

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 25 (1969)

Rubrik: Diskussion

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

DISKUSSION I

R. TISSOT (Genève): Je remercie Monsieur SHEPHERD d'avoir évoqué simultanément une déclaration de Monsieur le Professeur VON MURALT, ancien président du Fonds national de la recherche scientifique, mettant en relief les difficultés de la recherche en Suisse et le tournant pour la recherche en psychiatrie qu'a marqué la mise en place en Grande-Bretagne du Service national de santé. Au moment où notre Gouvernement consulte les groupes économiques sociaux et politiques du pays sur l'avenir de l'assurance-maladie en Suisse, il me paraît important que l'Académie des sciences médicales enregistre ces constatations de fait.

Par ailleurs, j'abonde dans le sens du rapporteur quand il affirme que la recherche en psychiatrie ne se distingue par aucun caractère essentiel de la recherche scientifique en général. Que la prééminence du clinicien par rapport aux fondamentalistes dans son organisation doive être revue en conséquence, me paraît également exact, à une réserve près cependant. La recherche en psychiatrie est inséparable de l'organisation générale de l'assistance aux malades. Or, la préoccupation fondamentale de l'équipe psychiatrique dans son ensemble est la thérapeutique hic et nunc des malades, de tous les malades psychiatriques et le chercheur en psychiatrie doit rester intégré à l'équipe thérapeutique et vivre son travail comme tel. De cette façon, on évitera la situation dont certains pays nous donnent l'exemple: des unités de recherche où séjournent quelques malades triés sur le volet, voisinant avec des cliniques surpeuplées, presque sans médecins.

R. TISSOT (Genève): Il me semble y avoir une discordance entre le corps du rapport de Monsieur COHEN avec lequel nous pouvons tous nous déclarer d'accord, je pense, et ses prémices qui me paraissent discutables. Pour une classification, l'utilité est certes une qualité nécessaire, mais non suffisante. Il est des classifications vraies et fausses, si l'on admet que la vérité en science est toujours relative, mais non subjective pour autant. La classification des éléments dans le tableau périodique de MENDELEIEV est une classification vraie en chimie, comme celle des particules de la matière en physique, comme celle des monèmes en linguistique. Ces classifications sont fondées sur des relations répétables qui définissent des concepts opératoires ou opérationnels, si l'on préfère. Certes, en psychiatrie, nous subissons encore le règne du concept analogique aristotélien dans lequel, faute d'une définition opératoire, chacun projette ses vues personnelles, donc subjectives. Mais, comme le relevait Monsieur SHEPHERD, il serait extrêmement grave d'admettre que la psychiatrie se distingue ici par essence des autres disciplines et, à longue échéance, nous devons tendre à établir des concepts et des classifications opératoires. Pour ma part, tant que ce n'est pas possible, il me semble qu'il convient d'avoir recours aux concepts et aux classifications les plus intuitifs possibles. Leur objectivité est faible, mais elle est au moins assurée par l'identité de l'adaptation de notre système nerveux central au monde extérieur. Concepts et classifications ne sont alors rien d'autre que des conventions, mais qui ont la chance de réunir un large consensus avec le moins d'ambiguïté possible. On peut prendre ici l'exemple cher aux linguistes de la classification des couleurs. Tout a été dit sur sa subjectivité, c'est néanmoins une convention presque universelle.

Ces remarques ne conduisent pas à renoncer à l'usage de l'appareil mathématique, mais elles peuvent nous faire éviter dans ce dernier de confondre les moyens et les fins.

Ainsi, fonder ou réfuter l'existence d'un syndrome sur l'analyse de la covariance des corrélations ou l'analyse factorielle ne me paraît pas constituer une garantie d'objectivité ni d'utilité. Un neuropsychologue anglais, et non des moindres, s'est illustré en proclamant le caractère mythique du syndrome de Gerstman sur l'analyse des corrélations de ses constituants. Or, pour tout clinicien dont la pratique est suffisante, la réalité du syndrome de Gerstman ne fait pas de doute. Avec la même méthode, on démontrerait certainement le caractère mythique du syndrome maniaque comme de l'aphasie.

R. COHEN (München): Ich stimme völlig mit Herrn TISSOT überein, daß Nützlichkeit nur notwendig, nicht aber hinreichend für ein gutes Klassifikationssystem ist. Es bedarf auch wesentlicher, operational definierter Zuordnungsbestimmungen.

Fragwürdig erscheint mir aber TISSOTS Äußerung, solange wir nicht über gute, objektive Kriterien verfügen, sollten die Klassifikationsgesichtspunkte so intuitiv wie möglich sein. Intuitive Klassifikationen sind unerläßlich zur Stimulierung objektivierender Forschung; nicht selten glaubt man aber, sie könnten diese ersetzen und nicht selten haben sie sogar zu einer Hemmung der objektivierenden Forschung geführt. – Wie TISSOT sagte, können sie zu einem gewissen Konsensus führen und Ambiguitäten verringern. Führen sie nicht zu diesem Konsensus, hemmen sie den wissenschaftlichen Fortschritt, indem sie die Kommunikation stören. Führen sie zu diesem Konsensus, ohne entsprechend dem naturwissenschaftlichen Kodex nach Methoden objektivierender Prüfung zu suchen, können sie zu so gefährlichen Erscheinungen führen wie dem Glauben an Hexen und Dämonen, die man als «Ursachen» abnormen Verhaltens zur Not mit Feuer auszutreiben versuchte. Ich weiß nicht, ob manche der intuitiven Klassifikationen moderner Psychiater mehr Realitätsbezug als dieser Glaube haben. Intuition ist eine notwendige, gewiß aber keine hinreichende Bedingung für wissenschaftlichen Fortschritt. Sie kann diesen auch hemmen, indem sie scheinbare Klarheit an die Stelle sachbegründeter Ambiguitäten stellt. – Es gibt heute eine Vielzahl statistischer Methoden, objektiv erfaßte Symptome konfigural oder linear so zu kombinieren, daß sie intuitiv-ganzheitliche Urteile zu simulieren vermögen. Ihre breitere Anwendung in Zusammenarbeit von intuitiven Klinikern und naturwissenschaftlich orientierten Statistikern mag vielleicht eine Brücke schaffen über die Unterschiede zwischen TISSOTS und meinen Formulierungen. – Was die Wichtigkeit der zitierten Arbeit zum Gerstman-Syndrom anbelangt, bedürfte es einer genauen Kenntnis der untersuchten Bezugsgruppe und der verwendeten Verfahren, über die ich leider nicht verfüge.

H. HEIMANN (Lausanne): Ich möchte zu dem Vortrag von Prof. COHEN und dem Diskussionsvotum von Prof. TISSOT einige Bemerkungen machen:

1. Der pragmatische Standpunkt von Prof. COHEN, welcher Klassifikationen nach ihrer Brauchbarkeit und nach der Objektivität ihrer Kriterien beurteilt, erscheint mir beim heutigen Stand der Forschung in der Psychiatrie der einzig mögliche. Verhalten (auch subjektives Verhalten!) läßt sich nur in mehrdimensionalen Modellen erfassen, die Vorläufigkeitscharakter haben und auf den «Blickwinkel» der Untersuchung bezogen sind, wie Prof. COHEN so eindrucksvoll gezeigt hat. Wenn Prof. TISSOT das periodische System der Chemiker oder das Farbsehen als Modell einer «wahren» Klassifikation anführt, und der Meinung ist, die psychiatrische Forschung besitze analoge Möglichkeiten «wahrer» Klassifikationen, läßt sich – abgesehen von der erkenntnistheoretischen Problematik einer solchen Feststellung – dagegen einwenden, daß wir heute pathologisches Verhalten nicht auf ein anderes, z. B. physiologisches Bezugssystem, beziehen können, welches eine Kontrolle unserer Verhaltensklassifikationen erlaubt (analog von Farbqualität und Wellenlänge). Aufgabe der psychiatrischen Forschung ist deshalb in erster Linie eine Verbesserung der Objektivität der ihr zur Verfügung stehenden Klassifikationsmethoden.

2. Prof. TISSOT hat die Bedeutung der Intuition für die klinische Klassifikation hervorgehoben, die Prof. COHEN ja nicht vernachlässigt, jedoch zu Recht an den Anfang

des Erkenntnisprozesses gestellt hat. Die Begeisterung der Psychiater für die klinische Intuition ist im allgemeinen leider proportional zur Zahl unterschiedlicher klinischer Klassifikationssysteme und umgekehrt proportional zur Zahl systematischer Untersuchungen der empirischen Verifikation solcher Systeme, d. h. ihrer Objektivierung. Solange die Denkprozesse der intuitiven Klassifikation nicht hinreichend bekannt sind, ist es eine Aufgabe der psychiatrischen Forschung objektive, d. h. meßbare und kontrollierbare Kriterien der Klassifikation zu suchen. Nur auf diesem Wege lassen sich zuverlässige empirische Prädikatoren für die Therapie finden. Es ist meines Erachtens ein besonderes Verdienst des Referenten, die Schwierigkeiten dieser Aufgabe so klar und schonungslos herausgearbeitet zu haben.

3. Die klinische Tradition in der Psychiatrie kennt nicht nur die Auffassung pathologischer Erscheinungen als «diskrete Ereignisse», etwa den Gegensatz psychotisch/nichtpsychotisch als kategorialen Unterschied nach K. SCHNEIDER, sondern auch die Auffassung dieser Erscheinungen als kontinuierlich variierende Größen: Nach E. KRETSCHMER kann psychotisches Verhalten als Steigerung, als Extremvariante von Persönlichkeitstypen aufgefaßt werden, ein Ansatz, der für die statistische Erforschung pathologischen Verhaltens bisher fruchtbarer war als der Entweder-Oder-Standpunkt.

4. Prof. COHEN hat auf die fundamentale Schwierigkeit hingewiesen, daß wir sowohl im klinischen Sprachgebrauch als auch in den gebräuchlichen Testuntersuchungen Häufigkeit und Intensität der zu untersuchenden Phänomene kontaminieren. Ich möchte Herrn COHEN fragen, ob er eine Möglichkeit sieht, dieses Problem zu lösen.

R. COHEN (München): Darf ich zunächst Herrn HEIMANN für seine Ausführungen zu meinen Anschauungen danken. – Was die Vermischung von Häufigkeit und Intensität psychopathologischer Phänomene anbelangt, so glaube ich, daß sie entscheidend auf einer sprachlichen Vereinfachungstendenz unseres Denkens beruht, das eine Transformierbarkeit von Häufigkeiten in Intensitäten geschaffen hat. Wenn auch viele Testkonstrukteure dieser Vereinfachungstendenz gefolgt sind, so vermutlich, weil ihre Auftraggeber Maße wollten, die ihrem Denken entsprechen, wie kompliziert auch immer die realen Bezüge beschaffen sein mögen. Nur wenn wir den gewohnten Kategorien unserer Sprache gegenüber Abstand gewinnen und der tatsächlichen Vielfalt des realen Verhaltens größere Bedeutung beimessen, werden wir Aussicht haben, die genannte Kontamination zu vermeiden. Wer das tatsächliche Verhalten registriert, wird häufige Verbalinjurien nicht so leicht mit einem tödlichen Messerstich in dieselbe Kategorie packen, wie ein Rater, der nach «Aggressivität» gefragt wird; der wird auch die Anzahl richtig gelöster Rechenaufgaben nicht so leicht mit der Anzahl richtig definierter Wörter addieren, wie es die nach «Intelligenz» fragenden Leistungstests häufig tun – um noch eine andere Art sprachgebundener Kontamination zu nennen.

W. POELDINGER (Basel): I should like to ask Professor SHEPHERD, or to raise generally, a question concerning the problem of organizing a number of different research departments within a psychiatric hospital. The various investigations carried out are, of course, not without influence on the patient. This is true not only for the results of different forms of actual treatment, where it is often difficult to determine which was the decisive factor in bringing about recovery or improvement, when the patient has had for instance, drug therapy, psychotherapy, behavioural and occupational therapy at the same time. It is true also for example when different biological parameters are measured and related to the psychopathological manifestations. It will certainly affect the results if the patient is subjected to extensive psychological testing, say, on the same day as the biological studies are carried out. I should therefore like to ask the speaker how such difficulties can be avoided, or how, in organizing a multicentred research programme this problem can be taken into consideration.

M. SHEPHERD (London): The 'units' to which I referred in my lecture are concerned for the most part with problems of fundamental research in relation to psychiatry. Some of them are concerned with therapeutic investigations but at the present time

the most important work in this area is conducted under the aegis of the Committee on Clinical Trials in Psychiatry which initiates and co-ordinates large-scale evaluative studies of treatment. Because of the need for large, homogeneous populations in work of this type multi-centred studies often become necessary.

C. MULLER (Cery/Lausanne): Je voudrais poser la question au Professeur SHEPHERD dans quelle mesure, en recherche scientifique, il y a une différence à faire entre les malades hospitalisés et non hospitalisés?

M. SHEPHERD (London): The scientific study of extra-mural psychiatric patients demands the creation of a "social laboratory" where investigations can be pursued with the same scientific rigour as would be expected of biological inquiries. For the purpose it is necessary to have access to a defined population of known demographic characteristics which can serve as a sampling-frame. In the United Kingdom it is now national policy for all hospitals to accept some responsibility for a geographical 'area' in the community and the possibilities of research are becoming more widely recognised. For such research the techniques of the social sciences, e.g. sampling, social stratification, are of cardinal importance.

H. KIND (Zürich): Ich möchte einige allgemeine Bemerkungen machen. Das Thema des Symposiums lautet «Les problèmes actuels de la recherche en psychiatrie». Wenn man nun anhand der Vortragstitel schaut, welches diese aktuellen Probleme sind, dann heißen sie Dokumentation, Quantifizierung, Klassifizierung u.a. Zweifellos sind das dringliche Probleme und ihre einheitliche Lösung ein Erfordernis in einem großen Bereich der heutigen Psychiatrie, nämlich der Psychopharmakologie und Pharmakotherapie. Es gibt aber auch einen Bereich, wo diese Probleme unwesentlich bleiben, weil ganz andere Forschungsmethoden ihm angemessen sind, z. B. die phänomenologische Erforschung psychischer Leiden. Von da her muß man sich fragen, ob das Aufgeben der bisherigen Nosologie zugunsten statistisch erarbeiteter Syndrome, die im Vergleich zum unmittelbar am Kranken Wahrgenommenen leicht lebensfern wirken können, nicht eine neue Spaltung begünstigt; in einen naturwissenschaftlichen Bereich, der sich mit dem Erklären befaßt und unter anderem die Pharmakotherapie enthält, und einen phänomenologischen Bereich, der sich um Verstehen bemüht und dem die Psychotherapie nahesteht.

C. MULLER (Cery/Lausanne): C'est une vérité connue depuis longtemps que le subjectivisme de l'observateur qui fait de la recherche en psychiatrie joue un rôle prépondérant. Toutefois, nous ne devons pas nous laisser décourager de trouver avec des méthodes nouvelles, des variables dans le comportement humain qui soient comparables. Une fois ces points communs dépassant l'individualité bien fixés et étant arrivés ainsi à une typologie plus précise, nous pourrions aussi mieux retourner en arrière et fixer notre regard sur les impondérables personnelles et situatives. – Je ne pense pas qu'il y a une incompatibilité entre les méthodes quantitatives et biologiques dont nous avons beaucoup parlé aujourd'hui d'une part, et l'approche compréhensive du malade psychiatrique d'autre part.

R. COHEN (München) an Dr. Kind: Eine phänomenologische Erforschung psychischer Leiden muß jeder objektiven Klassifikation vorausgehen. Die objektive Klassifikation hat nicht zuletzt die Aufgabe, der kritischen Reflexion und eventuell Modifikation phänomenologischer Darstellung zu dienen. Je enger dieses Zusammenspiel zwischen «verstehender» und «erklärender» Bemühungen, um so schwerer wird es sein, zwischen den beiden «Richtungen» zu unterscheiden. Die statistische Forschung klinisch arbeitender Psychologen ist an der phänomenologisch-intuitiven Arbeit orientiert. Sie zielt auf eine sachbezogene Vereinheitlichung und ist um eine Überwindung gegenwärtig noch existierender Divergenzen bemüht. – Ohne Zweifel wirken viele der statistisch erarbeiteten Syndrome zunächst «lebensfern». Vielleicht sollten wir aber dieses Wort vermeiden,

da es allzu leicht mit negativ wirkendem Beigeschmack verbunden ist. Noch vor wenigen Generationen wurde elektrisches Licht als bedrohlich «lebensfern» empfunden, wir erleben es schon nahezu als «natürlich».

J. BANNWART (Luzern): Im Vortrage wurde die Trennung der geisteswissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Denkmethode vermißt. In der organischen Medizin ist das Modell von Descartes verwendbar; bei den psychiatrischen Krankheitsbildern aber nicht mehr, da hier Diagnosen zum Teil nur auf dem Wege des intuitiv-synthetischen Denkens gestellt werden können. Da es sich somit um qualitative Vorgänge handelt, ist die Vergleichsmöglichkeit und statistische Erfassung von Diagnosen eingeschränkt.

E. RINGWALD (Bern): An Herrn Prof. COHEN möchte ich die Frage stellen, inwiefern die Entwicklung der Psychopharmakologie dazu beigetragen hat, daß man heute insbesondere die einzelnen Symptome zu klassifizieren und quantifizieren versucht? Ist Prof. COHEN der Meinung, daß man heute die Klassifikation und die Quantifikation der nosologischen Einheiten vernachlässigt? Wenn ja – kann man diese Vernachlässigung der Entwicklung der Psychopharmaka-Behandlungen zuschreiben?

R. COHEN (München): Sicher hat die Psychopharmakologie wesentlich dazu beigetragen, daß man heute so intensiv eine Objektivierung und Quantifizierung einzelner Symptome anstrebt, um Kriterien für die Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Maßnahmen zu erstellen. Wir sollten dafür der pharmazeutischen Industrie dankbar sein. Ich bin aber überzeugt, daß sowohl die pharmazeutische Industrie als auch die behandelnden Ärzte nur froh wären, wenn sie ihre Entscheidungen nicht im Hinblick auf unzählige einzelne Symptome, sondern auf dem höheren Niveau nosologischer Einheiten fällen könnten. Insofern glaube ich nicht, daß die Entwicklung der Psychopharmaka den Fortschritt diagnostischer Klassifikation gehemmt hat, – sie hat nur dazu beigetragen, deren bisherige Mängel klarer darzulegen.

H. WALTHER-BÜEL (Bern): Im Anschluß an Diskussionsbemerkungen von TISSOT und KIND wird gegenüber der computermäßigen Merkmalerfassung betont, daß auch in der Psychopathologie die Gesetze der Gestaltpsychologie gelten und daß die Syndrome Gestalten und Ganzheiten sind, die durch noch so subtile Aufschlüsselung in Einzelercheinungen nie ganz wiedergegeben werden können.