

Change-Projekt Arbeitspapier Nr. 6: Krankheit - Gesundheit - Normalität. Nov. 2014

Krankheit-Gesundheit-Normalität - eine Annäherung.

Inhalt: 1. Exkurs zu - Das Normale und das Pathologische nach Georges Canguilhem; 2. Exkurs: Vom Kampf der Begriffe: Normativismus versus Naturalismus? (Thomas Schramme, Gesundheit und Krankheit in der philosophischen Diskussion.) (S. 8); 3. Exkurs: Gibt es einen eigenständigen Krankheitsbegriff in der Psychiatrie? (Thomas Schramme) (S. 12).

Vorbemerkung: Zur Beschreibung und Bewertung von psychosozialen Belastungen oder Stress oder Burnout ist zentral, erkennen zu geben, was man eigentlich allgemein unter Gesundheit oder Krankheit versteht, was man als normal und was als unnormale ansieht und wie dieses Verständnis die Prävention und die Bewältigungsmethoden sowie sonstigen Ansprüche grundsätzlich beeinflusst. Wir wollen dies an zwei zentralen Autoren exemplifizieren, zunächst an Georges Canguilhem, dem großen französischen Medizinphilosophen der jüngsten Vergangenheit, und an Thomas Schramme, gegenwärtig Prof. für Praktische Philosophie an der Universität Hamburg. Beabsichtigt ist also keine Literaturanalyse, sondern der Versuch einer Positionsbestimmung mit Hilfe zweier herausragender Vertreter der Debatte. Das Arbeitspapier gilt als Ergänzung zu Kap. 10 des Grundlagentheoretischen Szenario des Change Projektes.

1. Exkurs zu - *Das Normale und das Pathologische* nach Georges Canguilhem.

Canguilhem, Georges (2013): *Das Normale und das Pathologische*, Berlin: August Verlag (Carl Hanser Verlag München 1976; Tb Ullstein 1977)(Erster Teil von 1943; neueste Ausgabe Paris 1966)

Wir werden die nachfolgende Interpretation von Canguilhem sehr textnah (durch umfangreiches Zitieren) durchführen, um nicht einer allzu schnellen aktuellen Interpretation zu erliegen. Es handelt sich bei „Das Normale und das Pathologische“ um seine medizinische Dissertation von 1943, zusätzlich um zunächst unveröffentlichte Manuskripte aus der selben Zeit sowie um neue Überlegungen aus den 60er Jahren erweitert. (Canguilhem 2013)

Die Herausbildung eines adäquaten Gesundheitsbegriffs erreicht Canguilhem vornehmlich in Auseinandersetzung mit den entsprechenden Theorien des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. „Den Schlusspunkt dieser Entwicklung bildet die Aufstellung einer Theorie des Verhältnisses von Normalem und Pathologischem, der zufolge die pathologischen Phänomene in lebenden Organismen nichts anderes sind als bloß quantitative Abweichungen (nach oben oder unten) von entsprechenden physiologischen Phänomenen. ... Obgleich so das beruhigende Vertrauen der ontologischen Theorie in die Möglichkeit einer technischen Bezwingung des Leidens beibehalten wird, ist man doch hier von der Ansicht, Gesundheit und Krankheit seien

qualitative Gegensätze, einander bekämpfende Kräfte, meilenweit entfernt. Das Bedürfnis nach Wiedergewinnung einer Kontinuität ... ist so stark, dass der Krankheitsbegriff sich vollständig zu verflüchtigen droht. Und die Überzeugung, mit wissenschaftlichen Mitteln das Normale wiederherstellen zu können, ist so mächtig, dass ihr schließlich das Pathologische zum Opfer fällt. Die Krankheit ist hier nicht länger Gegenstand der Angst für den gesunden Menschen, sie ist Forschungsobjekt für den Theoretiker der Gesundheit geworden. Im Pathologischen entziffert man nunmehr – wie unterm Vergrößerungsglas – die Wahrheit über den Gesundheitszustand“ (Canguilhem 2013, 29; die nachfolgenden Ziffern geben die Seitenzahlen dieses Buches an.)

„Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde die These von der wirklichen Identität der anscheinend so verschiedenen und von der menschlichen Erfahrung so gegensätzlich gewerteten normalen und pathologischen Lebensphänomene zu einer Art wissenschaftlich approbiertem Dogma, dessen Übertragung auf das Gebiet der Philosophie und Psychologie sich wohl dem Prestige verdankte, das es in den Augen der Biologen und Mediziner besaß. In Frankreich wurde dieses Dogma ... von Auguste Comte und Claude Bernard vertreten.“ (30)

Der pathologische Standpunkt, so Comte, „bildet nur die einfache Ausdehnung der Veränderungsgrenzen nach oben und unten, welche jedem Vorgange des normalen Organismus eigen sind. Er kann niemals wahrhaft neue Vorgänge hervorbringen, welche nicht bis zu einem gewissen Grade ihre ähnlichen rein physiologischen hätten.“

„Daher muss ihm zufolge jede Konzeption der Pathologie auf einer vorgängigen Erkenntnis des entsprechenden Normalzustandes basieren, während umgekehrt die wissenschaftliche Untersuchung der Krankheitsfälle unentbehrlich für die Erforschung der Gesetze des Normalzustandes wird.“ (40)

Allerdings, so Canguilhem, „enthält Comtes Argumentation eine bedenkliche Lücke. Es bietet nämlich keinerlei Kriterium für die Bestimmung der Normalität eines Phänomens. So wird der Begriff des Normalen oder Physiologischen letztlich im Lichte des Harmoniebegriffs in einen qualitativen und vieldeutigen (*polyvalent*) Begriff umgewandelt.“ (42)

Diese Orientierung habe Comte von dem Physiologen Broussais übernommen. „Im Reiz (*excitation*) sieht Broussais den Lebensfaktor *par excellence*. Der Mensch existiert nur vermöge des Reizes, den die Umwelt, in der er zu leben gezwungen ist, auf seine Organe ausübt. Die inneren und äußeren Grenzflächen übermitteln diesen Reiz durch ihre Innervation dem Gehirn, welches ihn an alle Gewebe, einschließlich der Grenzflächen zurückgibt. Dies Grenzflächen sind also zwei verschiedenen Reizen zugleich ausgesetzt: der Reizung durch Fremdkörper und durch die Tätigkeit des Gehirns. Das Leben erhält sich dank der beständigen Einwirkung dieser zahlreichen Reizquellen. Die Anwendung der physiologischen Lehre auf die Pathologie besteht darin zu untersuchen, wie >diese Reizung vom Normalzustand abweichen und einen anormalen oder krankhaften Zustand schaffen< (Francois-Joseph-Victor Broussais, *Traité de physiologie appliquée à la pathologie*. 2 Bde., Paris 1822-23) Solche Abweichungen sind entweder als Mangel oder als Übermaß zu begreifen. Die Irritation unterscheidet sich von der Reizung nur in quantitativer Hinsicht.“ (43/44) Canguilhems kritisiert: „In Broussais Theorie werden beständig zwei Standpunkte durcheinander geworfen: der des Kranken der seine Krankheit erfährt und dem sie widerfährt, sowie des Wissenschaftlers, der in der Krankheit nichts finden kann, worüber die Physiologie nicht Aufschluss zu geben vermöchte. Für die Zustände des Organismus gilt indessen dasselbe wie für die Musik: Die akustischen Gesetze werden zwar durch einen Missklang

keineswegs verletzt, doch das bedeutet nicht, dass jede Kombination von Tönen dem Ohr angenehm klingt.“ (45)

Und er fasst zusammen: „Bereits jetzt können wir den Haupteinwand gegen die These skizzieren, der zufolge die Pathologie eine ausgedehnte oder erweiterte Physiologie ist. (Dies) hätte nur dann Sinn, wenn erstens zuvor das Normale objektiv definiert werden könnte wie eine Tatsache; und wenn zweitens jede Differenz zwischen normalem und pathologischem Zustand in die Sprache der Quantität übersetzt werden könnte, denn einzig die Quantität vermag Homogenität und Abweichung in eins darzustellen. Wenn wir diese doppelte Möglichkeit bestreiten, so wird damit unserer Erachtens der Wert der Physiologie oder der Pathologie keineswegs geschmälert. ... Jedoch ist festzuhalten, dass weder Broussais noch Comte die beiden Forderungen erfüllen.“ (47)

Für Canguilhem ist dagegen vollkommene Gesundheit ein normativer Begriff, ein idealer Typus. „Eine Norm „existiert“ aber im strengen Sinne nicht; ihre Funktion besteht vielmehr darin, den Wert der Existenz zu mindern, um deren Korrektur zu ermöglichen. Wenn man also behauptet, vollkommene Gesundheit existiere nicht, so sagt man damit nur, dass der Begriff der Gesundheit kein Existierendes bezeichnet, sondern eine Norm, deren Funktion und Wert darin besteht, auf die Existenz bezogen zu werden, um deren Veränderung zu initiieren. Das bedeutet nicht, dass Gesundheit ein leerer Begriff ist.“ (71)

Beispiel: „Ein bestimmtes Verhalten des Organismus kann frühere Verhaltensweisen fortführen und zugleich ein anderes sein. Das langsame Fortschreiten eines Aufkommens (*avènement*) schließt die Originalität eines Ereignisses (*événement*) nicht aus. Dass ein Krankheitssymptom für sich genommen die gesteigerte Aktivität einer Funktion verrät, deren Resultat durch und durch identisch ist mit jenem, das dieselbe Funktionen unter sogenannten normalen Bedingungen hervorbringt, muss nicht heißen, dass das organische Leiden – welches ja im veränderten Gesamtablauf einer Totalität von Funktionen und nicht in der bloßen Summe von Symptomen besteht – für den Organismus keine neue Verhaltensweise gegenüber der Umwelt bedeutet.“ (83)

Der Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit ist also ein Interpretations- und Funktionszusammenhang in der Zeit, der sich zwischen Eigenerleben und Professionszuschreibung abspielt! (Nachfolgend Unterstreichungen im Text nicht im Original!)

„Eine neuere Krankheitstheorie, die von René Leriche (von 1936 d. Verf.), nutzt die Untauglichkeit des Urteils, das der Kranke über den wirklichen Charakter seiner Krankheit fällt, als ein für ihren Beweisgang zentrales Argument.“ (87) „Die Gesundheit“, schreibt Leriche, „ist das Leben im Schweigen der Organe“. Umgekehrt ist „die Krankheit dasjenige, was die Menschen in ihrer normalen Lebensführung und ihren Tätigkeiten hemmt und vor allem was sie leiden macht“. Gesundheit bedeutet, dass das Subjekt sich seines Körpers nicht bewusst ist. Umgekehrt entsteht das Bewusstsein des eigenen Körpers mit der Empfindung von Schranken, Gefährdungen und Hindernissen für die Gesundheit. Diese Sätze bedeuten nicht weniger, als dass die erlebte Vorstellung vom Normalen von der Möglichkeit einer Verletzung der Norm abhängt.

Während indessen späterhin die Definition der Gesundheit weder eingeschränkt noch korrigiert wurde, ist die Definition /88/ der Krankheit umgehend revidiert worden. Denn dieser Krankheitsbegriff ist ja der des Kranken, nicht der des Arztes. Er gilt nur für das Bewusstsein, nicht aber aus der Sicht der Wissenschaft. Leriche zeigt nämlich, dass das Schweigen der

Organe nicht notwendig das Fehlen von Krankheit bedeutet; dass es im Organismus Verletzungen und Funktionsstörungen gibt, die lange Zeit hindurch von denen unbemerkt blieben, deren Leben sie gefährden. Die Verzögerung, die oftmals eintritt, bevor wir unsere inneren Störungen empfinden, ist der Preis für den verschwenderischen Bau unseres Organismus, der mit allem Gewebe mehr als reichlich versorgt ist.“ (87/88)

„Wenn heute die Erkenntnis der Krankheit durch den Arzt der Krankheitserfahrung des Kranken selbst vorbeugen kann, so nur deshalb, weil diese Erfahrung einmal jene Erkenntnis hervorgerufen, ja herausgefordert hat. Theoretisch gilt also immer noch – und derzeit womöglich auch faktisch –, dass es die Medizin gibt, weil es Menschen gibt, die sich krank fühlen, und dass es nicht umgekehrt den Ärzten zu danken ist, wenn die Menschen vor ihren Krankheiten erfahren. Die historische Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der klinischen Sprechstunde ändert nichts am gleichbleibenden normalen Verhältnis des Kranken zur Krankheit.“ (89)

„Dergestalt kann der kranke Mensch zum Verständnis des normalen Menschen beitragen. Die Untersuchungen des kranken Organismus ermöglichen die Aufdeckung von Defekten, die das sorgfältigste Experiment bei Tieren nicht hervorbringen vermöchte und die den Rückschluss auf das normale Leben gestatten. Auf diese Weise wird aus dem gründlichen Studium der Krankheit zunehmend ein wesentliches Moment der Physiologie des Normalen.“ (97)

Dabei bedarf es eines dialektischen Verständnisses des Zusammenhangs von Quantität und Qualität. „Die Quantität ist die negierte, nicht jedoch die beseitigte Qualität ... Hegel behauptet, dass die Quantität durch Vermehrung und Verminderung in Qualität umschlägt. Dies wäre völlig undenkbar, wenn nicht in der negierten Qualität, die man Quantität nennt, ein Verhältnis zur Qualität bestehen bliebe.“ (Hegel, SW Bd. III: Wissenschaft der Logik, 1. Teil)“ (109)

Entsprechend bestreitet Canguilhem, „dass die Ausdrücke *mehr* oder *weniger* in der Definition des Pathologischen als quantitativer Abweichung vom Normalen einen bloß quantitativen Sinn haben. Wir leugnen die logische Kohärenz des Bernardschen Prinzips: „Die Störung eines normalen Mechanismus, in Form einer quantitativen Abweichung, einer Übersteigerung oder Abschwächung, macht den Krankheitszustand aus.“ Nur im Verhältnis zu einer Norm ... kann bei physiologischen Funktionen und Bedürfnissen /111/ von einem Mehr oder Weniger die Rede sein.“ (110/111)

Canguilhem zitiert Ey im Anschluss an Minkowski: „Das Normale ist kein Durchschnittswert, etwa als Korrelat zu einem gesellschaftlichen Begriff; es ist kein Tatsachen-, sondern ein Werturteil, ein Grenzbegriff, der das Maximum an psychischer Leistungsfähigkeit eines Lebewesens bezeichnet./120/ Es gibt keinen oberen Grenzwert der Normalität“. (119/120)

Dies entspricht auch der Position des deutschen Philosophen Karl Jaspers. „Jaspers hat die Schwierigkeiten einer solchen medizinischen Bestimmung des Normalen und der Gesundheit sehr gut gesehen: „Was gesund und was krank im allgemeinen bedeute, drüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf. Er hat es wissenschaftlich in mannigfachen Lebensvorgängen (...) zu tun. Was krank im allgemeinen sei, das hängt weniger vom Urteil der Ärzte, als vom Urteil des Patienten ab und von den herrschenden Auffassungen der jeweiligen Kulturkreise.“ (Jaspers 1965, 652) (122)

Canguilhem fasst zusammen: „Das Leben selbst und nicht erst das medizinische Urteil

macht aus dem biologisch Normalen einen Wertbegriff, der mehr als eine bloß statistische Wirklichkeit bezeichnet. Für den Arzt ist das Leben kein Objekt, sondern eine als Polarität sich äußernde Aktivität, deren spontane Abwehr- und Kampfanstrengung gegen alles mit negativen Wert behaftete von der Medizin dadurch unterstützt wird, dass diese dem Leben eine nur relative, aber unverzichtbare Aufklärung durch die Wissenschaft vom Menschen zuteil werden lässt.“ (132)

Dies geschieht z.B. über ein sachgemäßes Verständnis des Unterschieds von Anomalie und Krankheit. „Die Anomalie ist eine individuelle Abweichung ... Verschiedenheit aber bedeutet nicht Krankheit. Das Anomale ist nicht schon das Pathologische. Pathologisch enthält ja *pathos*, das unmittelbare und konkrete Gefühl des Leidens und der Ohnmacht, das Gefühl eines beeinträchtigten Lebens.“ (139)

Das Anomale bezieht sich vornehmlich auf die soziale Einbettung und ihrer Wirkungen darin.

„Ein weiterer Grund, weswegen Anomalie und Krankheit nicht verwechselt werden sollten, liegt darin, dass die Abweichungen, auf die die Menschen achten, ungleichartig sind. Die Anomalie manifestiert sich nämlich in räumlicher Vielfalt, die Krankheit in zeitlicher Folge. Die Krankheit zeichnet sich dadurch aus, dass sie einen Ablauf unterbricht, dass sie also recht eigentlich eine kritische ist ... Krank ist man also nicht allein in Bezug auf andere, sondern auch im Verhältnis zu sich selbst ... Die Anomalie hingegen zeichnet sich dadurch aus, dass sie konstitutionell und angeboren ist, selbst wenn sie erst lange nach der Geburt, nämlich zusammen mit der Ausübung der entsprechenden Funktion, sichtbar wird ...“ (141)
„Betrachtet man die Anomalie von ihren Auswirkungen auf die Tätigkeit des Individuums und das heißt: von der Vorstellung her, die sich der Betreffende von seinem Wert und seinem Schicksal macht, dann ist sie eine Körperbehinderung.“(142)

Nähere Klärung bedürfen die Begriffe Norm und Normalität, denn es „zeugt bei der menschlichen Gattung die statistische Häufigkeit nicht allein von einer vitalen Normativität, sondern auch von einer sozialen Normativität. Beim Menschen wäre also ein Merkmal nicht normal, weil es häufig ist, sondern es wäre häufig, weil es normal, das heißt normativ innerhalb einer bestimmten Lebensweise“ ist. (165)

Die normative Kraft des Menschen ist also nicht mit der „Normalleistung“ zu verwechseln.

„Unseres Erachtens muss man also die Begriffe Norm und Durchschnitt sorgfältig voneinander unterscheiden; jeder Versuch, sie aufeinander zu reduzieren, indem man die Besonderheit des Ersteren tilgt, ist zum Scheitern verurteilt. Die Physiologie – so scheint es uns – hat besseres zu tun, als einer objektiven Definition des Normalen nachzujagen; vielmehr hätte sie die /187/ ursprüngliche Normativität des Lebens zu erkennen. Die wirkliche, ebenso bedeutsame wie schwierige Aufgabe der Physiologie wäre die, den Inhalt jener Normen, in denen das Leben sich hat stabilisieren können, exakt zu bestimmen, ohne die Möglichkeit oder Unmöglichkeit ihrer Korrektur zu präjudizieren.“ Denn der Mensch ist „die derzeit einzige Gattung mit der Fähigkeit zur aktiven Variation.“ (186/187)

Dies hat zur Konsequenz: „Bei der Aufstellung biologischer Normen muss man sich stets auf das Individuum beziehen; denn der eine kann unter bestimmten organischen Voraussetzungen – wie Goldstein sagt – „in seinem ihm zugehörigen Milieu den daraus wachsenden Aufgaben gerecht (werden)“, während bei dem anderen dieselben Voraussetzungen seinen Aufgaben unangemessen sind. Goldstein meint ..., dass für eine Entscheidung darüber, ob ein vor uns stehendes Individuum normal ist oder nicht, der statistische Durchschnitt unbrauchbar ist. Von ihm können wir keine Hilfe bei unserer ärztlichen Pflichterfüllung

gegenüber dem Einzelnen erwarten.“ (Goldstein 1934, 265) (189)

Damit nähern wir uns dem unserer Problematik der psychosozialen Belastungen angemessenen Krankheitsverständnis: „Das kranke Lebewesen ist auf ganz bestimmte Existenzbedingungen genormt (*normalisé*) und hat die normative Fähigkeit verloren, d.h. die Fähigkeit, unter anderen Bedingungen andere Normen zu setzen.“ (191)

Somit gilt: „Krankheit ist die Erschütterung und Gefährdung der Existenz. Damit verlangt die Bestimmung der Krankheit den Ausgang vom *individuellen Wesensbegriff*. Krankheit tritt dann auf, wenn ein Organismus so verändert ist, dass es in dem ihm zugehörigen Milieu zu Katastrophenreaktionen kommt. Das äußert sich dann nicht nur in bestimmten Leistungsstörungen entsprechend der Stelle des Defekts, sondern ganz allgemein, weil, /194/ wie wir sahen, ungeordnetes Verhalten immer mehr oder weniger ungeordnetes Verhalten im ganzen Organismus darstellt.“ (193/194)

„Der Kranke ist nicht anormal, weil ihm eine Norm fehlt, sondern aufgrund seines Unvermögens, sich normativ zu verhalten.“ (194) Es kommt darauf an zu konkretisieren, „in welcher typischen Situation dieser Mangel sich bemerkbar macht“ (195), was die Ursachen sind. Denn gesund sein heißt, „sich geordnet verhalten zu können, und das kann bestehen trotz Unmöglichkeit gewisser vorher möglicher Leistungen“. (204)

Canguilhem skizziert jetzt eine Definition von Gesundheit: „Erkennt man an, dass die Krankheit eine Art biologischer Norm bleibt, so folgt daraus zugleich, dass der pathologische Zustand nicht absolut, sondern nur im Verhältnis zu einer bestimmten Situation anormal genannt werden kann. Entsprechend sind Gesundsein und Normalsein nicht völlig gleichwertig, da das Pathologische selbst eine Art von Normalem ist. Gesund sein heißt nicht bloß, in einer gegebenen Situation normal sein, sondern auch – in dieser oder in anderen möglichen Situationen – normativ sein.“ (206)

„Der gesunde Organismus strebt weniger danach, sich in seinem aktuellen Zustand und seiner gegebenen Umwelt zu erhalten; sie strebt nach Verwirklichung seines Wesens. Zu diesem Zweck muss der Organismus Risiken eingehen und dabei eventuelle Katastrophenreaktionen in Kauf nehmen. Der gesunde Mensch stellt sich den Problemen, welche aus den oftmals abrupten Veränderungen seiner Gewohnheiten – selbst der bloß physiologischen – entstehen; er misst seine Gesundheit an der Fähigkeit, die Krisen seines Organismus zu überstehen und eine neue Ordnung zu etablieren.“ (210)

Das heißt aber für Beurteilungen und Gestaltungsansätze: „Nur wenn man über den Körper hinaussieht, kann man beurteilen, was für ihn normal oder pathologisch heißt.“ (211) Es geht darum, neue Lebensvollzüge zu erproben. „Neue Lebensvollzüge nämlich können nur stabilisiert werden, nachdem sie durch den Bruch mit einer früheren Stabilität erprobt wurden.“ (216) „Die neuen Lebensvollzüge lassen sich in zwei Kategorien unterteilen. Die einen konsolidieren sich in neuen Konstanten, deren Stabilität durchaus kein Hindernis bildet, nochmals über sie hinauszugehen. Es sind dies die normalen Konstanten mit vorwärtstreibender Kraft (*à valeur propulsive*). Normal sind sie in der Tat dank ihrer Normativität. Die anderen konsolidieren sich in Konstanten, die das Lebewesen ängstlich vor jeder möglichen Störung zu bewahren trachtet. Auch dies sind noch normale Konstanten, jedoch mit regressiver Tendenz (*à valeur régressive*). Sie zeugen vom Tod der Normativität. Darin sind sie pathologisch, wenn auch normal, solange das Lebewesen mit ihnen und durch sie

lebt. Kurz, im Augenblick eines Bruchs mit der physiologischen Stabilität, etwa während einer Entwicklungskrise /217/, verliert die Physiologie ihre Rechte, aber durchaus nicht den Faden. Sie ist nicht in der Lage vorherzusagen, ob die neue biologische Ordnung physiologisch sein wird oder nicht, doch ist sie nachträglich imstande, unter den Konstanten die ihr zukommenden wiederzufinden. Zum Beispiel indem sie experimentell die Umwelt verändert, um herauszufinden, ob die von ihr ausgewählten Konstanten sich einem Wandel der Existenzbedingungen anpassen, ohne dass es zu einer Katastrophe kommt.“ (216/217)

Der Mensch ist und bleibt gesund, sofern er sich gegenüber den Veränderungen seiner Umwelt normativ verhalten kann. „Unter allen möglichen vitalen Konstanten haben unser Erachtens gerade die physiologischen vorwärtstreibende Kraft. Der pathologische Zustand hingegen zeugt von der Reduktion der vom Lebewesen noch geduldeten Lebensnormen.“ (242)

Dies führt hin zur Unterscheidung von Normierung und Normalisierung der Arbeitsverhältnisse. Kant unterscheidet bekanntlich (in der KdrV) „Schulbegriffe“ und „Weltbegriffe“, „wobei diese jenen zugrunde liegen. Genauso könnten wir die beiden Begriffe der Norm und des Normalen behandeln: Der erste wäre dann ein Schulbegriff, der zweite ein Welt- oder Gemeinbegriff. Möglich ist, dass das Normale eine Kategorie des gemeinen Urteils ist, weil das Volk seine gesellschaftliche Situation lebhaft, wenn auch undeutlich als nicht richtig empfindet. Doch der Begriff „normal“ wurde zum festen Bestandteil der Umgangssprache über die Terminologie zweier Institutionen, des Erziehungs- und des Gesundheitswesens.“ (251)

Die deutsche Herausgeberin verweist hier auf den späteren Foucault, der „den Gegensatz zwischen Normierung (*normation*) und Normalisierung (*normalisation*) in seinen Vorlesungen der Jahre 1977-78 unterstreichen (wird), in dem er erstere den Disziplintechniken zuschreibt, während er letztere dem Sicherheitsdispositiv zuordnet und zwar im Anschluss an Hans Kelsen.“ (252)

Auch Canguilhem bezieht sich auf Kelsen. „Kelsen vertritt in seinem Buch *Reine Rechtslehre* die These, dass die Geltung einer Rechtsnorm auf ihrer Zugehörigkeit zu einem kohärenten System, einer Ordnung hierarchischer Normen beruhe, die ihre verbindliche Kraft aus ihrem direkten oder indirekten Bezug auf eine Grundnorm herleiten.“ Man hat ihm den „Verdienst zuerkannt, die Relativität der in einer kohärenten Ordnung hierarchisch abgestuften Rechtsnormen nachdrücklich hervorgehoben zu haben.“ (266)

Nun gibt es aber durchaus verschiedene Formen von Anpassung an geforderte soziale Regulationen. „Die eine Form der Anpassung bedeutet Spezialisierung für eine bestimmte Aufgabe in einer stabilen Umwelt; der geringste, die Umwelt verändernde Zwischenfall stellt jedoch jedes Mal eine Bedrohung für diese Anpassung dar. Die andere Form der Anpassung bedeutet Unabhängigkeit gegenüber den Zwängen einer stabilen Umwelt und besteht folglich in der Fähigkeit, mit den aus einer Umweltveränderung /284/ entstehenden Problemen des Lebens fertig zu werden.“ (283/284) Hierzu bedarf es der normativen Kraft des Menschen zur Situationsbewältigung. Sie ist ganzheitlich umfassend zur Geltung zu bringen, denn auch „Form und Funktionen des menschlichen Körpers sind nicht bloß Ausdruck der dem Leben von der Umwelt vorgegebenen Bedingungen, sondern der gesellschaftlich angenommenen Lebensweisen in einer bestimmten Umwelt.“ (292)

Es ist nun gerade der psychosomatische und psychosoziale Zusammenhang, der zu Missverständnissen und Misslingensreaktionen führt, wie es in Burnout Phänomenen auch der Fall zu sein scheint. Die Krankheit besteht in diesem Fall „in der Übertreibung der organischen Gegenreaktion ... Wie selbstverständlich ist den Pathologen dazu der Terminus „Irrtum“ eingefallen; sie bezeichnen damit eine Störung, die ihre Ursache in der physiologischen Funktion selbst und nicht in einem äußeren Erreger hat.“ (296)

Wie erklärt sich das? „Mit Rücksicht auf die Krankheit ist derjenige Mensch normal, der die Sicherheit liebt, dass er bei sich selbst abbremsen kann, was bei anderen bis zum Ende abläuft. Der normale Mensch bedarf also – wenn nicht des Vorgeschmacks der Krankheit, so doch ihres Schlagschattens. In einer Welt, in der es Kranke gibt, selbst nicht krank zu sein, verursacht auf die Dauer ein Unbehagen ... es entsteht ein Bedürfnis nach Krankheit als der Probe auf die Gesundheit.“ (312)

„Die Krankheit des normalen Menschen besteht letztlich darin, dass sein biologisches Selbstvertrauen einen Knacks bekommt. ... Unsere These ist dann, dass der gesunde Mensch nicht als gesunder krank wird. Kein gesunder Mensch wird krank, denn krank ist er nur, sofern seine Gesundheit ihn im Stich lässt, und eben darum ist er nicht mehr gesund. Der sogenannte gesunde Mensch ist also nicht gesund. Seine Gesundheit ist ein Gleichgewicht, das er den eben sich andeutenden Brüchen abtrotzt. Die Drohung der Krankheit ist ein Konstituens der Gesundheit.“ (313) Gesundheit in eine stabile Lage zu bringen und zu halten, dazu braucht es die normative Kraft, das Bewältigungshandeln des aktiven Menschen, so wie sie in einem gelingenden Arbeitszusammenhang zur Geltung kommen kann. Die Verhältnisse arbeitsdemokratisch derart zu gestalten ist die Aufgabe, die ansteht.

Allerdings Canguilhem weist an anderer Stelle noch darauf hin: „Weil die Gesundheit keine Kon-/50/stante der Zufriedenheit, sondern das Apriori des Vermögens ist, gefährliche Situationen zu meistern, verbraucht sich diese Vermögen im Meistern aufeinanderfolgender Gefahren. Die Gesundheit nach der Krankheit ist nicht die frühere Gesundheit.“ (Canguilhem 2004, 49/50)

2. Exkurs: Vom Kampf der Begriffe: Normativismus versus Naturalismus?

Thomas Schramme, Gesundheit und Krankheit in der philosophischen Diskussion.
Abschrift eines Vortrags, 18.11.2011 an der Leuphana Universität in Lüneburg. Hamburg 2012
http://www.philosophie.uni-hamburg.de/Team/Schramme/Manuskripte_/Vortrag%20Schramme%20Lueneburg.pdf

(die nachfolgenden Ziffern geben die Seitenzahlen dieses Vortrags an)

Zur Charakterisierung der Position von Thomas Schramme in der gegenwärtigen allgemeinen Debatte um Krankheit und Gesundheit wollen wir zunächst auf einen aktuellen, einprägsamen Vortrag weitgehend paraphrasierend zurückgreifen (Schramme 2012a), bezüglich psychosozialer Belastungen im 3. Exkurs dann einen aktuellen Aufsatz zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie mit heranziehen (Schramme 2012b).

Man hat, konstatiert Schramme resümierend zu Beginn, „quasi zwei Schubladen gebildet, hier den „Naturalismus“ und (dort) den „Normativismus“; zwei Diskussionsstränge, könnte man vielleicht sagen, oder Theorien bzw. Theoriearten, die in der Debatte zu identifizieren sind. Ich führe im Anschluss eine eigene, anders gelagerte Begrifflichkeit ein, um so

Unterschiede dieser beiden philosophischen Herangehensweisen aufzuzeigen und damit auch die Vereinbarkeit von Naturalismus und Normativismus zu betonen.“ (2)

Generell gilt: „Es gibt unterschiedliche Perspektiven auf ein und dasselbe Phänomen, nämlich das Phänomen Krankheit, und diese Perspektiven unterscheiden sich in bestimmten Hinsichten; insbesondere in der grundlegenden Sichtweise auf das Phänomen Krankheit. Dies ist relevant, weil wir dann den Krankheitsbegriff auf sehr unterschiedliche Weise definieren können, ohne dass wir uns dabei im Widerstreit befinden müssen.“ (2)

Allerdings wird die Unterschiedlichkeit durch die bestehenden Interessen gewichtet. Denn „festzuhalten bleibt, dass Krankheit als solche quasi die /3/ Eintrittskarte für das medizinische System ist. Da der Krankheitsbegriff die genannte normative Signifikanz besitzt, darf es nicht verwundern, dass er ein gesellschaftlich und politisch umkämpfter Begriff ist.“ (2/3)

Der Kampf zwischen den verschiedenen Bereichen, die hier im Spiel sind, wobei die Interessen der Patienten, der Ärzten und auch der pharmazeutischen Industrie jeweils auf eine möglichst expansive Krankheitsdefinition zielen, „weil, wenn man sich schlecht fühlt, also potentieller Patient ist, man sich nicht um die Frage bekümmert, ob der leidverursachende Zustand wirklich eine Krankheit ist oder nicht; man will einfach medizinisch“ behandeln oder behandelt werden.(3) Einleuchtend ist, „dass da ein sehr großes Problem liegt. Es wird häufig als „Medikalisierung“ bezeichnet.“ (4)

„Wenn man einen Anfang wagen will und sich informiert, welche Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen es in der Literatur gibt, dann stößt man relativ schnell auf diejenige der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946. Dies schon vorneweg: Der Zeitpunkt der Veröffentlichung ist wohl wichtig, bekanntermaßen ein Jahr nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs. „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Der im zweiten Halbsatz genannte Aspekt dieser Definition wird relativ häufig betont. Wir sollten nicht nur eine negative Definition von Gesundheit geben, sondern darüber hinaus etwas Positives aussagen, etwas die Gesundheit positiv Bestimmendes, und nicht nur einfach festhalten, dass Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit sei.“ (6)

„Wenn man fragt, wer sich nach dieser Definition zu einem bestimmten Zeitpunkt als gesund bezeichnen würde, könnte man wohl nicht mit vielen bejahenden Stimmen rechnen.“ (6) (vgl. hierzu ausführlich Fröhlich 2008, 27 ff)

„Dadurch, dass es einem schlecht geht, gilt man nicht als gesund und hätte demnach einen Anspruch auf entsprechende medizinische Leistungen, etwa dass man irgendwelche "Happy Pills" bekommt, so dass es einem wieder gut geht.“ (7)

Schrammes Resümee bis hierhin: „Abschließend festhalten können wir allerdings, dass die Aussage der WHO als philosophische Definition des Begriffs der Gesundheit sicherlich ungeeignet ist. Immerhin haben wir aber nun einen Fortschritt gemacht, insofern man sehen kann, dass /8/ Gesundheit ein graduierbares Phänomen darstellt. Menschen können gesünder sein, sie können kränker sein, und wir sprechen entsprechend von schweren Krankheiten im Unterschied zu weniger schweren Krankheiten. Wir können uns entsprechend verschiedene Punkte auf einer Skala vorstellen, auf der wir uns bewegen, wenn wir über Gesundheit und Krankheit sprechen.“ (7/8)

Und er verweist auf den Unterschied zwischen professioneller und subjektrelativer Sicht. „Wir reden dann anders über diese Phänomene, als es häufig, zumindest in der Medizin, üblich ist. Dort wird Gesundheit im Sinne einer absoluten Grenze zur Krankheit gedeutet;

Gesundheit ist hier die Abwesenheit von Krankheit.“ (8) Dies hat Konsequenzen für das professionelle System.

„Die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit scheint insofern unscharf, als es nicht völlig aus der Luft gegriffen scheint, über die Aufnahme von möglichen Krankheiten in diagnostische Systeme, wie etwa dem *International Classification of Diseases* (ICD), unter den Experten abstimmen zu lassen.“ (10) „Nebenbei gesagt, genau so scheint es zumindest in der Psychiatrie tatsächlich abzulaufen. Hier gibt es „Task-Forces“, die darüber entscheiden, welche psychiatrischen Störungen in das diagnostische System aufgenommen werden können. Die endgültige Aufnahme erfolgt letztlich dann tatsächlich per Abstimmung. Daran entzündet sich natürlich eine Menge Kritik, wie man zuletzt bei der Planung des neuen *Diagnostischen und Statistischen Manuals der psychischen Störungen* (DSM-5) erleben konnte.“ (10)

Schramme unterscheidet drei Kontexte der Begriffsverwendung von „Gesundheit“ und „Krankheit“: (11) „Erstens ein medizinisch-theoretischer Kontext; diesen bezeichne ich später auch als wissenschaftlichen Kontext.“ „Der zweite Kontext, der medizinisch-praktische Kontext, unterteilt sich nochmal in zwei Unterformen, zunächst einen auf das Individuum bezogenen – hier reden wir im Englischen von „illness“... Als zweite Unterform des praktischen Kontexts finden wir den juristischen Kontext, wo wir im Englischen von „sickness“ oder „sick role“ sprechen. Dabei handelt es sich um den soziologischen Begriff, den insbesondere Talcott Parsons untersucht hat (Parsons 1958).“ (11)

„Sehen wir uns diese Kontexte genauer an und beginnen mit dem medizinisch-theoretischen Kontext. Hier geht es in erster Linie um das, was man „Pathologie“ nennt, also die Lehre von den krankhaften Zuständen. Dazu gehört auch die Nosologie, die Lehre von den Krankheitseinheiten, also das, was man in einem Klassifikationssystem wie dem bereits genannten ICD findet. Es geht in diesem Kontext darum, bestimmte spezielle Krankheiten, wie etwa Tuberkulose, zu bestimmen oder auch verschiedene Formen einer Krankheit zu differenzieren.“ (11)

„Es geht demnach um die Erklärung von bestimmten Krankheiten und dabei insbesondere deren Regel- und Gesetzmäßigkeiten. Dabei ist es unerheblich, ob die Krankheit für die Person in irgendeiner Form eine relevante Bedeutung hat, denn ob eine Krankheit vorliegt, hat nur mit der Verfassung des Organismus zu tun. Krankheit kann dabei anhand verschiedener Kriterien bestimmt, wobei ein wesentliches Kriterium, das ich später noch diskutiere, die Dysfunktion ist.“ (12)

Diese Position hat jedoch Konsequenzen für die Beurteilung psychosozialer „Defekte“. „Im Unterschied zum Körper, wo man bestimmte Beobachtungen anstellen kann, ist der Geist nicht direkt beobachtbar und das bereitet größere Erkenntnisprobleme. Nebenbei gesagt liegt darin natürlich eine wichtige Motivation für viele Psychiater, biologische Psychiatrie zu betreiben und /13/ entsprechend Hirnfunktionen zu untersuchen, denn diese scheinen tatsächlich beobachtbar zu sein. Damit verfehlen sie aber bisweilen das Spezifikum psychischer Krankheit (Schramme 2012b). Der genannte Kontext bietet eine wissenschaftliche Perspektive, die insofern wertneutral ist, als die Bedeutung einer Krankheit für den einzelnen Menschen hier irrelevant ist“ (12/13)

„Wenn man hingegen auf das Individuum schaut, das von einer Krankheit geplagt oder eben nicht geplagt wird, dann redet man in erster Linie über den Patienten und über die Ärzte, welche Patienten behandeln.“ „Das ist entsprechend ein zentraler Gesichtspunkt der Praxis der Medizin: Es geht hier um individuelle Fälle.“ „Für einen Pathologen hingegen, der einen

malignen Tumor oder ähnliches in seiner Petrischale untersucht, ist vollkommen unerheblich von wem das Körpermaterial stammt. Das macht seine Haltung nicht falsch oder inhuman oder in sonst einer Form weniger adäquat, sondern zeigt nur an, dass es sich um unterschiedliche Perspektiven handelt.“ (13)

Diese drücken sich in unterschiedlichen Werten und Rationalitäten aus. „Jedenfalls scheint der allgemeine Krankheitsbegriff der medizinisch-praktischen Perspektive nun so beschrieben werden zu können, dass es hier nicht um die Dysfunktion geht, sondern eben um Übel, Leid, Schaden, oder welchen Begriff für abgewertete Verfassungen des Organismus man auch immer benutzt. Es geht also, etwas weiter verstanden, um bestimmte negativ bewertete Zustände. Daher wird entsprechend von einer *wertgeladenen Perspektive* gesprochen – wie man es dann im philosophischen Jargon ausdrückt. Ich selbst nenne sie später eine *lebensweltliche Perspektive*.“ (14)

„Zum Abschluss dieses Abschnitts sei noch auf den juristischen Kontext verwiesen (vgl. Mazal 2004). Hier geht es um die Perspektive von bestimmten Institutionen und Gesetzgebern. Inhaltlich wird in erster Linie auf die Zuordnung von Ansprüchen und Pflichten fokussiert. Dazu gehören allgemeine Regeln, die erneut nicht Individuen in den Blick nehmen, sondern anstreben, allgemeine Kriterien aufzustellen, die erfüllt sein müssen, um eine bestimmte soziale Rolle einzunehmen. Dabei ist es unerheblich, wie derjenige in seiner Betroffenheit auf diesen Zustand reagiert oder wie bedeutsam jener für ihn ist. Es stellt sich hingegen die Frage, ob etwa eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Der allgemeine Krankheitsbegriff innerhalb dieses Kontexts wäre dann definiert als „Unfähigkeit, bestimmten gesellschaftlichen Rollen entsprechen zu können“. Auch das ist eine wertgeladene Perspektive, aber mit ganz anderen, nicht individuellen Wertungen, sondern mit Wertungen, welche gesellschaftliche Rollen und politische Zwecke betreffen, die mit Krankheit einhergehen.“ (14)

In der philosophische Debatte zum Krankheitsbegriff „in Bezug auf die Definitionen von Gesundheits- und Krankheitsbegriff, hat es sich eingebürgert, zwischen dem Normativismus und dem Naturalismus zu unterscheiden.“ (16)

„Dem Normativismus zufolge „ist der Krankheitsbegriff ein normativer Begriff. Er stellt nicht nur fest, dass irgendetwas vorliegt, sondern er hat gleichzeitig handlungsauffordernde Funktion. Indem wir etwas als krankhaft oder als Krankheit bezeichnen, haben wir auch ein Werturteil darüber gesprochen; wir sagen, dass Krankheit etwas Schlechtes darstellt.“ (16)

„Die Normativisten benötigen dann natürlich weitere Kriterien, um spezifisch medizinische Übel von anderen abgewerteten Zuständen begrifflich zu trennen. Schließlich gibt es eine Unmenge an körperlichen und anderen Zuständen, die wir negativ bewerten, ohne von Krankheiten zu sprechen.“ (16) Diese „Krankheiten werden demzufolge also nicht nur als schlecht bezeichnet, sondern immer auch mit einem Handlungsauftrag versehen.“ (17)

„Worin liegen Probleme des Normativismus? Zunächst kann man sicherlich zugestehen, dass wir tatsächlich viele Krankheiten, wohl sogar die meisten, als Übel ansehen. Doch die Frage ist, ob dies das konstituierende Merkmal ist.“

„Ein weiteres Problem des Normativismus besteht darin, festlegen zu müssen, wessen Bewertung eigentlich relevant ist für die Bestimmung von Krankheit. Mögliche Instanzen der Bewertung sind das betroffene Individuum selbst oder die Gesellschaft, in der es sich aufhält.“ (17)

„Was sagt nun der Naturalismus? Auch hier wieder zunächst ein Zitat eines der bekanntesten Medizinphilosophen: „Eine Krankheit ist ein Typ eines inneren Zustandes, der entweder eine Beeinträchtigung der normalen Funktionsfähigkeit darstellt, das heißt eine Verminderung einer oder mehrerer Funktionsfähigkeiten, so dass sie unterhalb der typischen Effizienz liegen, oder eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit, verursacht durch Umweltereager. Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.(Boorse 2012,102)“ (18)

„Es wird nicht darüber gesprochen, ob der Zustand ein Übel darstellt, sondern bei der Bestimmung von Krankheit handelt es sich um die Feststellung einer biologischen Tatsache – so zumindest dem naturalistischen Ideal zufolge. Krankheit ist demnach eine Störung der natürlich vorhandenen Funktionsfähigkeiten des Organismus. Um diese zu bestimmen, benötigt man wiederum Theorien, die feststellen, was eine Funktionsfähigkeit und was eine Dysfunktion ist. Diese Aufgabe fällt Biologen und Psychologen zu, aber natürlich auch den medizinischen Forschern.“ (18)

„Probleme, die häufig in Bezug auf den Naturalismus gesehen werden, betreffen die Frage, ob es wirklich eine wertfreie Bestimmung von Dysfunktionen gibt. Hierzu gibt es eine ausgedehnte Diskussion, die in die Philosophie der Biologie hineinragt.“ (19)

Schramme sieht jedoch die beiden sehr unterschiedlichen Perspektiven entgegen der langjährigen Praxis nicht als konkurrierend an. Er formuliert als These, „die ich in meinem Buch *Patienten und Personen: Zum Begriff der psychischen Krankheit* (Schramme 2000) ausführlicher zu verteidigen versucht habe und die sich vermutlich bereits abzeichnet anhand der unterschiedlichen Kontexte, die ich vorgestellt hatte. Die Idee besteht darin, dass es zwischen Normativismus und Naturalismus kein Konkurrenzverhältnis gibt, sondern diese letztlich vereinbar sind. Normativisten reden über die individuell-praktische Seite von Krankheit, und die Naturalisten reden über das, was ich medizinisch-theoretische Perspektive genannt hatte. Damit widersprechen sich die Theorien nicht, sondern es handelt sich um unterschiedliche Perspektiven auf ein und dasselbe Phänomen.“ (19)

Allerdings ist die Frage des Gleichgewichts oder des Vorrangs beider Sichtweisen noch zu beantworten: „Es ist aber nach wie vor offen, welchen Begriff – *disease* oder *illness* – man als Kernbegriff ansehen würde, welcher also die Extension des jeweils anderen bestimmt“ (20), ob also *illness* (Beeinträchtigung) voll im Umfange des Pathologischen (*disease*) liegt, hier wäre die wissenschaftliche Festlegung bestimmend, oder aber ob wir „*illness* als den Kernbegriff verstehen, dann ergibt sich ein Phänomenbereich von medizinischer Beeinträchtigung ohne pathologische Störung, also *illness ohne disease*. Hier kann man an schwerwiegende Leidsituationen denken, die nach der wissenschaftlichen Definition keinen Krankheitswert haben, etwa ästhetisch störende Zustände“. (22)

Zusammengefasst: „Die hier untersuchten Begriffe der Gesundheit und Krankheit stellen nicht einfach nur Objekte für Glasperlenspiele der Philosophie dar, sondern sie sind mit wesentlichen normativen Funktionen und Auswirkungen versehen, und insofern auch außerhalb der Philosophie von Interesse. Sie sind gleichzeitig umstrittene Begriffe, und sie werden uneinheitlich verwendet.“ (24)

„Der erste Schritt, in dieser Gemengelage Fortschritte zu erzielen, besteht darin, verschiedene Kontexte der Begriffsverwendung zu unterscheiden. Ich habe hier in erster Linie eine wissenschaftliche und eine lebensweltliche Perspektive unterschieden – eine wertneutrale Perspektive und eine wertende Perspektive –, die im Englischen mit *disease* und *illness* ganz gut abgebildet werden können“ (25)

„Bezüglich der philosophischen Diskussion zwischen Normativismus und Naturalismus zum Krankheitsbegriff scheint es mir keinen Gegensatz zu geben. Ich glaube allerdings, dass in der logischen Struktur der Begrifflichkeiten *disease* der Vorrang zukommt, dieser also als Kernbegriff verwendet werden sollte. Somit wird ausgeschlossen, dass abgewertete Zustände, die aber keinen medizinisch-theoretischen, keinen wissenschaftlich feststellbaren Krankheitswert haben, plötzlich in den Bereich der Medizin überführt werden. Mit anderen Worten: Ich verteidige den Naturalismus als vorrangige Perspektive, nicht nur, weil es mir so plausibler und dem Sprachgebrauch angemessener erscheint, sondern auch, um die Medikalisierung einzudämmen. Doch muss zugegeben werden, dass der Streit über den logischen Vorrang der Begrifflichkeiten nicht abgeschlossen ist.“ (25)

3. Exkurs: Gibt es einen eigenständigen Krankheitsbegriff in der Psychiatrie? (Thomas Schramme)

Schramme, Thomas (2012b): "Die Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie", Deutsche Zeitschrift für Philosophie 6/2012, S.955-970

Stellt sich abschließend noch die Frage, ob der von Schramme formulierte naturalistisch / normativistische „Kompromiss“ der Verwendung der Begriffe Gesundheit/Krankheit auch für psychische Krankheiten Geltung beanspruchen kann. Diesem Problem hat sich der Autor in einen aktuellen Aufsatz gestellt, von dem hier nur das Ergebnis kurz skizziert werden soll.

Zunächst sei jedoch seine Lagebeschreibung in einem längeren Eingangszitat verdeutlicht:

„Einige Zeit, speziell in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts, war die Psychiatrie unter Druck, weil sie nicht in der Lage zu sein schien, zu zeigen, dass psychische Krankheiten tatsächlich existieren. ... Eine noch immer sichtbare Auswirkung dieser Debatte, die inzwischen mehr oder weniger zum Abschluss gekommen ist, ist die Vermeidung des Ausdrucks „Krankheit“ in der offiziellen Nomenklatur der Psychiatrie. Man spricht hier von *Störungen*, nicht von Krankheiten, beispielweise im DMS (Diagnostisches und Statistisches Manual der Psychischen Störungen) oder im ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), in der die psychiatrische Klassifikation ebenfalls als „psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet werden. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass hier versucht wurde, eine schon begrifflich allzu starke Nähe zur somatischen Medizin zu vermeiden, die eine entsprechende „harte“ Validität der einschlägigen Kategorien beziehungsweise zumindest den Ansatz von Erklärungen der nosologischen Einheiten in diesen Klassifikationssystemen erfordert hätte. Da die Psychiatrie bis heute diesem Ideal kaum entspricht, konnte man sich mit einem „weicheren“ Begriff aus der Affäre ziehen.

Die Kehrseite dieser Schwierigkeit besteht in der ebenfalls verbreiteten Somatisierung der Psychopathologie, kurz gesagt der Identifizierung von psychischen Störungen mit Gehirnerkrankungen ... Da wiederum Reales mit Beobachtbarem in eins gesetzt wurde, galt fortan die materielle Störung des Gehirns als das, was es idealerweise nachzuweisen gälte. Dieser Schachzug hatte etwas Schlagendes, zumal damit ein weiterer Aspekt der ursprünglichen Skepsis gegenüber dem Krankheitsbegriff in der Psychiatrie aus dem Feld geschlagen werden konnte. Denn dieser speiste sich aus dem vermeintlich nicht vorhandenen Ort der Störung, also dem Geist oder der Psyche. Wie soll man sinnvoll von wissenschaftlich validen Kriterien des Pathologischen ausgehen, wenn das geschädigte

Objekt /956/ scheinbar nicht existiert oder zumindest nicht von Störungen affiziert werden kann? Die Antwort bestand darin, den Bezug auf die Psyche, den Geist oder das Mentale zu streichen und nur noch über die Neurophysiologie, das Nervensystem oder das Gehirn zu sprechen. Die Somatisierung konnte also beide Probleme der Psychiatrie lösen - ihre angeblich mangelnde Wissenschaftlichkeit und die vermeintliche Irrealität ihrer Phänomene.“ (Schramme 2012b, 955)

„Gleichwohl scheinen die Verteidiger des psychiatrischen Krankheitsbegriffs sich tatsächlich in einem unangenehmen Dilemma wiederzufinden: Wenn sie die körperliche Manifestation psychischer Krankheit betonen, dann retten sie die Analogie zur somatischen Krankheit und damit die medizinische Terminologie. Gleichzeitig verlieren sie aber durch die Strategie offenbar die Besonderheit der psychischen Krankheit. Diese wird auf somatische Krankheit reduziert. Will man hingegen die eigenständige Redeweise von *psychischer* Krankheit (oder Störung) erhalten, so scheint das nur möglich zu sein, indem eine vom Körper unterschiedene Sphäre des Geistigen postuliert wird. Und diese Strategie wiederum führt scheinbar zu einem aus der philosophischen Mode gekommen Leib-Seele-Dualismus. Das vermeintliche Dilemma für die Verteidiger des Begriffs der psychischen Krankheit besteht also in der Wahl zwischen der Scylla der Reduktion und der Charybdis des Dualismus.“ (956)

Schramme sah also seine Aufgabe darin, in dem Artikel „überzeugende Argumente für die Eigenständigkeit des Begriffs der psychischen Krankheit zu suchen.“ Denn „dass das Nervensystem und insbesondere das Gehirn die Grundlage psychischer Zustände bildet, wird heute eigentlich von niemanden mehr bestritten.“ (957) Ja weiter noch: „Heutzutage ist man in der Lage, Hirnregionen mit bestimmten psychischen Fähigkeiten in Verbindung zu bringen, auch wenn nach wie vor keine eindeutige Zuordnungen möglich sind.“ (957) Aber einschränkend muss gesagt werden: „Die Philosophen, die die Identitätstheorie unterstützen, haben nur unzureichend erläutert, was genau sie unter psychischen Zuständen verstehen.“ Jedoch: „Selbst bei allem, was über das Gehirn bekannt ist, erscheint es hoffnungslos, einen solchen Zustand jemals mit einem neurophysiologischen Zustand in eins setzen zu können. Das Gehirn (aber auch der jeweils psychische Zustand) ist einfach zu komplex, um solche Identitäten zuschreiben zu können.“ (962)

Daraus zieht Schramme gegen den Reduktionismus den Schluss: „Die Tatsache, dass bestimmte psychische Phänomene als psychische Krankheit gelten, kann also nicht ausschließlich hirneurophysiologisch erklärt werden. Insofern halte ich die Aussage, psychische Krankheiten seien *Gehirnkrankheiten*, für verkürzt. Sie verschweigt, dass die Krankhaftigkeit auf der psychologischen Ebene erklärt und überhaupt erst erkennbar wird.“ (964)

Wo aber sieht er die Lösung. Schramme argumentiert in Richtung Lebenswelt: „Mentale Zustände werden üblicherweise in so genannte propositionale Einstellungen (zum Beispiel Wünsche, Überzeugungen, Hoffnungen, die jeweils einen Aussagegehalt zum Gegenstand haben) und Sinnesempfindungen (Schmerz, Wahrnehmungen etc.) eingeteilt. Diese Klassifikation benutzen wir, um uns Handlungen verständlich zu machen.“

„Zusammen ergeben diese Kategorien und Prinzipien eine offensichtlich brauchbare Basis für Erklärung und die Vorhersage von Verhalten. Es ist keine besonders ausgetüftelte Psychologische Theorie ... Sie wird kurz „Alltagspsychologie“ (*folk-psychology*) genannt. Schon vor Jahrhunderten ... haben Menschen sie, zumindest in ähnlicher Form, zur Interpretation ihres Verhaltens benutzt. Dennoch behauptet die Identitätstheorie, es gebe

eine Eins-zu-eins-Übereinstimmung neurophysiologischer Vorgänge (, ...,) mit der Taxonomie der Alltagspsychologie“, was offensichtlich nicht der Fall sein kann. (964)

„Zwar sind psychische Zustände auf der einen Seite keine nicht-physischen Zustände, da sie offenbar durch physische Vorgänge im Gehirn und Nervensystem realisiert werden. Auf der anderen Seite ist die Welt des Mentalen nicht vollständig physikalisch erklärbar.“ (965)

Also, „es ist fraglich, wie solch komplexe Situationen sinnvollerweise auf einer rein physischen Ebene beschrieben werden sollten. Insofern haben wir eine Erklärungsebene, die eigenständig und irreduzibel ist. Die Alltagspsychologie arbeitet auf dieser Erklärungsebene. Aber sind deren Erklärungen korrekt? Diese Frage wird von Vertretern des Eliminativen Materialismus (EM) verneint. Und nicht nur das: Sie ziehen zusätzlich den radikalen Schluss, dass die Zustände, die im Rahmen der Alltagspsychologie uns selbst und anderen Wesen zugeschrieben werden, nicht existieren. ... Propositionalen Einstellungen (...) wird die ontologische Legitimation entzogen“.

Schrammes schlussendliches Resümee lautet: „Die reduktiven und eliminativen Theorien zum Leib-Seele-Problem haben nicht überzeugt. Die reduktiven Vorschläge scheitern hauptsächlich an der mangelnden Entsprechung zwischen Typen mentaler und neurophysiologischer Zustände.“ „Die eliminative Position scheitert hauptsächlich an ihrer Zuschreibung überzogener Ansprüche an die Alltagspsychologie.“ (965)

Die Behauptung des EM, „dass die Alltagspsychologie als Theorie scheitert oder falsch ist, beruht offensichtlich auf der Annahme, sie würde mit der Neurophysiologie *konkurrieren*. Dann wäre sie ein geeigneter Kandidat für eine Eliminierung. Aber diese Unterstellung ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Erst müsste der Anspruch der Alltagspsychologie geklärt werden.“ (967)

„Die Alltagspsychologie arbeitet auf einer Makroebene, die Neurophysiologie auf einer Mikroebene. ... Die beiden erklären Phänomene einfach auf einer jeweils anderen Abstraktionsebene.“ (967)

Und die schließliche Schlussfolgerung: „Auf der Grundlage reduktiver und eliminativer Theorien wurde ein eigenständiger Begriff der psychischen Krankheit in Frage gestellt. Somit folgt aus der Zurückweisung dieser Ansätze die Möglichkeit einer eigenständigen Konzeptionalisierung psychischer Krankheit ... Allerdings erzwingen die Schwierigkeiten des Substanzdualismus, dass eine mögliche Erklärung psychischer Krankheit nicht völlig unabhängig von physiologischen Erkenntnissen sein sollte. Psychische und körperliche Phänomene gehören nicht *prinzipiell* getrennten Bereichen an.“ (968)

Jedoch: „Psychische Krankheit ist nicht auf Gehirnkrankheit reduzierbar, auch wenn psychische Phänomene ihre Basis im Gehirn haben.“

Ein zweiter Schlüssel so auch unsere Interpretation, findet sich im Alltagspsychologischen, soziologisch: der Lebenswelt (die ja immer auch Arbeitswelt ist), die gleichermaßen bearbeiten (einbezogen) werden muss, will man zukünftig krank machende Auswirkungen psychosozialer Belastungen vermeiden.

Literatur:

Boorse, Christopher (2012): Gesundheit als theoretischer Begriff, in: Thomas Schramme (Hrsg.) (2012c): Krankheitstheorien, Frankfurt: Suhrkamp, S. 63-110

Canguilhem, Georges (2013): Das Normale und das Pathologische, Berlin: August Verlag (Carl Hanser Verlag München 1976; Tb Ullstein 1977)(Erster Teil von 1943; neue Ausgabe Paris 1966)

Canguilhem, Georges (2004): Gesundheit – eine Frage der Philosophie, Berlin: Merve

Fröhlich, Günter (2008): Kritik der Gesundheit. Philosophische Überlegungen zu einem überstrapazierten Begriff, in: Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, Band 1, herausgegeben von Thorsten Kingreen, Bernhard Laux, Berlin/Heidelberg: Springer, S. 25-43

Goldstein, Kurt (1934): Der Aufbau des Organismus, Den Haag: Nijhoff (fotomech. 1963)

Jaspers, Karl (1965): Allgemeine Psychopathologie, Berlin u.a.: Springer (8. Aufl.)

Mazal, Wolfgang (2004): Krankheit als Rechtsbegriff, in: Nadia Mazouz, Micha H. Werner & Urban Wiesing (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden: Nomos, S.127-138

Parsons, Talcott (1958): Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure, in: E.G. Jaco (ed.), Patients, Physicians, and Illness, New York: Free Press, S.165-187

Schramme, Thomas (2000): Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit, Frankfurt.

Schramme, Thomas (2004): "Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in einem gerechten Gesundheitssystem", in: Nadia Mazouz, Micha H. Werner & Urban Wiesing (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden: Nomos 2004, S.71-84.

Schramme, Thomas (2012a): Gesundheit und Krankheit in der philosophischen Diskussion. Abschrift eines Vortrags, am 18.11.2011 an der Universität in Lüneburg, Hamburg http://www.philosophie.uni-hamburg.de/Team/Schramme/Manuskripte_/Vortrag%20Schramme%20Lueneburg.pdf

Schramme, Thomas (2012b): "Die Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie", Deutsche Zeitschrift für Philosophie 6/2012, S.955-970

Schramme, Thomas (Hrsg.)(2012c): Krankheitstheorien, Frankfurt: Suhrkamp