

## Sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff?

### Vorbemerkungen

In diesem Buchbeitrag über den »Sozialpsychiatrischen Krankheitsbegriff« wird überraschenderweise der Begriff Sozialpsychiatrie nur in der Überschrift (mit einem Fragezeichen) und im letzten Absatz direkt angesprochen.

Es möchte sein, dass der Artikel aber immanent mit dieser Begrifflichkeit zu tun hat, ausdrücklich beschäftigt sich jedoch Erich Wulff zunächst mit seinen Hemmungen, in der Psychiatrie überhaupt von einem Krankheitsbegriff zu sprechen. Vorsichtig wie er ist, möchte er hier lieber eine Sichtweise, einen Blickwinkel, eine Perspektive des Psychiaters für möglich halten. Nach dem beziehungs- und literaturerwähnungsreichen Durchstreifen des Wissenschaftsbegriffs und der Anlehnung an die Entwicklung in der Somatik, der Doppelgesichtigkeit von körperlich und seelisch, wobei anerkannt wird, dass für Seelisches ein besonderes Resonanzorgan, nämlich das Gehirn, sich findet, kommt er zunehmend auf das ihn wohl damals eigentlich und im Wesentlichen Berührende, nämlich die Einführung von DSM-III R. Hier ergibt sich für ihn, dass der psychiatrische Krankheitsbegriff das Ergebnis von Machtkämpfen unter Interessierten ist. In dieser Hinsicht bekommen die Geräte- und die Psychopharmaka-Industrie ihr Fett weg.

Die wesentliche argumentatorische Kampfkraft wird dann gegen die taxonomisch-klassifikatorische Psychiatrie im DSM-III angewandt. Er wirft den Urhebern praktisch eine primitive Vereinheitlichung der Vielfalt von Erlebnissen und Verhaltensweisen vor, einen Ordnungsversuch zu unternehmen, der sich auf nichts »tatsächlich« zugrunde Liegendes, sondern bestenfalls auf hypothetische Krankheitsursachen und –einheiten als Kristallisationskern berufen könnte. Absurderweise wären dann Kriterien aus Mehrheitsbeschlüssen verschiedener dazu eigens berufener »Kommissionen« erwachsen. Wo gäbe es dann so etwas in der Medizin?! Im Gegensatz dazu wären solche Verfahren in der parlamentarischen Gesetzgebung wohl bekannt, dort gehe es aber nicht um Tatsachenfeststellungen, sondern um Normierungen. Um so etwas solle es dann wohl auch in der Festlegung diagnostischer Normen gehen, die man als empirische Tatsachen zu verkaufen suche.

20 Jahre nach 1968 beklagt Wulff vehement, dass der »taxonomische Eifer, den unsere Psychiatrie in kolonialer Dozilität von ihren US-amerikanischen Herren und Meistern übernimmt, nicht den geringsten therapeutischen Wert« habe. Bei all dem handele es sich praktisch um Magie und Hokuspokus, allerdings mit dem gefährlichen Aspekt, dass die Normierung auch dazu dienen könne, den jeweils Fremden zu pathologisieren. Bei dieser Legifizierung des Psychischen sei das psychiatrische Weltparlament, wie es sich gehöre und den Herrschaftsverhältnissen in der westlichen Welt angemessen, US-amerikanisch. Es werde ein Beitrag zur Verrechnbarkeit des Menschen geleistet und letztlich eine subjekthafte Kategorie, nämlich die Befindlichkeit als Kriterium von Gesundheit ausgeschlossen. Um das Ausgangsthema dann letztendlich abzurunden und auf den Punkt zu bringen, bestimmt Wulff psychische Gesundheit als Möglichkeit der Befriedigungsfähig-

keit, die auf der Artikulation einer somatopsychisch-psychosomatischen Austauschbeziehung innerhalb eines gesellschaftlichen Verhältnisses beruhe. Mithilfe solcher Kriterien könnte ein sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff sich artikulieren, an ihnen müsse er sich aber auch messen lassen.

Den Leser erfüllt an diesem Beitrag erneut mit Freude, wie intelligent, rhetorisch geschickt und kaltblütig unsere US-amerikanischen Kolonialherren, die sich auch und sogar auf psychiatrischem Gebiet entsprechend gerieren, entlarvend die Leviten gelesen werden. Leider sind die letzten 15 Jahre ohne Aufstand der (Psychiater)-Massen verlaufen, stattdessen feiert die Begeisterung der Nutzung von solchen Nomenklaturen, wie sie m. E. auch von Laien zu Anwendung gebracht werden könnten, neue Urständ.

*Gunther Kruse*

Je länger ich mich mit dem Problem psychiatrischer Krankheitsbegriffe beschäftige, desto unklarer wird mir, was damit überhaupt gemeint ist. Zunächst einmal setzt das Wort »Krankheitsbegriff« ja zumindest zweierlei schon voraus: Einmal, dass es sich um *Krankheiten* handelt, mit denen es die Psychiatrie zu tun hat. Wie wir alle wissen, ist dies – bezüglich zumindest weiter Teilbereiche ihrer Klientel – durchaus strittig, und zwar nicht nur dann, wenn man von einem der Körpermedizin entlehnten Krankheitsbegriff ausgeht. Zum Zweiten könnte das Wort »Krankheitsbegriff« aber auch den Eindruck erwecken, es handele sich hier um einen klar definierten Sachverhalt, um so etwas wie begriffliches Werkzeug, das als Handlungsanweisung im therapeutischen Prozess, oder, vorsichtiger ausgedrückt, für die Art und Weise, wie man mit seiner Klientel umgeht, verwendet werden kann. Dies Letztere mag für die einzelnen, konkreten Krankheitsdefinitionen (Schizophrenie; affektive Psychose, Borderline; Neurose; Persönlichkeitsstörung usw.) wenigstens teilweise zutreffen.

Der psychiatrische Krankheitsbegriff als Ganzer, d. h. dasjenige, was – wie auch immer – als psychisch krank und nicht gesund – definiert werden muss und wie es definiert wird, hat aber im Gegensatz zu den einzelnen Krankheitsdefinitionen, wie ich meine, einen eher latenten Charakter. Er wird vorausgesetzt, stellt zwar so etwas wie die Basis, die Leitlinie für konkrete Krankheitsdefinitionen dar, bleibt aber häufig bis zu einem gewissen Grade implizit, unausgesprochen. Ich habe deshalb auch gewisse Hemmungen, hier von einem Krankheitsbegriff zu sprechen. Vielmehr handelt es sich um eine Sichtweise, einen Blickwinkel, eine Perspektive des Psychiaters, der die Definitionsmacht hat, oder sich ihr unterwirft, auf psychisches Kranksein. Der Grund für das dergestalt Festgelegte ist somit eher an ihm selber als an seinen Objekten anzutreffen. Einen gewissen Be-

leg für diese These meine ich darin zu finden, dass viele Psychiater sich dagegen wehren, mit einem bestimmten Krankheitsbegriff identifiziert zu werden. Wenn man das tut, dann versuchen sie immer wieder zu belegen, dass sie die anderen Seiten ja auch nicht außer Acht lassen, und werden in ihren Argumentationen eigenartig diffus. Ihr Krankheitsbegriff hat nicht so sehr den Charakter einer bewussten Vorstellung, sondern stellt eher so etwas wie eine implizite Leitlinie ihrer Praxis dar: er ist deren unbewusste Struktur – ähnlich wie Levi-Strauss (1958) es für die Verwandtschaftsstrukturen als unbewusstes Muster der sozialen Praxis von Stammesgesellschaften herausgearbeitet hat. Sie explizit zu machen ist fast schon ein Tabuverstoß. Die Bestimmung, die Ausarbeitung eines psychiatrischen Krankheitsbegriffes hat deshalb schon als solche eine gewisse ideologiekritische Potenz: Sie stellt immer auch eine Art Demaskierung dar, dem Betroffenen wird eine Deutung darüber, was er tatsächlich und weshalb er es macht, an den Kopf geknallt. Dadurch wird es für ihn schwieriger, naiv weiter so fortzufahren. Wenn er ein alter Hase ist, dann fühlt er sich meist ungerecht behandelt und gekränkt und verbeißt sich in Trotz. Klarlegung von Krankheitsbegriffen hat deshalb, wie ich meine, als sinnvolle Adressaten eher diejenigen, die sich in ihrem Fach noch nicht festgelegt haben, die nach einer Perspektive, einer Sichtweise, oder auch nach einer Pluralität von Sichtweisen suchen. Die Diskussion um einen psychiatrischen Krankheitsbegriff – vielleicht um einen Krankheitsbegriff überhaupt – ist z.T. aus den eben dargelegten Gründen auch ein relativ spätes wissenschaftshistorisches Produkt. Sicherlich hat es Diskussionen über Krankheitsursachen schon lange gegeben, vielleicht so lange, wie es eine Medizin gibt. Aber die Herstellung eines expliziten Wissens darüber, was krank ist und was nicht, ist doch eher verhältnismäßig spätes Datum. Ich denke, dass ein solches Wissen bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts, ja vielleicht noch bis später, eher einfach vorausgesetzt wurde. Die Notwendigkeit, einen Krankheitsbegriff schließlich doch explizit zu bestimmen, hat, wie ich meine, in der Psychiatrie zwei Gründe gehabt:

1. Die entstehende Notwendigkeit, krankhafte und nichtkrankhafte Normabweichungen deshalb zu unterscheiden, weil für beide unterschiedliche institutionelle Verfahrensweisen und Einrichtungen vorgesehen wurden (Gefängnis versus Psychiatrisches Krankenhaus z.B.). Wieso die Notwendigkeit zu einer solchen Unterscheidung entstand, darüber kann man bei Michel Foucault (1969) und bei Klaus Dörner (1969) nachlesen.
2. Die Notwendigkeit, zwischen krank und nichtkrank zu unterscheiden, wurde mit der Einrichtung der Kranken- und Unfallversicherung, oder, noch allgemeiner gesprochen, mit der Institutionalisierung von Kostenträgern für Krankheit auch juristisch unabweisbar. Die Anstrengung um eine Definition des psychiatrischen Krankheitsbegriffes nach verbindlichen Kriterien, die aus diesen zwei Praxisanforderungen erwächst, kommt in den Arbeiten Kurt Schneiders (1955) besonders deutlich zum Ausdruck.

Ein weiteres, drittes Erfordernis mehr berufspolitischer Art

tritt später hinzu: es erwächst aus dem Streitigmachen zumindest eines Teiles der Psychoklientel durch Repräsentanten psychoanalytischer bzw. psychotherapeutischer Verfahren. Gerade dort also, wo sehr deutliche Anstrengungen gemacht werden, psychisches Kranksein als solches begrifflich genau zu fassen, gerade dort ist zumeist eine praxisorientierte Genese solcher Begriffe, einschließlich eines dahinter stehenden Interesses, hinter diesen Begriffen selbst verborgen.

Ich will jetzt versuchen, einige Krankheitsbegriffe, die in der Psychiatrie von Bedeutung sind, etwas klarer zu fassen. Dazu gehört an erster Stelle der biologische – oder somatisch-medizinische – Krankheitsbegriff.

Vielfach wird behauptet, er sei in der Psychiatrie bis heute noch herrschend. Ich werde zu zeigen versuchen, dass dies nur noch zur Hälfte stimmt. Erinnerung sei zunächst aber daran, was Klaus Dörner in seinem Buch »Bürger und Irre« (1969) schon herausgearbeitet hat: dass nämlich der somatische Krankheitsbegriff gegenüber Vorstellungen, Verrücktheit und Wahn seien das Werk teuflischer Mächte bzw. göttlicher Erleuchtung, erst erkämpft werden musste. Er hatte allerdings auch innerhalb einer solchen magischen Medizin schon Vorläufer. Denn auch bei dieser finden wir bereits zwei Varianten. Die eine, wonach die genannten übernatürlichen Mächte den »Geist« oder die »Seele« des Betroffenen unmittelbar in Besitz nehmen bzw. sie sogar, indem sie sich an ihre Stelle setzen, aus dem Körper vertreiben (das Modell der Besessenheit also, wenn man will) – und eine andere, wonach sie auf vorhandene Körper- und Seelenkräfte einwirken, indem sie z.B. zwischen diesen eine Disharmonie bewirken usw. Diese letztere Interpretationsweise setzt einen Körper bzw. eine verleiblichte Seele, auf die sich solche überirdischen Kräfte auswirken, schon voraus. Dem Körper – und der verleiblichten Seele – wird auch eine gegenüber übernatürlichen Mächten abgehobene Eigengesetzlichkeit zugeschrieben. In dieser zweiten Variante ergibt sich also, trotz des immer noch sehr engen Zusammenhanges, auch schon ein erstes Auseinandertreten von Irdischem und Überirdischem, Natürlichem und Übernatürlichem. Neben überirdischen Einwirkungen auf die »Seele« werden so auch »natürliche« denkbar.

Auf dieser elementaren Ebene besagt »Biologisches« also zunächst nicht viel anderes als einen der reproduzierbaren Erfahrung zugänglichen Bereich, der »körperlich« und »seelisch« zugleich ist, ebenso wie er »Natürliches« und »Übernatürliches« verbindet. Züge dieser Doppelgesichtigkeit lassen sich mit wechselnder Akzentuierung durch die gesamte abendländische Philosophiegeschichte verfolgen. Sie finden sich noch im Seelen- und Ich-Begriff Descartes'. Für ihn ist der ausgedehnte Raum die Domäne des Körperlichen. Ihm gegenübergestellt – als Domäne des Geistes – wird der Vollzugsakt des Denkens (und ich füge hinzu, des Erlebens), der notwendigerweise mit dem Charakter des Ichs – im Sinne des französischen Je, nicht des Moi – verknüpft ist. Descartes formuliert diese »geistige« Substanz deshalb auch in ihrem Aktcharakter als Partizip, er nennt sie *Res cogitans*.

Gleichwohl legt Descartes zwischen diese Dualität eine Brücke: Die Seele – als Agens der Vernunft – hat für ihn auch einen Sitz, ist also – in der *Res extensa* – *lokalisierbar* (für Descartes war der Sitz der Seele die Zirbeldrüse). Dieser Sitz ist aber besonderer Art, er ist eben der Sitz der *Seele*, d. h. des *Denkens* selber, als unausgedehntem Akt, das gerade jene Ausgedehtheit als *Res extensa* erst denkt. Wenn Descartes auch kein Dialektiker war, ist in dieser Denkfigur doch schon ein Keim für die Artikulation der Dualität von Körper und Seele in Form eines dialektischen Verhältnisses zwischen ihnen angelegt. Explizit oder implizit dialektisch bleibt die Vorstellung zwischen Körperlichem und Seelischem dann über Hegel und die Naturphilosophie, über die Schulen der Somatiker und Psychiker, bis zu Pinel (1801) und Griesinger (1872): Für diesen Letzteren sind alle Geisteskrankheiten, wie wir wissen, Gehirnkrankheiten, werden aber zumeist gleichwohl durch soziale oder seelische Einwirkungen verursacht. Dies bedeutet letztlich nichts anderes, als dass es für Seelisches ein besonderes Resonanzorgan, nämlich das Gehirn, gibt. Die Vorstellung, dass alle Geisteskrankheiten an diesem Resonanzorgan beginnen, also primär von innen kommen, war Griesinger (1872) noch völlig fremd. Sein Krankheitsbegriff, den er nie ausdrücklich expliziert hat, ist vielmehr ein dialektisch-materialistischer, oder, medizinisch gefasst, ein ebenso somatopsychischer wie psychisch-somatischer. Erst durch den Monismus Ernst Haeckels, inspiriert durch die Wiederentdeckung der Mendelschen Gesetze durch de Vries, Correns und Tschermak, um die Jahrhundertwende, machte sich dann zunehmend ein mechanistischer Materialismus in der Psychiatrie breit, der bei Kraepelin (1920), wenngleich auch da noch nicht völlig ungebrochen, deutlich erkennbar wird. Für Kurt Schneider (1955), den Vordenker des klassifikatorisch-taxonomischen Krankheitsbegriffes, von dem noch die Rede sein wird, gilt schließlich nur dasjenige als psychisch krank, was entweder am Körper selbst beginnt, oder aber doch zumindest durch eine körperliche Einwirkung auf ihn (letztlich auf das Gehirn) hervorgerufen wird. Der dialektische Zusammenhang zwischen Somatopsychie und Psychosomatik wird also preisgegeben zugunsten lediglich somatopsychischer Modellvorstellungen. Es ist in diesem Zusammenhang vielleicht auch interessant, darauf hinzuweisen, dass in der viel später entstehenden Psychosomatik eine parallele Entwicklung, nur in umgekehrter Richtung, einsetzte: dort wurden somatopsychische Überlegungen, wie sie beispielsweise noch für Viktor von Weizsäcker (1943) selbstverständlich waren, zunehmend zugunsten ausschließlich psychosomatischer preisgegeben. Schließlich entwickelte sich die Psychosomatik sogar in einem Feld, in dem praktisch ausschließlich noch psychophysische Einwirkungen thematisiert wurden und Somatisches, wenn überhaupt (wie z. B. bei Konversionshysterien), ausschließlich als symptomhaftes Epiphänomen betrachtet wurde. Die mühsam erkämpfte und lange aufrechterhaltene Einsicht, dass das Subjekt ebenso wie als gesellschaftliches auch als psychosomatisch-somatopsychisches Verhältnis zu begreifen sei, viel-

leicht noch genauer ausgedrückt, als subjekthafter Artikulationsakt dieses Verhältnisses, war damit preisgegeben.

Weshalb der biologische Krankheitsbegriff als *biologistischer* in der Psychiatrie – wie im Übrigen in der gesamten übrigen Medizin – herrschend werden konnte, darüber ist in den letzten 20 Jahren viel nachgedacht worden. Ich erinnere hier insbesondere an Wolfgang Haugs Buch »Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts« (1986), in welchem die Gründe dafür anhand vor allem des Psychopathiebegriffes dargelegt werden. Eine solche Entwicklung hat aber außer ideologie-theoretisch festmachbaren sicher auch noch viele andere Gründe.

Hierzu wären zu zählen die zunehmende Bedeutung der Methodik, des Verfahrens, die wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Macht der Produzenten solcher Verfahren (im biologischen Bereich die Pharma-Industrie, aber auch die Geräte-Industrie, im psychotherapeutischen Bereich die entsprechenden Fachgesellschaften). So ist der psychiatrische Krankheitsbegriff, der sich durchsetzt, wie ich denke, auch immer das Ergebnis von Machtkämpfen unter Interessierten, und seine jeweiligen Formulierungen sind immer auch deren Angriffs- oder Verteidigungspositionen. Dabei kann es auch zur Aufteilung von Revieren kommen, wie dies in der gegenwärtigen psychiatrischen Landschaft auch deutlich sichtbar ist: Der Löwenanteil ist durch den biologischen Krankheitsbegriff urbar gemacht, er dient – vorläufig noch vor allem im Bereich der Forschung – der Geräte-Industrie, im Bereich der Therapie der Psychopharmakologie – und er hat auch eine ideologisch-unterwerfende Funktion. Randgebiete können durch einen mehr psychologisch-psychotherapeutisch orientierten Krankheitsbegriff beackert werden und stehen dann psychotherapeutischen Eingriffen offen. Worauf es dabei ankommt, sind nicht Übergänge, Zwischenbereiche, Artikulationen, Verknüpfungen, sondern möglichst nachvollziehbare Abgrenzungen.

Vielleicht aber interessanter als der geschilderte Dualismus von biologischem und psychologischem Krankheitsbegriff in der Psychiatrie scheint mir die Entwicklung eines dritten, vorläufig noch weitgehend latenten, sich selbst kaschierenden Krankheitsbegriffes zu sein, den ich den taxonomisch-klassifikatorischen nennen möchte. Weder gegen eine psychotherapeutisch noch gegen eine biologisch arbeitende Psychiatrie lässt sich ja im Grunde etwas einwenden. Körperliche und psychische Einwirkungen, wenn sie nur differenziert genug sind und im Dienste einer »Medizin des Subjektes« stehen – in einem Sinne, der von Viktor von Weizsäcker (1943) bis Klaus Holzkamp (1983) reicht – können gleichermaßen hilfreich sein. Auch wenn viele der gegenwärtig geübten somatischen und psychotherapeutischen Heilverfahren im Bereich der Psychiatrie diesem Kriterium noch nicht gerecht werden, sind Forschungen, auch und gerade biologisch inspirierte, die sich auf zerebrale Funktionen im weitesten Sinne beziehen, deshalb nur zu begrüßen: allerdings auch nur dann wenn sie den Forschungsbereich nicht völlig für sich monopolisieren und sich nicht biologisch ideologisieren lassen. – Die Entwick-

lungslinie zum taxonomisch-klassifikatorischen Krankheitsbegriff, der, wie ich fürchte, in der Psychiatrie – auch auf Kosten des Biologischen ebenso wie des Psychotherapeutischen – zunehmend herrschend wird, scheint mir hingegen eher anzuzeigen, dass die therapeutischen Hoffnungen, und noch viel mehr die Utopie, das Geheimnis des Seelischen eines Tages ganz als neurophysiologische Funktion zu demystifizieren – eine Utopie, die Berger (1963) und Freud im Übrigen teilten – von der herrschenden Psychiatrie – und das heißt, von deren gesellschaftlichen Auftraggebern – inzwischen weitgehend fallen gelassen worden sind.

Ihren wesentlichen Ausdruck findet diese taxonomisch-klassifikatorische Psychiatrie im DSM-III sowie in dessen neuester Variante, dem DSM-III R. Was auf den ersten Blick wie eine bessere Einsicht erscheinen könnte, nämlich die teilweise Einklammerung hypothetischer Ursächlichkeiten und die Konzentrierung auf Operationalität, erweist sich bei näherer Betrachtung gerade als Mystifikation. In diesem Werk werden für nosologische Diagnostik Ausschluss- und Einschlusskriterien von Merkmalen präsentiert, die sich auch quantifizieren lassen. Sind keine Ausschlusskriterien vorhanden, wohl aber die festgelegte Anzahl von Einschlusskriterien, so entsteht die Verpflichtung zur Stellung einer bestimmten Diagnose. Auf diese Weise soll eine – weltumspannende – Einheitlichkeit nicht nur der diagnostischen Kategorien, sondern auch des Vorgehens bei der diagnostischen Klassifizierung im Bereich der Psychiatrie garantiert werden.

So etwas erscheint auf den ersten Blick einleuchtend. Das Verfahren ist von Computerprogrammen inspiriert, wie sie für somatische und Labordiagnostik im Bereich der körperlichen Krankheiten schon lange existieren. Der Unterschied im Vergleich zur Psychiatrie besteht allerdings darin, dass es sich in der Körpermedizin zumeist um reale Krankheitseinheiten handelt, bei denen Ausschlusskriterien und Einschlusskriterien durch Erfahrung – darunter verstehe ich auch forschende Erfahrung – tatsächlich freigelegt worden sind. Bestimmte Formen des Liquorbefundes, zusammen mit bestimmten psychopathologischen Kriterien (z.B. Demenz, Größenwahn, Distanzverlust und Euphorie, evtl. auch eine maniforme Hochstimmung), eventuell einhergehend mit einer luetischen Anamnese, würden schon mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer progressiven Paralyse erlauben, ja verbindlich machen. Die Feststellung von Spirochäten im Liquor würde, bei dem entsprechend psychopathologischen Bild, den Aufweis der übrigen somatischen Symptome überflüssig machen. Hier ließen sich tatsächlich nicht nur verbindliche, sondern auch reale pathologische Vorgänge abbildende Aus- und Einschlusskriterien formulieren, die dann auch durchaus sinnvollerweise computerisierbar würden.

Wie wir alle aber wissen – Pflanz u. Lambelet (1969) haben dies näher dargelegt –, fehlen für den weitaus größten Bereich der Psychiatrie verbindliche Außenkriterien, die einen gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen einer Krankheitseinheit und ihren Symptomen festzulegen erlaubten. Vielmehr registrieren

wir psychische Erscheinungen, bei denen schon als solchen vielfach erst durch Wertung festgelegt werden kann, ob es sich bei ihnen überhaupt um Krankheitssymptome handelt. Eine solche Wertung ist oft nur aus dem kulturellen und biografischen Kontext, in welchem sie aufgetreten sind, zu gewinnen. Aber selbst wenn man von diesem Problem absieht, der Vorweg-Etikettierung einer bestimmten Anzahl von ihnen als pathologisch also beistimmt, gibt es keine sich aus Außenkriterien ergebende und durch diese verifizierbare regelhafte Gruppierung solcher Krankheitserscheinungen zu Krankheitseinheiten, noch nicht einmal in Form eines Musters. Diese Form der psychiatrischen »Diagnostik« stellt also nichts anderes als einen begrifflich-klassifikatorischen Ordnungsversuch einer Erscheinungsvielfalt von Erlebnissen und Verhaltensweisen dar, der sich auf nichts »tatsächlich« Zugrundeliegendes, sondern bestenfalls auf hypothetische Krankheitsursachen und -einheiten als ihre Kristallisationskerne berufen kann. Es handelt sich somit um ein rein begriffliches – und damit im Prinzip auch vielfältig definierbares – Subsumptionsverhältnis, in welchem die »Krankheitserscheinungen« zur Krankheitsdiagnose stehen. Das war auch schon bei Kurt Schneider (1955) so. Dieser suchte aber noch nach einem vereinheitlichenden, vorläufig allerdings nur zu unterstellenden somatischen Bezugspunkt. Dies wird jetzt stillschweigend preisgegeben. So ist es, wie ich meine, auch kein Zufall, dass sowohl die diagnostischen Einheiten als auch die zu ihrer Diagnose erforderlichen Einschluss- und Ausschlusskriterien des DSM-III nicht so sehr Ergebnisse von Forschung waren, die sich aufgrund der ihnen innewohnenden Notwendigkeit durchgesetzt haben, ja noch nicht einmal Ergebnisse übereinstimmender Erfahrung, sondern vielmehr aus Mehrheitsbeschlüssen verschiedener dazu eigens berufener »Kommissionen« erwachsen. Per Abstimmung wurde nicht nur festgelegt, welche Diagnosen es überhaupt geben soll, sondern auch, wann es sich um Borderline, wann um Schizophrenie, wann um Manie oder endogene Depression usw. handeln sollte. Ein solches Verfahren ist ansonsten in der Medizin ziemlich unüblich. Ich wüsste nicht, dass durch Mehrheitsbeschluss festgelegt worden sei, wann man von Diabetes mellitus, wann von Pneumonie, wann von einem Magenkrebs sprechen soll, wenngleich auch hier Randunschärfen der Diagnostik bestehen. Demgegenüber sind solche Verfahren in ganz anderen Bereichen – beispielsweise bei der parlamentarischen Gesetzgebung – wohl bekannt – d. h. überall dort, wo es nicht in erster Linie um Tatsachenfeststellungen, sondern um Normierungen geht. Auch dagegen ließe sich, auf den ersten Blick jedenfalls, nichts sagen: wenn diese Tatsache von den Taxonomen ehrlich eingestanden würde. Das erste Problem liegt aber schon darin, dass sie ihre diagnostischen Normen – als solche muss man sie bezeichnen – als empirische Tatsachen zu verkaufen suchen, und zwar, im Unterschied etwa zu der Kraepelin'schen und z.T. auch der Schneider'schen Diagnostik, jetzt auch noch als solche, die durch ihre Operationalisierbarkeit den Anschein eines besonders hohen wissenschaftlichen Ranges beanspruchen dürfen. Milde gesagt, handelt es sich aber bestenfalls um Definitionen,

deren Realitätsbezug höchst unsicher und unterschiedlich ist, etwas schärfer ausgedrückt, um ein Begriffsspiel, das sich um bloße Pseudoexaktheit bemüht: womit ich mit Pseudoexaktheit eine solche verstehe, die sich lediglich auf Begriffe, nicht aber auf das Verhältnis dieser Begriffe zu der von ihnen angeblich gefassten Realität bezieht. Etwas gelehrter ausgedrückt: Die »Wahrheit« dieser Begriffe ergibt sich nicht aus einer *adaequatio rei et intellectui*, einem Angleichungsprozess der Vernunft an die Wirklichkeit, sondern schon aus einer Angleichung der Vernunft an sich selber: d. h. an ihre definitionsmächtige Variante.

Der zweite, schwerwiegende Mangel hängt mit dem ersten zusammen. Nur Begriffe, die sich einigermaßen exakt auf eine ihnen zugrunde liegende Wirklichkeit beziehen, geben realitätsbezogene Handlungsanweisungen ab. Nun gibt es zweifellos einen Bereich menschlicher Realität, der durch begriffliche Definitionen weitgehend, wenn auch nie vollständig, geprägt wird: Es sind dies die Bereiche des Rechts, der verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen, auch all dessen, was Louis Althusser (1976) die »ideologischen Staatsapparate« nannte. Hier schaffen begriffliche Setzungen, wenn sie mehrheitlich akzeptiert werden, eine eigene, zweite Realität. Innerhalb dieser geben solche Begriffe deshalb dann auch Handlungsanweisungen ab. Taxonomen stehen deshalb, wie ich denke, vor einem Dilemma: Entweder sie behaupten, mit ihren Begriffen ein Stück naturhafte, von ihren eigenen Definitionen weitgehend unabhängige Wirklichkeit wiederzugeben, die sie mit diesen Definitionen nur einfangen wollen: Dies ist aber, wie gesagt, eine pure Annahme, die durch keinerlei Tatsachen belegt werden kann; sie widerlegt sich vielmehr selber durch die von ihnen gewählte mehrheitlich dekretierende, legislative Verfahrensweise. Oder aber sie müssen zugeben, dass es sich bei dem, was sie tun, tatsächlich im Wesentlichen um Normierungen handelt, ähnlich wie bei DIN-Normen. Dann müssen sie nicht nur die zugrunde liegende Wirklichkeit weitgehend preisgeben, sondern sich auch wie Gesetzgeber danach fragen lassen, wozu diese Normierung gut ist. Ärztliche Handlungsweisen kann sie ihrer Natur nach gar nicht geben, anders als die Definition mancher einzelner (Krankheits-)Erscheinungen, die als ihre Merkmale subsumiert werden. Wenn ich ggf. in Verbindung zu dem oder jenem Verlauf, diese oder jene (Krankheits-)Erscheinungen festgestellt habe, und andere fehlen, dann kann ich, nach dem Prinzip des DSM-III zwar (vereinbarungsgemäß) sagen, es handele sich um die und die Krankheit. Dem kann ich aber nicht viel mehr entnehmen, als dass dies eben nur vereinbarungsgemäß besagt, dass die und die Erscheinungen und der und der Krankheitsverlauf zu ihr gehören und andere nicht. Die Beziehung zwischen diesen Erscheinungen und Verläufen (vom DSM-III als Merkmal formuliert) zur Krankheitsdiagnose ist also weder tatsächlich objektivierbar, noch auch nur erfahrungsbegründet. Vielmehr handelt es sich um eine konventionelle Designation. Dies bedeutet aber gerade: Die Diagnose erlaubt keine weiteren Schlussfolgerungen über diejenigen hinaus, die aus den Einzelmerkmalen, den (Krankheits-)Erscheinungen,

dem bisherigen (Krankheits-)Verlauf, die vereinbarungsgemäß zur Diagnose führten, nicht auch schon hätten gezogen werden können.

Der taxonomische Eifer, den unsere Psychiatrie in kolonialer Dozilität von ihren US-amerikanischen Herren und Meistern übernimmt, hat also nicht den geringsten therapeutischen Wert. Eine solche Diagnostik eignet sich noch nicht einmal für forensische Zwecke, beispielsweise im Bereich der Beurteilung der Schuldfähigkeit, falls die dort gestellten Aufgaben, Steuerungsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit zum Tatzeitpunkt tatsächlich zu beurteilen, ernst genommen werden. Dort – wie auch bei der Therapie – käme man mit Symptombeschreibungen, psychodynamischen Kategorien und biografischen Analysen viel weiter. Dennoch muss, was wissenschaftlich gesehen nichts anderes als Magie und Hokusfokus ist, nämlich der Versuch, durch Reglementierung des Wortgebrauches Wirklichkeit herbeizubeschwören, für irgendjemanden gleichwohl eine wichtige Funktion erfüllen. Sonst wäre es unerklärlich, wie diese taxonomische Mode sich weltweit hat durchsetzen können. Dazu habe ich nur wenige Ideen. Zunächst einmal ist offensichtlich, dass die »operationalisierbaren« Kriterien des DSM-III eine eindeutig *dekulturierende* Funktion erfüllen. Sie abstrahieren von kulturellem, historischem, biografischem Kontext (Wulff 1978). Die meisten niedersächsischen Beurteiler würden beispielsweise einen Großteil aller Südeuropäer als unter einer »histrionischen« Persönlichkeitsstörung leidend einstufen, während sie von Beurteilern südlichen Temperaments aller Wahrscheinlichkeit nach das Etikett einer schizoiden Persönlichkeitsstörung aufgedrückt bekämen. Diese Normierung erlaubt es also, den jeweils Fremden zu pathologisieren. Sie stellt einen Versuch dar, operationalisierbare Wissenschaftlichkeit in den Dienst von Vorurteilen zu nehmen, ist eine Art Selbstbedienungsladen für die Verwissenschaftlichung von Vorurteilen. Dabei kommt es auf Normierbarkeit als solche offenbar mehr an als auf den Inhalt der Normen. Interessant wäre es, etwas über die ethnische Herkunft der für die Definition dieser beiden Diagnosen zuständigen Kommissionsmitglieder zu erfahren und über die Art und Weise, wie die zustande gekommenen Kompromisse ausgehandelt worden sind – ähnlich wie wir es heute über das Zustandekommen beispielsweise der neuen §§ 20 und 21 StGB auch wissen. In eine noch radikalere Abnormität sind durch den DSM-III Erscheinungen wie stark imaginatives bis zum halluzinatorischen reichendes Erleben, aber auch dasjenige magischer Beziehungssetzungen abgedriftet worden. Was in anderen Kulturen in bestimmte Lebensumstände hineingehören kann, wird von diesem Jahrhundertwerk – kulturunabhängig – als Psychosemerkmal katalogisiert. Hier handelt es sich allerdings nicht um Diagnosen, sondern um die dekulturierende Abstraktion von Einzelercheinungen aus ihren Kontexten, mit dem Zweck, sie zu generalisierbaren Merkmalen zurechtstutzen zu können.

Um es auf einen Nenner zu bringen: Ich habe den Eindruck, dass solche taxonomischen Normierungsversuche im Wesentlichen die Funktion haben, kontextunabhängige Persönlich-

keitsentwicklungen und Verhaltensweisen obligatorisch zu machen, die von einem psychologisch-psychiatrischen Gesetzgebungsorgan als Normen dekretiert werden. Es handelt sich um die Legifizierung des Psychischen. Den Herrschaftsverhältnissen in der westlichen Welt durchaus angemessen, ist dieses psychiatrische Weltparlament US-amerikanisch. Solche Forderungen – nach einer Legifizierung des Psychischen – sind so absurd nicht, wie sie auf den ersten Blick anmuten mögen. Weltweit ist in der Tat eine weitgehende Akkulturation an Produktionsformen zu beobachten, die von kapitalistischer Hightech dominiert werden. Kulturelle, aber auch regionale Kontexte werden zunehmend annulliert, außer Kraft gesetzt, leben allenfalls als uneinlösbare Sehnsüchte, als imaginäre Identitäten, als kulturelles Unbewusstes weiter fort. Natürlich ist die Frage offen, ob die Psychologie mit ihren Testbatterien nicht auch schon lange ähnliche Kontext-annullierende Taxonomien geschaffen hat, ja ob diese nicht sogar zu einem Vorbild für den DSM-III geworden sind.

Ein weiterer Grund für solche Klassifikationen und hier meine ich nicht nur den DSM-III – könnte die – hoffentlich irrige – Hoffnung sein, eines Tages prognostische Schlüsse nicht über einzelne Kranke, aber über die so definierten Kollektive ziehen zu können. Vielleicht ließe sich errechnen, was durchschnittlich aus den unter die diagnostischen Einheiten subsumierten Individuen später wird. Dies könnte versicherungstechnischen Berechnungen, Arbeitsvermittlungen, möglicherweise auch Vermietungen oder Kreditgewährungen, Bewilligungen von Fördermaßnahmen gewisse Anhaltspunkte geben. Bestimmte Entscheidungen (wie viel Versicherungsbeitrag für welches Risiko zu zahlen ist; ob ein Kredit und unter welchen Zinsen zu gewähren wäre; welche Priorität eine Wohnungsgesellschaft welcher Gruppe von Wohnungssuchenden gibt, ja was für Ausbildung oder Rehabilitation zu investieren wäre) brauchten sich dann nicht dem Vorwurf der Vorurteilsbedingtheit auszusetzen, sondern wären durch ökonomische Rationalität legitimiert. So sehe ich den »Haupt«-Gewinn einer solchen taxonomischen Ordnung auch darin, dass sie versucht, zur allgemeinen Durchsetzung einer solchen ökonomischen Rationalität – durchaus auf Kosten der einzelnen Individuen – beizutragen. Wenn, was herauskommt, manches auch für den Einzelnen nicht stimmt, für die Gruppe ergeben sich eines Tages möglicherweise dann doch hinreichende Wahrscheinlichkeiten, um eine ökonomisch vernünftige Entscheidungsbildung möglich zu machen. Dies alles konnte die bisherige psychiatrische Diagnostik – mangels Operationalisierbarkeit – nicht leisten, sie war dafür allzu anfechtbar. Die neue wird so zu einem – wenngleich immer noch ziemlich dürftigen – Beitrag zur Verrechenbarkeit des Menschen. Es ist, meine ich, deshalb auch wenig angebracht, sich über ihre Überspitzungen und Unvollkommenheiten lustig zu machen: Wichtig ist, dass damit auch in der Psychiatrie ein neuer Weg beschritten wurde. Wenn man daran denkt, dass Krankenkassen, Kostenträger usw. in Zukunft nicht nur die Klassifizierung nach einem Werk wie dem DSM-III obligat machen können, sondern auch die

Benutzung der operationalisierbaren Kriterien, um zu solchen Diagnosen zu kommen, dann wird einem klar, dass dasjenige, was zunächst als Hokusfokus erscheint, eines Tages durchaus die Form materieller Gewalt gegen die davon Betroffenen annehmen kann.

Vielleicht lassen sich nach diesen kritischen Begriffsbestimmungen nun doch einige Vorstellungen entwickeln über einen realitätsbezogenen sozialpsychiatrischen Krankheitsbegriff. Dies setzt allerdings schon eine Idee darüber voraus, was denn unter psychischer Gesundheit zu verstehen sei. Die Weltgesundheitsorganisation hat sich dazu ja geäußert und Gesundheit als vollständiges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden definiert. Davon wird festzuhalten sein, dass hier letztlich eine subjektive Kategorie, nämlich die Befindlichkeit, zum Kriterium von Gesundheit genommen wird: Allerdings eben nicht nur als seelisches Wohlbefinden – dies könnte man bei einem Heroinabhängigen im Moment des goldenen Schusses ja auch voraussetzen –, vielmehr wird auch körperliches Wohlbefinden (als vom seelischen abgehobenes) ebenso gefordert, wie dasjenige in den gesellschaftlichen Beziehungen, in welchen das Individuum lebt. Gleichwohl ist diese Definition immer noch allzu formal.

Aus meiner Sicht ergeben sich an einen Gesundheits- wie an einen Krankheitsbegriff im Bereich des psychischen Lebens darüber hinaus noch folgende Anforderungen:

1. Er muss der Tatsache Rechnung tragen, dass das Lebewesen Mensch als psychosomatisch-somatopsychisches Verhältnis existiert. Zwischen beiden Wirkrichtungen besteht eine dialektische Beziehung, deren Artikulation die Lebendigkeit des Lebewesens Mensch ist.
2. Er muss der Tatsache Rechnung tragen, dass das Lebewesen Mensch als psychosomatisch-somatopsychisches Verhältnis in einer Austauschbeziehung zur Außenwelt steht, die den Charakter eines körperlichen wie psychischen Stoffwechsels hat. Der Erhalt seiner Struktur setzt deshalb immer auch eine Homöostase in seinem Verhältnis zur Außenwelt voraus und damit eine ökologische Beziehung zu dieser, die auf Erhaltung bzw. Reproduktion der eigenen Struktur wie der zu deren Erhalt notwendigen Ressourcen angewiesen ist. Beim Menschen sind, was den psychischen Stoffwechsel angeht, die kulturellen Traditionen zu den Garanten dieser homöostatischen Funktion geworden, in Ergänzung zu den instinktiven Mechanismen, die solche Aufgaben beim Tier erfüllen.
3. Das Lebewesen Mensch existiert aber, anders als die anderen Lebewesen, auch als gesellschaftliches Verhältnis. Darin liegt gerade seine gattungsmäßige Spezifität. Als dieses gesellschaftliche Verhältnis und in diesem vermag er nicht nur in Naturprozesse einzugreifen und diese damit zu verändern – dies tun auch Heuschrecken –, sondern er kann derartiges auch geplant und im Dienste seiner verallgemeinerten Bedürfnisse tun. Sein Stoffwechsel mit der Außenwelt läuft deshalb – auch was den psychischen Stoffwechsel angeht – in wechselnden, sich fortlaufend weiterentwickelnden Formen ab. Mit diesen verändern sich auch die kulturellen Traditionen. Menschliches

Leben als gesellschaftliches wie als somatopsychisch-psycho-somatisches Verhältnis setzt also *Entwicklung* und *Homöostase* *zumal* voraus: statt eines Regelkreises wie bei Tieren (und wie bei Computern), also so etwas wie eine kybernetische Spirale. Das eine oder das andere zu vereinseitigen oder gar zu verabsolutieren würde gleichermaßen zu Störungen führen. Man kann dies vielleicht sogar noch paradoxer ausdrücken: Eine Homöostase – im Sinne einer Garantie des psychischen Strukturerhaltes des Lebewesens Mensch in seiner Stoffwechsel- und Austauschbeziehung zur Welt – kann sich bei ihm überhaupt nur in Form einer – maßvoll – angemessenen Entwicklung in die Zukunft hinein vollziehen, sie ist auf diesen Entwicklungsprozess selber angewiesen. Ohne sie bricht auf die Dauer auch die Homöostase zusammen. Ein solcher Entwicklungsprozess muss seinerseits aber auch einen Zusammenhalt, eine Kontinuität mit der kulturellen Tradition wahren, er darf die Beziehung zu ihr nicht einfach kappen. Damit sind Brüche, Um-, Ab- und Kehrtwendungen nicht ausgeschlossen: auch sie sind ja noch Auseinandersetzungen mit der kulturellen Tradition, sind Bezugnahmen auf sie. Schnittpunkte und Fluss in einer solchen Entwicklung stehen ihrerseits auch in einem dialektischen Verhältnis, was ich hier nicht näher ausführen kann. Was aber mit psychischer Gesundheit nicht vereinbar ist, wäre ein unbezogenes Hintersichlassen der eigenen kulturellen Tradition – oder ein Hinausgeschleudertwerden aus ihr. Dies kann geschehen, wenn die Veränderungen, denen ein Mensch ausgesetzt ist, zu groß werden, um einen solchen Zusammenhalt überhaupt noch zu wahren. Eine andere Form der Pathologie könnte im unbezogenen Nebenherexistieren von kulturellen Traditionen einerseits, Alltagsleben und Handeln andererseits bestehen, eine dritte schließlich im Sich-Verbeißen auf die derzeit gültigen Formen, in der Verweigerung jeglichen Fortschrittes. So gehört eine gewisse Zurückhaltung des Fortschritimpulses zwar zu den legitimen Aufgaben kultureller Traditionen, aber eben nur so weit, dass sie ihm und der von ihm angestoßenen Entwicklung auch folgen können. Läuft diese in exponentiellen Formen, dann ist dies nicht mehr der Fall. Kulturelle Traditionen erneuern sich aber auch nicht von selbst – und nicht schon dadurch, dass man die bisher gültigen lächerlich macht oder einfach beseitigt. Wir Linken haben über zu lange Zeit vergessen, dass zu unseren Aufgaben nicht nur das ideologiekritische Aufbrechen, sondern auch die Reproduktion, das »Recycling« von kulturellen Traditionen gehört: und zwar nicht nur als Produktion von ein- und erstmaligen kulturellen Formen, sondern auch als deren traditionsbildende Kodifizierung.

Psychische Gesundheit setzt also voraus ein intaktes psychosomatisch-somatopsychisches Austauschverhältnis, wie es auch eine dialektische Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft, zwischen Natur und Technik, zwischen Kultur und Einzel Psyche, zwischen Ex- und Impliziertheit, aber auch zwischen Fortschritt und Tradition voraussetzt. Sie setzt ferner auch voraus, dass der strukturgebende Artikulationspunkt in diesen verschiedenen, z.T. widersprüchlichen Momenten der Mensch als

Subjekt ist, als menschliches Lebewesen, das – zusammen mit anderen – an dem, was es vorfindet und was es – zusammen mit anderen – daraus macht, teilhaben und teilnehmen kann. Psychische Gesundheit zeichnet sich also, abkürzend zusammengefasst, durch die Momente der Geschichtlichkeit (d.h. der Vergangenheits- und Zukunftsbezogenheit), der Strukturiertheit, der Teilhaftigkeit sowie der Entwicklungsfähigkeit und -möglichkeit wie der Befriedigungsfähigkeit aus, und sie beruht auf der Artikulation einer somatopsychisch-psycho-somatischen Austauschbeziehung innerhalb eines gesellschaftlichen Verhältnisses. Mithilfe solcher Kriterien könnte ein sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff sich artikulieren, an ihnen muss er sich aber auch messen lassen.

### Literatur

- ALTHUSSER L (1976) *Idéologie et appareils idéologiques d'Etat*. Positions Editions Sociales, Paris
- BERGER H (zit. nach JUNG R) (1963) Hans Berger und die Entdeckung des EEG nach seinen Tagebüchern und Protokollen. In: ROLACT W (Hrsg) *Jenenser EEG-Symposion*. VEB Volk und Gesundheit, Berlin S. 20–23
- DÖRNER K (1969) *Bürger und Irre*. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.
- FOUCAULT M (1969) *Wahnsinn und Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- GRIESINGER W (1872) *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I. Hirschwald, Berlin
- HAUG WF (1986) *Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts*. Argument-Verlag, Berlin
- HOLZKAMP K (1983) *Grundlegung der Psychologie*. Campus, Frankfurt/M.
- KRAEPELIN E (1920) Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z Ges Neurol Psychiat* 62: 1
- LEVI-STRAUSS C (1958) *Strukturelle Anthropologie*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- PINEL P (1801) *Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geistesverirrungen oder Manie*. Carl Schaumburg, Wien
- PFLANZ M, LAMBELET L (1969) Epidemiologische Aspekte der Depression. In: SCHULTE W, MENDE W (Hrsg) *Melancholie*. Thieme, Stuttgart
- SCHNEIDER K (1955) *Klinische Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart
- WEIZSÄCKER V VON (1943) *Der Gestaltkreis*, 2. Aufl. Vorlesungen über allgemeine Therapien. In: WEIZSÄCKER V VON (Hrsg) *Gesammelte Schriften*, Bd. 5. Thieme, Leipzig, S. 259–342
- WULFF E (1978) *Ethnopsychiatrie*. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden

### Quelle

- Erich Wulff: Sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff. In: *Der Mensch in der Psychiatrie*: F. Pfäfflin ... (Hrsg.). S. 24–33. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer 1988