

4 Schröder gibt ein gutes Beispiel für solche retrospektive Verwissenschaftlichung therapeutischer Pragmatik. Sein Beitrag wirkt streckenweise wie die Karikatur des hier Kritisierten. Dies ist umso verwunderlicher, als Schröder im selben Beitrag eine zutreffende Zusammenfassung der Probleme zwischen Theorie und Praxis gibt. Vgl. Schröder, G., Theorie und Praxis der Angstreduktion bei Kindern, in: Mitteilungen der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie 2, 1971, S. 13.

5 Franks spricht davon, daß sogar die klinische Literatur der Verhaltenstherapie entweder von akademischen Autoren oder von Klinikern in akademischen Arbeitszusammenhängen (academic settings) beherrscht werde. Ayllon/Azrin's „Token Economy“ ist einer der wenigen Praxisberichte, in dem klinische Rahmenbedingungen als Arbeitsgrundlage direkt benannt werden – recht günstige Bedingungen: Die tägliche Versorgungsarbeit der Abteilung wurde von Patienten erledigt, und das Pflegepersonal hatte die Möglichkeit und das Recht, die Behandlung abzubrechen, wenn sie zu problematisch wurde. Für deutsche Verhältnisse ist dies sicher nur der „relative Ernstfall“. Vgl. Franks, C. M. (Ed.): Behavior Therapy Appraisal and Status, New York 1969, Vorwort; Ayllon, T./Azrin, N., The Token Economy, A Motivational System for Therapy and Rehabilitation, New York 1968.

6 Vgl. Gleiss, I., Verhalten oder Tätigkeit? In: Das Argument 91, S. 440.

Ernest Borneman

Zur Nomenklatur der Psychiatrie

Bis zur Zeit von Charcot (1825–1893), Kraepelin (1856–1926), Freud (1856–1939), Bleuler (1857–1939) und Janet (1859–1947) glaubten die Ärzte, daß alle „Geisteskrankheiten“ endogen, nicht exogen seien, und schrieben die Symptome des „Irnsinns“ somatischen Ursachen (Gehirntumoren, Sklerosen usw.) zu. Die Revolution der Psychiatrie, die nun ein rundes Dreivierteljahrhundert alt ist, bestand vor allem darin, daß man zwischen somatogenen und psychogenen Störungen zu unterscheiden lernte. Erst seit kurzer Zeit sind neue Zweifel an dieser einst revolutionären Unterscheidung aufgetaucht, und zwar nicht nur bei kritischen Einzelgängern wie Szasz, bei Anti-Psychiatern wie Laing und Cooper, sondern auch unter Psychoanalytikern, Verhaltenstherapeuten und Neurologen jüngerer Alters. Die Gruppe der Sozialpsychologen und Sozialpsychiatern, die mit ihnen sympathisiert, fragt heute, ob Psychosynndrome, die nicht körperlich bedingt sind, notwendigerweise „seelisch“ bedingt sein müssen, oder ob sie nicht vielleicht umweltbedingt sind, also ökologisch und gesellschaftlich erzeugt werden. Gibt es überhaupt so etwas wie psychogene Neurosen? Ist der Terminus „Psychose“ nicht selbstkontradiktorisch? Sind alle „psychischen“ Störungen mit Ausnahme der strikt somatogenen nicht soziogen? Steckt der Erreger des „psychischen“ Leidens nicht stets in dem Elternhaus, in dem man aufgewachsen ist, in der Schule, die man besucht hat, in der Familie, in der man lebt, in den Arbeitsbedingungen, unter denen man sein Brot verdient, in der sozia-

len und politischen Struktur der Gemeinden, Länder, Nationen, Staaten, Klassen, zu denen man in wechselseitiger Beziehung steht? Sind Psychosyndrome wirklich anders als aus einem bestimmten und determinierbaren Verhältnis zwischen der Anlage und der Umwelt des Patienten deutbar?

Nicht jeder Mensch reagiert „krankhaft“ auf jeden Umweltstimulus, und nicht jeder Umweltstimulus macht jeden Menschen „krank“. Aber es wird immer wahrscheinlicher, daß sogenannte Geisteskrankheiten einem spezifischen Verhältnis zwischen Anlage und Umwelteinfluß entspringen und daß eine Klassifikation der „psychischen“ Störungen nur dann möglich wird, wenn wir den Hebel der Definition bei den Ursachen und nicht bei den Wirkungen ansetzen: bei den Gründen der Störung und nicht bei ihren Symptomen. Die Psychiatrie macht sich zum Narrenland der Diagnostik, wenn sie nicht nur zwischen angeblichen Neurosen und angeblichen Psychosen zu unterscheiden sucht, sondern auch Kategorien der „organischen“, „funktionellen“, „endogenen“, „exogenen“, „psychogenen“, „somatogenen“, „autoplastischen“, „alloplastischen“, „anlagebedingten“, „erworbenen“, „traumatischen“ und „epochalen“ Störungen errichtet, wenn sie von Integrationsstörungen, Neuropathien, Neurasthenien und Psychopathien spricht, wenn sie vorgibt, Neuropsychosen von Psychoneurosen, Organneurosen von Organpsychosen unterscheiden zu können, wenn sie Psychosen in so närrische Untergruppen wie Erschöpfungs-, Infektions- und Degenerationsformen aufzutellen sucht und dann das gleiche noch einmal bei den Neurosen vornimmt.

Das ist nicht Medizin, das ist Beckmesserel. Das ist das moderne Gegenstück der Alchimie. Wenn es einigen altmodischen Psychiatern nutzt, dann nutzt es ganz bestimmt nicht ihren Patienten. Kein ernstzunehmender Psychiater, Neurologe oder Psychoanalytiker glaubt heute noch an dieses Gewirr von „Geisteskrankheiten“. Andererseits kann man aus der Perspektive der Symptomatologie auch keine grundsätzlich andere Ordnung der nosologischen Phänomene in die psychische Medizin einbringen. Ein neues Ordnungssystem kann nicht aus einer weiteren Unterteilung der Symptome, sondern nur aus einer präziseren Ermittlung ihrer Ursachen entwickelt werden. Es muß ein ätiologisches und kein symptomatologisches System sein. Es muß den Zusammenhang zwischen Konstitution, Disposition und Exposition des Patienten ermitteln. Der aus der somatischen Diagnostik übernommene Gedanke, daß ein bestimmtes Symptom eine bestimmte Ursache habe, trifft auf „psychische“ Störungen nur in begrenztem Maße zu, denn unterschiedliche Formen des Zusammenwirkens von Anlage, Lebensgeschichte, Disposition und Umwelteinfluß können zwar sehr unterschiedliche Psychosyndrome hervorbringen, können in anderen Fällen aber auch völlig identische Symptome produzieren.

Dieses Auseinanderklaffen von Ursache und Wirkung ist eines der grundsätzlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen somatischen und sogenannten psychischen Störungen.

Identische Milieueinwirkungen können bei unterschiedlicher Anlage, unterschiedlicher Lebensgeschichte und unterschiedlicher Disposition zu völlig verschiedenen Psychosyndromen, manchmal aber auch zu einem identischen Symptom führen. Ebenso kann eine identische Anlage bei unter-

schiedlicher Lebensgeschichte, unterschiedlicher Disposition und unterschiedlichen Umwelteinflüssen entweder identische oder gänzlich verschiedene Psychosymptome erzeugen. Auch eine identische oder zumindest ähnliche Lebensgeschichte kann bei unterschiedlicher Anlage, unterschiedlichen Umwelteinwirkungen und unterschiedlicher Disposition zu sehr verschiedenen oder aber auch zu identischen Erscheinungsformen der „seelischen“ Störung führen. Schließlich kann eine identische Disposition bei verschiedenen Patienten mit verschiedenen Anlagen, Lebensgeschichten und Umwelteinflüssen entweder identische oder sehr verschiedene Psychosyn-drome hervorbringen. Wir müssen uns bei sogenannten Geisteskrankheiten also davor hüten, jemals monokausale Folgerungen aus den vorgefundenen Symptomen zu ziehen.

In diesem Sinne ist die Psychoanalyse trotz all ihrer zugestandenen Mängel eine sinnvolle Therapie, weil sie sich auf die Trias von Anlage, Lebensgeschichte und Disposition bezieht, statt, wie die Verhaltenstherapie, eine rein symptomatische Form der Behandlung anzubieten. Zwar liefert uns auch die volle Kenntnis der Krankheitsgeschichte keine Garantie der Heilung, aber eine Heilung ohne Kenntnis der Krankengeschichte ist mit Sicherheit unmöglich. Wollen wir heilen, statt Symptome unter den Teppich zu kehren, so müssen wir die historische Komponente der Krankheit verfolgen. Wir müssen ermitteln, welche Konstitution der Patient von seinen Eltern ererbt hat, welche Kindheitseinflüsse die Eltern auf ihn ausgeübt haben, welchen anderen Umwelteinflüssen er sein Leben lang ausgesetzt gewesen ist und welches spezifische Gemisch von endogenen und exogenen Einflüssen sich bei ihm zur Krankheitsdisposition verdichtet hat.

Von diesen drei klassischen Dimensionen des Morbus – der Konstitution, Disposition und Exposition – ist die letzte bei psychischen Störungen die weitaus bedeutsamste. Denn die Konstitution ist eine somatische Kategorie. Sie betrifft das Erbgut des Patienten. Auch die Disposition wird weitgehend von somatischen Einflüssen geregelt. Einzig und allein die Exposition konfrontiert den Menschen mit Einflüssen, die nicht dem eigenen Körper entstammen. Es stellt deshalb eine nur geringfügige Vereinfachung dar, wenn wir sagen, daß alle sogenannten Geisteskrankheiten entweder somatische Erkrankungen oder gar keine Krankheiten, sondern umweltbedingte Störungen des Organismus sind. Sie sind nicht durch „Therapie“ des „Kranken“, sondern nur durch die Veränderung ihrer Ursachen zu beseitigen, also durch ökologische und soziale Veränderungen der Umwelt.

Kurt Birnbaum hat bereits vor 44 Jahren (in „Soziologie der Neurose“, Berlin 1933) klar gesagt: Neurosen und Psychosen sind nichts anderes als der Niederschlag gestörter Sozialbedingungen im Verhalten des Patienten. Sie sind das „Produkt der Dissonanz zwischen Persönlichkeit und sozialen Umständen“. Andererseits fragte sich Birnbaum mit Recht, weshalb in einer krankmachenden Umwelt nur manche Menschen krank werden und nicht alle. Die Antwort, die sich uns heute darbietet, ist, daß ganz bestimmte Konstellationen von pathogenen Gesellschaftsumständen zusammenkommen müssen, um in ganz bestimmten Individuen ganz bestimmte Verhaltensstörungen auszulösen. Die individuelle Konstitution spielt zwar eine Rolle, aber es ist nicht die Rolle einer kranken Psyche, sondern nur die einer

bestimmten Disposition zu bestimmten Krankheiten, einer konstitutionellen Anfälligkeit für ganz bestimmte Umwelteinflüsse. Treten diese Einflüsse während der Lebenszeit des Patienten nicht in seiner Umwelt auf, so bleibt er gesund. Wie eine bestimmte Klaviersaite nur dann mitzuschwingen beginnt, wenn die von außen einwirkenden Schwingungen einer Tongabel eine bestimmte Frequenz haben, so wird ein bestimmter Mensch nur dann „psychisch“ krank, wenn bestimmte gesellschaftliche Bedingungen auf ihn einwirken.

Die Kernfrage der Psychodiagnostik sollte also nicht lauten: „Was macht den Kranken krank“, sondern: „Was hält den Gesunden gesund?“ Vor allem die Sozialpsychologie sollte sich die Frage stellen: „Wenn die krankmachende Gesellschaft die Mehrzahl ihrer Mitglieder krank macht, woher nimmt dann die Minderheit die Kraft, den krankmachenden Einflüssen zu widerstehen?“ Die bürgerliche Sozialmedizin, zum Beispiel die Gesundenuntersuchung, bringt uns keine Antwort auf diese Frage. Denn statt zu ermitteln, wo der Gesunde seine Resistenz gegen die Krankheitserreger her nimmt, denen seine Mitmenschen erliegen, tut sie genau das Gegenteil und erforscht, ob unter den scheinbar Gesunden nicht doch verborgene Kranke zu finden sind. Es ist ein kennzeichnender Widerspruch unserer Gesellschaftsordnung, daß alle Erkenntnisse, die wir über den Zustand des Gesunden besitzen, aus den Erfahrungen mit Kranken stammen. Wer aber gilt als krank? Nur derjenige, der das bürgerliche Erwerbs- und Familienleben behindert. Damit schrumpft das askulapische Ideal zur Aufgabe, den Arbeitsunfähigen temporär arbeitsfähig zu machen.

Trotz ihres revolutionären Durchbruchs von der somatischen zur „psychischen“ Medizin waren die großen Reformer der bürgerlichen Psychiatrie also der Erkenntnis unfähig, daß der „Patient“ gesund und die Gesellschaft krank sein kann. Wo die Normen des Patienten von denen des Bürgertums abwichen, schloß der bürgerliche Psychiater stets, daß es sich bei einer solchen Abweichung nur um eine Krankheit handeln könne, und zwar stets um eine des Patienten, nie um eine der Gesellschaft. Der Schluß war nicht nur klinisch, sondern auch methodologisch falsch, denn eine strikt psychogene Morphologie der Geisteskrankheiten kann es nach allem, was wir in diesen Zeilen zusammengefaßt haben, nicht geben. Das wurde bereits in den Diskussionen der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung während der Jahre 1909 bis 1912 klar, vor allem in dem Argument zwischen Freud, der auf einer morphologischen Klassifikation neurotischer Symptome bestand, und Stekel, der die morphologische Unterscheidung identischer (zum Beispiel neurotischer und neurasthenischer) Symptome ablehnte und auf die klinische Erfahrung verwies, daß man bei den sogenannten Neurasthenikern regelmäßig dieselben Komplexe und Konflikte vorfindet wie bei anderen Neurotikern. Freuds Antwort (GW VIII, 338–339) ist interessant, weil sie Stekels Argument eher unterstützt als widerlegt. „Wir haben uns daran gewöhnt“, sagte Freud, „jedem Kulturmenschen ein gewisses Maß von Verdrängung perverser Regungen, von Analerotik, Homosexualität u. dgl. sowie ein Stück Vater- und Mutterkomplex und noch andere Komplexe zuzumuten, wie wir bei der Elementaranalyse eines organischen Körpers die Elemente: Kohlenstoff, Sauerstoff, Wasserstoff, Stickstoff und etwas Schwefel

mit Sicherheit nachzuweisen hoffen. Was die organischen Körper voneinander unterscheidet, ist das Mengenverhältnis dieser Elemente und die Konstitution der Verbindungen, die sie miteinander eingehen.“ Diese Analogie trifft auch auf das heutige Postulat eines mengenspezifischen Verhältnisses zwischen Anlage und Umwelteinfluß zu. „Neurosen“ und „Psychosen“ brauchen dann nicht mehr nach der unendlichen Vielfalt ihrer Symptome unterteilt zu werden, sondern lassen sich nach dem Maß der individuellen Resistenz gegen die verhaltensstörenden Umwelteinflüsse klassifizieren.

Um „Störungen“ zu definieren, müssen wir aber erst einmal wissen, was wir als ungestörtes Verhalten bezeichnen wollen. Definieren wir den Gesunden als jenen Menschen, der seine Aufgaben störungsfrei zu erfüllen vermag, so stellt sich sofort die Frage, wie wir den Status dieser „Aufgaben“ definieren wollen. Jede Kultur, jede Gesellschaftsordnung legt sich andere Aufgaben auf und definiert die Pflichten des Individuums in so unterschiedlicher Weise, daß eine allgemeingültige Festlegung, welche Kultur nun „normal“ und welche gesellschaftlich definierte Aufgabe „gesund“ sei, sowohl der bürgerlichen Soziologie wie auch der Ethnologie unmöglich geblieben ist. Definieren wir „Krankheiten“ als Abweichungen von der gesundheitlichen Norm, also als das gesundheitliche Verhalten einer Minderheit, so stoßen wir gleich wieder auf das Phänomen, daß die statistische Mehrheit nicht notwendigerweise den Gesundheitsansprüchen einer anderen Gesellschaftsordnung, beispielsweise der unserigen, zu genügen braucht, und daß die dortige Minderheit, die nach dortigen Maßstäben als „krank“ empfundene Gruppe, in unserer Gesellschaft durchaus als gesund gelten könnte. Summa summarum: Maßstäbe der somatischen Gesundheit unterliegen in vielen, aber nicht in allen Gesellschaftsordnungen den Maßstäben der Herrscher. Maßstäbe der „psychischen“ Gesundheit unterliegen dagegen stets und überall den Normen der herrschenden Klasse und lassen sich deshalb überhaupt nicht vom biologischen Standpunkt definieren.

Deshalb bildet sich in allen hierarchisch gegliederten Gesellschaften ein hierarchisches Modell der Psyche heraus. Wahrscheinlich ist dieses Modell so alt wie die menschliche Arbeitsteilung und hat in ihr seinen Ursprung. Das Konzept einer „Seele“, die den Körper regiert wie der Pharao das Volk, taucht jedenfalls schon in den religiösen Vorstellungen des alten Ägypten auf und reicht bis ins 3. Jahrtausend vor unserer Zeitrechnung zurück („Gespräch eines Lebensmüden mit seiner Seele“, um 2100 v. u. Z.). Die beiden großen Sklavenhalterkulturen des Westens, die griechische und die römische, sahen das Verhältnis der Seele (Psyche, Anima) zum menschlichen Körper stets in analoger Form zum Verhältnis zwischen der sensitiven, denkenden, kultivierten Herrscherschicht und der trägen Masse (Sklaven, Heloten, Plebs). Dem Begriff „Seele“ hängt deshalb bis in die Gegenwart ein elitärer Nimbus an. Dem vulgären Leib steht die edle Seele gegenüber, dem sterblichen Körper die unsterbliche Seele, dem korrupten Fleisch der unkorruptierbare Geist. Die ganze Geschichte der Psychologie und Psychotherapie, der „Seelenkunde“ und „Seelenheilkunde“, wird von dieser hierarchischen Vorstellung geprägt. Erst bei Engels finden wir die Seele als *Daseinsweise* des menschlichen Körpers definiert; sie verhält sich zu ihm wie die Energie zur Materie. Das heißt: sie ist von ihm untrennbar. So wie die Be-

wegung aber mehr ist als eine bloße „Eigenschaft“ der Materie, so ist auch die „Psyche“ mehr als eine Eigenschaft des Körpers. Es geht nicht an, wie die mechanistische Psychologie des neunzehnten Jahrhunderts, der Behaviorismus der Jahrhundertwende und die heutige Verhaltenstherapie es tun, die menschliche „Psyche“ als vermittelndes Organ zwischen äußeren Reizen und inneren Reaktionen aufzufassen und damit zur Maschine zu degradieren. Umgekehrt ist es aber auch unhaltbar, eine Psyche zu postulieren, die nur somatische Symptome erzeugt, selbst aber keine somatische Existenz besitzt, mit keinem wissenschaftlichen Experiment nachgewiesen werden kann und in keinem körperlichen Organ zu orten ist.

Zwar unterscheidet die Neurologie zwischen willentlichen und unwillentlichen Prozessen des Nervensystems, sledelt die ersten im zerebrospinalen Bereich (Gehirn und Rückenmark) und die zweiten im sympathischen an (Sympathikum, Parasympathikum, Grenzstrang), aber der oft unternommene Versuch, die psychiatrischen Kategorien bewußt/unbewußt den neurologischen Kategorien willentlich/unwillentlich topisch zuzuordnen, ist stets mißglückt. Das ist ein charakteristisches Scheitern; es erklärt die gegenwärtige Hilflosigkeit der Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich fasse zusammen: Die bürgerliche Psychiatrie befindet sich in einer Sackgasse, weil die Praxis, Krankheiten nach ihren Symptomen zu klassifizieren, aus der somatischen Medizin stammt und in der psychischen Medizin impraktikabel ist. Psychische Krankheiten sind entweder somatische Störungen, oder es sind keine Krankheiten, sondern psychische Niederschläge gesellschaftlicher Störungen. Nicht alle gesellschaftlichen Störungen machen alle Menschen psychisch krank, sondern ganz bestimmte Menschen erkranken unter ganz bestimmten Umwelteinflüssen an ganz bestimmten Krankheiten. Ob wir diese „Krankheiten“ im somatischen Sinne als Morbus bezeichnen dürfen oder ob sie nicht präziser als konstitutionsbedingte Umweltschädigungen aufgefaßt werden sollten, wäre zu diskutieren. Die Hauptaufgabe, die der psychischen Medizin vorliegt, ist die Erkundung jener Widerstandskräfte, die einzelne Menschen auch unter schädigenden Umwelteinflüssen befähigen, ihre psychische Stabilität aufrechtzuerhalten. Die Mediziner sollten sich weniger die Frage stellen: „Was macht den Kranken krank?“ als: „Was hält den Gesunden gesund?“ Die Nomenklatur der Psychiatrie ist ebenso veraltet wie ihre therapeutische Praxis und ihre Neigung, Krankheiten nach ihren Symptomen und nicht nach ihren Ursachen zu klassifizieren. Die Hauptaufgabe des Psychiaters sollte es werden, die präzisen Zusammenhänge zwischen Konstitution, Disposition und Exposition zu ermitteln und eine neue Klassifikation der psychischen Störungen aufzustellen, die sich an ihren Ursachen orientiert; also an der spezifischen Mischung von Anlage, Lebensgeschichte, Umwelteinfluß und Disposition, die zu Störungen des Verhaltens führt. Solche Störungen können entweder rein statisch ermittelt werden oder sie müssen sich an den Wertmaßstäben der jeweiligen Gesellschaftsordnung orientieren. Das heißt: sie werden in einer sozialistischen Gesellschaft sehr viel anders aussehen als in einer bürgerlichen. Sie können in keinem Falle, weder in der bürgerlichen noch in der sozialistischen Psychiatrie, an irgendwelchen biologischen Normen ausgerichtet werden.