

Bühler · Willer (Hg.)
Futurologien

TRAJEKTE

Eine Reihe des Zentrums für
Literatur- und Kulturforschung Berlin

Herausgegeben von

Sigrid Weigel und Karlheinz Barck (†)

Benjamin Bühler · Stefan Willer (Hg.)

Futurologien

Ordnungen des Zukunftswissens

Wilhelm Fink

Die dieser Publikation zugrunde liegenden Workshops und die Drucklegung dieses Bandes wurden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01UG0712 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Herausgebern.

Umschlagabbildung:

Westermanns illustrierte deutsche Monatshefte.

Ein Familienbuch für das gesamte geistige Leben der Gegenwart 14 (1863), S. 436
(hier nach Art. „Augur“, in: Wikipedia)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Dies betrifft auch die Vervielfältigung und Übertragung einzelner Textabschnitte, Zeichnungen oder Bilder durch alle Verfahren wie Speicherung und Übertragung auf Papier, Transparente, Filme, Bänder, Platten und andere Medien, soweit es nicht §§ 53 und 54 UrhG ausdrücklich gestatten.

© 2016 Wilhelm Fink, Paderborn
(Wilhelm Fink GmbH & Co. Verlags-KG, Jühenplatz 1, D-33098 Paderborn)

Internet: www.fink.de

Einbandgestaltung: Evelyn Ziegler, München
Printed in Germany.
Herstellung: Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG, Paderborn

ISBN 978-3-7705-5901-5

ARMIN SCHÄFER

Psychiatrie

In der Psychiatrie hat die Prognose über den Verlauf und den Ausgang von Erkrankungen eine Schlüsselstellung inne. Sie verknüpft die Erkenntnis, welche Ursachen eine Erkrankung besitzt, und die Frage, welche Therapie geboten ist, mit einem Wissen, wie die Krankheit verlaufen und ausgehen wird. Jedoch stehen einer Vorhersage der Zukunft zahlreiche Hindernisse entgegen, die einerseits in der Kontingenz des Lebens selbst, der Individualität der Patienten oder auch der Ungewissheit, ob und wie Therapien anschlagen, liegen. Jedoch ist in der Psychiatrie eine Prognose schwierig, weil vielfach unklar ist, was eine Krankheit überhaupt ist, welche Ursachen sie besitzt und wie sie von anderen Krankheiten zu unterscheiden ist. Dennoch entsteht im 19. Jahrhundert ein unmittelbarer Nexus von Diagnose und Prognose, der den epistemologischen Kern der Psychiatrie definiert. Im 20. Jahrhundert wird der Nexus von Diagnostik und Prognostik auf neue Weise gefasst. Die Psychiatrie wird zu einer Zukunftswissenschaft, die nicht mehr nur vorhersagt, wie eine Krankheit, Erkrankung oder Störung verlaufen und ausgehen wird. Vielmehr schafft sie ein neuartiges Verständnis dafür, was psychische Gesundheit sei und nimmt insbesondere das Verhältnis von manifester, akuter Erkrankung und zukünftiger, wahrscheinlicher Erkrankung in den Blick.

Nosologie, Diagnose, Prognose

Seit dem 19. Jahrhundert ist die medizinische Prognostik die Anwendung der Diagnostik. In der naturwissenschaftlichen Medizin setzt sich allmählich die Auffassung durch, „daß Krankheiten spezifische Störungen seien, die bei allen Individuen gleichartige Veränderungen hervorrufen“.¹ Auch wenn Krankheiten individuell variieren, wird ihr Verlauf hauptsächlich durch die „Natur der Störung“² bestimmt. Die Entdeckung der Ursachen von spezifischen Krankheiten, wie z.B. Infektionen, trägt maßgeblich zur Durchsetzung des kausalen Krankheitsmodells bei, das schließlich zum Inbegriff der Verwissenschaftlichung in der Medizin wird: Die Ursachen definieren Krankheiten und sind Grundlage für prognostische Aussagen über Verlauf und Ausgang der Erkrankungen. Auch die Psychiatrie stützt sich im Zuge ihrer Verwissenschaftlichung, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts

1 Johanna Bleker: „Der Wandel der medizinischen Prognostik unter dem Einfluß der naturhistorischen Methode im 19. Jahrhundert“, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2 (1979), S. 79-86, hier S. 79.

2 Ebd.

weiter voranschreitet, auf dieses Modell: Man sucht nach den Ursachen der als Alienation, Irrsinn, Wahnsinn oder Geisteskrankheit bezeichneten Störungen im Gehirn und in den Nerven.³ Die allgemeine Heuristik, der die Psychiatrie folgt, fasst ein Lehrsatz zusammen, der Wilhelm Griesinger zugeschrieben wird: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten.“⁴ Die psychiatrische Forschung erfolgt lange Zeit entweder am Tiermodell: So seziiert der Münchner Psychiater Bernhard von Gudden, Leibarzt von König Ludwig II., Kaninchenhirne, um die Funktionsweise des Gehirns zu entschlüsseln. Oder sie arbeitet auf der Grundlage eines *post mortem* erhobenen pathologischen Befunds, der aufzeigen soll, welche Veränderungen im Gehirn des Erkrankten stattgefunden hatten

Der Fortschritt in der Psychiatrie scheint zunächst an den Fortschritt in der Pathologie gekoppelt: „Wenn die einzige Ueberzeugung“, schreibt der Psychiater Emil Kraepelin, „welche heute wohl von allen Irrenärzten rückhaltlos geteilt wird, richtig ist, wenn wirklich alle Psychosen an krankhafte Prozesse in der Hirnsubstanz gebunden sind, dann dürfen wir den Nachweis pathologischer Spuren daselbst mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von einer besser gerüsteten näheren oder fernerer Zukunft erwarten.“⁵ Die Erwartung, dass eine künftige Psychiatrie, welche die ätiologischen Fragen geklärt haben wird, auch haltbare Prognosen stellen kann, wird nicht erfüllt. Die Pathologie liefert für zahlreiche Erkrankungen keine aussagekräftigen Ergebnisse. Die Erforschung der Ätiologien kommt nur in winzigen Schritten voran. In den Kliniken und Anstalten herrscht unterdessen der therapeutische Nihilismus: Die meisten schweren Erkrankungen können nicht therapiert werden. Allenfalls lassen sich die Bedingungen verbessern, unter denen die Patienten versorgt werden. Den Psychiatern wird seit den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts zunehmend klar, dass die Pathologie nicht der Königsweg zur Verwissenschaftlichung des Fachs ist. Und vor allem können Pathologie und ätiologische Forschung nicht die drängenden Probleme der Kliniken und Anstalten lösen, die immer mehr Patienten aufnehmen und versorgen müssen.

Emil Kraepelin formuliert im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts für die Psychiatrie ein empirisches Forschungsprogramm, das die Konsequenz aus dieser Erkenntnisblockade zieht. Zwar postuliert auch er weiterhin, dass die Ursachen der meisten Geistesstörungen im Gehirn zu finden seien. Jedoch kann der Arzt nicht abwarten, wie der einzelne Fall verläuft und ausgeht, sondern muss aus Anamnese und aktuellen Beobachtungen die Anhaltspunkte für eine Diagnose gewinnen. Die Psychiatrie ist auf eine Beobachtung der Symptome zurückgeworfen und muss offenlassen, wie die Zustände von Gehirn und Nerven mit den körperlichen und

3 Vgl. Emil Kraepelin: „Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Vortrag, gehalten bei der Uebernahme des Lehramtes an der Kaiserlichen Universität Dorpat“ (Leipzig 1887), in: ders.: *Kraepelin in Dorpat 1886-1891*, hg. von Wolfgang Burgmair/Eric J. Engstrom/Albrecht Hirschmüller u.a., München: Belleville 2003, S. 55-80, hier S. 59f.

4 Zu der verkürzenden und einseitigen Rezeption Griesingers, die in dieser Zuschreibung kulminiert, siehe Heinz Schott/Rainer Tölle: *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen*, München: Beck 2006, S. 77.

5 Vgl. Kraepelin: „Die Richtungen der psychiatrischen Forschung“ (Anm. 3), S. 59f.

psychischen Symptomen der Erkrankten zusammenhängen. Die Symptome sind keine *Zeichen* der Krankheit, sondern *Teile* der Krankheit, die ihr als Phänomene angehören.⁶ Die Schwierigkeit besteht darin, dass zahlreiche Krankheitsphänomene unspezifisch sind. Deshalb beginnt Kraepelin „ausser den körperlichen Zuständen der Hirnrinde auch die psychischen Erscheinungen gesondert zu erforschen. Wir erhalten auf die Weise zwei Reihen innig mit einander verbundener, aber ihrem Wesen nach unvergleichbarer Tatsachen, das körperliche und das psychische Geschehen. Aus den gesetzmäßigen Beziehungen beider zueinander geht das klinische Krankheitsbild hervor.“⁷ Die psychiatrische Forschung stützt sich auf drei Säulen: auf die pathologische Anatomie, auf die Ergebnisse der experimentellen Psychologie und auf die klinischen Beobachtungen. Es werden mikroskopische Präparate des Gehirns und Rückenmarks erstellt und umfangreiche neuropathologische Sammlungen angelegt;⁸ die Forschungsmethoden der Experimentalpsychologie ziehen in die Psychiatrie ein;⁹ und die klinischen Untersuchungsmethoden werden systematisiert und verbessert.¹⁰ Während jedoch pathologische Anatomie und experimentelle Psychologie keine unmittelbar verwertbaren prognostischen Aussagen abwerfen, eröffnet die klinische Beobachtung den Weg zur Prognostik.

Die Hauptschwierigkeit der klinischen Forschung liegt in der Vieldeutigkeit der Symptome.¹¹ Die Diagnosestellung wird erschwert, weil nicht nur kein Schluss von den Krankheiten auf ihre Ursachen, sondern auch kein unmittelbarer Schluss von Symptomen auf Krankheitseinheiten möglich ist: Obwohl Phänomene wie Verwirrtheit, Halluzinationen, Delirium und Demenz gute Indikatoren einer psychischen Erkrankung sind, verraten sie nur wenig über die möglichen Ursachen. Jedenfalls kann ein und dasselbe Symptom durch völlig verschiedene biologische Ursachen – etwa ein Delirium durch ein entzündliches Fieber, eine Alkoholvergiftung, einen Hirntumor oder auch eine unbekannte Ursache – bewirkt werden.

Der Gießener Psychiater Robert Sommer wirft in seinem Handbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden den Kollegen vor, dass ihre Aufzeichnungen in den Krankenakten lediglich eine triviale Beschreibung dessen bieten, was der Arzt beobachtet und von seinen Patienten gehört hat.¹² Sommer zielt auf

6 Vgl. Michel Foucault: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (1963), übers. von Walter Seitter, Frankfurt a.M.: Fischer, 1998, S. 105; Wolfgang U. Eckart: „Zeichenkonzeptionen in der Medizin vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart“, in: Roland Posner/Klaus Robering/Thomas A. Sebeok (Hg.): *Semiotik. Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur. 2. Teilband*, Berlin u.a.: de Gruyter 1998, S. 1694-1712, hier S. 1703.

7 Emil Kraepelin: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1896, S. 6f.

8 Vgl. Walter Spielmeier: *Technik der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems*, Berlin: Springer 1924.

9 Emil Kraepelin: „Der psychologische Versuch in der Psychiatrie“, in: *Psychologische Arbeiten. Erster Band*, hg. von ders., Leipzig: Wilhelm Engelmann 1896, S. 1-91, hier S. 4.

10 Vgl. Robert Sommer: *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Mit 86 Abbildungen*, Berlin u.a.: Urban & Schwarzenberg 1899.

11 Zum Begriff des Symptoms siehe Thomas A. Sebeok: „Symptome, systematisch und historisch“, in: *Zeitschrift für Semiotik* 6 (1983), H. 1/2, S. 37-52.

12 Vgl. Sommer: *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden* (Anm. 10), S. 2f.

eine „Umwandlung“ der Psychiatrie „zu einer methodischen Wissenschaft“. ¹³ Weder die Erzählung des Patienten noch der bloße Augenschein genüge, um eine zuverlässige Diagnose zu stellen. Die Krankenakte sei vielfach bloß eine Aufzeichnung von begrifflich unscharfen, subjektiven und zufälligen Beobachtungen während der ärztlichen Visite, die mit den Berichten des Personals angereichert werden. Die Psychiater, so sein Vorwurf, erstellten vorschnell eine Diagnose, die dann den zukünftigen Verlauf der Krankengeschichte bestimme: „Die reine Beobachtung wird sofort durch eine Menge von Schlüssen, Betonungen, Auslassungen verunstaltet, so dass schließlich etwas ganz anderes schriftlich festgelegt wird, als in der Natur, das heisst in dem Kranken vorgegangen ist. [...] Der anfänglich gefasste diagnostische Begriff wird dabei oft zur Richtschnur der weiteren Beobachtung, indem alles, was zur vorgefassten Meinung nicht passt, vernachlässigt wird. So entstehen dann die Krankengeschichten, in denen ein Kranker als ‚typischer Melancholiker‘ lebt, während eine genaue Untersuchung ihn physisch und psychisch als Paralytiker erwiesen hätte.“ ¹⁴

Die Psychiatrie um 1900 ist auf der Suche nach tragfähigen Grundlagen für eine wissenschaftliche Prognostik, die die unzureichende Praxis klinischer Schlussfolgerungen ablösen soll. Die Psychiater fordern zwar eine Trennung von Daten und Interpretationen von festgestellten Symptomen und daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen, aber sie verfügen über kein Kriterium, das darüber entscheidet, welche Daten überhaupt relevant sind:

Wertvolle Angaben würden unterbleiben, wollte man sich streng an den Grundsatz halten, nur objektive Feststellungen in die Krankheitsgeschichte aufzunehmen. Nicht alle Krankheitssymptome [...] lassen sich hinreichend deutlich objektiv beschreiben. Denn die Feststellung der psychischen Symptome beruht vielfach auf Schlußfolgerungen. [...] Die Krankheitsgeschichte soll aber erkennen lassen, dass diese Schlußfolgerungen ihre Berechtigung haben. ¹⁵

Angesichts dieser Situation soll eine Objektivierung der psychiatrischen Untersuchungsmethoden und die Standardisierung der Aktenführung zur Ausbildung eines gültigen Klassifikationssystems der Krankheiten beitragen und wissenschaftlich abgesicherte psychiatrische Prognosen erlauben. Kraepelin versucht das Problem der uneindeutigen Ätiologie und Symptomatik durch eine doppelte Verzeitlichung zu lösen: Es wird der bisherige Verlauf der Erkrankung beobachtet und eine Anamnese erhoben. Diese retrospektive Anamnese wird dann mit einer prospektiven Aussage über den Verlauf der Erkrankung verknüpft: Die akuten Symptome sind der Umschlagpunkt zwischen einer in sich unbestimmten Vorgeschichte, in der die unbekannt Ursache liegt, und einer in sich geschlossenen, determinierten Zukunft.

¹³ Ebd., S. 2.

¹⁴ Ebd., S. 154.

¹⁵ Hans Seelert: *Anleitung zu psychiatrischen Untersuchungen*, Leipzig: G. Thieme 1926, S. 174f.

Kraepelins Forschungen sind von einer Pragmatik angeleitet, die trotz der Lücken in den ätiologischen Erkenntnissen der Diagnostik eine Orientierung bieten soll. Auch wenn die Ursachen zahlreicher Erkrankungen unbekannt sind, gibt es eine Heuristik, welche die klinischen Beobachtungen anleitet und in den klinischen Beobachtungen wiederum ihre Bestätigung findet. Da die Ursachen zahlreicher Krankheiten unbekannt sind, da kein zwingender Schluss von der Symptomatik auf die Krankheit und ihren zukünftigen Verlauf möglich ist und da die Symptome der verschiedenen Erkrankungen von hoher individueller Variabilität sind, ist eine Gruppierung von Fällen zu klinischen Einheiten keine Selbstverständlichkeit. Trotz dieser Ausgangslage hält Kraepelin daran fest, dass es überhaupt abgrenzbare Krankheitseinheiten gibt – und nicht nur fluktuierende Symptomgruppen, die nicht weiter geordnet werden können. Ausgehend von der Prämisse, dass die Krankheiten biologische Ursachen besitzen, sind nämlich Regelmäßigkeiten in deren Verlauf zu erwarten: Ungeachtet der verwirrenden Individualität der Erkrankungen muss eine gewisse Vergleichbarkeit ihres Verlaufs bestehen. Die Einheit einer Gruppierung von Erkrankungen gründet in der verborgenen Essenz ihrer Ursache.

Die epistemologische Schwelle, an der die Krankheit zu einem Erkenntnisgegenstand wird, liegt zunächst oberhalb des Individuums: Es gibt Krankheiten, wie es Arten in der Natur gibt. Die Krankheit besitzt eine eigene Seinsweise, die durch die bloße Aufzählung der Fälle nicht definiert werden kann. Kraepelin postuliert, dass Krankheiten objektive Entitäten in der Natur sind, die den Arten im Tierreich vergleichbar seien. Der Patient ist Repräsentant der Krankheit, so wie ein einzelnes Tier ein Vertreter einer Art ist. Und die verschiedenen Formen einer Erkrankung sind wie die Varietäten einer Art. Die Geisteskrankheit existiert, wie die Arten oder Gattungen in der Natur, als eine ideale und typische Einheit. So wenig man aber eine Art oder Gattung des Tierreichs definieren kann, indem man auf ein Individuum verweist, so wenig ist die individuelle Erkrankung schon die Krankheit. Die Krankheit manifestiert sich immer nur im Individuum, aber sie *ist* nicht das einzelne erkrankte Individuum.

Seit Anfang des 19. Jahrhunderts gewinnt die Kasuistik eines medizinischen Falls ihre Aussagekraft nur mehr vor dem Hintergrund einer Gruppe von Fällen, mit denen der einzelne Fall verglichen wird. Auch wenn die Ärzte herausstellen, dass sie eine Kunst ausüben, die auf Erfahrungen beruhe, fasst die statistische Durchdringung des Wissens auch Fuß in Medizin und Psychiatrie. Die medizinische Normbildung ist nicht mehr von Archivoperationen zu trennen: Mittels statistischer Verfahren können aus fluktuierenden Datenbeständen flexible Normen konstruiert werden.¹⁶ Diese Normbildung wird um 1900 unmittelbar mit prognostischen Aussagen verknüpft. So stützt Kraepelin seine Nosologie auf statistische Grundlagen, die ihm die Wissenschaftlichkeit seiner Einteilung und Gruppierung klinischer Einheiten verbürgen. Der entscheidende Schritt, der es ihm erlaubt, die verwirrende Vielfalt der Symptome zu ordnen, ist die Errichtung eines Archivs, das

16 Vgl. Jürgen Link: *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1997.

mit einer neuen Art und Weise, die aufbewahrten Akten zu verarbeiten, gekoppelt wird. Kraepelin führt als eine Neuerung in das psychiatrische Aufschreibesystem die sogenannte Zählkarte ein.¹⁷

Die Zählkarte ist eine Karteikarte, auf der für jeden Patienten die „Personalien in knappster Form“ sowie „die wichtigsten Angaben über Ursachen und Entstehungsgeschichte, Erscheinungen, Verlauf und Ausgang seines Leidens“ verzeichnet werden.¹⁸ Das Vorbild der Zählkarten in der psychiatrischen Klinik sind Zählkarten, wie sie seit 1871 von den statistischen Ämtern des Reichs und der deutschen Länder für ihre Erhebungen verwendet werden. Die Zählkarte wird parallel zur Krankenakte geführt oder nachträglich aus einer archivierten Akte erstellt, indem die einschlägigen Daten aus der Krankengeschichte exzerpiert werden, aber deren Interpretation hintangestellt bleibt. Das Aussparen der etablierten Diagnose erzeugt einen Raum von Daten, der zwar eine gewisse Vorordnung, aber noch keine Deutung erfahren hat. Die ältere Psychiatrie suchte noch nach den typischen, das heißt prägnanten Momenten einer Erkrankung, Kraepelin hingegen vergleicht sämtliche Fälle, die er und seine Mitarbeiter bewältigen können, und berücksichtigt jeweils den gesamten Krankheitsverlauf. Die Zählkarten fungieren als Datenfilter, die aus einer Krankengeschichte eine prägnante zeitliche Struktur zurückbehalten. Die Techniken und Praktiken der Erhebung, Aufzeichnung, Aufbereitung und Verarbeitung von Daten sind maßgeblich an der Konstitution von klinischen Einheiten beteiligt: Es gibt einen gewissen Selbstlauf der Aktenführung, aus dem heraus Krankheitseinheiten emergieren.

Kraepelin grenzt 1896 zwei Gruppen von Krankheiten voneinander und gegenüber allen anderen Krankheitseinheiten ab. Seine nosologische Einteilung unterscheidet das sogenannte manisch-depressive Irresein von der *Dementia praecox*: „Die Heraushebung der manisch-depressiven und der *Dementia praecox*-Gruppe und ihre gegenseitige Abgrenzung ist der bedeutsamste Fortschritt, den die systematische Psychiatrie je gemacht hat.“¹⁹ Das manisch-depressive Irresein ist eine Erkrankung, in der die Symptome der Manie und der Depression periodisch und zyklisch auftreten. Weil die Symptome mit Regelmäßigkeit wiederkehren und einander abwechseln, nährt dieser Verlauf die Hypothese einer Ursache von naturgesetzlicher Regelmäßigkeit: So wie der gesunde Organismus der Schauplatz von periodischen und zyklischen Abläufen ist, so drückt sich die biologische Ursache der Erkrankung in periodischen und zyklischen Zuständen aus. Die *Dementia praecox* ist eine Erkrankung, die bereits im Kindesalter oder der Pubertät ausbricht und in der Verblödung, d.h. mit einem Verlust kognitiver Fähigkeiten endet. Die zwei Großgruppen werden also durch ihren zeitlichen Verlauf definiert: Ungeachtet der Kontingenz des einzelnen Falls sind diese psychischen Erkrankungen von so hoher

17 Vgl. Matthias Weber/Eric J. Engstrom: „Kraepelin’s Diagnostic Cards. The Confluence of Empirical Research and Preconceived Categories“, in: *History of Psychiatry* 8 (1997), S. 375-385.

18 Emil Kraepelin: „Die Erforschung psychischer Krankheitsformen“, in: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Originalien 51 (1919), S. 236-246, hier S. 239.

19 Eugen Bleuler: *Lehrbuch der Psychiatrie*, zweite, erweiterte Auflage Berlin: Springer 1918, S. 286.

Regelmäßigkeit, dass ihre Verlaufsform zum entscheidenden Kriterium ihrer Klassifikation erhoben werden kann.

Diagnose und Prognose sind auf der epistemologischen Ebene, also auf der Ebene, auf der der Erkenntnisgegenstand hergestellt wird, miteinander verknüpft: Die Krankheit wird wesentlich durch ihre antizipierte Zukunft, einen gesetzmäßigen Ablauf und einen erwartbaren Ausgang definiert. Jede Diagnose trifft zugleich auch eine Aussage über den mittel- und langfristigen Verlauf der Krankheit und ihren Ausgang. Der Zukunftshorizont der Krankheit ist nicht offen, sondern die vorweggenommene Zukunft, der gesetzmäßige Ablauf definiert die Krankheit. Die ätiologische Forschung wird in der Psychiatrie um 1900 nicht zuletzt durch Degenerationstheorien, Vererbungslehren oder Rassenhygiene geprägt und mündet vielfach in Rassismus und Eugenik. Einerseits wächst der Suche nach den Ursachen ein Rückraum zu, in dem die Biopolitik ankern kann. Andererseits beginnt die Psychiatrie, in einer unendlich großen Zahl von Bedingungen nach prädisponierenden, ursächlichen und auslösenden Faktoren zu suchen. Auch wenn die Krankheit zwar von hochgradiger Individualität ist, besitzt sie doch ein charakteristisches Gepräge, das auf statistische Regelmäßigkeiten und regelhafte Normabweichungen verweist. Man hofft auf Funde in den Biographien und im Stoffwechsel, in den Genen und in der Umwelt, um diese mit den regelmäßigen und typischen Krankheitsverläufen korrelieren zu können.

Prodrom, Latenz, Prozess

Kraepelin entwickelt somit eine psychiatrische Krankheitslehre, in der die Prognose eine Schlüsselstellung innehat. Seine Nosologie stellt eine Lösung des dringlichen Problems, das die psychiatrischen Kliniken beherrscht, in Aussicht: Man kann die Patienten, für die es keine Therapie gibt, sogleich in eine Anstalt verlegen lassen. Die Nosologie bietet insofern auch eine Grundlage für den Ausbau der psychiatrischen Infrastruktur. Eric Engstrom hat gezeigt, dass Kraepelins Nosologie von ihrem konkreten Entstehungszusammenhang nicht abzulösen ist, wenn sie auch über ihre Genese hinaus Geltung beanspruchen kann.²⁰ Als Kraepelin seine Einteilung vornimmt, ist er Leiter der Heidelberger psychiatrischen Universitätsklinik. Die Klinik ist Teil einer umfassenden psychiatrischen Infrastruktur im Land Baden, die zwischen Kliniken und Anstalten unterscheidet. In den Anstalten sollen die chronischen und unheilbaren Pflegefälle versorgt, in den Kliniken hingegen geforscht und therapiert werden.

Das Problem liegt nun darin, dass für den Großteil der psychischen Störungen nicht anzugeben ist, wie sie überhaupt verlaufen. Wenn jedoch eine Prognose mög-

20 Vgl. Eric J. Engstrom: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, Ithaca u.a.: Cornell University Press 2003, S. 121-146; ders.: „Die Ökonomie klinischer Inskription. Zu diagnostischen und nosologischen Schreibpraktiken in der Psychiatrie“, in: Cornelius Borck/Armin Schäfer (Hg.): *Psychographien*, Zürich u.a.: Diaphanes 2005, S. 219-240.

lich wäre, könnte in den einzelnen Fällen rasch entschieden werden, ob überhaupt eine Chance auf Heilung besteht und eine Therapie lohnt oder aber der Patient sogleich in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden soll. Die unmittelbare Verknüpfung der Definition der klinischen Einheit mit der Verlaufsform der Krankheit besitzt neben ihren Implikationen für die Therapie also auch eine biopolitische Seite: Sie stößt ein Kalkül an, das eine Art von Grenznutzen für die psychiatrische Versorgung berechnet. In der Psychiatrie gelten um 1900 etwa 70 Prozent aller Patienten als unheilbar.²¹ Die Gruppe der unheilbaren Erkrankungen umfasste sowohl Fälle, für die eine Ursache anzugeben war, wie etwa die Tumore und Verletzungen des Gehirns, als auch Fälle mit unklarer Ätiologie.

Kraepelins Nosologie impliziert eine Unterscheidung zwischen heilbaren und unheilbaren Krankheiten. Die Diagnose der *Dementia praecox* beschreibt eine zukünftige Gegenwart, indem sie die Krankheit durch eine finale Perspektive definiert. Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler sieht die Unterscheidung zwischen heilbaren und unheilbaren Erkrankungen ebenfalls als vordringlich an, weil die „soziale Bedeutung der Krankheit eine ganz enorme“ sei:²²

Die Beobachtung, daß eine akute Krankheit dauernde Schädigungen des betroffenen Organs hinterlassen kann, hat auf keinem Gebiete eine so große Bedeutung bekommen wie in der Psychiatrie. Die ‚sekundären‘, unheilbaren Krankheiten füllen von jeher unsere Irrenanstalten. So ward es zu einer der brennendsten Fragen, welche akute Formen in unheilbare Endzustände übergehen und welche nicht. Alle bis vor kurzem aufgestellten akuten Formen der ‚einfachen‘ Psychosen konnten sowohl heilen als auch sekundär werden. Endlich gelang es *Kraepelin*, bei den Krankheiten ungünstiger Prognose eine Anzahl Symptome herauszuheben, die bei anderen Gruppen fehlten.²³

Kraepelin hatte zwei Kriterien angeführt, die eine Abgrenzung der *Dementia praecox* erlauben sollten: eine grundsätzliche Dissoziation der Persönlichkeit und das prognostizierte Endstadium der Demenz. Bleuler hält an der Dissoziation als Kriterium fest und etabliert als neues Kriterium den Autismus. Während Kraepelin die primäre Störung bezeichnet, zielt Bleuler auf eine Beschreibung von deren Wirkung: Es komme aufgrund des Zerfalls der Persönlichkeit zu einem Bruch mit der Realität, einer Abkehr von der Welt und einer Vorherrschaft des Innenlebens. (Kraepelin bemerkt zwar die Eigentümlichkeit der Wirkung des Zerfalls einer Persönlichkeit, aber ist vorsichtig beim Schluss von den Phänomenen auf die Krankheit, da viele psychische Störungen mit einem Rückzug von der Welt einhergehen.) Bleuler stellt ferner fest, dass die Fälle der *Dementia praecox* nicht immer in typischer Weise verlaufen. Er beobachtet sowohl Erkrankungen, die nicht bereits in der

21 Im Jahr 1877 gab es im Deutschen Reich 93 öffentliche Anstalten mit knapp 32.000 Insassen; 24 Jahre später war die Zahl der Anstalten auf 164 gestiegen, während die Zahl der Insassen um nahezu 200 % auf 98.954 angestiegen war. Vgl. Engstrom: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany* (Anm. 19), S. 30f.

22 Eugen Bleuler: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig, Wien: Franz Deuticke 1911 (Handbuch der Psychiatrie, 4. Abt., 1. Hälfte), S. 273.

23 Ebd., S. 1.

Jugend ausbrechen, als auch Fälle, die nicht in der Verblödung enden. Dementsprechend kritisiert sein Vorschlag, die Bezeichnung „Dementia praecox“ durch „Gruppe der Schizophrenien“ zu ersetzen, nicht zuletzt die teleologische Struktur, welche die Definition der klinischen Einheiten bestimmt. Einerseits ist die „Diagnose in den ausgesprochenen Fällen von Schizophrenie sehr leicht, bietet aber in den wenig vorgeschrittenen Formen mehr praktische Schwierigkeiten als bei den meisten anderen Psychosen.“²⁴ Vor allem die genauere Prognose eines Verlaufs des einzelnen Falls ist schwierig: „Da die Schizophrenie in jedem Stadium still stehen und zu jeder Zeit Fortschritte machen oder akute Symptome zeigen kann, ist es unmöglich, eine bestimmte Spezialprognose zu stellen.“²⁵ Die Krankheit verpuppt sich in wechselnde Symptome, die unvorhersehbar auftreten können: „Bei keiner anderen Geisteskrankheit kann man so wenig wie bei der Schizophrenie darauf rechnen, zu einer bestimmten Zeit irgend ein bestimmtes Krankheitssymptom zu sehen.“²⁶

Andererseits droht die Diagnose immer zu spät zu kommen, weil die Schizophrenie häufig in einer Latenz verharrt. So wie man glaubt, künftige Straftäter präventiv erkennen zu können, noch bevor sie tätig werden, so hofft Bleuler Anzeichen der kommenden Krankheit zu entziffern, noch bevor sie als Symptome zu erkennen sind. An die Stelle des prognostizierten Ausgangs tritt nunmehr der Verdacht, dass jede Heilung allenfalls eine Besserung sei. Die Diagnose der Schizophrenie zielt weniger auf eine zukünftige Gegenwart (das Endstadium der Krankheit), als vielmehr auf eine gegenwärtige Zukunft²⁷: Die Krankheit besitzt eine Dauer und eine Schwere, die in das Maß einer Leistungsfähigkeit umgerechnet werden könne, als deren Maßstab die Fähigkeit zum selbstständigen Erwerb der Lebensgrundlage bzw. Fähigkeit dient, sich außerhalb der Anstalt selbstständig zu halten.²⁸ Bleuler richtet sein Augenmerk auf die ersten Symptome der Krankheit, lehnt aber den Terminus ‚Prodrom‘ ab. Er hält die Unterscheidung zwischen ‚Früh-‘ oder ‚Vorläufersymptomen‘ und eigentlichen Symptomen für irreführend. Prodrome kündigen keine Erkrankung an, die ausbricht oder auch nicht, sondern sind Symptome einer bereits aktuell bestehenden Erkrankung. Der Terminus ‚Prodrom‘ ist für ihn nur das Synonym für ein Symptom, das noch unerkannt ist: „Prodrome einer Krankheit“, so erklärt er, „kann ich mir nicht denken. Was so bezeichnet wird, sind erste Symptome, die man noch nicht zu deuten weiß.“²⁹ Die Herausforderung besteht also darin, die Krankheit schon in ihrer Latenz zu erkennen: „In den 13 Jahren, die ich prüfte, musste ich mehrere Schizophrene durch Staatsexam-

24 Ebd., S. 239.

25 Ebd., S. 267.

26 Ebd., S. 241.

27 Zur Unterscheidung von „gegenwärtiger Zukunft“ und „zukünftiger Gegenwart“ vor dem Hintergrund der Wahrscheinlichkeitstheorie vgl. Elena Esposito: *Die Fiktion der wahrscheinlichen Realität*, übers. von Nicole Reinhardt, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2007, S. 50-67.

28 Vgl. Bleuler: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Anm. 22), S. 211.

29 Ebd., S. 206, Anm. 1.

men gehen lassen, zum Teil mit guten Noten.³⁰ Die Diagnostik soll Latenzen aufspüren und nimmt hierzu eine Gesamtheit von Daten und Phänomenen in den Blick, die wiederum die Frage nach Auswahl und geeigneter Darstellungsweise des einzelnen Falls aufwerfen.

Karl Jaspers bemerkt, dass Diagnosen bloße Namen sind und wie starre Bezeichnungsausdrücke funktionieren: Sie verraten über den Gegenstand nichts, was man nicht ohnehin weiß, wenn man die Gebrauchsregeln kennt, die seiner Verleihung zugrunde liegen. Der Name übt seine Erkenntnisfunktion desto besser aus, je mehr über das Bezeichnete bekannt ist. Die klinischen Einheiten verleiteten insofern zur Abkürzung der Diagnosestellung und blockierten eine aussagekräftige Prognose. Umfängliche Krankengeschichten können hingegen neue Forschungen anstoßen.³¹ Jaspers will die klinisch-empirische Forschung auf solche ausführlichen Darstellungen verpflichten und entwickelt die sogenannte ‚biographische Methode‘: Im „Unterschied von der übrigen Medizin“ befasse sich der Psychiater „immer mit dem ganzen vergangenen Leben in allen Beziehungen persönlicher und sozialer Natur“.³² Diese Art des Erzählens projiziert die Ereignisse und Daten einer Erkrankung insgesamt auf einen Lebenslauf, so dass in der Nachträglichkeit eine hermeneutische Perspektive möglich wird, aus der heraus die Genese einer Erkrankung als ein sinnvolles Geschehen verstanden und auf einen zukünftigen Verlauf hin perspektiviert werden kann.

Die klinische Psychiatrie ist auf Beschreibungen der Phänomene bzw. Symptome angewiesen. „Die Hoffnung“, so resümiert Jaspers die ätiologischen Debatten, „gewissermaßen den Hirnanatomen vorzuarbeiten, hat sich nicht erfüllt.“³³ Und umgekehrt kann von den Störungen und Schädigungen des Gehirns nicht auf die Symptome geschlossen werden. Jaspers schlägt vor, die Aufmerksamkeit auf die Verlaufsform der Erkrankung zu richten: So ist die Schizophrenie durch eine Verlaufsform gekennzeichnet, die von einzelnen Schüben skandiert wird, zwischen denen es Phasen der Ungewissheit gibt. Jaspers prägt für solche Verlaufsformen den psychiatrischen Begriff des *Prozesses*. Die Erkrankung verläuft in einer Zeitlichkeit, die durch eine irreversible Zäsur gekennzeichnet ist: Die Schizophrenie beginne irgendwann und danach kenne ihr Verlauf nur mehr eine unumkehrbare Richtung. Während die Entwicklung einer Persönlichkeit prognostizierbar sei, zeichne sich das Auftreten eines ‚Prozesses‘ durch seine Unumkehrbarkeit und Unvorhersehbarkeit aus. Jaspers definiert, „daß wir mit Prozeß nicht alle psychischen Krankheitsvorgänge, sondern nur die zu einer dauernden unheilbaren Veränderung führenden bezeichnen. Es muß der Persönlichkeit etwas Heterogenes aufgepfropft sein, das sie nicht wieder los wird.“³⁴

30 Ebd., S. 210.

31 Karl Jaspers: „Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: ‚Entwicklung einer Persönlichkeit‘ oder ‚Prozeß?“, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1 (1910), S. 567-637, hier S. 569.

32 Karl Jaspers: *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen*, Berlin u.a.: Springer 1913, S. 21.

33 Ebd., S. 261.

34 Jaspers, „Eifersuchtswahn“ (Anm. 31), S. 607.

Der ‚Prozess‘ ist nach Jaspers weder ein Anfall noch eine Reaktion, sondern eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung. Die Schizophrenie, die zu einem bestimmten Zeitpunkt auftritt, ist gerade kein allgemeines Merkmal einer Persönlichkeit, das mit dem Ausbruch der Krankheit aus seiner Latenz hervortritt und sich ins Krankhafte steigert, sondern der Hereinbruch von etwas Neuem und Fremdem in die Persönlichkeit. Der Begriff des Prozesses soll deshalb dort Verwendung finden, „wo uns das einheitliche Erfassen der Entwicklung einer Persönlichkeit nicht gelingt.“ An dieser Stelle „statuieren wir etwas Neues, etwas ihrer ursprünglichen Anlage Heterogenes, etwas, das aus ihrer Entwicklung herausfällt, das nicht Entwicklung, sondern Prozeß ist.“³⁵ Jaspers zieht mit dem Begriff des Prozesses eine Scheidelinie, jenseits derer die Schizophrenie beginnt: Auch wenn der Psychiater nicht genau bestimmen kann, wann der Patient erkrankt ist, könne im Rückblick auf den Verlauf die Erkrankung rekonstruiert und eine entsprechende Diagnose, dass eine Schizophrenie vorliegt, erstellt werden.

Zur Aktualität der psychiatrischen Prognostik

Die Psychiatrie hat seit ihren Anfängen zwei verschiedene Funktionen inne, die einander überlagern und durchdringen: Sie übt eine medizinisch-ärztliche Funktion aus, die in der Erforschung und Therapie psychischer Krankheiten besteht. Und sie nimmt polizeilich-juridische Funktionen wahr, indem sie Menschen in Anstalten oder Kliniken einschließt. Die psychiatrische Prognostik betrifft nicht nur medizinische, sondern auch soziale und rechtliche Aspekte der Erkrankungen. Welches Zukunftsregime die Psychiatrie ausübt, wird dort augenfällig, wo sich ihre medizinischen Funktionen mit der polizeilich-rechtlichen Funktion der Einschließung oder Einsperrung überlagern. Die Prognostik schlägt sich hierbei unmittelbar in der Verwahrung von straffälligen Patienten nieder, die als nicht schuldfähig beurteilt worden sind.

Die Genealogie der psychiatrischen Verwahrung führt auf jenen Zusammenhang von Nosologie, Diagnose und Prognose, wie er durch Kraepelin etabliert wird. Kraepelin veröffentlicht im Jahr 1880 die Denkschrift *Die Abschaffung des Strafmaßes. Ein Vorschlag zur Reform der heutigen Strafrechtspflege*. Auch wenn sein Vorschlag kein Gehör findet, formuliert er *in nuce* das Programm eines forensisch-psychiatrischen Zukunftsregimes. Die Psychiater sollen den Täter explorieren und eine individuelle Prognose abgeben: Die Strafe muss „genau so lange dauern aber auch nur so lange dauern, als von dem betreffenden Individuum noch irgend welche Gefahren drohen“.³⁶ Kraepelins Reformvorschlag will also nicht das Strafen abschaffen, sondern zielt auf eine Aufhebung der im Gerichtsurteil festgesetzten

³⁵ Ebd., S. 607.

³⁶ Emil Kraepelin: „Die Abschaffung des Strafmaßes. Ein Vorschlag zur Reform der heutigen Strafrechtspflege“, in: ders.: *Kriminologische und forensische Schriften. Werke und Briefe*, hg. von Wolfgang Burgmair/Eric J. Engstom/Paul Hoff u.a., München: Belleville 2001, S. 15-97, hier S. 47.

begrenzten Dauer einer Strafe: „Der Schwerpunkt des ganzen [...] Systems liegt in der Unbestimmtheit des Entlassungstermins.“³⁷ Die Psychiater sollen, so Kraepelins Vision, in Kooperation mit den Juristen bestimmen, wie lange ein Täter verwahrt werden soll. Fortwährend soll dessen Verhalten evaluiert und in regelmäßigen Abständen überprüft werden, welche „Gemeingefährlichkeit“³⁸ von ihm ausgeht. Der Psychiater soll zum Modulator der Strafe werden.

Auch wenn der Vorschlag Kraepelins kein Gehör fand und nach wie vor alleine das Recht entscheidet, ob ein Täter schuldfähig ist, und auch nur das Recht bestrafen darf, hat die Psychiatrie eine Macht inne, die an der rechtlichen Regelung selbst nicht unmittelbar ersichtlich wird. Der Täter, der in psychiatrische Verwahrung genommen wird, weil er nicht schuldfähig ist, wird in der psychiatrischen Klinik oder Anstalt für eine Dauer verwahrt, die mittels einer psychiatrischen Prognose festgelegt wird. Während die Strafe des rechtskräftig Verurteilten das Verbrechen ‚tilgt‘ und der Täter nach Verbüßung seiner Haftstrafe bzw. nach Begleichung seiner Schuld als freier Mensch in die Gesellschaft zurückkehren kann, ist der erkrankte Täter, der in der Psychiatrie verwahrt wird, aus der Öffentlichkeit ‚verschwunden‘³⁹: An die Stelle der Urteils und der Begleichung der Schuld durch die Strafe tritt im Falle der Verwahrung eine evolutive Diagnose, die fortlaufend mit der Therapie des Täters abgestimmt werden muss und eine ständige Überprüfung der Prognose fordert.

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entsteht in der Psychiatrie ein neuartiger Nexus von Diagnostik und Prognostik. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf das Verhältnis von manifester, akuter Erkrankung und zukünftiger, wahrscheinlicher Erkrankung. Ungeachtet der offenen erkenntnistheoretischen Fragen über den Status der Wahrscheinlichkeit wird anhand von psychischen und körperlichen Phänomenen auf eine gegenwärtige Zukunft von psychischen Störungen geschlossen. Jenseits der präventiven und kurativen Medizin hat die Psychiatrie in Früherkennung und Frühtherapie ein neues Aufgabenfeld erschlossen. Hierbei geraten nicht mehr nur akute und manifeste Symptome oder Beschwerden in den Blick, sondern Indizien einer möglichen Erkrankung und entsprechende Risikofaktoren. Die Erkrankung kündigt sich also nicht mehr nur in ‚Prodromen‘, sondern auch durch Risikofaktoren an, die ihrerseits im Diskurs der Prävention nahezu den Rang von pathologischen Zuständen gewinnen.

Unter diesen Faktoren besitzen die Erbanlagen eine herausragende Bedeutung. So wird eine Zweitcodierung der Gesundheit etabliert, welche die Unterscheidung von ‚gesund‘ und ‚krank‘ überlagert.⁴⁰ Während die Prognose einen wahrschein-

37 Ebd., S. 79.

38 Ebd., S. 47.

39 Louis Althusser: *Die Zukunft hat Zeit. Die Tatsachen. Zwei autobiographische Texte*, hg. von Olivier Corpet/Yann Moulier Boutang, übers. von Hans-Horst Henschen, Frankfurt a.M.: Fischer 1993, S. 31. Vgl. hierzu auch Cornelia Vismann: *Medien der Rechtsprechung*, hg. von Alexandra Kemmerer/Markus Krajewski, Frankfurt a.M.: Fischer 2011, S. 25-28.

40 Vgl. Niklas Luhmann: „Der medizinische Code“, in: ders.: *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1990, S. 183-195, hier S. 193.

lichen Krankheitsverlauf vorhersagt, erzeugt diese präventive Prädikation einen neuen Typus des Zukunftswissens. Es geht darum, gesundheitliche Risiken für eine Erkrankung zu bestimmen, für die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine Befunde vorliegen. Nicht der feststellbare Beginn, sondern die erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung löst die psychiatrische Aufmerksamkeit aus. Diese Prädikation sagt keinen Verlauf voraus, sondern beziffert die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Ereignisses: eine Zukunft, die schon angebrochen ist, noch bevor sie sich ereignet hat.