PSYCHIATRIE DER GEGENWART

FORSCHUNG UND PRAXIS

BAND I/1

ZWEITE AUFLAGE

GRUNDLAGEN UND METHODEN DER PSYCHIATRIE

SPRINGER-VERLAG
BERLIN · HEIDELBERG · NEW YORK

GRUNDLAGEN UND METHODEN DER PSYCHIATRIE

Teil 1

Bearbeitet von

G. Assal, A. Bader, G. Benedetti, J. Bergold, W. Blankenburg, M. Bleuler, L. Ciompi, B. Cooper, K. Dörner, J. Fahrenberg, H. Feldmann, H. Hecaen, H. Heimann, G. Hofer, K. P. Kisker, H. Legewie, A. Lorenzer, L. Navratil, L. N. Robins, N. Sartorius, B. B. Svendsen †, P. Watzlawick

Mit 28 Abbildungen

Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1979

Professor Dr. Dr. K.P. KISKER, Medizinische Hochschule, Psychiatrische Klinik, Karl-Wiechert-Allee 9, D-3000 Hannover 61
Professor Dr. J.E. MEYER, Psychiatrische Universitätsklinik, von-Siebold-Str. 5, D-3400 Göttingen
Professor Dr. C. MÜLLER, Hôpital de Cery, Clinique Psychiatrique Universitaire, Canton de Vaud, CH-1008 Prilly
Professor Dr. E. STRÖMGREN, Psychiatrisches Krankenhaus, DK-8240 Risskov

ISBN 3-540-08725-7 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
ISBN 0-387-08725-7 Springer-Verlag New York Heidelberg Berlin

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek: Psychiatrie der Gegenwart/Forschung und Praxis/hrsg. von K.P. Kisker ... – Berlin, Heidelberg, New York: Springer. NE: Kisker, Karl Peter [Hrsg.] Bd. 1. → Grundlagen und Methoden der Psychiatrie, Grundlagen und Methoden der Psychiatrie. – Berlin, Heidelberg, New York: Springer. Teil 1./Bearb. von G. Assal ... – 2. Aufl. – 1978. (Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 1). NE: Assal, G. [Bearb.]

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Bei Verwertung für gewerbliche Zwecke ist gemäß §54 UrhG eine Vergütung an den Verlag zu zahlen, deren Höhe mit dem Verlag zu vereinbaren ist.
© by Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1979.
Printed in Germany
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.
Satz, Druck und Bindearbeiten: Universitätsdruckerei H. Stürtz AG, Würzburg 2122/3130-543210

Vorwort

Mit den *Grundlagen und Methoden der Psychiatrie* schließt die 2. Auflage der *Psychiatrie der Gegenwart* ab. Vieles gäbe es angesichts dieses Schlußpunktes zu bedenken, manches hat die vier Herausgeber im Laufe der Jahre beschäftigt, hat ihnen Anlaß zu ausgiebigen Gesprächen gegeben. Autoren sagten zu und sagten ab, neue Perspektiven eröffneten sich und mußten entsprechend gewürdigt werden. Dankbar gedenken wir der Vorgänger, H.W. GRUHLE †, W. MAYER-GROSS †, R. JUNG, M. MÜLLER.

Das Ziel blieb bis zuletzt dasselbe: Die *Psychiatrie der Gegenwart* soll kein Handbuch im klassischen Sinn sein, soll keine lückenlose Darstellung des gesamten psychiatrischen Wissens bieten. Sie strebt auch nicht bibliographische Vollständigkeit an. So spiegelt denn die Auswahl der Themen, ihre Gewichtung nach Seitenzahl vorwiegend das wider, was die vier Herausgeber für besonders wichtig und neu erachteten.

Am Ende dieser 2. Auflage angelangt, könnte es verlockend sein, sich im Rückblick ein Urteil über die Fortschritte der Psychiatrie im Zeitraum von 15 Jahren zu bilden. Dies auf beschränktem Platz darzustellen, würde jedoch den Rahmen eines Vorwortes sprengen. Und gerade hier würden sich wohl die unterschiedlichen Meinungen der Herausgeber offenbaren, würde der Konsensus, der sich in der Themen- und Autorenwahl herauskristallisiert hatte, kaum mehr möglich.

So soll denn nur im Rahmen der *Grundlagen und Methoden der Psychiatrie,* deren erster Band hier vorliegt und deren zweiter unmittelbar folgt, auf gewisse Unterschiede gegenüber der 1. Auflage hingewiesen werden.

Kein Zweifel, 1978 treten die psychodynamisch-psychotherapeutischen Elemente sowie die sozial- und geisteswissenschaftlichen Grundlagen noch deutlicher hervor und haben stärkeres Gewicht als 1967 erhalten. Dies entspricht nicht einer billigen Modeströmung, sondern hat seine Begründung in der Tatsache, daß sich in den vergangenen 10 Jahren zahlreiche neue Erkenntnisse in hervorragenden Publikationen niedergeschlagen haben. Sie galt es zu sichten und zu ordnen. Der kritische Leser wird bedauern, daß die biologische Grundlagenforschung nicht ausgiebiger zu Wort kommt. Insbesondere wird er mit Verwunderung zur Kenntnis nehmen, daß ein neuroanatomisches Kapitel fehlt. Dieses hatten sich die Herausgeber von einem prominenten Vertreter des Faches erbeten, der jedoch aus persönlichen Gründen verzichten mußte. Ein Ersatz war in nützlicher Frist nicht möglich. Aber auch andere Lücken sind bedauerlich, und als Rechtfertigung kann höchstens der Wunsch der Herausgeber vermerkt werden, nur dann Neues als Kapitel aufzunehmen, wenn es zu einer übersichtlichen Reife gediehen war.

Während es also beispielsweise darum ging, in den Kapiteln zur Psychopathologie oder zur Psychophysiologie Altbewährtes mit neueren Ergebnissen zu konfrontieren, in der endokrinologischen Psychiatrie und in der psychiatrischen Therapie das bisher Bekannte auf den neuesten Stand zu bringen, mußte in mehreren Kapiteln Neuland betreten werden. Dazu zählen die Herausgeber vor allem die Neuropsychologie, die Primärprävention, die lerntheoretischen Grundlagen, Epidemiologie und transkulturelle Psychiatrie. Auch zur Kritik an der Psychiatrie mußte in dieser 2. Auflage in gesonderter Weise Stellung bezogen werden. Das von einem der Herausgeber beigesteuerte Kapitel über Antipsychiatrie fand ungeteilten Beifall, während sich nicht alle Herausgeber mit dem Kapitel über kritische Gesellschaftstheorien und Psychiatrie befreunden konnten, das lebhafte Diskussionen auslöste und wohl auch unter den Lesern auslösen wird. Dazu ist zu sagen, daß ja ganz allgemein die Herausgeber nicht für jede Zeile verantwortlich gemacht werden können, sie waren und sind seit der 1. Auflage des Werkes der Meinung, daß den Autoren größtmögliche Freiheit in der Darstellung ihrer Auffassungen zu lassen sei.

Dies zum hier vorliegenden ersten Band der „Grundlagen". Im später folgenden wird der Leser dann gewichtige Beiträge zu einer biologisch orientierten Grundlagenforschung finden, die den Bogen von der Neuropathologie und Neurochemie über die Neurophysiologie bis zu den pharmakologischen und anderen körperlichen Behandlungsverfahren und schließlich zur Genetik spannen.

Wollte man die Analyse der Unterschiede zwischen den beiden Auflagen vertiefen, so würden wohl diese Kapitel die eindrücklichsten Wandlungen anzeigen: Die Insulintherapie ist in Ehren untergegangen, die Psychochirurgie hat sich eingeschränkt, dafür hat die Entwicklung der Pharmakotherapie gewaltige Sprünge gemacht.

Eines steht jedenfalls fest: Die Psychiatrie verharrte in dieser Zeitspanne nicht in starren Positionen. Sie ist weiterhin im Vorwärtsschreiten begriffen, was auch ihre Kritiker einwenden mögen.

Der Dank der Herausgeber gilt uneingeschränkt allen Autoren, auch denjenigen, die sich durch besonders hartnäckiges Säumen ausgezeichnet haben.

Mit Betrübnis und Bedauern mußten die Herausgeber vom Tod Herrn B. Borup Svendsens Kenntnis nehmen, der vor der Drucklegung seines Kapitels über psychiatrische Therapie der psychisch abnormen Rechtsbrecher verstorben ist.

Dem Springer-Verlag sind die Herausgeber für die bewährte Zusammenarbeit dankbar.

Frau Dr. G. Rieger und Herrn Dr. D. Schott, Göttingen, danken wir für die Zusammenstellung des Sachregisters.

Oktober 1978 Die Herausgeber

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

Mitarbeiterverzeichnis

Assal, G., Prof. Dr., Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service de neurochirurgie, CH-1011 Lausanne

Bader, A., PD Dr., Clinique Psychiatrique Universitaire, Centre d'études de l'èxpression plastique, Hôpital de Cery, CH-1008 Prilly

Benedetti, G., Prof. Dr., Psychiatrische Universitätspoliklinik, Petersgraben 1, CH-4031 Basel

Bergold, J., Prof. Dr., Psychologisches Institut der FU, Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften (FB 11), Grunewaldstr. 35, D-1000 Berlin 41

Blankenburg, W., Prof. Dr., Psychiatrische Klinik 1, Züricher Str. 40, D-2800 Bremen 44

Bleuler, M., Prof. Dr., Bahnhofstr. 49, CH-8702 Zollikon/Zürich

Ciompi, L., Prof. Dr., Sozialpsychiatrische Universitätsklinik, Murtenstr. 21, CH-3010 Bern, CH-1008 Prilly

Cooper, B., Prof. Dr., Sonderforschungsbereich 116, Psychiatrische Epidemiologie an der Universität Heidelberg, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, D-6800 Mannheim 1

Dörner, K., Prof. Dr., Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Psychiatrische und Nervenklinik, Martinistr. 52, D-2000 Hamburg 20

Fahrenberg, J., Prof. Dr., Psychologisches Institut der Universität, Allgemeine und Persönlichkeitspsychologie, Peterhof, D-7800 Freiburg

Feldmann, H., Prof. Dr., Nervenkliniken der Universität, Psychiatrische Klinik und Poliklinik, von-Siebold-Str. 5, D-3400 Göttingen

Hecaen, H., Prof. Dr., Unité de Recherches Neuropsychologiques et Neurolinguistiques, 2, rue d'Alésia, F-75014 Paris

Heimann, H., Prof. Dr., Zentrum für Psychiatrie und Neurologie der Universität, Abt. Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik, Nervenklinik, Osianderstr. 22, D-7400 Tübingen

Hofer, G., Prof. Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Psychiatrische Klinik, Arbeitsgruppe Vergleichende Psychopathologie, Karl-Wiechert-Allee 9, D-3000 Hannover 61

Kisker, K.P., Prof. Dr. Dr., Medizinische Hochschule, Psychiatrische Klinik, Karl-Wiechert-Allee 9, D-3000 Hannover 61

Legewie, H., Prof. Dr., Technische Universität Berlin, Fachbereich 2, Gesellschafts- und Planungswissenschaften, Institut für Psychologie, Dovestr. 1–5, D-1000 Berlin 10

Lorenzer, A., Prof. Dr., Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, Abteilung für Sozialisation — Sozialpsychologie der Universität, Senckenberganlage 13–17, D-6000 Frankfurt

Navratil, L., Primarius Dr., Niederösterreichisches Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, A-3400 Klosterneuburg

Robins, L.N., Prof. Dr., Washington University, School of Medicine, Department of Psychiatry, Barnes and Renard Hospitals, 4940 Audubon Avenue, USA-St. Louis, MI 63110

Sartorius, N., Dr., World Health Organization, Division of Mental Health, CH-1211 Genf 27

Svendsen, B.B., Dr. †, Justitsministeriets Psykiatriske Undersøgelsesklinik, Afdeling A, Nytorv 21, DK-1450 Kopenhagen K

Watzlawick, P., Prof. Dr., Mental Research Institute, 555 Middlefield Road, USA-Palo Alto, CA 94301

Inhaltsverzeichnis

A. Klinische und psychopathologische Grundlagen

Psychopathologie. Von H. Heimann. Mit 2 Abbildungen 1
Psychodynamik als Grundlagenforschung der Psychiatrie. Von G. Benedetti 43
Psychophysiologie. Von J. Fahrenberg. Mit 1 Abbildung 91
Neuropsychologie. Von G. Assal und H. Hecaen 211
Endokrinologische Psychiatrie. Von M. Bleuler 257
Zum Problem der psychiatrischen Primärprävention. Von L. Ciompi 343
Psychiatric Therapy of Mentally Abnormal Offenders. Is it Possible? By B.B. Svendsen† . . 387

B. Psychologische Grundlagen

Theoretische Grundlagen psychologischer Forschungsmethoden in der Psychiatrie. Von H. Legewie. Mit 5 Abbildungen 451
Lerntheoretische Grundlagen für Theorie und Praxis der Psychiatrie. Von J. Bergold. Mit 3 Abbildungen 493
Grundlagen und Probleme der Einstellungsforschung. Von H. Feldmann. Mit 5 Abbildungen. 545
Sprache, Persönlichkeitsstruktur und psychoanalytisches Verfahren. Von A. Lorenzer . . . 577

C. Sozial- und geisteswissenschaftliche Grundlagen

Kommunikation und Interaktion in psychiatrischer Sicht. Von P. Watzlawick. Mit 1 Abbildung 599
Longitudinal Methods in the Study of Normal and Pathological Development. By L.N. Robins 627
Demographic and Epidemiological Methods in Psychiatric Research. By B. Cooper. With 1 Figure 685
Crosscultural Psychiatry. Von N. Sartorius 711
Ethnopsychiatrie. Von G. Hofer 739
Psychiatrie und Gesellschaftstheorien. Von K. Dörner 771
Antipsychiatrie. Von K.P. Kisker 811
Psychiatrie und Philosophie. Von W. Blankenburg 827
Psychiatrie und Kunst. Von A. Bader und L. Navratil. Mit 10 Abbildungen 877

Namenverzeichnis 915

Sachverzeichnis 973

A. Klinische und psychopathologische Grundlagen

Psychopathologie

Von

H. Heimann

> Klarheit über die Grenzen unserer wissenschaftlichen Erkenntnis schützt vor mancher Verirrung und trägt dazu bei, daß das Erreichbare schärfer ins Auge gefaßt und in gesammelter Arbeit rascher gefördert wird.
>
> Robert Gaupp, 1903

Inhalt

A. Einleitung 2
I. Selbstverständnis der Psychopathologie 2
II. Methodenpluralismus 3
III. Kritik des „medizinischen Modells" am Beispiel der „interaktionalen Psychopathologie" (Glatzel) 3
IV. Erweiterung des „medizinischen Modells" und Zusammenfassung 4

B. Methodologische Grundlagen 6
I. Beobachtungen am Kranken und Denkmethoden 6
II. Bedeutung der Arzt-Patienten-Situation. Historische Situation 7
III. Analogie zur Arbeit des Historikers 8
IV. Methodologischer Dualismus in der Psychopathologie 9
V. Reduktionistisches Vorgehen beider Erfahrungsrichtungen. Phänomen 10
VI. Beziehung zwischen beiden Erfahrungsrichtungen 10
VII. Theoretische Haltung und praktisches Engagement 11
VIII. „Verstehen" und „Erklären" 12
IX. Intuition und diskursive Methodik 12
X. Autorität und empirische Fakten 13
XI. Psychopathologie und Sprache 13
XII. Kritik der Quantifizierung 15
XIII. Psychopathologie als Erfahrungswissenschaft (Zusammenfassung) 17

C. Zur Psychopathologie der Schizophrenie 21
I. Reduktive Methodik und ganzheitliche Ansätze 21
II. Klinische Deskription und testpsychologische Methodik 24
III. Untersuchungen zur Störung der Aufmerksamkeit 25
IV. Untersuchungen zur Größenkonstanz 27

D. Zur Psychopathologie depressiver Syndrome 29
I. Phänomenologische Differenzierung und Klassifikation depressiver Syndrome . . . 29
II. Differenzierung von Depressivität und Ängstlichkeit 30
III. Psychopathologische Prädiktoren für den Behandlungserfolg mit Antidepressiva . . 31

IV. Zyklische Schwankungen der Symptomatik innerhalb der depressiven Phase 31
V. Psychopathologische Charakterisierung biochemischer Untergruppen depressiver Syndrome 32
VI. Depressive Grundsymptomatik und psychophysiologische Reaktivität 32
E. Schlußbemerkungen zur Psychopathologie in der Zukunft und zur Abgrenzung psychischer Störungen von seelischer Gesundheit 36
Literatur 38

A. Einleitung

I. Selbstverständnis der Psychopathologie

Die Hindernisse, die sich heute einer Darstellung der neueren Forschungsergebnisse in der Psychopathologie entgegenstellen, sind zahlreich. Sie beginnen mit dem Selbstverständnis der Psychopathologie als eigenständiger Disziplin und dem Selbstverständnis des Psychopathologen, der im herkömmlichen Sinne Kliniker ist. Ist Psychopathologie „eine unabhängig von naturwissenschaftlich medizinischen und diagnostischen Rücksichten auf abnorme psychische Phänomene gerichtete Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie"? (JANZARIK, 1976). Als eine solche unabhängige Grundlagenwissenschaft begreift sie JANZARIK und beklagt in seiner Heidelberger Antrittsrede ihre Krise, die seiner Meinung nach im wesentlichen durch ein banales Desinteresse der jüngeren Psychiater begründet sei, welche eher zu einem therapeutischen Aktionismus tendieren als zur Reflexion über das, was ihnen in der Begegnung mit psychisch gestörten Menschen entgegentritt.

Diesen eher pessimistischen Feststellungen eines klinischen Psychopathologen, der die klinische Psychopathologie durch eine Reihe wichtiger deskriptiver Beiträge bereichert hat, steht eine diametral entgegengesetzte Äußerung eines klinischen Psychologen gegenüber: Nach den Worten von RUDOLF COHEN ist die Psychopathologie heute noch kein Boden, auf dem man ein festes Haus bauen kann, sondern „noch ein Morast — ungeheuer fruchtbar für unzählige Arten wissenschaftlicher Forschung". Diese gegensätzliche Beurteilung der heutigen Lage der Psychopathologie spiegelt ein unterschiedliches Selbstverständnis, wie es sich in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr abzeichnet: Auf der einen Seite *Psychopathologie als eigenständige Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie*, methodisch scharf umrissen, in der Tradition der Erlebnisphänomenologie von JASPERS (1948) und der Heidelberger Schule stehend, auf der anderen Seite *Psychopathologie als ein noch weitgehend offenes Arbeitsfeld für erfahrungswissenschaftliche Methoden* verschiedenster Provenienz. Diese Spannung deutet sich schon in der Behandlung der Psychopathologie der ersten Auflage dieses Handbuches an, wenn z.B. MAX MÜLLER in der Einleitung feststellt, daß die Psychopathologie „zu einem gewissen Abschluß gebracht worden sei, ohne daß die seitherige Forschung wesentliche neue Gesichtspunkte erbracht hätte", und wenn dann nach dem allgemeinen Kapitel von WYRSCH (1963) über Bedeutung und Aufgabe der Psychopathologie P. MATUSSEK (1963) die *vorwiegend experimentellen* neuen Ansätze zur Erforschung der Wahrnehmung, der Halluzination und des Wahns in souveräner Form zusammenfaßt.

In den letzten Jahrzehnten sind als gleichwertige Partner neben den klinischen Psychopathologen, der klinische Psychologe und mit etwas Abstand der Soziologe getreten, die mit den in ihren Disziplinen entwickelten Methoden neue Aspekte der abnormen psychischen Phänomene herausgestellt haben. Deshalb ist es für den einzelnen schwierig, wenn nicht gar unmöglich, alle wesentlichen Ergebnisse der modernen Psychopathologieforschung kompetent zu würdigen. Durch den Einbruch eigenständiger psychologischer und soziologischer Methodik hat sich sozusagen die Geographie der psychopathologischen Landschaft verändert, ähnlich einer Gegend, in welcher plötzlich einige Vulkane ausbrechen. Daß sich dadurch nicht nur die Perspektive dieser Landschaft ändert, sondern auch die Ansichten über die Bedeutung vorhandener und neuer Gebirgszüge, ist verständlich, denn man starrt in einer solchen Situation wohl zunächst auf diejenigen Erhebungen, die am meisten Rauch ausstoßen.

II. Methodenpluralismus

Nun müßte man eigentlich erwarten, daß durch die Vielfalt der Methoden, mit welchen heute gestörtes seelisches Leben untersucht wird — von den klinisch deskriptiven, den psychodynamischen, den neuropsychologischen, den experimentalpsychologischen bis hin zu den soziologischen — eine Relativierung möglicher Standpunkte erzielt worden wäre, dadurch, daß sich die einzelnen Aspekte, welche diese Methoden aus der lebendigen Fülle seelischer Störungen herausheben, klarer scheiden lassen und sich einer sachlicheren Würdigung ihrer Bedeutung für die Praxis der Erkennung und die Theorie der Entstehung seelischer Störungen darbieten. Dies wäre sozusagen eine Fortsetzung, Erweiterung und Klärung des von JASPERS (1948) in seinen frühen Arbeiten und in der „Allgemeinen Psychopathologie" zum Rüstzeug des Psychopathologen erklärten methodologischen Bewußtseins (HEIMANN, 1950). In Wirklichkeit ist jedoch genau das Gegenteil eingetreten, nämlich eine Radikalisierung einzelner Standpunkte und ein dogmatischer Anspruch auf Ausschließlichkeit. Dies gilt nicht nur für die von ideologisierten soziologischen Thesen geprägte Antipsychiatrie, sondern auch für andere auf geschlossenen theoretischen Systemen basierende Ansätze, z.B. den psychoanalytischen oder den lerntheoretischen. Gemeinsam ist diesen Tendenzen, durch eine Methode eröffnete Aspekte seelischer Störungen zu einem Erklärungsmodell zu verabsolutieren und sich gegen herkömmliche Modelle — es handelt sich in der Regel um das sog. „medizinische Modell" — abzusetzen. Das geschieht gewöhnlich nicht ohne grobe Mißverständnisse.

III. Kritik des „medizinischen Modells" am Beispiel der „interaktionalen Psychopathologie" (Glatzel)

Beispielsweise entwirft GLATZEL (1977) eine „interaktionale Psychopathologie", in welcher er behauptet, daß die klassische Psychopathologie psychische Phänomene als „Eigenschaften" eines „Objektes Krankheit" auffasse. Er unterstellt JASPERS und der klassischen Psychopathologie (damit ist wohl die Heidelberger Schule gemeint) die Annahme, daß z.B. Symptome der Schizophrenie am Kranken unmittelbar vorfindliche seelische Qualitäten nach Art von Eigenschaften sind, die man freilegen, erkennen, aber auch übersehen könne. Um

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

dieser Gefahr der „Ontologisierung" psychopathologischer Phänomene zu entgehen, versucht GLATZEL eine Typologie von Beziehungsstörungen aufzustellen, denn seiner Meinung nach ist Schizophrenie etwas, das sich in der Beziehung ereignet: „Schizophrenie entlarvt sich nicht in der Beziehung, sie wird in der Beziehung."

Daß GLATZEL das „medizinische Modell" verzerrt darstellt, wird deutlich, wenn wir an Krankheiten der inneren Medizin denken, z.B. an den Diabetes. Niemand wird das Symptom: Erhöhung des Blutzuckers, als Eigenschaft des Morbus Diabetes auffassen, sondern diese Erhöhung ist Folge des Insulinmangels. Dieser wiederum ist eine Folge von dispositionellen und Umweltfaktoren. Weder EUGEN BLEULER (1911) noch KRAEPELIN haben Wahn, Autismus oder Halluzination als Eigenschaften des Morbus Schizophrenie betrachtet, und seit GAUPP (1903) und ERNST KRETSCHMER ist es üblich, psychische Störungen als multifaktoriell bedingt anzusehen. Besonderheiten des Verhaltens und Erlebens, welche in der Psychopathologie bisher als Symptome oder Syndrome bezeichnet wurden, *sind gemeinsame Endstrecken komplexer Bedingungszusammenhänge,* wobei durchaus auch situative Bedingungen eine bedeutsame, in manchen Fällen überragende Bedeutung spielen können, ähnlich wie etwa die Zuckerbelastung für die Erkennung einer Schwäche der Insulinproduktion.

Psychopathologische Phänomene sind jedoch auf einem höheren Komplexitätsniveau, deshalb schwieriger zu erfassen und abzugrenzen. Die Klärung ihrer Begriffe und die Präzisierung der zu ihrer Beschreibung gebräuchlichen Termini ist ein wesentlicher Beitrag der letzten Jahre der empirischen Psychopathologieforschung. Dabei ist klar geworden, daß es sich bei den Termini, die zur Bezeichnung psychopathologischer Phänomene verwendet werden, *um sprachliche Konventionen handelt,* und bei Definitionen zur Abgrenzung nicht um *Real-Definitionen,* sondern um *Nominal-Definitionen* (R. COHEN, 1970; HEIMANN, 1977). Ob wir Schizophrenie eine „Krankheit" nennen, weil wir z.B. mit subtilen psychologischen Methoden bestimmte Basisstörungen bei einer klinisch definierten Gruppe von Menschen nachweisen können (vgl. z.B. SÜLLWOLD, 1977; STRAUBE, 1975), die sich bei anderen klinisch definierten Gruppen nicht nachweisen lassen, Basisstörungen, die auf eine bestimmte Systemschwäche zentral-nervöser Strukturen hinweisen, oder ob wir Schizophrenie, „ohne die Ebene des beobachtenden Laien" zu verlassen, mit GLATZEL als „Typus einer Beziehungsstörung" auffassen und „Situationen" beschreiben, in welcher sich dieser „Typus ausspricht oder realisiert", oder ob wir gar Schizophrenie als eine besondere Konsequenz eines gestörten Daseinsentwurfs begreifen (im Sinne von L. BINSWANGER, 1957), ist nicht nur eine Frage des Standpunktes, sondern letztlich wissenschaftssprachliche Konvention. Entscheidend für die Frage, welchen Standpunkt man einnimmt und welchen sprachlichen Konventionen man sich in seiner Arbeit unterwirft, ist die *Praktikabilität* und die *Verständlichkeit,* d.h. das Wozu eines terminologischen Systems.

IV. Erweiterung des „medizinischen Modells" und Zusammenfassung

Wenn SALZINGER (1973), ein Lerntheoretiker, dem sog. „medizinischen Modell" vorwirft, es habe versagt, weil es die Bedeutung der „Stimulusseite" für

die Beschreibung pathologischen Verhaltens vernachlässigt habe, vermag er wiederum nur eine Verzerrung des ursprünglich von GRIESINGER (1845) postulierten Modells zu sehen, denn auch ein Lerntheoretiker ist gezwungen, dispositionelle Faktoren für die multifaktorielle Entstehung psychischer Störungen anzunehmen, wobei „dispositionell" schon bei GRIESINGER nicht gleichbedeutend mit genetischer Determiniertheit ist, sondern genetische Anlage *und* lebensgeschichtliche Verstärkung umfaßt, die wir heute lerntheoretisch erklären oder auf einer symbolischen Ebene psychoanalytisch deuten können. Nur in einer unzulässigen Verkürzung kann das „medizinische Modell" als gleichbedeutend mit genetischer Determination oder mit Organizität gleichgesetzt werden (vgl. dazu auch HEIMANN, 1976). Niemand wird heute die Bedeutung frühkindlicher, vor allem das erste Lebensjahr betreffenden Entwicklungsbedingungen für die Entstehung psychopathologischen Verhaltens bestreiten, Bedingungen, die für den Menschen durch die Entwicklung der Sprache eine symbolische Ebene haben (vgl. LOCH, 1977; BRÄUTIGAM, 1977). Und niemand wird die Bedeutung sozialer Faktoren vor allem für die Fixierung psychischer Verhaltensstörungen leugnen können (etwa im Sinne von LEMERT). Würde man dagegen mit SCHEFF (1973) oder SZASZ (1974) diesen sozialen Faktoren die alleinige Bedeutung für die Entstehung psychopathologischer Phänomene zuschreiben, müßte geklärt werden, wie der später psychisch Kranke im Stadium der „primären Abweichung" (LEMERT), bevor die soziale Reaktion eintritt und zur Stabilisierung des abweichenden Verhaltens führt, in seine Außenseiterposition geraten ist.

Diese einleitenden Bemerkungen zur heutigen Lage der Psychopathologie lassen sich in folgenden zwei Punkten zusammenfassen:

1. Wer sich wissenschaftlich mit psychischen Störungen befaßt, befindet sich im Boote des „medizinischen Modells", wenn dieses in dem ursprünglichen Sinne GRIESINGERS gefaßt wird und nicht zum Prokrustesbett der „Organizität" oder der „Erblichkeitsdogmatik" hypostasiert wird. Freilich werden die Akzente für die drei Faktorenbündel, den biologischen, den psychodynamisch-psychologischen und den soziologischen, von den verschiedenen Richtungen sehr unterschiedlich gesetzt und das mit Recht, denn je nach dem methodischen Maßstab, den wir an psychische Störungen anlegen, werden andere Aspekte von Zusammenhängen und pathogenetischen Faktoren in den Vordergrund treten.

2. Die Wahl der wissenschaftlichen Methoden in der Psychopathologie entscheidet *über Möglichkeiten und Grenzen* der mit diesen Methoden zu gewinnenden psychopathologischen Erkenntnisse. Die eine und einzige Methode, die alles „erklärt" oder „verstehen läßt", gibt es nicht! Unsere erste Aufgabe ist deshalb *methodologische Grundlagen* zu erarbeiten, welche es ermöglichen, die Ergebnisse, die heute mit den verschiedenen Methoden von den verschiedenen Disziplinen gewonnen werden, miteinander in Beziehung zu bringen und ihre Bedeutung für Praxis und Theorie zu beurteilen. Gerade die Vielfalt der Aspekte, die durch die verschiedenen Methoden eröffnet werden, sind für die gegenwärtige Situation der Psychopathologie charakteristisch und verweisen sie auf ihre *ursprüngliche Aufgabe*. Dies besteht in der *Aufnahme jeder möglichen, methodisch begründeten Hypothese* und in der *Reflexion über ihre Bedeutung, ihre Begründung und die ihr eigenen Begrenzung*. Wir stehen damit auf dem sicheren Boden des methodologischen Bewußtseins im Sinne von JASPERS, auch wenn im Lichte

der Wissenschaftsentwicklung heute manche seiner methodischen Postulate überholt sind. Beispielsweise werden wir festzustellen haben, weshalb die auf DILTHEY (1924) zurückgehende Unterscheidung zwischen „Erklären" und „Verstehen" psychischer Phänomene heute unhaltbar ist.

Bei dieser Rückbesinnung auf die methodologischen Grundlagen in der Psychopathologie werden wir uns auf Methoden beschränken, die wir „wissenschaftlich" nennen, weil sie *rational begründet* sind, weil *ihre Ergebnisse nachvollziehbar* und *überprüfbar* und ihre *methodischen Schritte durchschaubar* sind. Man wird uns deshalb den Vorwurf des „Szientismus" machen können, wie er in den letzten Jahren von gewisser Seite (z.B. HABERMAS, 1968) gegen wissenschaftliche Erkenntnis in dem von uns verstandenen Sinne vorgebracht wird, dazu noch mit dem Spott über die Naivität der Vorstellung, „daß Erkenntnis die Realität beschreibe".

Dieser Vorwurf ist unberechtigt, insofern als Psychopathologie keine Angelegenheit von Träumern im Elfenbeinturm ist, sondern aus der täglichen Konfrontation mit der Realität des psychisch Kranken erwächst. Diese Realität gilt es besser zu erfassen, zu beschreiben und zu deuten. Psychopathologie ist heute, anders als zu Beginn des Jahrhunderts, konfrontiert mit einer Praxis aktiver, somatischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Behandlungsmethoden, und ihre Erkenntnisse werden gewogen an der Bedeutung für diese Praxis. Empirische Begründung, Praktikabilität und Verständlichkeit sind gefordert und haben in den letzten 15 Jahren dazu geführt, daß die erfahrungswissenschaftlichen Methoden, die Versuche zur Objektivierung und Quantifizierung psychischer Größen und die Einführung mathematischer Modelle zur statistischen Überprüfung von Hypothesen die zeitgenössische Psychopathologie bestimmen. Die Relation dieser Entwicklung mit den deskriptiven Grundlagen und den theoretischen Deutungsmodellen der psychodynamischen und soziologischen Forschung soll in dem nächsten Abschnitt dargestellt werden.

B. Methodologische Grundlagen

I. Beobachtungen am Kranken und Denkmethoden

Überblickt man die Geschichte der Psychopathologie im Hinblick auf die Frage nach den von den Psychopathologen bevorzugten Methoden, fällt auf, daß die Beobachtung des Patienten in der Arzt-Patienten-Situation oder — allgemeiner und moderner ausgedrückt — in einer irgendwie gearteten Interview-Situation zwar die Grundlage bildet für alle Aussagen über seelische Störungen, daß aber diese Aussagen auf Denkmethoden beruhen, welche anderen Disziplinen entnommen werden, z.B. philosophischen Strömungen oder psychologischen Theorien. Dies geht z.B. besonders eindrücklich aus der Übersicht hervor, die JANZARIK (1976) seit den Anfängen der Psychopathologie bis zu ihrer heutigen „Krise" gibt. Am Anfang steht die Elementenpsychologie, mit dem Postulat trennbarer psychischer Funktionen bei KRAEPELIN, es folgt der Gegensatz zwischen Natur- und Geisteswissenschaften von DILTHEY bei JASPERS mit der grundsätzlichen Trennung von Erklären und Verstehen psychischer Vorgänge, die Gestalttheorie

bei CONRAD (1958), die phänomenologischen und existentialphilosophischen Ansätze bei BINSWANGER, STRAUSS (1960), v. GEBSATTEL (1954) oder ZUTT, oder die methodischen Kriterien der Krügerschen Ganzheitspsychologie bei JANZARIK (1959), um nur einige wenige bekannte Vertreter zu erwähnen. Man könnte die methodologische Situation der Psychopathologie auf ein Postulat von KARL WILHELM IDELER (1846), einem Antipoden GRIESINGERS, zurückführen, welcher in einem Aufsatz über „das Verhältnis der Seelenheilkunde zu ihren Hilfswissenschaften" feststellt, daß die Seelenheilkunde „nichts Ureigenes und Selbständiges" habe, durch dessen Darstellung sie sich als Wissenschaft selbst konstituieren könne. Sie könne nur aus der „innigen Durchdringung und organischen Verschmelzung philosophischer und medizinischer Begriffe" hervorgehen.

Eine Ausnahme bildet vielleicht die Psychoanalyse in ihren Anfängen bei FREUD, deren Aussagen und theoretische Systembildungen bzw. Abwandlungen in enger Beziehung zu den Beobachtungen und Interpretationen im Umgang mit einzelnen Patienten und ohne wesentliche Anleihen bei anderen Disziplinen erfolgte (LOCH, 1977).

II. Bedeutung der Arzt-Patienten-Situation. Historische Situation

Wenn wir davon ausgehen, daß alle Aussagen über psychopathologische Phänomene auf Beobachtungen am einzelnen Kranken basieren, ist zu beachten, daß diese Beobachtungen nur in einer irgendwie gearteten menschlichen Beziehung möglich sind, ob diese Beziehung nun den Charakter einer Beratungssituation mit mehrfachen Aussprachen hat, oder eine psychotherapeutische Situation ist mit einer vom Therapeuten geforderten besonderen, auf die Komplexität unbewußter Vorgänge des Patienten gerichteten Haltung, ob es eine explorative Situation ist, in welcher sich der Patient in einem explorativen Gespräch der mehr oder weniger kundigen Führung seines Gegenüber unterwirft, oder ob es sich gar um eine normierte Exploration oder eine Test-Situation handelt, z.B. ein halbstandardisiertes Interview zur gezielten Erlangung bestimmter Informationen über Verhalten und Erleben des Patienten (z.B. die PSE von WING et al., 1974).

Allen diesen Situationen ist gemeinsam, daß sie in der Lebensgeschichte sowohl des Patienten wie des Therapeuten oder Experimentators eine einmalige historische Konstellation bedeuten. Dadurch ergeben sich für die Aussagen über psychopathologische Phänomene, den Protokoll- oder Beobachtungssätzen (d.h. das, was in unmittelbarer Anschauung oder persönlicher Gegenwart in zeitlichen und räumlichen Koordinaten angebbar ist) dieselben Probleme, wie sie sich dem Historiker stellen, nämlich die Einmaligkeit, hier einer zwischenmenschlichen Konstellation, ihre Unwiederholbarkeit und die Frage der Authentizität des in der zeitlichen Beobachtungseinheit Wahrgenommenen und Beschreibbaren.

Dies ist jedoch nur die eine Seite des Problems psychopathologischer Aussagen. Sie zu verallgemeinern und ihre ausschließliche Relevanz zu postulieren, würde in die Irre führen, denn streng genommen wären historisch einmalige Situationen unvergleichbar, die in ihnen gewonnenen Einsichten hätten keine Bedeutung für ähnliche Konstellationen und ein echter Zuwachs an Erfahrung wäre nicht möglich.

III. Analogie zur Arbeit des Historikers

Von Bedeutung ist jedoch, was zu leicht vergessen wird, daß am Anfang psychopathologischer Aussagen methodische Schritte stehen, *die der historischen Methode vergleichbar* sind (im Sinne von BOCHENSKI, 1975), nämlich die Notwendigkeit, *aus der Fülle der in einer menschlichen Beziehung erlebten Phänomene bestimmte auszuwählen, einzugrenzen* und *zu benennen*. Wie für die Dokumente, die der Geschichtswissenschaftler zur induktiven Erklärung braucht (BOCHENSKI), gilt für den Psychopathologen, „daß in der Auswahl" (der zu bearbeitenden Phänomene) „letzten Endes eine subjektive Wertung entscheidet". Jedoch gilt hier wie dort: „Die Willkür wirkt nur in der Wahl der Phänomene. Ist diese einmal vorgenommen, dann erfolgt die weitere Bearbeitung nicht weniger objektiv als in den Naturwissenschaften" (objektiv = intersubjektiv verifizierbar). Eine voraussetzungsfreie Auswahl der Phänomene, die dann induktiv weiter verarbeitet werden, ist nicht möglich. In erster Linie bestimmen Lebenserfahrung, Weite des Horizontes, Interessen und menschliche Kommunikationsfähigkeit das, was in der Arzt-Patienten-Situation auffällt und thematisiert werden kann. Deshalb ist es eine lebenslange Aufgabe dessen, der sich mit psychisch Gestörten befaßt, seine Erfahrungsbasis und seine kommunikativen Möglichkeiten zu reflektieren und zu erweitern. Erst in zweiter Linie ist auch das „Expertenwissen" für die „Willkür" der Auswahl von Phänomenen im kommunikativen Prozeß verantwortlich und natürlich die besondere Intention, die in der Rollenerwartung des Patienten und des Arztes liegt, vom Psychopathologen aus gesehen das Wozu der Materialsammlung. Diese hier beschriebenen Vorgänge sind jedoch nur ein Spezialfall der Voraussetzungen sozialen Handelns im Alltag, das nach LUHMANN (1968) oder nach H. v. HENTIG (1973) reduktiv ist, d.h. sich notwendigerweise auf Aspekte und Ausschnitte möglicher Verhaltens- und Erlebnisweisen des Gegenüber beschränken muß.

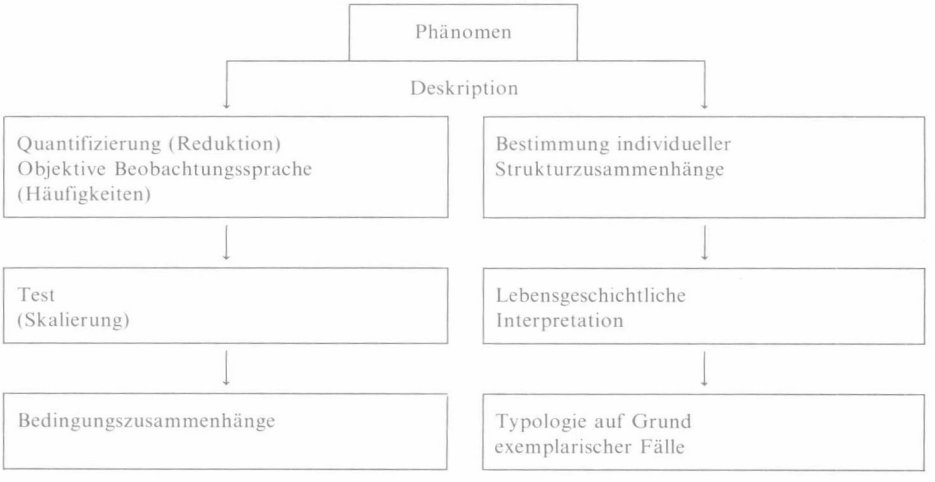
Vor allem ist jedoch der letzte Schritt, die *Benennung* der Phänomene, der problematischste. Benennung hat nur Sinn, wenn Benanntes mitteilbar wird, d.h. wenn Konsens besteht über seine Bedeutung. Welche Sequenzen aus einer Interview-Situation isoliert und benannt werden, welche Einheiten einer zwischenmenschlichen Begegnung und nach welcher Methode bzw. von welchem theoretischen Standpunkt aus interpretiert werden, ist letztlich eine Konvention. Ob ich ein phobisch-anankastisches Syndrom neurotisch nenne und mich um eine lebensgeschichtliche Interpretation bemühe, welche in einer psychotherapeutischen Beziehung aufgearbeitet werden kann, oder ob ich dasselbe Syndrom in seine besonderen Einzelphänomene symptomatologisch aufgliedere und damit eine Reihe von Symptomen oder Merkmalen aufzeige, um eine differenzierte Wirkung einer therapeutischen Intervention, auch einer medikamentösen oder soziotherapeutischen, zu bestimmen, ist eine pragmatische Entscheidung der Praxis, also Konvention, und läßt sich nicht gegeneinander ausspielen.

Auf der anderen Seite ist zu beachten, daß sich eine irgendwie geartete Interview-Situation nicht nur in der geistigen Stratosphäre der Einmaligkeit ereignet, sondern sich phylogenetisch und ontogenetisch erworbener Schablonen bedient, die biologisch verankert sind. Auf die Bedeutung nichtverbaler Kommunikation hat erst kürzlich FEER wieder hingewiesen. Diese Erfahrungsanteile

in der Arzt-Patienten-Situation sind für den diagnostischen Prozeß von großer Bedeutung und können objektiviert werden (vgl. dazu PAYK, 1973; BUSCH u. RENFORDT, 1973; HEIMANN, 1961). Dies ist in besonderem Maße für psychopathologische Phänomene zu berücksichtigen, weil psychische Störungen zu einer Einschränkung der Freiheitsgrade eines Individuums führen, Aussagen über solche Störungen daher eher einer Verallgemeinerung zugänglich sind als Erleben und Verhalten gesunder Individuen, was nicht bedeutet, daß der psychisch Kranke gelegentlich gegen soziale Normen zu verstoßen vermag, die der Gesunde unreflektiert respektiert und in seinem Erleben in Bereiche verschoben sind, die ihm nur in Extremsituationen oder im Traum zugänglich werden können. Deshalb ist es leichter, charakteristische Phänomene im Verhalten und Erleben eines depressiven Patienten oder eines Alkoholdeliranten deskriptiv zu fassen, als etwa charakteristische situationsüberdauernde Merkmale im Verhalten und Erleben Gesunder.

IV. Methodologischer Dualismus in der Psychopathologie

Ausgangspunkt einer empirischen Psychopathologie ist demnach die Beobachtung und Beschreibung des einzelnen Patienten. Erst in einem zweiten Schritt werden die beobachteten, als psychopathologisch relevant erkannten Phänomene auf theoretische Modellvorstellungen bezogen, interpretiert oder analysiert. Dabei kann man vereinfachend zwei Erfahrungsrichtungen unterscheiden, die in dem folgenden Schema dargestellt sind:



Individuum = Einheit der Stichprobe
Phänomen: Symptom = Zeichen für etwas
Nomothetische Erfahrungsrichtung
Generalisierende Betrachtungsweise gerichtet auf allgemeine Gesetzmäßigkeiten

Individuum = individuelle Ganzheit
Phänomen: hat seine Bedeutung in sich selbst
Idiographische Erfahrungsrichtung
Individualisierende Betrachtungsweise gerichtet auf die Erfassung der konkreten Einzelgestalt

Abb. 1. Methodologischer Dualismus in der Psychiatrie

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com