

## 'Schizophrenie' — was ist das?

Das Wort kommt aus dem Griechischen — schizo: zerrissen, und phrenia: Bremse, Vernunft, Grenze — und kann übersetzt werden mit Spaltungsirresein.

'Schizophrenie' ist

der repräsentativste Bereich des Wahnsinns (Cooper 1, S. 26),

ein Wort (Szasz<sup>1</sup>),

eine Erfindung (Szasz, S. 10) des Psychiaters Eugen Bleuler von 1911<sup>2</sup>,

eine medizinische Metapher (so der amerikanische Soziologe Thomas J. Scheff, S. 24),

ein Krankheitskonstrukt (Diagnosenschlüssel der WHO),

ein Urteil (so die italienische Reformpsychiaterin Franca Basaglia-Ongaro, S. 119),

ein Stigma (Goffman 2),

eine Grenzsituation von Existenz und eine Auseinandersetzung mit dem Leben (sagt der Schweizer Psychiater und Analytiker Gaetano Benedetti, S. 20/14),

eine Gehirnkrankheit<sup>3</sup>,

ein gewaltiger Gegner lt. Emil Kraepelin, dem Begründer der nosologischen<sup>4</sup> Psychiatrie, der 1916 in seiner *Einführung in die psychiatrische Klinik* ausführte:

*Nur ein gewisser Teil der ungeheilten Kranken geht rasch zugrunde; die große Masse aber lebt blöde und hilflos jahrzehntelang fort und stellt eine für Familien und Gemeinden alljährlich wachsende Last dar, deren Wirkungen tief in unser Volksleben eingreifen ... Wenn auch die Grenzen*

1 Warum, fragen die Verfasser in einer von Szasz zitierten Studie der WHO (Weltgesundheitsorganisation), ist der Begriff der Schizophrenie überhaupt notwendig? Sie beantworten die eigene Frage folgendermaßen: *Erstens, weil wir den Terminus haben. Das Wort Schizophrenie hat so weite Verbreitung gefunden, daß es notwendig ist, eine praktikable Definition davon zu besitzen, um die öffentliche Diskussion über Schizophrenie in vernünftigen Grenzen zu halten* (zit.n. Szasz, S. 47).

2 Bleuler setzt in seinem Buch *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911) für die von Emil Kraepelin 1898 eingeführte Bezeichnung *Dementia praecox* ('vorzeitige Verblödung') das neue Wort Schizophrenie ein.

3 *Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten* (Wilhelm Griesinger): das Credo des orthodoxen psychiatrischen Denkens

4 Nosologie ist die systematische Beschreibung der Krankheiten.

*seiner (des Arztes) Macht gegenüber dem gewaltigen Gegner sehr eng sind ... Hüten wir uns, hüten Sie sich, junge Ärzte, die Sie mir zuhören, warnte Kraepelin, der Wahnsinnige ist gefährlich und wird es bis zu seinem Tode bleiben, der leider nur selten rasch eintritt! (Kraepelin 1, S. 3)*

Und heute? Oberstes Ziel der deutschen Psychiatriereform, formuliert in der Psychiatrie-Enquête 1975, ist die Gleichstellung des 'psychisch Kranken' mit dem körperlich Kranken. Für die Medizin, wie sollte es anders sein, ist die 'Schizophrenie' in jedem Fall eine Krankheit — egal ob alt oder neu, ob auf Erbschäden oder das soziale Umfeld zurückgeführt.

*Der quasimedizinische nosologische Ansatz geht davon aus, daß es — eben weil man es mit einer Krankheit zu tun hat — Symptome und Anzeichen gebe, die an einer objektivierbaren, von ihrer menschlichen Umgebung zum Zwecke der Beobachtung (implizit oder explizit) abstrahierten Person wahrgenommen werden können, und ferner, daß diese Symptome und Anzeichen eine Diagnose nahelegen, die ihrerseits Prognose und Behandlung vorschreibt. Diese angebliche diagnostische Einheit muß per definitionem eine Ursache haben; und hier schwanken die Meinungen — und zwar bei auffallend unsicherer Beweisgrundlage — zwischen biochemischer Anomalität, Virusinfektion, strukturellem Hirnschaden, konstitutionell-genetischem Ursprung ... und psychischen Ursachen (Cooper 1, S. 13).*

Auf den hypothetischen Charakter psychiatrischer Etikettierung, der nicht zuletzt darauf beruht, daß die somatische Grundlage der 'Schizophrenie' zwar endlos weitergesucht, aber partout nicht gefunden wird, komme ich im nächsten Kapitel zurück. Die Medizin stellt nicht nur falsche, sondern gefährliche Fragen. Aber, um ihrem Denken noch ein wenig zu folgen, wenn schon die Ursache im Dunkeln liegt, aus welchen Symptomen zimmert sie ihre Diagnose 'Schizophrenie', die sie zur Rechtfertigung ihrer 'Therapie' benötigt?

Die neunte Revision der ICD<sup>1</sup>, 1975 von der WHO in Genf angenommen, ist die internationale Leitlinie für die klinische Diagnostik. In der deutschen Ausgabe des *Diagnosenschlüssels psychiatrischer Krankheiten*, herausgegeben im Auftrag der DGNP<sup>2</sup>, heißt es zu

*Psychosen (290 - 299): Psychiatrische Erkrankungen, in denen die Beein-*

1 International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten)

2 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde; Foudraire spricht von einer *monströsen Verbindung* von Psychiatrie und Neurologie, *historisch gewachsen, aber logisch unhaltbar* (Foudraire, S. 38).

*trächtigung der psychischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, daß dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind. Es handelt sich um keinen exakten oder genau definierten Begriff (Diagnoseschlüssel, S. 23).*

Ist danach schon *psychotisch*, wer nicht einsieht, daß er einigen der üblichen Lebensanforderungen nicht genügt? Oder ist es, wer zwar allen üblichen Lebensanforderungen — aus *Einsicht* in die Notwendigkeit — entspricht, sich dabei aber auf eine *erheblich* andere als die maßgebende Realität bezieht? Zwischen den organischen Psychosen (wie Alkohol-, Drogen- und sog. senilen Psychosen) und den Neurosen (*psychische Störungen ohne jede nachweisbare organische Grundlage*, ebd., S. 49) stehen unter der ICD-Nr. 295 die sog. *schizophrenen Psychosen*. Zwar bleiben beim *Schizophrenen* lt. WHO

*im allgemeinen klares Bewußtsein und intellektuelle Fähigkeiten erhalten* (ebd., S. 34),

doch

*wird das Denken vage, schief und obskur und der sprachliche Ausdruck oft unverständlich ... Der Affekt kann flach, launisch und unangepaßt sein* (ebd., S. 35).

Steht dem *vagen* (fragenden?), *schiefen* (assoziativen?), *obskuren* (den Verhältnissen angemessenen?) 'schizophrenen' Denken das unbeugsame Stur-gerade-aus-Denken des optimistischen 'Normalen' gegenüber? Wenn mit *obskurem* Denken (im Sinne von lat. *obscurare*: beschatten, verdunkeln) das Bedenken der Schattenseiten des Lebens gemeint ist, woran liegt es dann, daß den Psychiatern dieses *unverständlich* bleibt? Stehen sie zu weit im Licht? Und umgekehrt: Wie unverständlich bzw. unangemessen muß für einen Psychiatrierten z.B. die euphemistische Wortschöpfung *Durchflutungstherapie* für Elektroschock sein? Wie definieren Psychiater, die ja Naturwissenschaftler sein wollen, ihre 'neutralen' Adjektive *flach*, *launisch* und *unangepaßt*? Heißt *flach*, daß der Tiefgang fehlt? Aber wehe: Zuviel davon hieße schon *Depression*! Heißt *launisch* und *unangepaßt*, daß die Stimmung wechseln kann und etwas sehr Persönliches ist?

Ich will hier nicht kleinlich 'jedes Wort auf die Goldwaage legen', sondern es sind eben diese bleischweren Worte, die — vom 'Spezialisten' benutzt — bei den (meisten) Erwägungen der Amtsrichter den Ausschlag geben. Die psychiatrischen Gesetze sind in allen Ländern nahezu identisch; das schweizerische Recht der Psychiater auf 'fürsorgerische Freiheitsentziehung' z.B. unterscheidet sich nur unwesentlich vom österreichischen 'Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten' oder von

den diversen deutschen Unterbringungsgesetzen. Am Beispiel des Berliner PsychKG (*Gesetz für psychisch Kranke* vom 8. März 1985) will ich die Definitionsgewalt des Wortes 'Schizophrenie' aufzeigen:

*Psychisch Kranke im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die an einer Psychose, einer psychischen Störung, die in ihren Auswirkungen einer Psychose gleichkommt, oder einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden und bei denen ohne Behandlung keine Aussicht auf Heilung besteht (§ 1 Abs. 2).*

Die Feststellung, ob Unterzubringende *psychisch krank* sind, also an einer *Psychose* oder an etwas in seinen Auswirkungen dieser Gleichkommendem leiden (natürlich leiden sie angesichts einer drohenden Zwangsunterbringung), und die Prognose, daß eine *Heilung ohne Behandlung* nicht zu erwarten ist, trifft der 'psychiatrische Fachverstand', meist auch noch der des behandelnden Anstaltsarztes. Abschließend noch einmal die WHO:

*Die Diagnose Schizophrenie sollte nur gestellt werden, wenn charakteristische Störungen des Denkens, der Stimmung, des Verhaltens oder der Persönlichkeit vorhanden sind oder während des Krankheitsverlaufes vorhanden waren; wenigstens in zwei der genannten Gebiete sollen Störungen vorliegen (Diagnosenschlüssel, S. 34f.).*

Zwei *charakteristische Störungen*, und das tagessatzfinanzierte Psychiatrie'bett' ist belegt. Die langfristige Perspektive einer optimalen Kapazitätsauslastung ist mit dem unscheinbaren Satzteil: *oder vorhanden waren* gewährleistet ('schizophren' ist man lebenslang), denn, wie der französische Psychiater und Analytiker Roger Gentis feststellt:

*Der Chroniker ist heute die Milchkuh der Anstalt: durch ihn kommt Geld ins Haus, eine richtige Rente, die vielleicht 50 Jahre lang gezahlt wird, und er kostet praktisch so gut wie nichts (Gentis, S. 82).*

Die moderne Sozialpsychiatrie setzt allerdings auf ein anderes 'Pferd', das Karussellpferd der Drehtürpsychiatrie, gesteuert und (zwischen den Anstaltsaufenthalten) ferngesteuert durch die Verabreichung von Neuroleptika<sup>1</sup>, beaufsichtigt abwechselnd und möglichst lückenlos vom Anstalts- und vom Gemeindepsychiater<sup>2</sup>.

1 Neuroleptika sind Psychopharmaka, die eine Neuroleptie (Verringerung des natürlichen Spannungsgrades des zentralen Nervensystems und der Psyche), in der Regel ein Parkinsonoid, Symptomen-Komplex der Schüttellähmung, hervorrufen (sollen) (s. Lehmann 1, S. 224ff.).

2 In der Irren-Offensive, einer Berliner Selbsthilfeorganisation Psychiatriebetroffener, in Anlehnung an den KOB (Kontaktbereichsbeamten) von der Polizei KOP (Kontaktbereichspsychiater) genannt.

Die Medizin, auch die psychoanalytische Variante, begreift Krankheit bzw. Leiden als individuellen Prozeß. Dagegen steht einmal das systemische Denken, das die Pathologie von familiären und anderen mikrogesellschaftlichen Beziehungen untersucht und durch Kollektivtherapie des pathogenen Familiensystems die Funktion des Symptomträgers entbehrlich zu machen sucht. Einen Schritt weiter bei dieser Sicht des 'kranken' Subjekts als dem Ort eines fremden Diskurses (Jaccard, S. 89) gehen bestimmte 'Anti-Psychiater' und Soziologen — wie Laing, Cooper, Scheff, Goffman —, für die die Konsequenzen aus der psychiatrischen Etikettierung gesamtgesellschaftliche Funktionen erfüllen. Laing schlägt vor, *geistige Gesundheit oder Psychose zu messen an dem Grad der Konvergenz zwischen zwei Personen, von denen die eine nach allgemeinem Konsensus als geistig gesund gilt (Laing 1, S. 31).* 'Psychotiker' ist der Name, den wir für die andere Person haben, die zu uns in einer trennenden Beziehung von besonderer Art steht. Nur wegen dieser interpersonalen Trennung fangen wir an, ihren Urin zu prüfen und nach Anomalien im Diagramm der elektrischen Aktivität ihres Gehirns zu suchen (ebd.).

Cooper folgert daraus, daß Verrücktheit nicht 'in' einem Menschen, sondern in einem Bezugssystem ist:

*Wenn Schizophrenie überhaupt etwas bedeutet, dann ist sie eine mehr oder weniger charakteristische Art gestörten Gruppenverhaltens. Es gibt keine Schizophrenen (Cooper 1, S. 43).*

Aber:

*Auch wenn man die Existenz der Schizophrenie als einer nosologischen Entität skeptisch bezweifelt, so hat das Wort doch eine semantische Realität und ist auch Bezeichnung für eine bestimmte soziale Rolle (Cooper 2, S. 139).*

*Geisteskranke sind Menschen, die in der Außenwelt irgendwelche Schwierigkeiten verursacht haben, so daß jemand, der ihnen physisch oder auch sozial nahestand, zu einer psychiatrischen Aktion gegen sie veranlaßt wurde (Goffman 1, S. 291),*

sagt der amerikanische Soziologe Erving Goffman. Im streng soziologischen Sinn gehört für ihn zu der Kategorie Geisteskranker jeder,

*— wie robust seine seelische Verfassung auch sein mag —, der irgendwie in das Räderwerk einer psychiatrischen Klinik gerät (ebd., S. 128).*

Im Zusammenhang mit der Frage, wer in die Anstalt kommt und wer nicht, spricht Goffman von Karriere-Zufällen (ebd., S. 134):

*Die offizielle Auffassung der Gesellschaft ist, daß Insassen von psychiatri-*