einheit gebieten, als der empirische Verstandesgebrauch erreichen kann, aber eben dadurch, daß sie das Ziel der Annäherung desselben so weit hinaus rücken, die Zusammenstimmung desselben mit sich selbst durch systematische Einheit zum höchsten Grade bringen, wenn man sie aber mißversteht, und sie für konstitutive Prinzipien transzendenter Erkenntnisse hält, durch einen glänzenden, aber trüglichen Schein, Überredung und eingebildetes Wissen, hiermit aber ewige Widersprüche und Streitigkeiten hervorbringen. (Zit. 10, I. Kant, Bd. IV, Seite 604)

LITERATUR

1. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie, Neubearb. von M. Bleuler, 14. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979.
2. Delius L. Psychovegetative Syndrome, 1. Aufl., Stuttgart: Thieme 1966.
3. DSM III. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen, Deutsche Bearbeitung und Einführung, Köhler K und Saß H, Weinheim: Beltz 1980.
4. Freud S. Ges. Werke, London: IMAGO Publishing 1946.
5. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Nachdruck der 1. Auflage. Amsterdam: Bonset 1867.
6. Helmchen H. Methodologische und strategische Erwägungen in der Schizophrenie-Forschung. Fortschr Neurol Psychiatr 1988; 56: 379–89.
7. Helmchen H. Psychiatrische Diagnostik ex juvantibus. Nervenarzt 1990; 61: 148–52.
8. Janzarik W. Die nosologische Differenzierung der idiopathischen Psychosyndrome – ein psychiatrischer Sisyphus-Mythos. Nervenarzt 1989; 60: 86–9.
9. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, 9. unver. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1973.
10. Jung CG. Welt der Psyche, Geist und Psyche. 6. Aufl. München: Kindler 1981.
11. Kant I. Ges. Werke. Bd. I–XII, Frankfurt: Suhrkamp 1974.
12. Kendell RE. Which schizophrenia? In: Basisstadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem. Huber G (Hrsg). Stuttgart: Schattauer 1985.
13. Locke J. An essay concerning human understanding, Bd. 1, Deutsche Übersetzung. Hamburg: Felix Meiner 1689.
14. Peters UH. Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München: Urban und Schwarzenberg 1977.
15. Saß H. Operationalisierte Diagnostik in der Psychiatrie. Nervenarzt: 1990; 61: 255–8.
16. Scharfetter C. Definition, Abgrenzung, Geschichte. In: Schizophrenien, Band 4, Psychiatrie der Gegenwart. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1987.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. O. Mäser, Bahnhofstr. 6 b,
6800 Feldkirch, Österreich