Klaus Mücke

Kritik der psychiatrischen Diagnostik

Implikationen und Konsequenzen des »diagnostischen Blicks« in der Psychiatrie

1. *Einleitung und Problemstellung*

Auf dem Gebiet ver-rückter – von der Norm abgerückter – Verhaltens- und Erlebensweisen, die in der Schulpsychiatrie als sogenannte endogene Psychosen firmieren, ist noch einiges an Pionierarbeit zu leisten. Unser Wissen über die Eigenart und Genese »psychotischer« Phänomene ist sehr begrenzt, und bisher sind auch alle Versuche fehlgeschlagen, organische Ursachen nachzuweisen. Psychologische Erklärungen des Wahnsinns stießen – oft gegen den Widerstand der Psychiater – erst in den letzten Jahren auf öffentliche Resonanz, führten aber – abgesehen von Einzelfällen – bis heute zu keinen wesentlichen Erfolgen in der Therapie der »Psychosen«. Die Ursache für diesen Mißerfolg liegt meines Erachtens in der Dominanz des somatischen Paradigmas der Psychiatrie. Freud konnte zwar dem »Reich der Psychiatrie« die sog. neurotischen Störungen entreißen, doch scheute er sich, »psychotische« Personen psychoanalytisch zu therapieren, und überließ sie der psychiatrischen Behandlung.

In der herkömmlichen Schulpsychiatrie wird – wie ich noch zeigen werde – die organische Bedingtheit der »endogenen Psychosen« einfach als Postulat gesetzt und eine Taxonomie der sog. psychopathologischen Erscheinungen aufrechterhalten, die nicht den beobachteten Phänomenen geschuldet ist, sondern ihnen von außen mehr oder weniger übergestülpt wird. Das diagnostizierte psychiatrische Krankheitsbild tritt dann meist an die Stelle des individuellen »psychotischen« Verhaltens und Erlebens.

Die Funktion dieser Klassifizierungsmacht ist eine sekundäre Verfügbarmachung des eigentlich Unverfügbaren unter dem wissenschaftlichen und öffentlichen Legitimationsdruck, dem die Psychiatrie ausgesetzt ist: Analog der Körpermedizin werden dann Diagnosen gestellt, danach Maßnahmen und Behandlungen eingeleitet, die den Schein wissenschaftlicher Abgesichertheit haben und bei mehr oder weniger allen Beteiligten Akzeptanz finden. Die Psychiatriebetroffenen selbst übernehmen in der Regel die psychiatrische Terminologie, in dem Versuch, die beängstigende Unfaßbarkeit der eigenen Erfahrungen in den Griff zu bekommen und die Verantwortung für sich selbst an andere abzugeben. Der Umstand, daß manche Behandlungen, wie Psychopharmaka und Elektroschock, gelegentlich »Besserungen« in dem Sinne nach sich ziehen, daß der Betroffene sein »Symptom« in sich zurücknimmt, sich unauffällig gibt – um weitere Behandlungen dieser Art von sich abzuwenden – und manchmal sogar

tatsächlich mit dem Leben wieder zurechtkommt, besagt nichts über die Bedingungen und Gründe solcher »Erfolge«.

Die psychiatrische Taxonomie, Diagnostik und Behandlung hat nun nicht nur legitimatorische Funktion hinsichtlich der Außendarstellung der Psychiatrie, sondern bildet zwangsläufig auch die Grundlage für die Regulierung der institutionellen und interpersonalen Beziehungen innerhalb der psychiatrischen Anstalt. Diese Beziehungen müssen so gesteuert und gedeutet werden, daß die jeweiligen Diagnosen als gerechtfertigt und die Behandlung der Patienten sinnvoll und vertretbar erscheinen.

Ausgehend von meinen eigenen Erfahrungen als Praktikant in einer psychiatrischen Klinik sind mir einige solcher Strategien der Psychiatrisierung deutlich geworden, wobei die »Schaffung« von Realität und die Abwehr von Gegenevidenz durch eine spezifische psychiatrische Wahrnehmungsstruktur, die sich mir als »psychiatrisch-diagnostischer Blick« aufdrängte, immer mehr in den Mittelpunkt meiner Erfahrungen rückte.

2. *Zur Praxis der psychiatrischen Diagnostik*

Während eines Praktikums in einer der Berliner psychiatrischen Anstalten hatte ich Gelegenheit, das »Innenleben« der Psychiatrie eingehend kennenzulernen. Dabei konnte ich beobachten, daß der diagnostische Prozeß und besonders die Unterscheidung zwischen sog. neurotischen und psychotischen Störungen mehr vom Diagnostiker und dem institutionellen Kontext bestimmt wird als von den beobachteten Verhaltensauffälligkeiten der Patienten.

Da ich aufgrund meiner Funktion als Praktikant per definitionem auf der Seite des Anstaltspersonals stand, hatte ich – mit einem eigenen Universalschlüssel ausgerüstet – Zugang zu allen Klinikbereichen und konnte zudem alle wesentlichen Gremien und Versammlungen besuchen: Im einzelnen nahm ich an den Stations-, Oberarzt- und Chefarztvisiten sowie deren Nachbesprechungen, an dem als Gruppentherapie bezeichneten Stationsgespräch und dessen Supervision, an den Stationsteambesprechungen, den Klinikkonferenzen und den anstaltsinternen Fortbildungsveranstaltungen der Ärzte und Psychologen teil. Ferner hatte ich das Recht, sämtliche Krankenakten der untergebrachten Patienten einzusehen. – Besonders interessierte ich mich für folgende Fragestellungen:

1. Welcher Art ist das Verhältnis zwischen Personal und Patienten?
2. Mit welchem Blick, mit welcher Wahrnehmung betrachten die Mitarbeiter, insbesondere die Psychiater, die Patienten?
3. In welcher Weise werden Diagnosen getroffen?
4. Wie wirkt sich das psychiatrische Krankheitskonstrukt praktisch aus?

Um diese Fragen beantworten zu können, mußte ich zunächst die wesentlichen Bestimmungsmomente der intrainstitutionellen Organisationsstruktur erfassen.

Die beiden wichtigsten seien hier genannt: *Erstens* stellte ich fest, daß das Anstaltsleben von einer strengen Hierarchie zwischen den einzelnen in der Anstalt tätigen Berufsgruppen und unter den Inhabern unterschiedlicher Statusränge innerhalb derselben Berufsgruppe beherrscht wurde. An der Spitze dieser Hierarchie stand der Chefarzt, dem der stellvertretende Leiter der Anstalt folgte. Dann kamen in absteigender Stufenfolge: Oberarzt, Stationsarzt, Psychologen, Oberschwestern, Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten. Nach dieser Hierarchieordnung waren die untergeordneten Berufsgruppen bzw. Statusränge den übergeordneten rechenschaftspflichtig und wurden von diesen kontrolliert und zuweilen zurechtgewiesen, was ein Klima der Angst erzeugte. *Zweitens* beobachtete ich eine fast absolute Abgrenzung des Anstaltspersonals von den Patienten. Ich hatte den Eindruck, daß das Personal versuchte, sich möglichst von den Patienten fernzuhalten, und die meiste Zeit im Stationszimmer verbrachte, zu dem die Patienten nur in Ausnahmefällen Zugang hatten. Hier herrschte offenkundig die Angst vor einem »zu engen« oder gar persönlichen Kontakt zu den Patienten vor.

Wie eindeutig festzustellen war, wirkte sich diese »Spaltung« zwischen Personal und Patienten entscheidend auf die Wahrnehmung der Patienten durch das Klinikpersonal aus. Die Patienten wurden in erster Linie als »psychisch krank« wahrgenommen, und jede Verhaltensäußerung wurde in dieser Hinsicht beobachtet und registriert. Ich hatte den Eindruck, daß alles, was ein Patient tat oder unterließ, als Ausdruck seiner »psychischen Krankheit« interpretiert wurde: Klagte ein Patient über die unangenehmen Wirkungen seiner Medikation, wurde er als »klagsam« bezeichnet; verweigerte ein Patient die Medikation, wurde er als »krankheitsuneinsichtig« oder gar »querulatorisch« eingestuft; schlief ein Patient tagsüber, wurde das seiner »Krankheit« zugeschrieben und nicht etwa der sedierenden Wirkung der verabreichten Psychopharmaka.

Das einzige Kriterium dafür, ob sich der Patient krankheitseinsichtig zeigte – und das mußte er, wollte er möglichst bald entlassen werden – bestand darin, ob er die Medikation annahm oder nicht. Wenn er sie ablehnte, weil er aus früheren psychiatrischen Behandlungen die äußerst unangenehmen und mitunter gefährlichen Folgen besonders von Neuroleptika kannte, wurde er automatisch als »krankheitsuneinsichtig« diagnostiziert, was als Kennzeichen einer schwereren Form von Psychose galt. In der Folge versuchte dann das Stationspersonal, den Patienten davon zu überzeugen bzw. ihn dahingehend zu überreden, doch die verordneten Psychopharmaka einzunehmen, denn deren Einnahme sei das einzige, was ihm wirklich helfen könne. Verweigerte er dennoch beharrlich die Medikation, so wurde er – was ich selbst miterleben konnte – als behandlungsunwillig aus der Anstalt verwiesen, ohne ihn in irgendeiner Weise an eine andere Institution weiter zu vermitteln.

Obwohl die psychiatrisch Tätigen im Grunde die »unerwünschten« Wirkungen von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika[1], kennen sollten,

herrschte doch eine große Verunsicherung darüber, ob das eigenartige Verhalten der Patienten – wie beispielsweise nicht ruhig sitzen bleiben zu können, sich ständig bewegen zu müssen, zu zittern, müde und erschöpft zu sein, sich nicht mehr richtig konzentrieren zu können – nun den eingenommenen Neuroleptika oder der vermuteten »psychischen Krankheit« zuzuschreiben sei.

Als Beispiel für diese psychiatrische Konfusion möchte ich einen besonders eindrücklichen »Fall« schildern: Ein Patient, der bei mir ein sog. Konzentrationstraining absolvierte, das darin bestand Intelligenztestaufgaben zu lösen, klagte darüber, daß er sich nicht mehr so gut konzentrieren könne, seitdem er auf ein anderes neuroleptisches Präparat »umgestellt« worden wäre. Außerdem hegte er den Wunsch, seine Psychopharmaka wegen ihrer für ihn äußerst unangenehmen Wirkungen zu reduzieren. Als er der Stationsärztin von seinen verstärkten Konzentrationsschwierigkeiten erzählte, schrieb die Stationsärztin sie seiner »Psychose« zu und erhöhte die neuroleptische Dosis mit der Begründung, daß die verabreichte Menge des Neuroleptikums wohl noch nicht ausreichend gewesen sei, um die sog. neuroleptische Schwelle – also das Einsetzen eines »antipsychotischen« Effekts, der sinnigerweise am Auftreten extrapyramidaler Bewegungsstörungen (Hyperkinesen) festgemacht wird – zu überschreiten. Das Resultat dieser Dosiserhöhung bestand darin, daß sich der Betreffende noch schlechter konzentrieren konnte. Als er dies wieder zur Sprache brachte, wollte die Stationsärztin nochmals die Dosis erhöhen, wogegen ich allerdings intervenierte. Schließlich veranlaßte sie, daß das Neuroleptikum schlagartig abgesetzt wurde, wohl wissend, daß hierdurch das gesamte Transmittersystem des Gehirns aus dem Gleichgewicht geraten und die Konzentrationsfähigkeit nur noch weiter in Mitleidenschaft gezogen würde. Das geschah, obwohl der Patient eine langsame Reduzierung für sich erbeten hatte, bis alle Folgen des Neuroleptikums verschwunden seien. Mit dem Argument, daß eine weitere Verschlechterung der Konzentrationsfähigkeit durch das plötzliche Absetzen des »Medikaments« eingetreten sei, sollte der Patient offensichtlich in manipulativer Weise dazu gebracht werden, Einsicht in die scheinbare Notwendigkeit der psychopharmakologischen Behandlung zu zeigen. Da das Behandlungskonzept der Klinik bei »psychotischen« Patienten primär auf die Verabreichung von Psychopharmaka ausgerichtet war, sah ich es als vergeblich an, mit der Ärztin über ihre Handlungsweise zu reden, sondern sprach den betroffenen Patienten selbst an, um ihn zu ermuntern, aktiv auf seine Behandlung Einfluß zu nehmen.

Aufgrund der verschiedenen Visiten, in denen es ausschließlich um die Ermittlung der »richtigen« psychiatrischen Diagnose und der aus ihr abgeleiteten – »indizierten« – psychopharmakologischen Behandlung ging, und anhand der Krankenakten konnte ich feststellen, daß in der Regel dann eine »Psychose« diagnostiziert wurde, wenn der betroffene Patient entweder schon einmal in einer psychiatrischen Anstalt behandelt worden war oder über die Ursachen seines psychischen Leidenszustands nichts berichten wollte oder konnte. Wer

dagegen das erste Mal psychiatrisch behandelt wurde oder sehr genau seine persönliche und soziale Situation, unter der er litt, schildern konnte, wurde eher als nur neurotisch eingestuft. Hierdurch erhielt er das Privileg, zum einen nur sehr niedrig medikamentiert zu werden und zum anderen psychotherapeutische Gespräche in Anspruch nehmen zu können. Therapeutische Gespräche waren in der Regel den als psychotisch etikettierten Patienten verwehrt, da – nach Ansicht der Psychiater – eine Psychotherapie bei »Psychotikern« während der »akuten Phase« kontraindiziert sei – egal wie eindringlich sich der Patient Gespräche über seine Probleme wünschte.

Aus der beschriebenen psychiatrischen Diagnostik, die der institutionellen Struktur der Psychiatrie geschuldet ist, wird der seit Kraepelin vertretene Mythos einer irgendwie gearteten »inneren«, endogenen Verursachung psychischer »Störungen« (aufgrund einer durch erbliche Veranlagung hervorgerufenen Gehirnstoffwechselstörung) teilweise begreifbar: Die institutionell aufgerichtete Distanz zwischen Psychiater und Patient, die jede wirkliche Vertrauensbeziehung verunmöglicht, erschwert es, über belastende Lebensereignisse bzw. über eine schwierige Lebenssituation zu berichten. Viele Patienten müssen diese Barriere so stark empfinden, daß sie den Sinn sprachlicher Mitteilung verlieren und sprachlos werden. In der Therapeutischen Wohngemeinschaft, die ich betreute und die derartige Grenzziehungen nicht aufwies, bot sich mir ein völlig entgegengesetzter Eindruck: Denn dort wollten die Bewohner mit Nachdruck über ihre Probleme und traumatischen Kindheitserfahrungen sprechen. In der Klinik dagegen stellte ich besonders in bezug auf die Psychiater ein sehr begrenztes Mitteilungsbedürfnis der Patienten fest, das von den Psychiatern – auf der anderen Seite der Barriere – als Indiz des Fehlens »äußerer Anlässe« für das psychische Leiden interpretiert bzw. als Krankheitssymptom (Mutismus) diagnostiziert wurde. Die Psychiater folgern aus der »Einsilbigkeit« ihrer Patienten, daß es sich um eine »endogene Psychose« handeln müsse, der durch Gespräche nicht beizukommen sei, wodurch sie den Teufelskreis der Sprachlosigkeit nur noch weiter vorantreiben.

Wie starr die Anstaltspsychiater an der Einstellung festhalten, daß Gespräche bei von ihnen als psychotisch diagnostizierten Patienten kontraindiziert seien, illustriert folgende von mir beobachtete Begebenheit:

Ein junger Mann, der sich in sichtlich erregtem und angespanntem Zustand freiwillig an die Klinik wandte, weil er sich erhoffte, dort durch Gespräche bei der Lösung seiner gravierenden persönlichen Schwierigkeiten unterstützt zu werden, verweigerte beharrlich die Einnahme der ihm verordneten Neuroleptika. Ihm wurde gesagt, daß er Gespräche mit dem Personal erst dann führen dürfe, wenn er Neuroleptika einnähme. Auf diesen Manipulationsversuch ließ er sich aber weiterhin nicht ein, wodurch sich die Fronten zwischen ihm und dem Klinikpersonal verhärteten: Das Klinikpersonal ignorierte ihn und seine Bitten um Gespräche konstant, ließ ihn quasi links liegen. Hierdurch wurde

seine Situation immer prekärer: Einerseits hatte er offensichtlich große Angst, die Klinik zu verlassen, andererseits handelte er sich durch seine beharrliche Weigerung, die verordneten »Medikamente«[2] einzunehmen, Konflikte mit dem Personal ein, wodurch er zunehmend in Isolation geriet. In seiner Verzweiflung versuchte er nun, Unterstützung bei seinen Mitpatienten zu finden, was allerdings scheiterte, denn die Klinikpatienten waren ja ihrerseits bestrebt, den Anordnungen der Ärzte zu entsprechen und sich möglichst unauffällig zu verhalten. Hätten sie sich mit ihm solidarisiert, so hätten sie hierfür große Nachteile in Kauf nehmen müssen, wären womöglich später entlassen worden oder hätten eine Erhöhung der Psychopharmakadosen befürchten müssen, denn eine derartige Solidarisierung wäre unter dem »diagnostischen Blick« der Psychiater sicher als Krankheitszeichen gewertet worden. In seiner ausweglos erscheinenden Situation steigerte sich seine Verzweiflung und damit einhergehend seine aggressive Erregtheit zusehends: Er beschimpfte lauthals das Personal und klagte, daß die Patienten nicht ernst genommen, sondern wie kleine Kinder behandelt, infantilisiert würden. Gleichzeitig ärgerte es ihn, daß die Patienten sich dies gefallen ließen und nicht zu ihm hielten. Die Patienten wiederum fühlten sich durch sein provozierendes Verhalten angegriffen und beschwerten sich ihrerseits über ihn. Daraufhin beriet das Personal, wie es mit diesem »querulatorischen« Patienten umgehen sollte: Allen Ernstes machte ein Stationsarzt den Vorschlag, ihn durch einen richterlichen Beschluß zwangseinweisen zu lassen, damit er auf der geschlossenen Station zwangsbehandelt werden könnte. Da der Patient aber in keiner Weise körperlich gewalttätig geworden war und weder Tätlichkeiten androhte noch Selbstmordabsichten äußerte, lag kein rechtskräftiger Grund vor, der diese Maßnahme hätte rechtfertigen können. Dieser Sachverhalt war dem Stationsarzt klar, so daß er vorschlug, den »Störer« durch das Einschließen in ein Krankenzimmer zu einer tätlichen Handlung im Beisein eines Richters zu provozieren. Gegen die Rechtmäßigkeit dieses Vorgehens hatte der Oberarzt allerdings Bedenken, so daß das Stationsteam beschloß, den Patienten wegen Behandlungsunwilligkeit und fehlender Krankheitseinsicht aus der Klinik zu verweisen. Dieses Beispiel veranschaulicht sehr deutlich, wie eng und starr das psychiatrische Behandlungsschema für »Psychosen« ausgelegt und wie stark das psychiatrische Kontrollbedürfnis mit der psychiatrischen Diagnostik verzahnt ist.

Ein weiterer Fall zeigt m.E., wie mit Hilfe der psychiatrischen Diagnostik innerhalb des Klinikpersonals manipuliert wird, um bestimmte Behandlungen entweder zu fordern oder abzuwenden: Nach einer Visite schlug der Chefarzt der Klinik vor, bei einem etwa 50jährigen Mann, der über Sinnlosigkeitsgefühle, Lust- und Antriebslosigkeit klagte, eine Elektroschock-Behandlung[3] in Erwägung zu ziehen. Nachdem der Chefarzt gegangen war, reagierten die beiden Stationsärzte auf diesen Vorschlag bestürzt, denn sie hielten eine derartige Behandlung für nicht notwendig, wagten es aber nicht, ihm offen ihre Meinung

mitzuteilen. Mir selbst fiel die Aufgabe zu, den betreffenden Patienten mit dem HAWIE zu testen. Die beiden Stationsärzte meinten halb scherzhaft und halb ernst zu mir, ich solle doch möglichst schlechte Ergebnisse bei dem Intelligenztest des Patienten erzielen, weil ja dann die Gefahr einer Elektroschock-Behandlung gebannt sei. Hierdurch geriet ich selbst in die Klemme: Erklärte ich den Patienten für dumm, bewahrte ihn das vor einer Schock-Behandlung, stigmatisierte ihn aber gleichzeitig als minderbegabt. Tatsächlich erreichte er überdurchschnittliche Testergebnisse, worauf ich ihm riet, sich auf keinen Fall auf eine Schock-Behandlung einzulassen. Auf einer Stationsteambesprechung kam man zu meiner Erleichterung schließlich von einer Elektroschock-Behandlung ab und riet zu einer Einzeltherapie.

Das eigentliche Schlüsselerlebnis, das mich zur Kategorie des »diagnostischen Blicks« führte, hatte ich während einer der wöchentlich stattfindenden zweistündigen Fortbildungsveranstaltungen. Dort wurde den Psychiatern und Psychologen eine Video-Aufzeichnung eines vom Chefarzt der Anstalt durchgeführten psychiatrischen Interviews mit einer jungen Frau vorgeführt, die ich zufälligerweise aus einer von mir betreuten Therapeutischen Wohngemeinschaft kannte. Anhand dieser Aufzeichnung sollten die Teilnehmer der Veranstaltung eine »Skalierung« der bei der Patientin beobachteten »psychopathologischen Merkmale« nach dem AMDP-System[4] vornehmen. Aufgrund folgender Interviewsequenz (Gedächtnisprotokoll) konstatierten alle Anwesenden eine »formale Denkstörung« (Indiz für eine »Schizophrenie«) bei der Patientin: Die Patientin berichtete dem interviewenden Chefarzt, daß sie während ihres Studiums zur Vorbereitung auf Prüfungen sehr viel Zeit aufwenden mußte und praktisch keine freie Zeit mehr für sich zur Verfügung hatte, wodurch sie sich immer mehr sozial isolierte. Der Interviewer fragte sie daraufhin, ob sie sich von ihrem Studium »aufgefressen« fühlte. Hierauf verstummte die Patientin. Nach einer Pause fragte sie der Chefarzt, was mit ihr los sei. Sie antwortete, daß das Wort »aufgefressen« sie beschäftigte, denn manchmal habe sie das Gefühl, von allem aufgefressen zu werden. Worauf der Psychiater erwiderte: »Aber sie wissen doch, daß sie nicht aufgefressen werden können?«

Alle anwesenden Psychiater und Psychologen unterstellten, daß die Patientin das Partizip »aufgefressen« nicht in seiner metaphorischen, sondern in seiner wörtlichen Bedeutung aufgefaßt habe. Sie kamen zu der einhelligen Überzeugung, daß es bei der Patientin zu dieser »konkretistischen Bedeutungsverwechslung« gekommen sei, weil die Patientin unter dem »schizophrenen Symptom« einer formalen Denkstörung leide. In Wahrheit aber hat der interviewende Psychiater das Partizip »aufgefressen« im metaphorischen Sinne eingeführt, es dann später in seiner wörtlichen Bedeutung selbst konkretistisch mißverstanden und dies der Patientin untergeschoben. Hierzu ein treffendes Zitat der AMDP: »Die Entscheidung über Vorhandensein oder Fehlen eines psychopathologischen Merkmals ist meist mit ziemlicher Sicherheit zu fällen und wird bei

langdauernden regelmäßigen Explorations- und Dokumentations-Übungen auch mit hoher Übereinstimmung der Teilnehmer getroffen« (AMDP, 1981, S. 29). Wahrscheinlich waren sich die anwesenden Psychiater und Psychologen auch deswegen in ihrer Fehlwahrnehmung einig, daß die konkretistische Denkstörung bei der Patientin liegen mußte, weil sie andernfalls ihrem eigenen Chefarzt ein »schizophrenes Symptom« hätten anhängen müssen.

Nach dieser Fortbildungsveranstaltung habe ich mir die Frage gestellt, wie es zu der absurden Situation kommen konnte, daß den etwa 30 anwesenden Personen kollektiv eine formale Denkstörung unterlief, die sie nicht bei sich wahrnehmen konnten, sondern projektiv der Patientin unterschoben. Dabei kam ich auf die Idee, daß dieses Phänomen nur durch die Annahme einer besonderen institutionell vorgegebenen psychiatrisch-diagnostischen Wahrnehmungsstruktur der Psychiater/Psychologen zu begreifen ist. Durch diese und die vorher beschriebenen Beobachtungen zwang sich mir förmlich die Kategorie des »psychiatrisch-diagnostischen Blicks« auf.

3. *Der diagnostische Prozeß und seine Konsequenzen für die persönliche Identität des Diagnostizierten*

Werden die Insassen einer psychiatrischen Anstalt dem »psychiatrisch-diagnostischen Blick« ausgesetzt, so hat die mit dem diagnostischen Prozeß einhergehende psychiatrische Pathologisierung tiefgreifende Konsequenzen für die persönliche Identität und das Selbstverständnis der »Angeblickten«.

Um die ganze Tragweite der Auswirkungen dieses diagnostischen Prozesses auf die Identität/Integrität des Diagnostizierten begreifen zu können, ist es zunächst notwendig, zwischen der umgangssprachlichen Diagnostizierung psychischer Auffälligkeiten, wie sie in den Adjektiven »verrückt«, »irr«, »gestört« zum Ausdruck kommt, und den psychiatrischen Diagnosen »Schizophrenie«, »Psychose«, »Manie«, »Depression« etc. zu unterscheiden.

Schon die umgangssprachliche Diagnostizierung – wie sie besonders innerhalb der Familie von den Eltern als Erziehungsinstrument gegenüber ihren Kindern eingesetzt wird, um die Kinder zur Räson zu bringen – kann gravierende Folgen für das psychische Befinden haben und mag in vielen Fällen der psychiatrischen Diagnostizierung vorausgehen: Wenn ein Kind nämlich von seinen bedeutendsten Bezugspersonen, von denen es existentiell abhängig ist, wiederholt als verrückt bezeichnet wird, so kann es hinsichtlich seines Selbstbildes stark verunsichert werden und seine Normalität in Frage stellen. In der Regel wird es lernen, daß es bei Streitigkeiten oder Unstimmigkeiten zwischen ihm und anderen Personen den »Fehler« zunächst bei sich zu suchen hat. Aus diesem Grund wird es sich besonders bemühen, alles zu vermeiden, was von anderen als verrückt angesehen werden könnte. Dieses Vermeidungsverhalten kann dann wiederum im Extrem zu sozialem Rückzug und zur Isolation führen, was von

den signifikanten anderen (Schulfreunden, Lehrern) höchstwahrscheinlich gleichfalls als Zeichen von Nicht-Normalität gewertet wird.

Gleichzeitig steht und fällt eine positive persönliche Identität mit der sozialen Anerkennung, Bestätigung und Integriertheit: Wird nun das Kind, das schon in seiner Herkunftsfamilie – aus welchen Gründen auch immer – als verrückt etikettiert wurde, später als Erwachsener aufgrund seiner Unsicherheitsgefühle nochmals psychiatrisch diagnostiziert, muß sich konsequenterweise seine existentielle Verunsicherung und sein negatives und brüchiges Selbstbild noch verstärken, was weitere psychiatrische Etikettierungen zur Folge haben und schließlich zur »Chronifizierung« führen kann. Diese »ontologische Unsicherheit« (vgl. Laing, 1981, S. 33ff.) als Folge eines Etikettierungsprozesses ließe sich m.E. auch als »Vulnerabilität« (Verletzlichkeit) begreifen, die also »gemacht« wird und nicht aufgrund genetischer Disposition entsteht. Um es klarzustellen: Ich denke nicht, daß abweichendes Verhalten/psychisches Leiden bloße Folge eines Etikettierungsprozesses ist – die Verhältnisse sind weit komplizierter –, aber die Etikettierung kann eine gravierende Ursache von Identitätsproblemen sein.

Oft übernehmen die Bezugspersonen des psychiatrisch Diagnostizierten die psychiatrische Sichtweise und halten Ausschau nach »Krankheitszeichen«, was zu einer zusätzlichen Verunsicherung führt. Mitunter kann er sich von ihren kritischen Blicken verfolgt fühlen. Von der sozialen Umwelt werden oft alle Formen von Gefühlsäußerungen bei psychiatrisch Diagnostizierten als »Krankheitszeichen« gewertet: Ist der Betreffende traurig, kann dies als depressives Symptom aufgefaßt werden; ist er gut gestimmt oder gar glücklich, kann dies als erstes Anzeichen einer Manie mißverstanden werden. So wurde beispielsweise eine etwa 40jährige Frau, die seit mehreren Monaten unter heftigen Sinnlosigkeitsgefühlen, Depressionen und Apathie litt, für »manisch« gehalten, als sie nach mehreren therapeutischen Gesprächen wieder neuen Mut faßte, einen Einkaufsbummel unternahm und zum Friseur ging.

Um dieser automatischen Psychopathologisierung aus dem Weg zu gehen, sind die Betroffenen oft gezwungen, ihre soziale Welt zu teilen in jene Personen, die vom Stigma wissen dürfen, und solche, vor denen es zu verbergen ist. Aus diesem Grund wird der psychiatrisch Diagnostizierte darauf bedacht sein, möglichst wenig Emotionen zu zeigen (vgl. Goffman, 1984, S. 25) und heftige Auseinandersetzungen zu vermeiden. Aus Angst vor seinen Gefühlen wird er versuchen, sich zwanghaft selbst zu beobachten und zu kontrollieren, doch gerät er hierdurch nur in einen neuen Teufelskreis: Zum einen kann die Unterdrückung der eigenen Gefühle und die ständige Selbstkontrolle auch als Indiz einer psychischen »Störung« gedeutet werden. Zum anderen besteht die Gefahr, daß die unterdrückten Gefühle doch irgendwann in einer bestimmten konflikthaften Situation durch einen nicht mehr zu kontrollierenden Ausbruch zum Ausdruck kommen.

Durch die psychiatrische Diagnose kommt es innerhalb des Individuums zu einer Spaltung in sog. gesunde und kranke Anteile. Hierdurch kann sich der Betroffene niemals ganz sicher sein, ob seine Gedanken, Gefühle, Vorstellungen, Handlungen etc. nun krank oder gesund sind: Sind seine Entscheidungsschwierigkeiten und Unsicherheiten schon Zeichen der »typisch schizophrenen Ambivalenz«? Ist seine Freude nicht Ausdruck inadäquat gehobener Stimmung? Sind seine Einschlafschwierigkeiten nicht schon Vorboten einer tiefen Depression?

Verstärkt wird dieser Prozeß des »Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werdens« (vgl. Riemann, 1987, S. 402ff.), der Entfremdung und Depersonalisation noch dadurch, daß die Patienten einer psychiatrischen Anstalt in der Regel dazu gezwungen werden, die psychiatrische Diagnose zu übernehmen, also Krankheitseinsicht zu beweisen, um entlassen zu werden. Für den Patienten gibt es kaum eine Möglichkeit, aus seiner Krankenrolle auszubrechen: Einmal als psychisch krank diagnostiziert, immer als psychisch krank angesehen. Durch die Übernahme der psychiatrischen Diagnose wird erreicht, daß sich der Patient zu sich selbst wie ein kontrollierender Psychiater verhält. Die beständige verunsichernde Selbstkontrolle wird institutionell gefördert, die Patienten werden durch diesen »Zwang zum Selbstzwang« leichter kontrollierbar.

Nachdem der psychiatrisch-diagnostische Blick sein »Objekt« erfaßt hat, vollzieht sich also mit diesem eine Metamorphose: Je länger ein Mensch dem psychiatrisch-diagnostischen Blick ausgesetzt ist, um so mehr verliert er seine eigene Geschichte, seine eigene Identität und übernimmt die vermeintliche Wahrheit des ihn beurteilenden und klassifizierenden Blicks. Diese »Wahrheit« besagt, daß der Beobachtete nur bloßer »Träger« einer »psychischen Erkrankung« sei, die ihm als Fremdes gegenüberstehe und auf die er keinen direkten Einfluß mehr habe (Entkontextualisierung). Hierdurch verstärkt sich der Objektstatus des Angeblickten nochmals, und der Psychiater tritt als allein handelndes und wissendes Subjekt in Erscheinung. Der objektivierte Patient erfährt zu der unterstellten Fremdbestimmung durch eine angenommene »psychische Krankheit« nochmals eine Verdoppelung der Fremdbestimmung durch die psychiatrische Behandlung. Schließlich identifiziert er sich paradoxerweise mit der erfahrenen Fremdbestimmung: »'Ich habe eine Depression', 'Ich habe eine Psychose', so ähnlich wie 'Ich habe eine Blinddarmentzündung' – die ganze leidvolle Konfliktsituation wird ausgelagert, zu einem Ding gemacht, das man besitzt, das aber nichts mit dem eigenen Leben zu tun hat. Der Kampf tobt sich auf einem sicheren Ablenkungsschauplatz aus: Den verlorenen Schlüssel unter der Straßenlaterne suchen, weil es dort heller ist.« (Luger, 1990, S. 117)

Einerseits ist die psychiatrische Diagnose durch ihre soziale Stigmatisierung und Diskriminierung mit einer Reduzierung der Lebenschancen (z.B. durch Probleme bei der Partner- und Arbeitsplatzsuche) verbunden, andererseits bietet sie einen Schutz des Betroffenen vor den Anforderungen des Lebens, so daß sie ihm zum einen eine Entschuldigung für seinen Mißerfolg bieten und zum

anderen ihm so etwas wie »Narrenfreiheit« gewähren: »Du mußt schon Verständnis dafür haben, daß ich nicht abwaschen kann, aber ich bin eben krank/kränker als du«.

4. *Institutionelle Aspekte des diagnostischen Blicks: Der psychiatrische Schutzwall*

Die klinische Welt der Psychiatrie hat meines Erachtens die traditionellen psychiatrischen Krankheitskonzepte mit ihrem medizinischen Paradigma der Psyche weit mehr bestimmt als die tatsächlichen psychischen Phänomene, die ja eigentlich objektiv untersucht und kategorisiert werden sollten. Das Milieu der Anstalt, ihre institutionelle Organisationsform und ihre hierarchische Ordnung mußten zwangsläufig zu einer scheinbar scharfen Grenzziehung zwischen dem Personal und den Insassen, zwischen psychisch »gesund« und »krank«, führen. Die medizinisch ausgerichtete Anstaltsrealität sorgte für die künstliche Isolierung der Patienten von ihrem sozialen Kontext, so daß sich folgerichtig auch in den psychiatrischen Krankheitskonzepten psychosoziale Bedingungen nur als Randerscheinungen finden lassen. Der unmittelbare Einfluß des diagnostischen Prozesses, der mitunter identitätszersetzende und desintegrative Folgen haben kann, wurde als mitverursachende Komponente verrückten Verhaltens ausgeblendet. Außerdem muß sich zwangsläufig das Verhalten der Menschen unter den artifiziellen Bedingungen des Anstaltslebens verändern, da es sich ja an die neuen Begebenheiten der klinischen Welt anpassen muß.

Auch die Wahrnehmung des Psychiaters, sein diagnostischer Blick, wird von der Anstaltsrealität erfaßt, durchdrungen und verzerrt. Diese institutionell bedingte Wahrnehmungsverzerrung korrespondiert nochmals mit der medizinisch ausgerichteten Ausbildung und dem entsprechenden individualistischen Menschenbild der scheinbar naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Die vermeintlich wissenschaftlich legitimierte, normativ-gesellschaftliche Definitions- und Normierungsfunktion konzentriert sich in der institutionellen Psychiatrie. Dort ergreift sie sowohl die Insassen als auch das Personal.

Goffman stellte in seiner Untersuchung über totale Institutionen, zu denen er u.a. Gefängnisse, psychiatrische Anstalten, Klöster, Armenasyle, Waisenhäuser rechnete, fest, daß diese sich durch eine formell vorgeschriebene soziale Distanz zwischen Personal und Insassen »auszeichnen« (vgl. Goffman, 1986, S. 19). Diese soziale Distanz führt zwangsläufig zu einer reduktionistischen Sicht des Patienten, der nun als der ganz andere wahrgenommen wird. Ein einfühlendes Verständnis für die besondere Lebenssituation und die persönliche Problematik als Ausdruck dieser Lebenssituation läßt dieser »distanzierte Blick« nicht zu.

Sobald die klinische Welt der psychiatrischen Anstalt und das damit untrennbar verbundene normative Wahrnehmungsmuster die Menschen in ihren Bann

zieht, werden die beiden Klassen des psychiatrischen Systems – Personal und Patienten – von existentieller Unsicherheit und Angst erfaßt. Auf Seiten des Personals verschwimmen nun die verinnerlichten und scheinbar klar abgrenzbaren Kriterien für »normales/gesundes« und »normabweichendes/krankes« Verhalten/Erleben/Fühlen/Denken aufgrund der konzentrierten Konfrontation mit verrückten Verhaltens- und Erlebensweisen und des gleichzeitigen institutionell vorgeschriebenen Zwanges, jedes Verhalten der Patienten beständig zu beobachten und unter diagnostischen Gesichtspunkten zu bewerten. Doch um die Grenzziehung zwischen Personal und Patienten und damit die Anstaltsordnung aufrecht zu erhalten, muß diese Verunsicherung vollkommen kaschiert werden. Würde sich nämlich das Personal mit dem Blick betrachten, den es auf die Patienten richtet, liefe es zwangsläufig Gefahr, selbst diagnostiziert, d.h. mit psychiatrischen Kategorien versehen zu werden: Dem »diagnostischen Blick« sind alle Angeblickten gleichermaßen unterworfen, in seiner Wahrnehmungsstruktur ist er ein totalitärer. Um also seiner automatischen Etikettierungs- und damit Stigmatisierungsfunktion entgehen zu können, schützt sich das Personal vor der Totalität des diagnostischen Blicks, indem es die gesellschaftliche Grenzziehung zwischen Normalität und Verrücktheit zu einer absolut unüberwindlichen Demarkationslinie stilisiert: Jedes Verständnis für das verrückte Verhalten der Patienten muß infolge dieser künstlich errichteten Distanz auf der Strecke bleiben, da sich per definitionem auf der einen Seite dieser Demarkationslinie die personifizierte »geistige Gesundheit« und auf der anderen Seite die Personifikation »psychischer Krankheit« befindet.

So dienen die weißen Kittel des Anstaltspersonals zum einen als Versinnlichung dieser psychiatrischen Demarkationslinie und zum anderen als Schutz des Personals vor ihrem eigenen diagnostischen Blick. Allerdings kann dieses rigide Schisma die Verunsicherung des Personals niemals ganz im Zaum halten, weil es kontinuierlich immer wieder aufgerichtet werden muß. Schließlich gelingt es nie vollständig, aus dem Bewußtsein zu streichen, daß es sich hier in Wahrheit nur um eine artifizielle Trennungslinie zwischen psychisch »gesund« und »krank« handelt, die sich treffend auch als »psychiatrischer Schutzwall« bezeichnen läßt. Dieser Schutzwall speist in einer Art Rückkopplungsschleife die Blindheit des diagnostischen Blicks, die eine doppelte ist: Zum einen kann das Personal, da wo es sich selbst anblickt, nun nichts mehr wahrnehmen, was verrückt ist, und zum anderen vermag es bei den Patienten nichts mehr mit Sicherheit zu erkennen, was nicht in eine psychiatrische Kategorie paßt, nachdem einmal eine psychiatrische Diagnose gestellt worden ist. Und hier – also beim Blick auf die Patienten – verdoppelt sich die Blindheit nochmals, da das durch die bedrohliche, fremdbestimmte und funktionelle Realität der klinischen Welt induzierte Verhalten nicht als eine Reaktion auf diesen Hospitalisierungsprozeß verstanden wird. Die iatrogenen[5] Einflüsse während der Hospitalisierung, die das Verhalten der Patienten mehr oder weniger bestimmen, sind vor allem die

Machtlosigkeit gegenüber dem Klinikpersonal, die Isolation von Bezugspersonen, die Mortifikation[6] durch Übernahme des Krankheitsstigmas und die Entpersönlichung aufgrund der distanzierten Behandlung als bloßen Objekts der Psychiatrie.

Daß die klinische Welt der Psychiatrie nicht heilsam, sondern in diesem Sinne verrücktmachend wirkt, widerspricht natürlich dem Ethos des Klinikpersonals, das durch diese Erkenntnis ein wichtiges sinnstiftendes Motiv für seine Arbeit verlieren würde.

Das psychiatrische Verständnis oder besser Mißverständnis des menschlichen Wesens konstituiert nun aber gleichzeitig Realitäten, die sich individuell bei den Insassen psychiatrischer Kliniken manifestieren. D.h., die intrainstitutionelle »psychiatrische Spaltung« setzt sich im betroffenen und ihr unterworfenen Individuum als Abspaltung verrückter bzw. aufgrund des stattgefundenen diagnostischen Prozesses als »krank« erlebter Anteile fort. Die eigene Persönlichkeit kann so nicht mehr als »heil« (etymologisch geht »heil« auf »kailo-« [indogerm.] zurück, was »unversehrt, vollständig, ganz« bedeutet) erlebt und erfahren werden. Im Extrem kann dies tatsächlich zu einem psychiatrie-induzierten Persönlichkeitszerfall und Identitätsverlust führen, so daß sich das betroffene Individuum selbst nicht mehr versteht und sich von sich selbst entfremdet. Indem der Diagnostizierte nun auf einen bloßen Träger einer festgestellten »Geisteskrankheit«, die den Charakter einer autonomen Entität annimmt und ihm fremd gegenüberstehen muß, reduziert wird, trägt sein Denken, Fühlen und Handeln das Signum der »psychischen Krankheit«. Mit diesem Kainszeichen läuft er Gefahr – je mehr er an dieses Fremde als Autonom-Krankes glaubt –, in existentielle Unsicherheit hinsichtlich seiner eigenen Identität/Integrität zu fallen: All seine Lebensäußerungen und Wahrnehmungen muß er jetzt daraufhin untersuchen, ob sie nicht Ausdruck der diagnostizierten »Geisteskrankheit« sind, weil sie eben gerade unter dem »Blick des anderen« Anlaß waren, an seiner Normalität zu zweifeln. Seine Selbstreflexion wird so von einer beständigen Selbstdiagnose begleitet.

5. *Voraussetzungen und Charakteristika des diagnostischen Blicks*

5.1 *Der psychiatrische Krankheitsbegriff*

Um die Implikationen des psychiatrisch-diagnostischen Blicks wissenschaftshistorisch nachzuvollziehen und theoretisch begreifbar zu machen, ist es notwendig, genauer auf den psychiatrischen Krankheitsbegriff einzugehen, da die psychiatrische Diagnostik untrennbar mit dem medizinischen Krankheitsparadigma verwoben ist. Kurt Schneider (1887-1967), der zu den Vätern der biologisch orientierten Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg zählt und dessen »Klinische Psychopathologie« (1973) bis heute als Leitfaden der klinischen

Diagnostik gilt, schreibt: »Der Krankheitsbegriff ist für uns gerade in der Psychiatrie ein streng *medizinischer.* Krankheit *selbst* gibt es nur im Leiblichen und 'krankhaft' heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist. ... Wir fundieren also den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie ausschließlich auf *krankhafte Veränderungen des Leibes.* ... Die der Zyklothymie und Schizophrenie zugrunde liegenden Krankheitsvorgänge kennen wir nicht. *Daß* ihnen aber Krankheiten zugrunde liegen, ist ein sehr gut gestütztes Postulat, eine sehr gut begründete *Hypothese.*« (1973, S. 7f.) Und weiter gibt Schneider zu: »Daß es außer den abnormen Spielarten seelischen Wesens und den durch Krankheit begründbaren seelischen Abnormitäten auch noch diese 'endogenen Psychosen' (die Schizophrenien und die Zyklothymie – K.M.) gibt, ist das *Ärgernis* der Human-Psychiatrie. ... *Wir stehen* ... im Sinne eines heuristischen Prinzips *zu der Hypothese* und damit zu dem 'krankhaft'.« (ebd., S. 10)

Tatsächlich muß heute nach fast 100jähriger biologischer Forschung hinsichtlich des Nachweises einer spezifischen zerebralen Ursache der »endogenen Psychosen« festgestellt werden, daß weder spezifische morphologische noch physiologische Befunde gefunden werden konnten (vgl. Scharfetter, 1987, S. 32). Das bedeutet erstens, daß diese Hypothese alles andere als gut begründet ist, und zweitens, daß sie bis heute als heuristisches Prinzip versagt hat. Im Gegenteil: Es läßt sich viel begründeter behaupten, daß sie der Erkenntnisgewinnung bezüglich psychosozialer, lebensgeschichtlicher Ursachen verrückten Verhaltens und Erlebens hinderlich war und damit »antiheuristisch« ist. Der diagnostische Prozeß transformiert also verrückte Verhaltensweisen aufgrund des psychiatrischen Glaubenssatzes einer biologischen Verursachung »psychotischen« Verhaltens per definitionem in eine medizinische Krankheit somatischen Ursprungs.

5.2 *Das gesellschaftliche Ausgrenzungsparadigma*

Die Geschichte der Psychiatrie und damit der psychiatrischen Diagnostik ist – wie Michel Foucault in seiner 1961 erstmals erschienen Studie »Wahnsinn und Gesellschaft« gezeigt hat – nicht von den gesellschaftlichen Mechanismen des Ausschlusses, der Ausgrenzung und der Isolierung zu trennen. So wie im hohen Mittelalter die Leprakranken vom öffentlichen Leben ausgeschlossen und in Leprosorien interniert wurden – was nach Foucault ein Grund dafür war, daß die Lepra als Massenphänomen aus dem Abendland verschwand –, werden die Wahnsinnigen schließlich im 17. Jahrhundert denselben gesellschaftlichen Werten, Bildern und Strukturen des Ausschlusses unterworfen. Gesellschaftlich bestand die Hoffnung, den Wahnsinn durch dasselbe Ausgrenzungsparadigma wie bei der Lepra zum Verschwinden zu bringen. Und so wurden große Internierungsstätten geschaffen – wofür z.T. noch die alten Leprosorien Verwendung

fanden –, um zunächst all jene, die aus der aufgeklärten Gesellschaft gefallen waren (Arme, Landstreicher, Sträflinge und Verwirrten), unter Gewahrsam zu nehmen.

Der Diagnostizierungs- und Etikettierungsprozeß setzt diesen gesellschaftlichen Mechanismus der Ausgrenzung in subtilerer Weise fort: Heute werden zwar die als »psychisch krank« Diagnostizierten in der Regel nicht auf Lebenszeit interniert, doch mit fast der gleichen Undurchdringlichkeit vom gesellschaftlichen Leben ferngehalten. Einmal in irgendeiner Weise psychiatrisch diagnostiziert, haftet dieses Stigma dem Betreffenden sein Leben lang an: Die anderen werden ihn als anders behandeln. Sie werden ihm gegenüber mißtrauisch sein, vielleicht sogar Angst vor ihm haben. Er wird große Mühe haben, seine »Unschuld«, seine Normalität zu beweisen, und Schwierigkeiten bekommen, seine Arbeit zu behalten oder eine neue zu finden.

5.3 *Emil Kraepelin: Opfer des psychiatrisch-diagnostischen Blicks*

Durch die Entwicklung immer differenzierterer und ausgefeilterer Aussonderungs- und Ausgrenzungsmechanismen der »Unvernünftigen« hat der »psychiatrisch-diagnostische Blick« eine progrediente Verschärfung erfahren: Als Selektionsinstrument wurde er rasiermesserscharf. Doch erblindete er nahezu vollkommen als Wahrnehmungsorgan für das, was den Wahnsinn ausmacht und ihn bedingt. Die heute gebräuchlichen psychiatrischen Klassifikationssysteme (ICD 10, DSM-III-R) mit ihren nosologischen Begrifflichkeiten gehen auf Emil Kraepelin (1854-1925) zurück, der das Verhalten seiner Patienten unter klassifikatorischen Gesichtspunkten beobachtete und nach nosologischen Gesichtspunkten systematisierte. Dabei sammelte er alle unverständlichen, außergewöhnlichen Verhaltens- und Erlebensweisen, wertete diese als Symptome einer zugrunde liegenden Krankheit, sortierte sie nach Ähnlichkeitsmerkmalen und ordnete sie bestimmten, aus letzteren abgeleiteten, Krankheitseinheiten zu, die er wiederum in ein mehr oder weniger geschlossenes nosologisches System brachte, wodurch er nun jedem Patienten »seine Krankheit« zuweisen konnte.

Damit Kraepelin ein solches psychiatrisches Klassifikationssystem entwickeln konnte, mußte er einen komplizierten Transformationsprozeß vornehmen, in dem implizit eine Unmenge an Hypothesen, Vorannahmen und Vorurteilen eingingen. So nahm er an, daß es sich bei den beobachteten Verhaltensweisen um unverständliche handelte. Er nahm an, daß sie Krankheitssymptome darstellten. Er nahm an, daß diese Symptome nochmals unterschiedlichen Krankheiten zugeordnet werden könnten. Gleichzeitig flossen in Kraepelins Klassifikationssystem und in seine Beschreibung psychiatrischer Krankheitsbilder eine Vielzahl moralischer Verurteilungen ein, die er als solche allerdings nicht reflektieren konnte. Dies muß im übrigen nicht verwundern, da der psychiatrisch-diagnostische Blick als sezierender nur in eine Richtung schauen

kann: vom Subjekt (Psychiater) zum Objekt (Patient). In dieser Hinsicht war Kraepelin bloßes Opfer eines geschichtlich schon präformierten Blickes, einer historisch verankerten Wahrnehmungsstörung. Bis heute ist es nicht gelungen, den Mythos eines objektiv-wertfreien psychiatrischen Klassifikationssystems zu entlarven. So schreibt Klaus Dörner: »Das Kraepelinsche Diagnosen- und Krankheitsschema hat ... eine in der Wissenschaftsgeschichte ganz ungewöhnliche Stabilität erwiesen. Die Grundbegriffe – Psychose, Neurose, Psychopathie, Schizophrenie (bei Kraepelin eigentlich Dementia praecox – K.M.), manisch-depressive Krankheit usw. – sind auch heute unangezweifelte Kernstücke jedes in Forschung, Praxis und Lehre angewandten Diagnosenschemas; sie bilden so auch die Basis des psychiatrischen Alltags.« (1981, S. 139)

5.4 *Die Transformation des Wahnsinns in ein biologisches Ereignis*

Die Einordnung des Wahnsinns in ein System von Krankheiten impliziert allerdings einen Transformationsprozeß, den Herzog wie folgt beschreibt: »Der Arzt muß hermeneutisch vorgehen, er muß die Klagen (der Patienten – K.M.) interpretieren ... Er muß die besondere Krankheit identifizieren, die die Störung gesetzt hat und zwar als biologisches Ereignis. Er muß Diagnostik treiben. Zu diesem Zweck verläßt er die Mitteilungen und ihre Interpretation, begibt sich aus der sozialen in die biologische Ereignisebene und reduziert die Klage mit ihren vielen möglichen Ereignisverknüpfungen auf biologische Variablen ... Ein Arzt, der von der Klage direkt auf Krankheit oder Schädigung schließt, mag aus Erfahrung das Richtige treffen; naturwissenschaftlich handelt er nicht.« (1984, S. 13f.)

Festzuhalten bleibt hier, daß die Transformation der Klagen in biologische Sachverhalte und damit die Grundlage der psychiatrischen Diagnostik auf einem Glaubenssatz beruht. Sie stellt damit kein naturwissenschaftliches, sondern ein höchst spekulatives Vorgehen dar. Die Einordnung und Transformierung wahnsinniger Verhaltensweisen in eine »Botanik von Geisteskrankheiten« suggeriert zudem, daß es sich bei den diagnostizierten »Krankheiten« um quasi autonome Entitäten handelt, die ohne weiteres von ihrem »Träger« zu abstrahieren sind und quasi ein Eigenleben führen. So interessierte folgerichtig nur noch die Krankheitsgeschichte, welche einen vorherbestimmten naturgesetzlichen Verlauf haben sollte, und die »Krankengeschichte« geriet mehr und mehr in Vergessenheit (vgl. Keupp, in: Voges, 1987, S. 342). Indem sich der psychiatrisch-diagnostische Blick allein auf eine hypostasierte Krankheit und ihre Geschichte konzentriert, blendet er konsequent all das aus, was sich nicht in das psychiatrisch-medizinische Paradigma des Wahns einordnen läßt: Die distanzierte Eindimensionalität seiner Wahrnehmung beraubt dem im Doppelsinne wahnsinnigen Leiden die individuell-biographische und damit gesellschaftliche Bedeutung. Dem Verrückten wird hierdurch jeglicher Sinn genommen. Sein Verhalten/

Erleben/Fühlen/Denken wird ihm entrissen, indem es als sinnlos/unsinnig entwertet wird. Und so werden auch die individuellen lebensgeschichtlichen Erfahrungen/Verletzungen bedeutungslos, und es beginnt ein Prozeß der Enteignung der Subjekthaftigkeit des betroffenen Menschen, indem er nur noch als Objekt des Arztes in Erscheinung tritt, der seine »Krankheit« behandelt.

6. *Ausblick*

Die spezifische Wahrnehmungsstörung, wie sie im diagnostischen Blick zutage tritt, und ihre negativen Konsequenzen können meines Erachtens niemals innerhalb des psychiatrischen Systems durch eine Berichtigung ihrer »Fehler« aufgehoben werden, da das Fundament der psychiatrischen Diagnostik selbst das Problem darstellt: Die Institution »Psychiatrie« und damit ihre gesellschaftliche Funktion basieren ja gerade auf der von mir aufgezeigten Wahrnehmungs- und Denkstörung. Die »Fehler« der psychiatrischen Diagnostik können also nur durch Beseitigung ihrer Ursachen behoben werden, also indem die Hypothese der Endogenese der »Schizophrenie«, der »Depression« und der »Zyklothymie« auch als heuristisches Prinzip endlich aufgegeben und die psychiatrische durch eine psychosoziale Diagnostik aufgehoben wird. Konsequent durchgeführt könnte eine psychosoziale Diagnostik zu einer »Entpathologisierung der Psyche« führen: Normabweichende Verhaltens- und Erlebensweisen würden dann nicht als pathologische Symptome gedeutet, sondern als lebensgeschichtlich gewordene psychische Verarbeitungs- und Ausdrucksformen begriffen werden, die wiederum in einem spezifischen sozialen Kontext, einer bestimmten individuellen Situation und einer bestimmten Interaktion/Kommunikation entstehen und zum Ausdruck kommen.

Anmerkungen

1 Neuroleptika wirken blockierend auf das dopaminerge Transmittersystem im Gehirn und verursachen hierdurch extrapyramidalmotorische Symptome: Frühdyskinesien (Bewegungszwang [Akathisie], unwillkürliche Zungen- und Schluckbewegungen, Krämpfe der Wangen- und Nackenmuskulatur etc.), das Parkinsonoid (Bewegungsarmut, reduzierte Mimik etc.) und irreversible Spätdyskinesien (choreathetotische Bewegungen, Schmatzbewegungen, unwillkürliche Mund- und Zungenbewegungen etc.). Das Einsetzen von Frühdyskinesien wird als Indiz dafür genommen, daß das Neuroleptikum »antipsychotisch« wirksam geworden ist. Zwischen den erwünschten und den unerwünschten Wirkungen läßt sich daher in der Praxis kaum plausibel unterscheiden: Aufgrund der partiellen Blockierung der Überträgerstoffe des Gehirns kommt es zu einer allgemeinen Hemmung des Denkens, Fühlens und der Motorik. Die sog. produktive Symptomatik wird dabei genauso unterdrückt wie die allgemeinen Lebensvorgänge.

2 Die Bezeichnung »Medikament« stammt aus dem Lateinischen (medicamentum) und bedeutet Heilmittel. Da die psychopharmakologische Behandlung von psychischen »Störungen« nicht heilend wirkt, sondern die »Symptome« unterdrückt, können Psychopharmaka auch nicht als Medikamente oder Heilmittel bezeichnet werden.

3 Bisher gibt es in der modernen Psychiatrie keine einheitlichen Richtlinien, bei welchen »psychiatrischen Krankheiten« eine Elektroschock-Behandlung indiziert sei: In einer Klinik werden »Schizophrene«, in einer anderen »Manisch-Depressive« und in einer dritten »Depressive« mit dem Elektroschock behandelt – ein Indiz für die Beliebigkeit psychiatrischer Indikations-

stellungen. In der psychiatrischen Anstalt, die ich kennenlernte, mußten für eine Elektroschock-Indikation folgende Bedingungen erfüllt sein: Erstens mußte eine sog. endogene Depression diagnostiziert worden sein, zweitens mußten alle anderen psychiatrischen Behandlungsmethoden versagt haben, und drittens mußte der Betreffende im Intelligenztest (HAWIE) überdurchschnittlich gut abgeschnitten haben. M.E. soll die dritte Indikationsbedingung die nach einer Elektroschock-Behandlung unweigerlich eintretenden irreversiblen Schädigungen der Gehirnsubstanz (Zerstörung von Gehirnzellen) und die damit einhergehenden psychischen Ausfälle kaschieren.

4 Das AMDP-System wurde von der »Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie« entwickelt. Es versucht »psychopathologische Merkmale« zu skalieren, um diese der elektronischen Datenverarbeitung zuführen zu können und damit eine Vereinheitlichung psychiatrischer Diagnostik zu erzielen. Dies scheint ein verzweifelter Versuch zu sein, objektive Fakten vorzutäuschen, wo nur subjektive Bewertungen stattfinden.

5 Iatrogene (griech.) Krankheiten: durch Handlungen und Äußerungen des Arztes hervorgerufene Krankheiten/Störungen.

6 Mortifikation (lat.): Kränkung, Abtötung von – unerwünschten oder als gefährlich eingeschätzten – Gefühlen und Begierden.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association, 1989: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III-R). Weinheim und Basel: Beltz Verlag

AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) (Hrsg.), 1981: Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag

Bachmann, I., 1990: Der Fall Franz. Requiem für Fanny Goldmann. München: Piper

Degkwitz u.a. (Hrsg.), 1980: Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (ICD 9). Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag

Dörner, K., 1984: Bürger und Irre: Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/M.: Syndikat/EVA

Foucault, M., 1985: Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Goffman, E., 1986: Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Goffman, E., 1984: Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Herzog, G., 1984: Krankheitsurteile: Logik und Geschichte in der Psychiatrie. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag

Keupp, H., 1987: Psychisches Leid als gesellschaftlich produzierter Karriereprozeß. In: W. Voges (Hrsg.): Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung. Opladen: Leske Verlag

Kraepelin, E., 1913: Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. III. Band: Klinische Psychiatrie, II. Teil. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth

Lehmann, P., 1986: Der chemische Knebel: Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. Berlin: Antipsychiatrieverlag

Luger, H., 1990: KommRum: Der andere Alltag mit Verrückten. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Mücke, K., 1990: Mythos »Schizophrenie« oder Die Genese des »diagnostischen Blicks«. Berlin: unveröffentlichte Diplomarbeit (Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin)

Riemann, G., 1987: Das Fremdwerden der eigenen Biographie: Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Wilhelm Fink Verlag

Rosenhan, D., 1990: Gesund in kranker Umgebung. In: P. Watzlawick (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit: Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. München: Piper

Scharfetter, C., 1987: Definition, Abgrenzung, Geschichte; in: Kisker, K.P. u.a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 4 – Schizophrenien; Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Schneider, K., 1973: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag