

Der Begriff der psychischen Krankheit aus der Sicht der Fichteschen Transzendentalphilosophie

PAUL HOFF¹

Abstract: Psychiatry's relationship with philosophy is much closer than one might think if applying a narrow dichotomy between natural sciences and the humanities. In a first step, the paper discusses this relationship with regard to Karl Jaspers' critical arguments in his *General Psychopathology* (1913). Then, in its main part, I try to develop the fundamental principles of transcendental philosophy as proposed by Kant and Fichte and to prove their importance for basic psychiatric questions. It can

be shown that psychiatry is specially at risk to follow dogmatical empiricism as well as dogmatical idealism. Both are clearly rejected by transcendental philosophy, which provides an adequate theoretical link between the three necessary levels of empirical and teleological finding and the individual person. Two concepts that are of central importance for any psychiatric application, are highly typical for Fichte's philosophy, the idea of freedom and the crucial role of interpersonalitly.

I

Der Bezug der Psychiatrie zur Philosophie ist wesentlich enger, als es einem bloß oberflächlich zwischen Natur— und Geisteswissenschaft dichotomisierenden Blick zunächst erscheinen mag. Und, was das Entscheidende ist, diese Beziehung ist nicht ein beliebiges, bei Bedarf auszuklammerndes Thema, sondern sie ist notwendiger, wenn auch oft nicht explizit genannter Bestandteil jedes psychiatrischen Diskurses. Wird diese Notwendigkeit verkannt, so entstehen erkenntnistheoretische Vorurteile, deren nachteilige Wirkung für die psychiatrische Theorie und Praxis Karl Jaspers in seiner *Allgemeinen Psychopathologie* (1913, 1946) meisterhaft herausgearbeitet hat. Bevor ich auf den Krankheitsbegriff eingehe, sollen, gleichsam als warnende Beispiele, die sechs von Jaspers unterschiedenen Vorurteilsqualitäten angesprochen werden, nämlich das philosophische,

¹ Psychiatrische Klinik der Universität München. Nußbaumstr. 7. 80336 München. Alemania.

theoretische, somatische, psychologisch–intellektualistische, das Bildvorurteil sowie das medizinische Quantifizierbarkeitsvorurteil.

Philosophische und *theoretische* Vorurteile sieht Jaspers in der Psychiatrie gleichsam von zwei Extremen her am Werk: einerseits in Gestalt spekulativ–deduktiver, andererseits rigoros empiristischer Theorien. Hier werden einzelne Hypothesen unkritisch zu vermeintlichen Gesamterklärungen der Seele erweitert und so mißbraucht. Beispiele sind zum einen die unmittelbare, geradezu kausale Verknüpfung seelischer Krankheit mit persönlicher Schuld oder Verfehlung, wie sie bei manchen Autoren der «romantischen Psychiatrie» des beginnenden 19. Jahrhunderts angetroffen werden kann, und zum anderen die besonders um die Jahrhundertwende einflußreichen materialistischen Konzepte, die Seelisches, ob krank oder gesund, für identisch mit körperlichen Vorgängen im Zentralnervensystem hielten und die von Kritikern spöttisch als «Hirnmythologien» apostrophiert worden sind (Bodamer 1948, 1953; Hoff 1994; Janzarik 1972). Diese Art von unreflektiert auf die Psychiatrie übertragenem Materialismus bezeichnet Jaspers auch als *somatisches* Vorurteil.

Wird nun die Psychologie ihrerseits unreflektiert zu einem Erklärungsmodell des gesamten menschlichen Erlebens und Verhaltens gemacht, so liegt ein *psychologisches* bzw. *intellektualistisches* Vorurteil vor, letzteres vor allem dann, wenn dem Verhalten eine rationale, kausaler Betrachtung stringent zugängliche Motivation unterstellt und als allein gültig behauptet wird.

Was Jaspers mit *Bild* und *Bildvorurteil* meint, nämlich eine unvollkommene, gleichnishafte Analogie zum Wirklichen, die im Falle des Bildvorurteils mit eben dieser Wirklichkeit fälschlicherweise gleichgesetzt wird, entspricht nicht der Bedeutung des Begriffes «Bild» in der Fichteschen Transzendentalphilosophie. Fichte nämlich konstatiert nicht nur den notwendigen Zusammenhang zwischen Subjekt und Objekt, besser zwischen Denken und Sein, «Ich und Nicht–Ich» im Sinne eines echt transzendentalen, also nicht etwa bloß apriorisch–idealistischen Bildens, sondern betont diesen Zusammenhang selbst wiederum in seiner Qualität als Denkakt, als «Tathandlung», als «Actus», ihn so scharf von allem bloß Äußerlichen, Objektivierten abhebend. Bild und Bilden haben demnach bei Fichte — ganz anders als bei Plato und Jaspers — gerade *nicht* den Charakter des Zweitrangigen, einer mehr oder weniger guten Kopie des hypostasierten Dings an sich. Vielmehr wird Bilden für Fichte zum zentralen, transzendental erfaßbaren Erkenntnisakt.

Das *medizinische Quantifizierbarkeitsvorurteil* schließlich äußert sich in der Psychiatrie und der Psychologie in dem Postulat, nur Quantifizierbares könne wissenschaftlich beschreibbar und erkennbar sein. Nun hat aber gerade die Entwicklung der psychiatrischen Evaluationsforschung der letzten Jahrzehnte die Bedeutung einer kritischen Betrachtung hervortreten lassen: Es wurden zwar auf der einen Seite zahlreiche Skalen zur «objektiven» Erfassung des psychopathologischen Befundes, sogenannte *rating scales*, entwickelt, letztlich mit der Intention, den diagnostischen Prozeß möglichst umfassend zu operationalisieren, also die Beschreibung von Seelischem sowie das Seelische selbst in Maß und Zahl abzubilden. Dergestalt erhobene Befunde lassen sich im Unterschied zum traditionellen, frei formulierten und daher weit weniger strikt schematisierten psychopathologischen Befund in elektronischen Datenverarbeitungsanlagen ohne Schwierigkeiten erfassen und statistisch auswerten. Auf diese Weise entsteht eine spezielle, gleichsam mathematische Klasse von psychiatrischen Diagnosen, deren klinische und wissenschaftliche Relevanz im Sinne von Reliabilität und, vor allem, Validität aber keineswegs unumstritten ist. In jüngster Zeit wird nämlich in der Literatur vermehrt die Frage gestellt, ob nicht durch die sehr strikte Orientierung an vorgefertigten Kriterien, etwa Symptomlisten und diagnostischen Entscheidungsbäumen, der Prozeß der psychopathologischen Befunderhebung formal wie inhaltlich allzu sehr von außen bestimmt wird, ob also, umgekehrt formuliert, nicht eine Reihe von klinisch wesentlichen Momenten dabei verloren gehen, weil sie

sich kaum oder gar nicht operationalisieren lassen; erinnert sei an so komplexe und gerade für therapeutische Entscheidungen oft zentrale Bereiche wie die Arzt–Patienten–Beziehung, die Persönlichkeit des Patienten in ihrer je einmaligen biographischen Gewordenheit oder spezifische, dem erfahrenen Psychiater geläufige, allerdings tatsächlich schwer zu beschreibende und noch schwerer dem Außenstehenden ohne dessen eigene Anschauung zu vermittelnde «Anmutungsqualitäten» im Kontakt mit psychotischen Menschen (vgl. Hoff 1989).

Nun ist ein Blick auf die philosophischen Grundlagen der Psychiatrie nicht nur in Anbetracht der aktuellen Krise im Selbstverständnis des Faches —Littlewood (1991) nennt die Psychiatrie «the most self-doubting specialty»— von Interesse, auch die wissenschaftshistorische Perspektive zeigt die intensive Durchdringung der Psychiatrie mit philosophischen Vorannahmen auf: Das vorwiegend naturalistisch ausgerichtete Weltbild der einflußreichsten Psychiater des ausgehenden 19. Jahrhunderts, etwa des Münchner Lehrstuhlinhabers Emil Kraepelin (1856–1926), mußte spätestens nach dem I. Weltkrieg einer weitaus weniger einheitlichen, gewissermaßen zentrifugalen Entwicklung Platz machen. In deren Kontext bildeten sich zahlreiche voneinander unabhängige und konkurrierende psychiatrische Paradigmen aus. Die —um ein physikalisches Bild zu benutzen— Gravitationskraft des Naturalismus, der einen griffig–pragmatischen, wenn auch deutlich zu engen und insoweit reduktionistischen theoretischen Referenzbereich für die Psychiatrie bereitstellen konnte, reichte ganz offensichtlich nicht mehr aus (Hoff 1992b).

Auch in der heutigen Situation, am Ende des 20. Jahrhunderts, ist kein klarer gemeinsamer Nenner verschiedener psychiatrischer Ansätze mehr erkennbar, vielmehr stehen zahlreiche Konzepte oft inkompatibel nebeneinander. Wenige wesentliche Beispiele seien genannt: Die *biologische Psychiatrie* hat vor allem die (neuro–)physiologischen und (neuro–)biochemischen Grundlagen des Zentralnervensystems und deren Auswirkungen auf die Erlebens— und Verhaltensebene zum Gegenstand und beruft sich insoweit zu Recht auf Kraepelins Psychiatrieverständnis; die *Sozialpsychiatrie* legt den Schwerpunkt auf die Erforschung sozialer Determinanten seelischer Auffälligkeit im Spannungsfeld von Individuum, Familie, Beruf und Gesellschaft; der *tiefenpsychologischen Schule*, vor allem der Psychoanalyse, geht es um die Aufdeckung nicht bewußter seelischer Konflikte, deren Ursprung in vielen Fällen in der Kindheit des Patienten gesehen wird; die *anthropologische Psychiatrie*, deren Einfluß heute im Vergleich zu den 50er und 60er Jahren sehr deutlich rückläufig ist, verbindet ihr Menschenbild eng mit den psychologischen und philosophischen Ansätzen Edmund Husserls und Martin Heideggers. Psychose wird hier unter dem Blickwinkel eines veränderten «In–der–Welt–Seins» betrachtet. Diese Aufzählung, wiewohl in jeder Hinsicht unvollständig, möge genügen, um die theoretische, aber auch —für den betroffenen Patienten entscheidend— die praktische, i.e. *therapierelevante Heterogenität* psychiatrischer Konzepte zu verdeutlichen.

Ein wichtiges Stichwort ist hier der Relativismus. In einer epistemologisch «schwachen» Variante bedeutet Relativismus im psychiatrischen Kontext, daß die Suche nach einem gemeinsamen anthropologischen Fundament, nach einem für verschiedene Theorien akzeptablen Menschenbild für schwierig und letztlich für die Praxis nicht entscheidend gehalten wird. Die «starke» Variante vertritt zugespitzt die These, daß eine solche gemeinsame Basis grundsätzlich unmöglich ist. Gerade die letztere Position —das bewußt unverbundene und scharf kontrovers ausgestaltete Nebeneinander unterschiedlicher Theorien— läßt es gerechtfertigt erscheinen, von einer «postmodernen Psychiatrie» zu sprechen. Jenseits des schillernd–modischen Charakters des Terminus postmodern geht es hier um durchaus ernstzunehmende Parallelen mit der Situation in den Geisteswissenschaften: Dort nämlich steht Postmoderne für die Ablehnung komplexer philosophischer Systeme, vor allem

für die Ablehnung sogenannter Letztbegründungen. Im Gegensatz nämlich zu einer derartigen Letztentscheidungskompetenz, die sich, so die Kritiker, vor allem der deutsche Idealismus und seine geistigen Nachfolger zu unrecht angemaßt hätten, wollen Vertreter der philosophischen Postmoderne die Systementwürfe der Philosophie «dekonstruieren» (Lyotard 1979). Sie fordern einen nicht nur methodischen, sondern radikalen Relativismus der Theorien und Werte mit der Konsequenz, daß letztlich jede Theorie der anderen gleichwertig ist. Dies hat zu dem zwar den Sachverhalt verkürzenden, jedoch einen wesentlichen Punkt treffenden Schlagwort des «anything goes» geführt. Aus diesem Kontext heraus wird oft der Dissens als Wert (!) an sich betrachtet, wohingegen die Suche nach einem Konsens in den Ruf gerät, oberflächlich-kompromißlerisch zu sein.

Nun mag eine solche Radikalisierung für den Philosophen etwas intellektuell Anziehendes haben. Die Frage, ob dies auch auf den Bereich der Psychiatrie übertragen werden kann, ist aber nach meiner Auffassung klar zu verneinen, wie die folgenden Überlegungen zeigen: In der psychiatrischen Methodendiskussion der letzten Jahre werden zum einen die einzelnen Forschungsstrategien immer subtiler ausgearbeitet und somit immer schwerer durchschaubar. Im Rahmen dieser Ausdifferenzierung entwickeln sich auch argumentative Immunisierungsstrategien gegen konkurrierende Ansätze. Dadurch entsteht aus der «Binnenperspektive» der jeweiligen Methode die Illusion der Unangreifbarkeit. Tatsächlich jedoch kommt es nicht mehr zu wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, sondern lediglich zu der unergiebigsten Feststellung der wissenschaftlichen Inkompetenz des jeweils Anderen. Beispiele für einen derartigen, den Diskurs nicht weiterführenden Schlagabtausch finden sich in der Literatur immer wieder (vgl. Rotov 1991, Andreasen 1991).

Noch bedenklicher —und hier schließt sich der Kreis zur «Postmoderne»— ist aber zum anderen, daß sich die Psychiatrie auf diese Weise zu einem Konglomerat von mehr oder weniger unverbundenen, sich oft feindlich gegenüberstehenden wissenschaftlichen Konzepten entwickelt unter Verlust einer übergeordneten Perspektive. Notwendige Folge der relativistisch-unverbundenen, quasi einem Baukastenprinzip gehorchenden Anwendung je für den Einzelfall ausgewählter psychiatrischer Methoden muß eine deletäre Aufsplitterung des diagnostischen und therapeutischen Prozesses sein: In deren Folge würden nämlich bei jedem einzelnen Patienten viele unabhängige «Partikular-Diagnosen» auf verschiedenen Erkenntnisebenen gestellt, etwa hinsichtlich seiner genetischen, biochemischen, elektrophysiologischen, psychodynamischen, psychopathologischen und sozialen Determinanten. Eine auch theoretisch gerechtfertigte und nicht bloß einen oberflächlichen Kompromiß darstellende integrative Betrachtung hingegen verlöre ihre wissenschaftliche Integrität und damit ihre Daseinsberechtigung.

Auf die besondere Problematik integrativer psychiatrischer Erkenntnismodelle kann nun hier nicht näher eingegangen werden. Entscheidend ist deren Forderung, es einerseits nicht bei einer Perspektive zu belassen —Schwartz und Wiggins (1988) sprechen von «avoiding a narrow sectarianism», Helmchen (1988) von «horizontalen und vertikalen Forschungsstrategien»—, andererseits aber den integrativen Anspruch auch nicht dazu zu mißbrauchen, empirische Einzelforschung zu vernachlässigen. Lipowsky (1990) bringt das Dilemma der zeitgenössischen Psychiatrie am prägnantesten auf den Punkt: Ein integrativer Ansatz als eigenständiger «dritter Weg» dürfe «neither mindless nor brainless» sein, dürfe demnach —übrigens unabhängig von der jeweils eingenommenen Position bezüglich der Leib-Seele-Frage— weder den mental-psychologischen noch den material-physiologischen Aspekt des Forschungsgegenstandes «psychisch kranker Mensch» vernachlässigen.

II

Gerade das in der klinischen Praxis spürbare und einer tragfähigen Arzt–Patient–Beziehung abträgliche unreflektierte Spannungsverhältnis zwischen vereinzelt, «atomisierten» Sichtweisen der Psychiatrie hat mich zu dem Versuch veranlaßt, die Fichtesche Transzendentalphilosophie auf psychiatrische Grundfragen anzuwenden. Nun werden in der vorliegenden Arbeit in einem ersten Schritt die Umriss eines transzendental fundierten Verständnisses von seelischer Krankheit schlechthin nachgezeichnet. Die auf das Konkrete abzielende Anwendung der Fichteschen Erkenntnistheorie und insbesondere seiner Naturlehre auf die praktisch–klinischen Ebenen der Befunderhebung, Diagnostik und Therapie bleibt einer späteren Studie vorbehalten.

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit müssen —übrigens nicht nur auf dem Gebiet der Psychiatrie— die zwischen dem anthropologischen Grundmoment der Freiheit auf der einen und der Naturnotwendigkeit oder Kausalität im physikalischen Sinne auf der anderen Seite gelegene Spannung nicht etwa nur aushalten, sondern geradezu verteidigen und mit Inhalt füllen. Denn schließlich ist das konkrete Verhalten des Arztes gegenüber seinem Patienten entscheidend von den zugrundeliegenden Konzepten des Krankseins und Gesundseins abhängig. Dies gilt in der Psychiatrie sogar noch unmittelbarer als in anderen medizinischen Disziplinen, denen der Rückzug auf das «rein Empirische» leichter fällt.

Wenden wir uns nun der transzendentalen Argumentation im engeren Sinne zu. Dabei setze ich die von Kant (1781/1787, 1788, 1790, 1798) gelegten Grundlagen voraus und will mich vorwiegend auf die von Fichte geleistete Weiterentwicklung und deren Bedeutung für die psychiatrische Erkenntnis konzentrieren. Nun kann dieser hochkomplexe philosophische Bereich, der bei Lauth (1984, 1989), Siemek (1984) und Widmann (1977) eine umfassende Darstellung gefunden hat, hier natürlich in keiner Weise vollständig nachgezeichnet werden. Lediglich die zentralen Momente seien festgehalten, wobei eine Bemerkung Fichtes die Richtung weist:

«Kanten studirt, nicht wie ihn die Kantianer ohne Ausnahme studirt haben, klebend an seinem oft himmlisch klaren, oft aber, und bei bedeutenden Gelegenheiten, sehr unbeholfenen Buchstaben; sondern von dem, was er wirklich sagt, sich erhebend zu dem, was er nicht sagt, aber, um das Gesagte sagen zu können, es voraussetzen mußte, kann über seinen Transscendentalismus, genau so das Wort verstanden, wie wir es erklärt haben, kein Zweifel übrig bleiben. A (das Absolute; Ref.) als Band des unabtrennlichen Seins und Denkens, begriff er. Aber er begriff es nicht in seiner reinen Selbständigkeit an und für sich, wie es die W.–L. aufstellt, sondern nur als gemeinsame Grundbestimmung oder Accidens seiner drei Urmodifikationen, [...] wodurch ihm nun eigentlich drei Absoluta entstanden, das wahre Eine Absolute aber zu ihrer gemeinsamen Eigenschaft verblaßte. Wie seine entscheidenden, und allein wahrhaft bedeutenden Werke, die drei Kritiken, vor uns liegen, hat er dreimal angesetzt. In der Kritik der reinen Vernunft war ihm die sinnliche Erfahrung das Absolute (x); und über die Ideen, die höhere, rein geistige Welt, spricht er da wahrhaft sehr unempfehlend. [...] Die hohe innere Moralität des Mannes berichtigte den Philosophen, und es erschien die Kritik der praktischen Vernunft. In ihr zeigte sich durch den inwohnenden kategorischen Begriff das Ich, als etwas an sich, was es in der Kritik der reinen Vernunft, lediglich gehalten und getragen von dem empirischen "Ist", nimmermehr sein konnte; und wir hätten das zweite Absolute, eine moralische Welt = z. Noch waren die in der Selbstbeobachtung unläugbar vorhandenen Phänomene des menschlichen Geistes nicht alle erklärt; noch blieb übrig die Ansicht des Schönen, des Erhabenen, des Zweckmäßigen, welche doch sichtlich weder theoretische Erkenntnisse sind, noch moralische Begriffe. Ueberdies, was noch mehr bedeutete, war über der zuletzt aufges-

tellten moralischen Welt, als der Einen Welt an sich, die empirische Welt verlorengegangen, zur Vergeltung, daß sie zuerst die moralische vernichtet hatte: und es erschien die Kritik der Urteilskraft, und in der Einleitung dazu, dem Allerbedeutendsten an diesem sehr bedeutenden Buche, das Bekenntnis, daß die übersinnliche und sinnliche Welt denn doch in einer gemeinschaftlichen, aber völlig unerforschlichen Wurzel, zusammenhängen müßten, welche Wurzel nun das dritte Absolute = y wäre.» (Fichte 1804, S. 18 — 20)

Gemäß diesem Vorwurf, Kant habe —freilich ohne es aus theoretischen Gründen zu wollen und sehr wohl in Kenntnis der daraus erwachsenden Schwierigkeiten— die Philosophie in miteinander nicht mehr in Beziehung stehende Teildisziplinen untergliedert, geht es Fichte nun um das Aufsuchen des «Einheitspunktes» in der Transzendentalphilosophie. Dabei ist die wohl entscheidende Weiterentwicklung die konsequente und, wenn man so will, radikale Fortsetzung des transzendentalen Grundgedankens, daß nicht die bloß «faktische *Ansicht*, wie die unseres Denkens des Ansich», sondern die «genetische *Einsicht*, wie die der Sich-Selbst-Construction des Ansich» (Fichte 1804, S. 132; Hervorhebung von P.H.) Ausgangspunkt philosophischer Reflexion zu sein habe. Denn:

«Unserm Denken, als denken, verbaliter, als Erzeugen, können wir, laut der unmittelbaren Aussage unseres Bewußtseins, nicht zusehen; wir sehen es nur, indem es ist, oder sein soll, und es ist schon oder soll sein, indem wir es sehen» (Fichte 1804, S. 132)

Fichte wendet sich an vielen Stellen, wie auch an der gerade zitierten, gegen jedes bloße Objektivieren von Erkenntnisgegenständen: Dasjenige, was ich erkennen möchte, ist eben nicht völlig unabhängig von mir als erkennendem Subjekt, das anorganische Objekt ebensowenig wie die belebte (pflanzliche und tierische) Natur und vor allem nicht das andere Subjekt, das andere —hier: individuelle— Ich, welchem ich in der Kommunikation entgegentrete. Fichtes Philosophie — insoweit fernab eines jeden Solipsismus— kann als eine Theorie der Intersubjektivität verstanden werden, wobei der Schwerpunkt auf der Hypothese liegt, daß ich das fremde individuelle Ich nur wieder, wie das eigene, in seiner Freiheit des Bildens verstehen kann und niemals ausschließlich als bloßes Objekt meines Erkennens. Ohne an dieser Stelle näher darauf eingehen zu können, möchte ich besonders betonen, daß das Problem der Intersubjektivität, des «Fremdseelischen», die Psychiatrie immer wieder intensiv beschäftigt hat (vgl. Carnap 1966; Schäfer 1983). Der Fundus von (transzendentalen) Argumenten, den Fichte vor allem in seiner 1796 erschienenen «Grundlage des Naturrechts nach Principien der Wissenschaftslehre» in diesem Zusammenhang zur Verfügung stellt, ist bemerkenswerterweise bislang so gut wie gar nicht für die Psychiatrie in Anspruch genommen worden. Ich hoffe, dies in einer späteren Untersuchung ausführlich herausarbeiten und an der klinischen Praxis exemplifizieren zu können. Auf die hochaktuelle Problematik des «Objektivierens» oder «Reifizierens» von (psychiatrischen) Krankheiten werde ich zurückkommen.

Es geht Fichte um die in dieser Form in der Philosophiegeschichte völlig neue, *notwendige* Verbindung der Freiheit des Vernunftwesens im allgemeinen mit der Existenz des anderen, ebenso freien Subjektes. Eine diesbezügliche grundsätzliche Kritik Fichtes an Kant lautet, daß Kant die Existenz des anderen denkenden und freien Wesens bloß vorausgesetzt habe, ohne den Versuch einer philosophischen Herleitung überhaupt ins Auge zu fassen. Dies gründe auch darin, daß Kant den Verstand und seine «reinen Begriffe» (Kategorien) den aus seiner Sicht bloß regulativen Funktionen der reflektierenden Urteilskraft eindeutig vorgezogen habe. In einer komplexen Argumentationskette gelingt Fichte ein für die transzendente Naturkonstitution entscheidender Schritt, der hier nur äußerst gerafft dargestellt werden kann: Er führt eine Umkehrung der von Kant erarbeiteten relationalen reinen Verstandesbegriffe, also Substanz/Akzidenz, Ursache/Wirkung und Wechselwirkung durch, vertauscht also, «verwechselt», wie er sich etwas mißverständlich ausdrück-

kt, die jeweiligen Positionen und gelangt schließlich —weit über Kant hinaus— zu gleichberechtigten «Stammformen der Urteilskraft», die eben *nicht nur regulativ* und damit letztlich beliebig, sondern *konstitutiv* und damit notwendig für die theoretische Erkenntnis und das praktische Handeln sind: Die «Verwechslung» von Substanz und Akzidenz führt zur begrifflichen Konstruktion von *Bewegung*, diejenige von Ursache und Wirkung zum *Zweckbegriff* und der gegenseitige Rückbezug von Wechselwirkungen schließlich zum Begriff der *Organisation*, womit Fichte die belebte Natur meint (vgl. Lauth 1984).

III

Vor der Anwendung der transzendentalen Grundgedanken auf den psychiatrischen Krankheitsbegriff selbst ist eine knappe Darstellung der Fichteschen Kritik am dogmatischen Empirismus und Idealismus angezeigt, da sie gerade für die psychiatrische Forschung von unmittelbarer Relevanz ist (vgl. Hoff 1990).

Zunächst zum Empirismus. Auf der Suche nach gesichertem Wissen und bestärkt durch die Furcht vor der Täuschung im Rahmen subjektiver Einschätzung wird in der Psychiatrie gelegentlich der Ruf nach rein empirischer Methodik laut. Nun muß aber der Empiriker gefragt werden, woher denn die Kenntnis der positiven Tatsachen komme. Er wird notwendig auf die Sinnesdaten rekurren und die Behauptung aufstellen, diese seien objektiv gültig. Das empirische Einzelfaktum ist aber nicht bloß empirisch, und die Behauptung der Möglichkeit *rein* empirischer Erkenntnis führt notwendig in Widersprüche. Denn der empirisch arbeitende Wissenschaftler muß Begriffe an das Beobachtete herantragen, etwa Typen— und Gattungsbegriffe oder, noch basaler, gedankliche Voraussetzungen, die das wissenschaftliche Argumentieren erst ermöglichen (Lauth 1979). Diese wiederum können ihrerseits nicht aus der Empirie stammen. Des weiteren muß des Gegenstandes und des Begriffes Identität je mit sich selbst über die Zeit gedanklich angesetzt werden. Ohne diesen Denk—, und das heißt bei Fichte immer Bewußtseinsvorgang ist es schlechterdings unmöglich, aus dem ständigen Strom der sich verändernden Empirie überhaupt etwas wie ein Faktum herauszugreifen. Ohne die über die Zeit durchgehaltene Identität des empirischen Gegenstandes mit sich selbst wäre die Natur für den Betrachter ein Chaos. Genau dieses Durchhalten der Identität über die Zeit aber ist nach transzendentaler Auffassung nur als Leistung des Bewußtseins, als Vernunftakt unter Beteiligung apriorischer Elemente zu verstehen. Eine ausführliche transzendentalen Analyse des hier angeschnittenen Zeitproblems hat Lauth (1981) vorgelegt. Schließlich soll die jeweilige faktische Gegebenheit ja für ein jedes Urteil, das immer sich auf sie beziehen möge, so sein; die Identität des Gegenstandes muß also nicht nur über die Zeit, sondern ebenso in Relation zu unterschiedlichen Urteilen über eben diesen Gegenstand durchgehalten werden — auch das eine Leistung des Denkens. Die wissenschaftliche Aussage ist somit —ein entscheidender transzendentaler Standpunkt— notwendig überempirisch.

Das Analogon zur Illusion der Theoriefreiheit, der jeder unreflektierte Empirismus erliegt, ist die Illusion der Objektfreiheit, ein Merkmal des dogmatischen, ein ungehemmtes, völlig objektives Apriori behauptenden Idealismus. Man kann Schellings Identitätsphilosophie als Prototyp eines solchen absoluten Apriorismus lesen: Wissenschaft, einschließlich der Naturlehre, sei völlig apriorisch möglich, aposteriorischen Elementen sei keine eigenständige Bedeutung zuzurechnen. Sie seien vielmehr —und zwar nicht nur formal, sondern auch inhaltlich (!)— aus dem Absoluten deduzierbar, seien gleichsam eine für uns als Nachvollziehende mögliche, aber eben nicht notwendige Ergän-

zung im Erkenntnisprozeß. Durch den von ihm postulierten direkten Zugang zur absoluten Identität —nämlich vermittels der «objektiven intellektuellen Anschauung»— glaubt Schelling, Wesen und Struktur der Realität (als Totalität) zu erfassen. Damit aber entfernt er sich völlig vom Subjekt— und Ich—Begriff der Kantischen und vor allem Fichteschen Transzendentalphilosophie. Nach Fichtes Auffassung ist es nicht möglich, *irgend etwas*, also auch nicht die Vernunft, das Wissen, die Natur, den Menschen und auch nicht die seelische Krankheit «von außen», i.e. ohne Einbeziehung des Denkens, ohne *Re-Flexion*, zu «betrachten».

Festzuhalten bleibt: Anders als etwa Schelling in seiner Identitätsphilosophie anerkennt Fichte expressis verbis die epistemologische Bedeutung des Aposteriorischen, der, wie er es nennt, «Hemmungen», deren Inhalte für uns durch Denkleistungen zu dem werden, das wir —auch im vorwissenschaftlichen Sprachgebrauch— «Erfahrung» nennen. Diese aposteriorischen Bestandteile des Erkenntnisprozesses sind nach Fichte als solche zwar *formal* —Hemmung muß stattfinden; «Ich setzt Nicht-Ich»—, aber eben *nicht inhaltlich* —genau diese Hemmung findet genau jetzt statt—transzendental deduzierbar. Auch bei Kant ist von einer inhaltlichen Deduktion des Aposteriorischen nicht die Rede, aber eben auch nicht von einer umfassenden formalen. Ihm, Kant, blieb daher, um der Naturwissenschaft Objekte zuweisen zu können, nur der aus transzendentaler Perspektive in hohem Maße unbefriedigende Rückgriff auf eine «Minimalanleihe bei der Empirie [...], nämlich die Annahme von Körpern im Raume, die Kraft haben und sich bewegen.» (Lauth 1984, S. 170). Fichte geht hier in zweierlei Hinsicht über Kant hinaus: Er macht einsichtig, «daß ein wirkliches physikalisches Objekt notwendig konstituiert wird, wo Bewußtsein existent ist», und zeigt darüberhinaus,

«daß die Verbreiterung der in Einem Zeitmoment gegenwärtigen Sinnlichkeit nur durch Entfaltung räumlicher Erstreckung und durch Übertragung des Verhältnisses des Subjekts zum Objekt auf das Verhältnis der Objekte untereinander möglich ist.» (Lauth 1984, S. 170)

Für unseren Zusammenhang ist entscheidend, daß es Fichte durch die genannte Argumentation gelingt, einerseits, wie Kant, das Aposteriorische sehr wohl anzuerkennen, dessen epistemologische «Reichweite» aber, anders als bei Kant, so weit wie aus transzendentaler Sicht überhaupt denkbar einzuschränken auf «das Residuum von Realität ..., auf das sich all unsere transzendentalen und empirischen wissenschaftlichen Aussagen beziehen.» (Lauth 1984, S. 171) Was dieser Gedanke bedeutet, wenn er auf die psychiatrische Erkenntnis und hier insbesondere auf den Krankheitsbegriff angewandt wird, soll uns im folgenden beschäftigen.

IV

Den Krankheitsbegriff im Sinne einer schlichten Definition gibt es in der Psychopathologie zunächst einmal nicht. Denn das Objekt, dem ein solcher Begriff das Attribut «krank» zuweist, kann sein der Mensch, der Geist, die Seele, das Gehirn, die Nervenzelle, das (die Erbinformation tragende) DNA-Molekül, das psychosoziale Umfeld, um nur einige Beispiele zu nennen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist es daher sinnvoll, bei der folgenden Diskussion *drei epistemologische Ebenen* vorübergehend voneinander zu trennen, auf denen der Begriff «krank», zumindest umgangssprachlich, angewandt werden kann: die empirisch-quantitative, die organisch-teleologische und die personal-geistige Ebene. Eine Vereinigung aller Ebenen im transzendentalen Konzept des «Bildens» des Begriffs der Krankheit wird dann zu einer gedanklichen Synthesis führen, wie das Schema 1 illustriert.

- i Empirisch–quantitative Ebene
- ii Organisch–teleologische Ebene
- iii Personal–geistige Ebene

Vereinigung der Ebenen im transzendentalen Konzept des
«Bildens» des Begriffs der psychischen Krankheit

Schema 1: Psychiatrische Erkenntnisebenen (Erläuterung im Text)

Auf der *empirisch–quantitativen Ebene* —«Physiologie als Physik» ist ihr programmatisches Stichwort— werden zu Forschungsgegenständen diejenigen Abläufe des menschlichen Organismus, die mittels naturwissenschaftlicher (Meß–)Techniken, also unter Anwendung physikalischer und chemischer Verfahren, genau bestimmbar sind. Gesucht wird letztlich nach gesetzmäßigen, kausalen Zusammenhängen, deren Erfassung freilich, wie gezeigt, jenseits der bloßen Empirie angesiedelte Denkleistungen erfordert. Dabei interessieren allerdings zunächst die Einzelphänomene; Fragen nach dem Zweck oder die Interpretation des Beobachteten im Hinblick auf ihren Stellenwert für das personale Selbstverständnis sind auf dieser Ebene, nimmt man sie wirklich ernst, kein Thema. Sie sind mit den begrifflichen Mitteln, die hier zur Verfügung stehen, noch gar nicht formulierbar.

Dies gilt natürlich in gleicher Weise für ein so komplexes Konstrukt wie den Krankheitsbegriff, der allein auf dieser Ebene nicht konstituiert werden kann, da wir, wie Lauth in anderem Zusammenhang festgestellt hat,

«alle Begriffe, die wir von den historischen Daten aus und an ihnen gewinnen wollen, selbst entwerfen und, soweit sie nicht schon vom Verstande zur Konstitution des Außenobjekts apriorisch investiert sind, mit der reflektierenden Urteilskraft erfinden und an das zu Bestimmende herantragen, um es gegebenenfalls (ob dies möglich sein wird, hängt von seiner spezifischen anschaulichen Gegebenheit ab) mittels ihrer zu begreifen. Dies gilt für alle Merkmale, die induktiv gewonnen werden.» (Lauth 1984, S. 73)

Schon die Einführung der «reflektierenden Urteilskraft» bei Kant sowie der «ursprünglich produzierenden Einbildungskraft» bei Fichte als jeweils notwendigem Konstituens von Erkenntnis überhaupt verläßt ja erkenntnistheoretisch die empirisch–quantitative Ebene.

Es sollen hier keine Mißverständnisse aufkommen: Keineswegs wird eine prinzipielle epistemologische Abwertung dieser Ebene als Erkenntnisträger intendiert. Ganz im Gegenteil geht es gerade in der spekulationsanfälligen psychiatrischen Forschung darum, die unbefangene, deswegen aber noch lange nicht «theoriefreie» empirische Datenerhebung sicherzustellen, also nicht, um auf Jaspers zurückzukommen, in ein theoretisches Vorurteil zu geraten. Aber —und in diesem Punkt ist die transzendente Position grundsätzlich nicht kompromißbereit— das Sinnesdatum als solches macht noch kein *Wissen* aus. Auch und gerade der Empirismus in seiner strengen Form investiert, wie Kant schlüssig gezeigt hat, apriorische Elemente, um überhaupt jenseits der Sinnesdaten, die ja ursprünglich völlig unverbundene Einzeltatbestände, «Hemmungen» in Fichtes Sprache, darstellen, eine für uns durchgängige Erfahrungswelt, eine Natur, konstituieren zu können.

In der Psychiatrie kommt eine Datenerhebung auf rein empirisch–quantitativer Basis —also nach dem Ideal der Physik vor der Relativitätstheorie und der Quantenmechanik— kaum je vor. Denn dergestalt zu erfassende Merkmale eines Patienten wie etwa Körpergewicht, Größe oder Blutdruck sind für psychopathologische Fragestellungen zumeist Randphänomene. Und schon bei der Beschreibung von Körperbau, Persönlichkeit oder Art der Sozialisation des jeweiligen Patien-

ten —allesamt überdauernde, noch im Vorfeld des Krankhaften angesiedelte Merkmale—, erst recht jedoch bei der Erhebung des *psychopathologischen Befundes*, des Kernstücks psychiatrischer Diagnostik, verläßt der Untersucher die strikt empirisch-quantitative Ebene.

Einzelne psychopathologische Symptome, die mit Fachtermini wie etwa «depressiv», «ängstlich», «paranoid» oder «akustisch halluzinierend» bezeichnet werden, werden zwar auch vom Arzt wahrgenommen, jedoch ist ein unmittelbarer Vergleich mit rein quantitativen (Labor-Befunden) nicht zulässig: Zum einen gibt es nämlich für den Bereich der Psychopathologie keine ähnlich zuverlässigen und gültigen Quantifizierungsmethoden, und zum anderen ist hier der in den Naturwissenschaften mögliche Grad an Objektivierung des Forschungsgegenstandes grundsätzlich nicht möglich. Streng genommen, nimmt der Arzt psychiatrische Symptome nämlich nicht einfach «am» Patienten wahr, sondern es liegt ein komplexer interaktiver —und störanfälliger— Prozeß vor. Da die meisten psychopathologischen Symptome auf spezifisch menschliche Erlebnis— und Verhaltensweisen abzielen, weisen sie notwendig über die erste Ebene hinaus, deren Unersetzlichkeit für die psychiatrische Forschung aber gerade deswegen zu verteidigen ist. Zwar gibt es hier noch nicht den vollständigen Begriff der Krankheit, wohl aber stellen die so gefundenen Daten wesentliche und in ihrer konkret-inhaltlichen Bestimmtheit durch kein Apriori zu deduzierende Momente wissenschaftlicher Erkenntnis dar.

Die isolierte Betrachtung der zweiten, der *organisch-teleologischen Ebene* stellt nun ebenso eine künstliche, nur vorläufig sinnvolle Trennung von den beiden anderen dar. Für den transzendentalen Standpunkt kommt bei der Beschreibung von Lebewesen notwendig das Moment des Zweckhaften ins Spiel, bei Kant als regulative Idee, bei Fichte —radikaler— als Konstituens aller möglichen Erfahrung schlechthin, also auch, aber eben nicht nur der Erfahrung des Lebendigen. Kant hatte in der Kritik der praktischen Vernunft den Menschen als der «intelligiblen Welt» angehörend charakterisiert; er sei nach «Freiheitsgesetzen» zu handeln fähig und somit ein moralisches Wesen. Fichte wiederum spricht darüber hinaus der Vernunft eine Tendenz zur Selbstrealisierung zu; er —näher an Fichtes Text, aber auch entsprechend spröde formuliert— konstituiert die Vernunft transzendental als in sich bildend die absolute Tendenz, sich selbst frei zu realisieren. Trotz aller Differenzen verweisen beide Konzeptionen auf das teleologische Moment als unverzichtbaren Bestandteil.

Organische Strukturen werden im Erkenntnisprozeß in spezifischer Weise als auf Ziele ausgerichtet verstanden. Kausal-deterministische Ansätze, die auch durch das kybernetische Konzept des Regelkreises als autoregulatives System nicht eo ipso überwunden sind, genügen den Anforderungen einer wissenschaftlichen Beschreibung des Gesamtphänomens Organismus nicht. Nun ist, worauf der transzendente Ansatz insistiert, Organisches ebensowenig *nur* teleologisch zu verstehen wie Mechanisches nur objektiv-kausal und Vernunft *nur*, also ohne jede Einschränkung durch «Hemmungen», als Freiheit. Natur wird konstituiert als Einheit. Gerade dabei wirken aber, wie Lauth gegenüber der oft auf ungenügender Textkenntnis beruhenden Kritik an der transzendentalen Naturphilosophie präzisiert hat,

«im Ganzen die Naturmomente in je spezifischer Weise ineinander [...] Die bloßen Hemmungen erscheinen nur durch Apposition in der Zeitreihe, von da aus verbreitet im Raum. Sie werden nach den Gesetzen des Verstandes als unorganische Natur in Statik, Mechanik (im eng. Sinne) und Dynamik und nach den Gesetzen der reflektierenden Urteilskraft als organische Natur konstituiert. Organische und (im weiteren Sinne) mechanische Wirkung greifen dann artspezifisch ineinander, und zwar so, daß die mechanische der organischen zur Basis dient, was man freilich auch, aus dem anderen Winkel blickend, so ausdrücken kann, daß man sagt, die unorganische Wechselwirkung sei ein unteres Bedingungsmoment der organischen (wie diese sich ihrerseits als Bedingungsmoment des freien Wirkens

herausstellt). Diese funktionale Teleologie, die ihre absolute Grenze an der Beschaffenheit der Hemmungen hat, macht die Natur zu einer konkreten Einheit, ja, macht sie zu einem zweckmäßig funktionierenden Moment der sich realisierenden Freiheit.» (Lauth 1984, S. 160/161)

Die Anerkennung des teleologischen Gedankens hat scharfe Kritik bei positivistisch orientierten Wissenschaftstheoretikern hervorgerufen, die die (Wieder-)Einführung spekulativ-metaphysischer Gedanken gleichsam durch die Hintertür befürchteten (vgl. Möller 1976). Nun ist eine derartige Absicht der Transzendentalphilosophie so wesensfremd wie kaum ein anderes Moment. Insofern treffen sich zumindest in dieser Intention, nämlich der Abwehr dogmatisch-idealistischer Metaphysik, transzendentaler und positivistischer Ansatz. Ihre Wege trennen sich aber insofern bald wieder, als der Positivismus jede Erkenntnis, die nicht gemäß dem Methodenideal der «Realwissenschaften» gewonnen wurde, ablehnt, wohingegen der transzendente Gedanke dieses Methodenideal zwar innerhalb des abgezielten Bereiches der empirischen Einzelwissenschaften sehr wohl anerkennt, jedoch darauf beharrt, daß Wissenschaft erst durch die Qualitäten des Setzens von Zwecken und der Freiheit der Vernunfttätigkeit, also niemals rein empirisch, konstituiert wird. Die Anerkennung der wissenschaftlichen Dignität der beiden letztgenannten Qualitäten von ihrer Überprüfbarkeit nach positivistischen Kriterien abhängig machen zu wollen, käme einem Zirkelschluß gleich, setzt doch «Realwissenschaft» nach transzendentelem Verständnis die Funktion des Erkennens in seiner Gesamtheit und damit beide genannten Qualitäten immer schon als gegeben voraus. Dadurch werden aber weder teleologisches Denken noch freie Vernunfttätigkeit zu —vom Positivismus im übrigen völlig zu Recht als unwissenschaftlich abgelehnten— «metaphysischen Relikten» einer, bezogen auf Kant, vorkritischen Philosophie. Vielmehr bilden sie wesentliche Momente des urteilenden «Ich» und damit die Grundlage jeder Wissenschaft.

Wird nun nach transzendentelem Konzept der Mensch als das organische Wesen, das er vor allem in seiner Leiblichkeit ist, auch teleologisch gefaßt, so stellt sich die Frage, ob unter dieser Voraussetzung bereits Krankhaftes gedacht werden kann. Streng genommen, ist Krankheit im —alltagssprachlich stets gemeinten— Vollsinn des Wortes nun auch auf dieser Ebene noch nicht denkbar. Trotz dieser Einschränkung bringt aber die Erfassung dieser Ebene in Richtung auf die Gesamtkonstitution des Krankheitsbegriffes einen ganz wesentlichen Fortschritt: Unter Zuhilfenahme derjenigen Denkleistungen nämlich, die hier möglich sind, können Sinnesdaten —«Hemmungen» nach Fichte— nicht nur als solche erfahren und gesammelt werden, sondern das erkennende Subjekt wird darüberhinaus in die Lage versetzt, organische Strukturen in ihrer besonderen Qualität adäquat zu erfassen. «Adäquat» soll hier heißen «als Entitäten, die jenseits ihres auch kausalmechanischen Determiniertseins notwendig als zweckbestimmt gedacht, gesetzt werden müssen».

Krankhaftes kann auf dieser Ebene demnach als Teilaspekt des Gesamtkonstruktes Krankheit verstanden werden, als ein Sich-Widersprechen verschiedener Zwecke, auf die hin der Organismus oder Teile desselben ausgerichtet sind. So etwa entwickelt sich ein tumoröser Prozeß zwar unter gewissen Gesetzen und kann durchaus, sofern man ihn nicht als bloß mechanische Auswirkung auf Organisches ansehen will, als finale Struktur mit dem «Ziel» des Wachstums um seiner selbst willen interpretiert werden. Ein solches Ausgerichtetsein auf Zwecke steht jedoch inhaltlich dem Zweck des Gesamtorganismus, der ja wesentlich Stabilisierung und damit Perpetuierung der Lebensprozesse lautet, diametral entgegen. Auch das Phänomen krankhaft gestörter biologischer Regelkreise ist hier einzuordnen. Gerade der Erforschbarkeit von Regelkreisen wird durch die von positivistischer Seite heftig kritisierte transzendentalphilosophische Verteidigung der Teleologie keineswegs geschadet. Das Gegenteil ist der Fall, können doch für die Kybernetik so zentrale Begriffe wie Sollwert und Istwert und die sie fundierenden Konzepte aus transzendentaler Sicht

rein aposteriorisch gar nicht gedacht werden. Teleologische Komponenten müssen in Ansatz gebracht, als solche gewürdigt und kritisch reflektiert werden. Das denkerische Setzen eines Zweckes im Sinne des Antizipierens eines noch nicht Seienden ist eine wesentliche Voraussetzung für das Bilden des Begriffes biologischer Regelkreis.

War auf der ersten Ebene Krankhaftes von Normalem bei strikter Beschränkung auf die quantitativ erfaßbare Empirie überhaupt noch nicht zu differenzieren, so zeichnet sich auf der zweiten bereits die Möglichkeit eines —wenn auch vorläufigen— Krankheitskonstruktes ab: Bei der Betrachtung *körperlicher* Erkrankungen unter dem teleologischen Prinzip der Störung biologischer Regelkreise, deren Ziel —«telos»— die Aufrechterhaltung der inneren Homöostase ist, wird dies evident. Werden aber auch *psychische* Krankheiten auf dieser Ebene und mit den in ihrem Rahmen zur Verfügung stehenden Erkenntnismethoden als solche zu verstehen sein? Die Antwort kann nur lauten: als ganze sicher nicht, sondern allenfalls unter zwei Bedingungen, nämlich daß sie entweder bloß als Korrelate organischer, dem Regelkreis-Paradigma zu unterwerfender Funktionsstörungen aufgefaßt werden oder daß Teilbereiche des Seelenlebens vorübergehend aus heuristischen Gründen so verstanden werden, *als ob* sie Regelkreise im kybernetischen Sinne wären; das letztere Modell fand —füßend auf Freuds Instanzentheorem— über Jahrzehnte Eingang in die führenden Paradigmen der psychoanalytischen Psychologie.

Nun zur dritten, der *personal-geistigen Ebene*, die man aus Fichtescher Perspektive auch die Ebene der freien Vernunfttätigkeit nennen kann. Die Trennung dieser dritten Ebene von den beiden anderen ist besonders artifiziell, da aus transzendentaler Sicht die geistige, also denkerische Aktivität sich gerade auch auf die Natur und den Zweckbegriff erstreckt, ja diese erst ermöglicht, erst «setzt». Dennoch soll aus Gründen der Übersichtlichkeit vorübergehend das personale Moment als dritte Ebene isoliert betrachtet werden. Dabei darf nicht aus dem Auge verloren werden, daß die später zu betrachtende synthetische Ebene des Bildens des Begriffes der psychischen Krankheit im Grunde nichts anderes ist als die Ausweitung der dritten Ebene auf den gesamten Prozeß der Konstruktion des (psychiatrischen) Krankheitsbegriffs.

Es kommt hier der Bewußtseins-Begriff ins Spiel, allerdings nicht der psychologische und nicht der neurologische, sondern der transzendente: Er meint das reflexive Moment des Denkens, das «ich bilde (m)ich». Dies ist eine freie Vernunftleistung, die nur dem Menschen zukommt. Demnach sind Störungen eines so konzipierten Selbstbewußtseins auch nur beim Menschen zu erwarten. In Fichtes Philosophie ist Bewußtsein zu verstehen als die entscheidende Funktion des Ich —hier im Sinne des Terminus *technicus* der Fichteschen Wissenschaftslehre—, welche die (Selbst-)Erfahrung des individuellen, des psychologischen Ich als Einheit und ebenso die Erfahrung der Außenwelt und der Intersubjektivität, also der Wirklichkeit des anderen individuellen Ichs in dessen Freiheit, erst ermöglicht. Gerade diese beiden Grunderfahrungen des Menschen, ein Individuum, dies aber nur unter anderen Individuen zu sein, werden bei psychischen Krankheiten nachhaltig gestört. Der transzendente (Selbst-)Bewußtseinsbegriff darf im übrigen auch nicht mit dem tiefenpsychologischen, vor allem psychoanalytischen Konzept distinkter Bewußtseinsstufen —«unbewußt, vorbewußt, bewußt» (Freud 1946)— verwechselt werden. Ein unüberbrückbarer Gegensatz liegt hier aber nicht vor: Die transzendente Position ist nämlich, ohne daß ich dies jetzt näher ausführen kann, durchaus mit der Annahme wirksamer, aber nicht zu jedem Zeitpunkt im Fokus des Bewußtseins stehender seelischer Kräfte vereinbar.

Es mag der Veranschaulichung dienen, zwei der auffallendsten psychopathologischen Symptome, Wahn und Sinnestäuschung, unter diesem Blickwinkel zu betrachten: Nach der verbreiteten, wenn auch aufgrund berechtigter Einwände durchaus nicht unwidersprochenen klassischen Wahn-

theorie, wie sie etwa in Karl Jaspers' *Allgemeiner Psychopathologie* (1913, 1946) zum Ausdruck kommt, handelt es sich beim Wahn um eine objektiv falsche, jedoch unkorrigierbare Überzeugung, die für den Betroffenen eine extrem hohe subjektive Evidenz hat. «Glaubende Überzeugtheit» von dieser Qualität, die sich —nach einer Formulierung von Spitzer (1989)— inhaltlich nicht auf Aussagen über eigene mentale Zustände beschränkt, sondern die äußere Realität meint, wird außerhalb von Wahn nicht angetroffen, weil Kritikmechanismen die jeweilige Position zumindest potentiell in Frage stellen. Gerade ein solcher «Überstieg» (Binswanger 1965), ein Wechsel des Standpunktes, der Perspektive, eine «kopernikanische Wende» (Conrad 1958, Blankenburg 1972) sind dem Wahnkranken nicht mehr möglich. Aus transzendentaler Sicht wird der Wahn so zu einem, im Hinblick auf das Resultat, falschen Prozeß des Bildens. Das denkerisch Gebildete wird nicht mehr als solches reflektierend überdacht, sondern unkorrigierbar und nicht hinterfragbar mit hohem «Nötigungsgrad» geradezu als Ding an sich mit absolutem Realitäts— und Wahrheitsanspruch aufgefaßt. Der von Fichte beschriebene Erkenntnisakt des Bildens eines Bildes und des notwendig gleichzeitigen Bewußtseins des Bildcharakters jeder Erkenntnis ist im Falle des Wahnkranken seiner Vollständigkeit beraubt.

Sinnestäuschungen sind, in erster Näherung, sinnliche Wahrnehmungen ohne äußeres Objekt. Dabei müssen echte Halluzinationen, bei denen vollständige subjektive Gewißheit der Realität des halluzinierten Objektes besteht, von Pseudohalluzinationen unterschieden werden. Letztere stellen zwar ebenfalls die Wahrnehmung nicht vorhandener physikalischer Objekte dar, deren Trugbildcharakter jedoch bei Nachfrage erkannt, oft sogar spontan eingeräumt wird. Die Übergänge zwischen beiden Phänomenen sind fließend, sie können gleichzeitig beim selben Patienten vorkommen (Spitzer 1988). Echte Halluzinationen sind im Fichteschen Sinn zu verstehen als völlig freie, also nicht durch Empfindung genötigte Setzung von (Selbst-)Hemmungen. Dabei beinhaltet die Bezeichnung «völlig frei» die durchaus negative Konnotation des zu Unrecht unterstellten, da nach transzendentaler Auffassung undenkbaren Freiseins von allem Aposteriorischen.

Insoweit treffen wir, fichteanisch gesprochen, in beiden Fällen, beim Wahn und bei den echten Halluzinationen, auf eine charakteristische qualitative Verkürzung des Bildens von Begriffen über die Außenwelt und über die eigene Person, auf eine Verkürzung des Erkenntnisvorgangs selbst: Im Falle des Wahnes mangelt es an der transzendentalen Rückwendung des Denkens auf sich selbst, es bleibt bei der bloß affirmativen Setzung; die Halluzination kann als «Hemmung» ohne aposteriorischen Bezug verstanden werden. Stets handelt es sich aber um, wenn auch alterierte, gedankliche Leistungen des transzendental verstandenen (Selbst-)Bewußtseins.

Die *synthetische Meta-Ebene* vereinigt die vorübergehend getrennten epistemologischen Ebenen des psychiatrischen Krankheitsbegriffs mittels eines transzendentalen Argumentes: Weder die psychische Krankheit noch der Begriff der psychischen Krankheit existieren *an sich*, sondern werden vielmehr ihrerseits — im Fichteschen Sinne — in einem Akt freier Vernunfttätigkeit gebildet. Indem dieses Konzept wesentlich darauf abhebt, daß wir psychiatrische Symptome, Syndrome oder gar Krankheiten nicht etwa «objektiv» und «fertig» in der Natur vorfinden, sondern die jeweiligen Begriffe im Sinne der Fichteschen Erkenntnistheorie *bilden*, schiebt es einem in der psychiatrischen Nosologie häufig anzutreffenden Mißverständnis einen Riegel vor: Ich meine die oft unreflektierte Tendenz, Krankheiten zu *reifisieren*, d.h. sie so zu behandeln, als ob sie vom erkennenden Bewußtsein unabhängige, objektive «Gegenstände» wären. Besonders mißlich ist diese Fehleinschätzung im Falle der neueren, in der klinischen Praxis und in der Forschung mittlerweile sehr einflußreichen operationalisierten Diagnosesysteme ICD 10 (WHO 1991) und DSM III R (APA 1987), die jeweils mehr als 200 psychiatrische Störungen —notabene: nicht

Krankheiten!— abgrenzen; diese Einheiten sind, wie der überwiegenden Mehrheit der an diesen Systematiken beteiligten Autoren sehr wohl bewußt ist, als vorläufige begriffliche Konstrukte zu verstehen und nicht etwa, unreflektiert reifizierend, als objektive Abbildung von der Natur vorgegebener Krankheitseinheiten (Hoff 1992a, Saß 1987, Schwartz und Wiggins 1986, Snaith 1993).

Wesentlich ist, daß eine notwendige und bewußte Verbindung praktischer und theoretischer Elemente entsteht. Auf den ersten Blick scheinen zwar praktische Momente bei der Betrachtung eines jeden (psychiatrischen) Krankheitsbegriffs ganz im Vordergrund zu stehen: Die Freiheit des kranken Menschen wird eingeschränkt, vor allem die Freiheit des Willens und die des Handelns. Dieser nicht freiwillige Verzicht auf Freiheit in der psychischen Krankheit ist zwar bereits etwas substantiell Krankhaftes und nicht nur akzidentell der Krankheit zugeordnet. Dennoch verlangt der transzendente Gedanke eine Sicht des Anderen, hier des Patienten, als, gleich dem Arzt, grundsätzlich freies Vernunftwesen. Auch psychotisches Denken und Erleben erschließt sich der an transzendentalen Grundprinzipien orientierten Reflexion. Somit widerspricht jede eindimensionale Sichtweise des Kranken etwa als ausschließlich in seiner Sozialisation gestörtes Subjekt, als bloß an Mangel oder Überschuß von Transmittersubstanzen im Zentralnervensystem leidender Organismus oder als Individuum, dessen psychische Störung zur Gänze kausal rückführbar sei auf frühkindlich geprägte Strukturen, dem hier entwickelten Krankheitskonzept fundamental. Dessen praktischer Anteil, also die Frage, mit welchen konkreten Untersuchungsmethoden welche Befunde auf welcher der genannten epistemologischen Ebenen erhoben und interpretiert werden, ist natürlich von seinem theoretisch-anthropologischen Fundament nicht zu trennen: Denn wie wir uns selbst —ganz unabhängig von Dasein oder Abwesenheit psychischer Krankheit— durch, fichteanisch ausgedrückt, Setzung und Überwindung von Hemmungen *auch* als physische Realität erkennen, und wie wir uns im Erkenntnisprozeß der Setzung von Zwecken bedienen (müssen), so konstituieren wir uns aus transzendentaler Sicht als Individuen *notwendig als freie Wesen*. Letzteres ist für Fichte kein Widerspruch, da für ihn die Selbstsetzung der absoluten Vernunft als absolute Tendenz, sich frei zu realisieren, den höchsten Einheitspunkt der Philosophie darstellt.

Am Ende dieses Abschnittes möchte ich, um Mißverständnisse zu vermeiden, auf einen wichtigen Punkt hinweisen: Aus dem Umstand, daß sich diese Untersuchung explizit auf die klassischen transzendentalen Ansätze Kants und Fichtes beruft, darf nicht auf eine gleichsam implizite und pauschale Abwertung jüngerer philosophischer Entwürfe geschlossen werden. Vor allem die im angelsächsischen Raum entstandene Philosophy of Mind —im Deutschen meist als Analytische Philosophie des Geistes bezeichnet— hat in den letzten Jahren für die Erkenntnistheorie der Humanwissenschaften erheblich an Bedeutung gewonnen (Bieri 1981). Diese Richtung tritt allerdings nicht mit dem Anspruch auf, eine systematische philosophische Theorie entwickelt zu haben. Vielmehr handelt es sich um sehr heterogene Denkanstöße von philosophischer, mathematischer und naturwissenschaftlicher Seite, denen es um eine sinnvolle Verbindung zwischen dem Pragmatismus der empirischen «Realwissenschaften» einerseits und den philosophischen Grundlagen andererseits geht. Das Erscheinungsbild der Philosophy of Mind ist sehr facettenreich, wie schon ein Blick auf zentrale Stichworte wie Physikalismus (Nagel 1965), Identitätstheorie (Bieri 1981), Emergenztheorie (Hastedt 1988) und Intentionalität (Searle 1983) zeigt. Deren Argumentationen im Einzelnen sind hier nicht Gegenstand; festzuhalten ist aber, daß die aus transzendentaler Perspektive formulierte Grundfrage der Psychiatrie —die Stellung des seelisch kranken Menschen zwischen (anorganischer) Natur, Leiblichkeit und (Inter-)Personalität— auch diesen vorwiegend realistisch, also nicht-transzendental, verfaßten jüngeren Ansätzen entgegengehalten werden muß.

V

Fassen wir abschließend die Hauptanliegen eines transzendentalen Krankheitsbegriffs in der psychiatrischen Theorie und Therapie zusammen, so entsteht das folgende Bild: Das Bedürfnis nach einer Auseinandersetzung mit dem allgemeinen Krankheitsbegriff entspringt vor allem der Unzufriedenheit mit den notwendigerweise je zu engen Einzelkonzeptionen. Krankheitskonstrukte mit unreflektiert rigidem, gar eindimensionalem Bezugsrahmen können dem stets auch als Ganzheit begegnenden Phänomen «psychisch krank Mensch» nicht gerecht werden. Um andererseits den Krankheitsbegriff nicht zu einem zwar weiten, dafür aber unverbindlich–vagen, ja nebulösen Konzept verschwimmen zu lassen, ist er auf eine der anthropologischen Fragestellung angemessene wissenschaftliche, vor allem auch epistemologische Grundlage zu stellen. Dafür eignen sich der radikale Empirismus oder der metaphysisch–apriorische Idealismus gerade nicht, führen sie doch, im günstigsten Fall, zu einer Sektorisierung, ungünstigstenfalls zu einer dogmatischen Verkürzung von Erkenntnis. Gefordert ist vielmehr ein Denkmodell, das den Einzeldisziplinen ihre je adäquat eingegrenzte Selbständigkeit beläßt, gleichzeitig aber in der Lage ist, der Besonderheit des psychisch Kranken in seinem Beteiligtsein an empirisch–quantitativer, also im engeren Sinne aposteriorischer, an teleologischer und an der Struktur personaler Freiheit gerecht zu werden. Ich denke, daß hier eine Parallele zu Fichtes Bestreben liegt, dem philosophischen Menschenbild eine einheitliche, undogmatisch–transzendente Grundlage zu geben und daß es daher naheliegt, seinen Ansatz für die Psychiatrie fruchtbar zu machen, für ein Fach, das in Anbetracht einer kaum noch zu überschauenden Methoden– und Theorienvielfalt zunehmend nach gültigen Orientierungspunkten, nach einer, wenn man so will, stabilen anthropologischen Matrix, sucht.

Das folgende Schema soll veranschaulichen, daß sich sehr unterschiedliche psychiatrische Ansätze, von denen hier nur die wichtigsten schlagwortartig genannt werden, um den transzendental gefaßten Krankheitsbegriff und je mit Bezug auf ihn anordnen lassen:

Empiristische (positivistische) Befunderhebung	Rein spekulative Ansätze (Beispiele in der "Romantischen Psychiatrie")
Vitalistische Interpretation	Soziologisch-historische Interpretation
Transzendental gefaßter Krankheitsbegriff	
Kybernetisch-systemtheoretische Auffassung	Psychoanalytisch-hermeneutischer Ansatz
Existentialistischer, "anthropologischer" und individualpathologischer Ansatz	Eklettizistisches Vorgehen, "klinisch-pragmatischer" Ansatz

Schema 2 (Erläuterung siehe Text)

Das transzendente Konzept relativiert die gerade in der psychiatrischen Forschung oft als unbefriedigend empfundene dualistische Schärfe des Leib–Seele–Problems, indem es beispielsweise den (menschlichen) Leib *nicht nur* als biologisch verfaßtes Objekt versteht, sondern als den entscheidenden Ansatzpunkt des Wirkens freier Vernunfttätigkeit (Lauth 1984). Man kann dies, bildlich gesprochen, als ein Hineinragen der personal–geistigen Freiheitsebene in den organischen und anorganischen Bereich sehen, aber auch, genau umgekehrt, als den Punkt, an dem die Natur im Sinne des Fichteschen «Nicht–Ich» der freien Vernunft besonders weit «entgegenkommt». Diese scheinbar irritierende Doppeldeutigkeit des Leiblichen entspricht nun weit eher der tatsächlich erlebten Verfassung des Menschen als jede scheinbar eindeutige Dichotomie von Leib und Seele. Auch der Gegensatz von körperlicher und seelischer Krankheit wird hiervon betroffen. Ein transzendentalphilosophisch fundierter psychiatrischer Krankheitsbegriff ermöglicht — dies ist das Grundpostulat — ein Verständnis des psychisch kranken Menschen als (Vernunft-) Einheit, die Anteil hat am mechanischen Naturgeschehen, die lebt und in biologische Systeme unterteilbar ist und der die Eigenschaft zukommt, interpersonal konstellierte, Entscheidungen zu treffen, frei zu handeln.

Psychische Krankheit wird nach diesem Verständnis als von allen drei Ebenen her konstituiertes und in diese eingreifendes Phänomen aufgefaßt. Eine vorübergehende Trennung der Ebenen ist im Rahmen wissenschaftlichen Arbeitens sehr wohl sinnvoll, ja unumgänglich, jedweder Dogmatisierung von Einzelaspekten, jedweder *Eindimensionalität*, ist aber klar entgegenzutreten. Zur theoretischen Fundierung dieser erkenntniskritischen Haltung eignet sich aus meiner Sicht der transzendente Ansatz wie kein anderer. Er nämlich verteidigt die rational erfaßbare Einheitlichkeit des Menschen, anerkennt aber ebenso die Berechtigung und, nach Fichte, «genetisch ableitbare» Eigenständigkeit der einzelnen Erkenntnisebenen. Er maßt sich somit, darin diametral dem Dogma entgegengesetzt, keineswegs eine unkritische, bloß affirmative Letztentscheidungskompetenz an und tritt gerade *nicht* in konkret–inhaltliche Konkurrenz zu den empirischen Einzelwissenschaften. Seine Intention ist die Synthese, innerhalb derer jeder Aspekt gewürdigt, aber auch in seiner Stellung zum Ganzen, in seiner notwendigen und dann nicht negativ zu wertenden Begrenztheit gesehen wird. Nur so ist auszuschließen, daß der psychisch Kranke zu einem bloßen Konglomerat von Daten gerät, zu einem aus dem Gleichgewicht geratenen biologischen System oder zu einem Individuum, das nur durch widrige psychosoziale Umstände unfrei (gemacht) geworden ist oder die ihm gegebene Freiheit nicht angemessen nutzt. Denn immer bleibt er ein kranker Mensch in der Gesamtheit seines Lebensvollzuges mit allen erkenntnistheoretischen und ethischen Konsequenzen.

Medizin ist stets Praxis. Alle theoretischen Überlegungen zur Diagnostik oder allgemeinen Krankheitslehre müssen auf ihre Bedeutung für den Umgang mit dem Patienten und für seine Behandlung hin untersucht werden (vgl. Wieland 1975). Ein transzendentes Verständnis von Krankheit führt das Moment des Praktischen notwendig mit sich. Jede Therapie erfordert Akte des Denkens und Handelns auf allen Erkenntnisebenen — seitens des Arztes *und* des Patienten. Auch hier kann man die drei oben erwähnten Ebenen differenzieren: Auf der empirisch–quantitativen Ebene ist eine unmittelbare, durch den Patienten kaum zu beeinflussende Aktivität des Arztes denkbar. Beispiele sind die operative Entfernung eines Tumors oder die Injektion eines Medikaments. Zwar erklärt sich der Patient in aller Regel mit solchen ärztlichen Handlungen einverstanden, der Eingriff selbst erfordert aber keine eigene Initiative des Patienten mehr.

Auch auf der zweiten Ebene, der des Organischen mit seinem zweckhaften Gestaltetsein sind therapeutische Maßnahmen denkbar, die sich nicht unmittelbar an die Freiheit des Patienten wenden, sondern etwa auf dem Niveau medikamentöser Beeinflussung biologischer Regelkreise wir-

ksam werden. In hormongesteuerte Stoffwechselprozesse kann auf diese Weise ebenso eingegriffen werden wie in die Erregungsübertragung im Zentralnervensystem.

Erst auf der dritten, der personal-geistigen Ebene manifestiert sich der Freiheitsaspekt mit unverkennbarer Notwendigkeit: Wenn Therapie ganz allgemein sich wesentlich als Interpersonalbeziehung vollzieht — und gerade die psychiatrische Behandlung ist eine solche Beziehung —, so setzt sie voraus, daß niemals eine ausschließlich einseitige, dann nämlich geradezu manipulative Aktivität des Arztes statthat. Vielmehr kommunizieren zwei Individuen in ihrer je eigenen Freiheit miteinander. Dies ändert sich im Falle des seelisch Kranken nicht entscheidend. Was den die Interpersonalebene prägenden Freiheitsaspekt angeht, so stellt auch die Einschränkung der Freiheit vor allem durch psychotische Erkrankungen gerade *kein grundsätzliches*, sondern ein, im Einzelfall allerdings oft einschneidendes, *quantitatives* Phänomen dar. In diesem Kontext — und als Beleg für die hier zweifellos erschütternde Praxisrelevanz psychiatrischer Begriffe — sei an die Strategie der Nationalsozialisten erinnert, die Psychiatrie für ihre menschenverachtenden, rassistischen Ziele zu mißbrauchen: Hier wurde, was in schroffem Gegensatz zur transzendentalen Position steht, in dogmatisch-unwissenschaftlicher Weise ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Gesunden und Psychosekranken einfach behauptet. Das Resultat war die ideologische Zementierung des Zerrbildes vom Psychotiker als «geistig Totem», der als solcher keinerlei Freiheit mehr verwirklichen und beanspruchen, mit dem der Arzt daher auch nicht interpersonal kommunizieren könne.

Heilung kann nicht durch rein determinierendes Eingreifen, sondern nur durch ein *Zusammen-Handeln* des Arztes mit dem Patienten zustande kommen. Dessen Möglichkeit, freie Entscheidungen zu treffen, mag zwar konkret in der Krankheit vermindert bis nahezu aufgehoben sein, ist jedoch aufgrund des auch in der Psychose nicht angetasteten, da nicht antastbaren Status des Personseins in ihrer grundsätzlichen Notwendigkeit anzuerkennen. Dies zielt nicht so sehr auf die vom Arzt zu fördernden Selbstheilungstendenzen des psychisch Kranken ab, so wichtig sie in der psychiatrischen Praxis auch sein mögen. Vielmehr geht es in einem viel tieferen Sinn um das transzendental zu begründende Postulat, daß die therapeutische Interpersonalbeziehung die Kommunikation zweier im Wesen freier Individuen tatsächlich realisieren kann und muß.

Am Schluß komme ich auf die eingangs erwähnte Postmodernisierung der Psychiatrie zurück: Personalität, Freiheit und soziale Einbindung (Interpersonalität) sind aus transzendentaler Sicht eben nicht nur akzidentelle, sondern unabdingbare, also *wesentliche* Merkmale des Menschen, auch und gerade in der psychischen Krankheit. Dieser Minimalkonsens muß bei aller postmodernen Streitkultur von jeder psychiatrischen Forschungsrichtung mitgetragen werden, will sie nicht in reduktionistischer Weise ihren Gegenstand verkennen.

(Septiembre, 1994)

Literatur

- ANDREASEN, N. C. (1991): «Reply to "Phenomenology or Physicalism?"» *Schizophrenia Bulletin* 17: 187-189.
- APA (American Psychiatric Association): DSM III R — *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen* (1989) Deutsche Bearbeitung und Einführung von H U Wittchen, H Saß, M Zaudig, K Koehler. Beltz, Weinheim Basel.

- BIERI, P. (Hrsg): (1981) *Analytische Philosophie des Geistes*. Hain, Königstein/Ts.
- BINSWANGER, L. (1965): *Wahn*. Neske, Pfullingen.
- BLANKENBURG, W. (1972): «Anthropologische Probleme des Wahns». In: Schulte W, Tölle R (Hrsg) *Wahn*. Thieme, Stuttgart.
- BODAMER, J. (1948): «Zur Phänomenologie des geschichtlichen Geistes in der Psychiatrie». *Nervenarzt* 19: 299-310.
- (1953): «Zur Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jh.» *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 21: 511-535.
- CARNAP, R. (1966): *Scheinprobleme in der Philosophie. Das Fremdpsychische und der Realismusstreit*. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- CONRAD, K. (1958): *Die beginnende Schizophrenie*. Thieme, Stuttgart.
- FICHTE, J. G. (1796): *Grundlage des Naturrechts nach Principien der Wissenschaftslehre*. C E Gabler, Leipzig. Zitiert ist Nachdruck 1979 bei F Meiner, Hamburg.
- (1804): *Die Wissenschaftslehre. Zweiter Vortrag im Jahre 1804*. Zitiert ist Gereinigte Fassung 1975. Hrsg von R. Lauth und J. Widmann unter Mitarbeit von P. Schneider bei F. Meiner, Hamburg.
- FREUD, S. (1946): *Das Unbewusste. Gesammelte Werke*, Bd. 10. Frankfurt/Main. S. 264-303.
- HASTEDT, H. (1988): *Das Leib-Seele-Problem*. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- HELMCHEN, H. (1988): «Methodological and Strategical Considerations in Schizophrenia Research». *Comprehensive Psychiatry* 29: 337-354.
- HOFF, P. (1989): «Erkenntnistheoretische Vorurteile in der Psychiatrie — Eine kritische Reflexion 75 Jahre nach Karl Jaspers' *Allgemeiner Psychopathologie*» (1913). *Fundamenta Psychiatrica* 3: 141-150.
- (1990): *Der Begriff der psychischen Krankheit in transzendentalphilosophischer Sicht*. Campus, Frankfurt/Main New York.
- (1992a): «Neuere psychiatrische Klassifikationssysteme und ihre Bedeutung für die forensische Psychiatrie». *Gesundheitswesen* 54: 244-250.
- (1992b): «Emil Kraepelin and Philosophy: The Implicit Philosophical Assumptions of Kraepelinian Psychiatry». In: Spitzer M, Uehlein F A, Schwartz M A, Mundt Chr (Hrsg) *Phenomenology, Language and Schizophrenia*. Springer, Berlin Heidelberg New York. S. 115-125.
- (1994): *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft*. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- JANZARIK, W. (1972): «Forschungsrichtungen und Lehrmeinungen in der Psychiatrie: Geschichte, Gegenwart, forensische Bedeutung». In: Göppinger H, Witter H (Hrsg) *Handbuch der forensischen Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York. S. 588-662.
- JASPERS, K. (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin Heidelberg.
- (1946): 4., völlig neu bearbeitete Aufl. Springer, Berlin Heidelberg.
- KANT, I. (1781 A, 1787 B): *Kritik der reinen Vernunft*. J F Hartknoch, Riga. Zitiert ist Nachdruck 1956 bei Meiner, Hamburg.
- (1788): *Kritik der praktischen Vernunft*. J F Hartknoch, Riga. Zitiert ist Nachdruck 1967 bei Meiner, Hamburg.
- (1790): *Kritik der Urteilskraft*. Lagarde und Friederich, Berlin Libau. Zitiert ist Nachdruck 1968 bei Meiner, Hamburg.
- (1798): *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. F Nicolovius, Königsberg. Zitiert ist Nachdruck 1980 bei Meiner, Hamburg.

- LAUTH, R. (1979): *Theorie des philosophischen Arguments*. De Gruyter, Berlin New York.
- (1981): *Die Konstitution der Zeit im Bewußtsein*. Meiner, Hamburg.
- (1984): *Die transzendente Naturlehre Fichtes nach den Prinzipien der Wissenschaftslehre*. Meiner, Hamburg.
- (1989): *Transzendente Entwicklungslinien von Descartes bis zu Marx und Dostojewski*. Meiner, Hamburg.
- LIPOWSKY, Z. J. (1990): «The Integrative Approach to Psychiatry». *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 24: 470-474.
- LITTLEWOOD, R. (1991): «From disease to illness and back again». *Lancet* 337: 1.013-1.015.
- LYOTARD, J. F. (1979): *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir*. Paris. [deutsch 1982: *Das postmoderne Wissen. Ein Bericht*].
- MÖLLER, H. J. (1976): *Methodische Grundprobleme der Psychiatrie*. Kohlhammer, Stuttgart.
- NAGEL, Th. (1965): «Physicalism». *The Philosophical Review* 74: 339-356.
- ROTOV, M. (1991): «Phenomenology or Physicalism?». *Schizophrenia Bulletin* 17: 183-186.
- SASS, H. (1987): «Die Krise der psychiatrischen Diagnostik». *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 55: 355-360.
- SCHÄFER, M. (1983): «Das Problem der Intersubjektivität in der philosophischen Grundlegung der Psychiatrie». In: Peters U H (Hrsg) *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychiatrie*. Bd. 1. Beltz, Weinheim Basel. S. 53-67.
- SCHWARTZ, M. A., WIGGINS, O. P. (1986): «Logical empiricism and psychiatric classification». *Comprehensive Psychiatry* 27: 101-114.
- (1988): «Perspectivism and the Methods of Psychiatry». *Comprehensive Psychiatry* 29: 237-251.
- SEARLE, J. R. (1983): *Intentionality — an essay in the philosophy of mind*. Cambridge University Press, Cambridge/Mass.
- SIEMEK, M. J. (1984): *Die Idee des Transzendentalismus bei Fichte und Kant*. F Meiner, Hamburg.
- SNAITH, P. (1993): «What do depression rating scales measure?». *British Journal of Psychiatry* 163: 293 — 298.
- SPITZER, M. (1988): *Halluzinationen*. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- (1989): *Ein Beitrag zum Wahnproblem*. *Nervenarzt* 60: 95-101.
- WHO (World Health Organization) (1991): *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva. [deutsch 1991: ICD 10. Huber, Bern Göttingen Toronto].
- WIDMANN, J. (1977): *Die Grundstrukturen des transzendentalen Wissens nach Johann Gottlieb Fichtes Wissenschaftslehre 1804/II*. Meiner, Hamburg.
- WIELAND, W. (1975): *Diagnose Überlegungen zur Medizintheorie*. De Gruyter, Berlin New York.