

erschienen/published in:

Rotthaus, W. (Hrsg.)(1989),

Psychotisches Verhalten Jugendlicher

Dortmund (Verlag modernes lernen), S. 11-41.

"Realität", Realitäten - "Normale", Verrückte¹

Reflexionen zur Realität von Zuordnungskategorien am Beispiel der Schizophrenie

Kurt Ludewig

Zusammenfassung

Das diagnostische Konzept Psychose - hier: schizophrene Psychose - steht seit seiner Synthetisierung im Zentrum des psychiatrischen Denkens und Handelns; ja es verleiht dem Fach Psychiatrie im wesentlichen gar seine Existenzberechtigung. In diesem Beitrag wird die neue Literatur zu diesem Konzept zusammengetragen und aus einer systemisch-konstruktivistischen Position reflektiert. Im Anschluss daran wird - aus dieser Sicht - eine operable Eingrenzung des schizophrenen Phänomens dargestellt. Daraus werden wiederum zehn Thesen zu einem systemischen Verständnis dieses Phänomens und Folgerungen für die klinisch-therapeutische Praxis abgeleitet. Dabei wird behauptet, dass erst die Reflexion über die sozialen Bedingungen, unter denen die Bezeichnung "schizophren" überhaupt entsteht, nämlich im Kontext eines klinischen Systems, ein pathologisierendes und objektivistisches Verständnis dieses Phänomens vermeiden kann. Erst die Reflexion des Klinikers über sein eigenes Handeln als das eines Beteiligten erhält dem als schizophren Bezeichneten den Status eines gleichwertigen Partners in einer als hilfreich intendierten sozialen Beziehung statt ihn zum Objekt einer Kategorisierung werden zu lassen.

Einleitung

Eine differenzierende Behandlung jugendlicher psychotischer - hier: schizophrener - Zustände gegenüber denen Erwachsener wäre dem Thema dieses Buches angemessen. Sie bietet aber in bezug auf die hier zu behandelnden Zuordnungsaspekte dieser Phänomene m.E. keinen entscheidenden Erkenntnisvorteil. Der dabei ablaufende Prozess dürfte bezüglich des Alters der Betroffenen keinen wesentlichen Unterschied machen. Der Unterschied betrifft vielmehr jene Folgen, die diagnostische Zuordnungen bezüglich der Identitätsbildung eines jeden Menschen

¹ Erweiterte Fassung des Vortrags gleichen Titels am 26. Mai 1988 bei den 4. Viersener Therapietagen zu "Psychosen Jugendlicher" in Viersen.

zu Beginn seines Lebens haben können. Daraus erwächst die besondere ethische Verantwortung des in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tätigen. Diese Verantwortung wird implizit zentralen Stellenwert in meinen Ausführungen haben, ohne sie jedoch besonders auf den Umgang mit Jugendlichen einzuschränken.

Das Konzept Schizophrenie hat eine lange Geschichte. Es bildet seit seiner Synthetisierung einen Hauptgegenstand psychiatrischen Denkens und Handelns. Wie jede andere Kategorie wissenschaftlichen Diskurses hat es in seiner Geschichte eine Reihe von Differenzierungen, Neueinordnungen bis hin zu Abschaffungstendenzen überstehen müssen. Und doch besteht es nach wie vor und scheint bis auf weiteres zu bestehen. Der vorliegende Beitrag trägt in groben Zügen die Hauptideen der Forschung zu diesem Konzept zusammen. Nach einer gerafften Darstellung seiner Entstehungsgeschichte folgt ein Überblick über den Stand bisherigen Wissens. Dies dient als Ausgangspunkt für eine operable Eingrenzung des schizophrenen Phänomens. In Anlehnung an Ciompi wird dabei die akute psychotische Episode als das eigentliche schizophrene Phänomen eingegrenzt. Sie wird von prämorbidem und postkritischen Zuständen als jeweils eigenständig definierbares Phänomen unterschieden. Der Beitrag schließt mit der Aufstellung von zehn Thesen zur Schizophrenie aus systemischer Sicht, die der weiteren Diskussion zugeordnet sind.

Zusammenfassend lässt sich die hier zugrundegelegte Argumentation wie folgt darstellen: Verrücktheit und Normalität sind das Ergebnis sozialer Bewertungsprozesse auf der Basis der Dichotomie "Normal-Verrückt". Normal und Verrückt sind demnach einander bedingende Denkkategorien. Ihre Realität ergibt sich aus ihrem funktionalen Nutzen zum Zweck der Bildung sinnstiftender Erwartungsstrukturen. Ob Abweichung vom jeweils Normalen als kreative Genialität oder als psychotische Verirrung gewertet wird, hängt von der Effizienz ab, mit der sich diese Abweichung gesellschaftlich durchsetzt oder mit der sie abgelehnt wird, d. h. von der dabei gewonnenen Anhängerschaft. Flächen und kugelförmige Visionen der Erde zum Beispiel sind jeweils kohärente Erkenntnisse, die der effizienten Orientierung im Leben dienen, allerdings mit unterschiedlichen Folgen. Christophorus Columbus war entweder ein Irrer oder ein Erfinder, jedoch mindestens bis 1492 kein Normaler. Zu einer anderen Zeit, in einem anderen historischen Kontext, wäre er aufs Schaffhott oder in eine Anstalt, jedoch kaum nach Amerika gekommen.

Zur Geschichte des Konzepts "Schizophrenie"

Aus der geschichtlichen Rekonstruktion durch Janzarik (1987) anlässlich des eindrucksvollen Schizophreniesymposiums im Jahre 1986 in Heidelberg - dem Geburtsort des Konzepts "Schizophrenie" - erfahren wir, dass 1865 das Jahr war, in dem im deutschsprachigen Bereich eine klinische Unterscheidung getroffen und somit zur Realität konstituiert wurde, die sich als folgenreich erweisen sollte. Dies war gewissermaßen der erste Schritt auf dem Wege zum Schizophreniebegriff. In diesem Jahr wurde nämlich zum ersten Mal durch den Arzt Snell ein bestimmtes Verhaltensmuster von allen anderen klinisch relevanten unterschieden und so zur eigenständigen klinischen Einheit erhoben. Er nannte es Monomanie. Griesinger wird es zwei Jahre später als "primäre Verrücktheit" bezeichnen. Diese vereinheitlichende Unterscheidung war angesichts der damals unübersichtlich gewordenen Einzelbeschreibungen auffälliger Verhaltensmuster und insbesondere gegenüber der altbekannten Melancholie und Manie offenbar notwendig geworden. Es erscheint hier - allerdings nur am Rande - erwähnenswert,

dass auch in diesem Jahr, 1865, die Vereinigung der deutschen Irrenärzte sich erstmals zu einem eigenen Verein verselbständigte und somit eine Wissenschaft gesellschaftlich konsolidierte, die sich alsdann konsequent von ihrer moral-theologischen und staats-philosophischen Verankerung ablöst (vgl. Dörner 1969). Angestoßen durch das Werk des unter damaligen Umständen als revolutionär geltenden Psychiaters Griesinger versuchte sich die Psychiatrie als Wissenschaft des Irreseins von da an und, wie wir wissen, nachhaltig in Einklang mit dem Zeitgeist der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu bringen, d. h. naturwissenschaftlich zu behaupten. Ein bemerkenswert "systemischer" Umstand: Die Vereinigung der Irrenärzte konstituiert sich im selben Jahr, in dem das Phänomen, welches ihre gesellschaftliche Zuständigkeit markiert und mithin ihre Existenzberechtigung als Beruf legitimiert, ausdifferenziert wird: Soziales System und Thema konstituieren sich nun mal gegenseitig (vgl. Luhmann 1964).

Dieses neu hervorgebrachte und somit abgegrenzte soziale Phänomen wird von nun an zum zentralen Gegenstand psychiatrischen Denkens und Handeins. Trotz aller späteren Expansion auf andere Lebensphänomene wie sog. Neurosen, sexuelle Perversionen, hirnorganische Beeinträchtigungen usw. bis hin zu Erziehungsproblemen, und abgesehen von gelegentlichen polizeilichen Ordnungsaufgaben, verbleibt der Umgang mit diesen primären Irren das spezifische Anliegen der Psychiatrie als eigenständige Disziplin der Medizin. Und dieses Anliegen wird ihr bis heute von keiner anderen medizinischen oder Nachbardisziplin streitig gemacht.

Im Jahr 1878, d. h. nur 13 Jahre nach der ersten Differenzierung dieses primären Irreseins, hatte man bereits sämtliche Phänomene beschrieben, die in heutiger Sicht dem Syndrom Schizophrenie zugeordnet werden. 1883, nach wiederum 15 Jahren, wird nun dieses Phänomen von Kraepelin als *dementia praecox* und mithin definitiv von den affektiven Psychosen abgegrenzt. Und schließlich nach weiteren 15 Jahren fasst Bleuler 1908 die unterschiedlichen Erscheinungsweisen dieses Phänomens zum Sammelbegriff Schizophrenie als einheitlichem Syndrom zusammen. Eine rasante begriffliche Entwicklung also, die knapp 40 Jahre benötigt, um "der" Schizophrenie den Charakter eines "normalschaftlichen" (im Sinne Kuhns 1967), fest verankerten Gegenstands klinischer Beobachtung und Forschung zu verleihen. Die Infragestellung dieses Konzepts wird für viele Jahre unwahrscheinlich; der Schizophreniebegriff findet sogar Eingang in die Umgangssprache.

Das Arbeiten mit diesem Konzept und um es herum ist seitdem und besonders in den letzten Jahrzehnten derart intensiv gewesen, dass es selbst für den Statistiker nahezu unmöglich sein dürfte, die genaue Anzahl der abertausenden wissenschaftlicher Arbeiten auszumachen, die dem Phänomen Schizophrenie gewidmet worden sind. Und doch mußte Manfred Bleuler 1972, 107 Jahre nach der Geburt des Phänomens und fast 70 Jahre nach seiner Taufe durch seinen Vater, feststellen, dass " ... (die) Schizophrenien schon so gründlich, so vielseitig und so oft untersucht worden (sind), dass in nächster Zukunft ohne grundlegend neue Techniken oder neue Arbeitshypothesen kaum wichtige Erkenntnisse zu erwarten sind" (S. 5). Ihn bestätigt Ciompi (1962) zehn Jahre später, wenn er schreibt, dass "trotz der ungeheuren Fülle von Einzelinformationen ... von nahe besehen der Stand unseres Wissens über die Schizophrenien ... nach wie vor höchst unbefriedigend (ist)" (S. 250). Und im erwähnten Heidelberger Symposium schloss Janzarik (1987) vor zwei Jahren, dass "es soweit keine konklusiv definierte Krankheit, bekannt als Schizophrenie, (gebe). Die Geschichte des Konzepts (sei) keine Geschichte medizinischer Entdeckungen, sondern intellektueller Modelle, auf denen die

Orientierung der Psychiatrie jeweils beruht (habe)" (S. 17, übers. aus dem Englischen vom Autor). Unabhängig, ob aus biologischer, psychologischer, soziologischer oder gar familientheoretischer Sicht geforscht worden ist, gehen die bisherigen Ergebnisse nach wie vor nicht über den Anspruch mehr oder weniger spekulativer Arbeitshypothesen hinaus.

Zum Stand des Wissens

Meine eigene Auseinandersetzung mit neueren Übersichtsarbeiten zur Schizophrenie (z.B. Häfner et al. 1987, Kisker et al. 1987 sowie in kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht: Lempp 1984) bestätigt die oben erwähnten Einschätzungen. Die derzeit vorhandenen Erklärungsversuche, ob sie sich auf biologische, kognitive, biographische oder umweltliche Bedingungen beziehen, vermögen allenfalls in manchen Aspekten, jedoch nicht grundsätzlich im Sinne der umfassenden Bestimmung eines spezifischen Phänomens Schizophrenie zu überzeugen: Sie sind entweder zu unspezifisch und verweisen so nicht auf Eigenheitliches (z. B. die Auffälligkeits-, Stress- und double-bind-Konzepte) oder zu spezifisch und untermauern nur Partialphänomene (z. B. manche kognitive Besonderheiten wie Informationsverarbeitungs- und Aufmerksamkeitsstörungen); sie lassen entweder nicht zwischen Ursache und Wirkung unterscheiden (z. B. manche biochemische und physiologische Besonderheiten) oder sie sind derart ubiquitär-kausal, dass sie alles und nichts erklären (z.B. die Überfürsorglichkeit von Eltern, der Fremdheitsschock und das Postulat einer Realitätsunangemessenheit).

Im einzelnen erfahren wir zum Stand des Wissens folgendes:

Bezüglich der diagnostischen Erfassung liegt ein Hauptinteresse der Schizophrenieforschung im Erreichen einer eindeutigen Zuordnung der beobachteten Phänomene zu trennscharfen Kategorien, d. h. in der Verbesserung der Reliabilität. Hierzu sind normierte bzw. normierende Kataloge entstanden (u.a.: ICD und DSM sowie das MAS in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), deren Einhaltung ein Optimum an Zuordnungsszuverlässigkeit gewährleisten soll. Angesichts jedoch der Heterogenität des Phänomens ist damit die Schizophrenie, so klagen erfahrene Psychiater wie Häfner (1987), zwar zu einer kommunikativen geworden, d. h. zu einer kommunikativ handhabbaren Einheit für Forscher verschiedener Herkunft, dies jedoch um den Preis einer vermutlich allzu einengenden und so inadäquaten Phänomenabgrenzung. Der damit erreichte Gewinn an Reliabilität scheint mit einem ungehörigen Verlust an Validität erkaufte worden zu sein. Dies erinnert leicht an "Heinz von Foersters Theorem Nr. 1" bezüglich des wissenschaftlichen Tuns aus kybernetischer Sicht, das lautet: *"Je tiefer das Problem, das ignoriert wird, desto größer sind die Chancen, Ruhm und Erfolg einzuheimen"* (1985, S. 17). Denn bekanntlich steht dem Erfinder einer endgültigen Erklärung der Schizophrenie der Nobelpreis zu.

Aus den neueren Ergebnissen der biologischen, z. B. pathophysiologischen, hirnanatomischen, virologischen und biochemischen Ursachenforschung lernen wir wiederum, dass sämtliche eine Zeitlang das Interesse beherrschende Hypothesen (z. B. die Dopamin-Hypothese) beim näheren Hinsehen ihre bestechende, ursprüngliche Eindeutigkeit verlieren und mit Blick auf die Komplexität ihrer Wirkung relativiert werden müssen. Allenfalls kann dabei von biochemischen Prozessen gesprochen werden, die der Verhaltensauffälligkeit Schizophrenie als mehr oder minder spezifische Begleitphänomene assoziiert werden können. Sie sollten jedoch keineswegs als determinierende, grundsätzlich kausale Faktoren betrachtet werden (vgl. Hirsch 1987).

Bezüglich des Verlaufs und somit der Vorhersagbarkeit des Phänomens Schizophrenie zeigen die in den 70er Jahren durchgeführten Studien von M. Bleuler, Ciompi und Huber einen weitaus uneinheitlicheren Verlauf, als ursprünglich angenommen wurde. Ciompi (1984) erkannte acht unterschiedliche Verlaufstypen, zu denen meiner Meinung nach - allerdings ohne empirischen Beleg - mindestens zwei weitere hinzugezählt werden müssten, nämlich der Verlauf bei den "Unerkannten", d.h. den im Rahmen einer psychotischen Krise nie mit der Psychiatrie in Berührung Gekommenen, und bei denjenigen, die ausgehend von einer solchen Episode eine kreativ-aufbauende statt einer bloß remittierenden oder gar abbauenden Entwicklung begonnen haben. Dabei denke ich an manche Künstler und Wissenschaftler, die zu irgendeiner Zeit ihrer Lebensgeschichte aus einer panischen Verwirrung heraus in eine kreative Entwicklung übergingen. Persönlich sind mir einige solcher Fälle bekannt. Der britische Forscher Wing (1987) fasst zusammen, dass von 100 psychiatrisch erfassten Fällen um die 25% vollständig remittieren, ca. 50% unterschiedlich oft und intensiv symptomatisches Verhalten über Jahrzehnte hinweg erkennen lassen, ca. 15% Dauersymptome und nur ca. 10% einen bleibenden psychosozialen Abbau zeigen.

Die epidemiologische Forschung zeigt, dass in nach europäischem Muster zivilisierten Gesellschaften allgemein trotz kulturspezifischer und epochaler Abweichungen mit einer durchaus konstanten Inzidenzrate unterhalb von 1/1000 zu rechnen ist. Diese Rate - Anzahl der neu bekannten Fälle pro Jahr bezogen auf die jeweilige Population - variiert je nach Erhebungsmethode, Zeitpunkt und Population etwa zwischen 0,08 - 0,7 pro Tausend. Bezüglich der Prävalenzrate - d. h. der Anzahl von Erkrankten zu einem gegebenen Zeitpunkt bezogen auf die Population - schwanken die Daten etwa zwischen 0,6 und 8,3 pro Tausend. Diese Konstanz der Raten wird meistens, etwa im Vergleich mit der Inzidenz und Prävalenz von Geisteschwachen, als Bestätigung für die Annahme einer in der menschlichen Struktur angelegten Anfälligkeit gewertet. Der Epidemiologe Zubin (1987) gibt hierzu allerdings zu erwägen, dass dieser Umstand statt als Beleg für eine spezifische Wechselwirkung zwischen phäno- und genotypischen Aspekten durchaus für die Annahme einer gesellschaftlich konstantgehaltenen Toleranzschwelle für Abnormalität interpretiert werden könnte. Es wäre immerhin denkbar, dass die Denkdichotomie "Normal-Verrückt" - eine für die soziale Orientierung offenbar tradierte und wohl funktionale Unterscheidung - je nach epochalen Bedingungen unabhängig von der Art des Auffallenden zur Gewährleistung gesellschaftlicher Notwendigkeiten (z. B. Arbeitssaufteilung) konstant gehalten wird. Es macht z. B. nachdenklich, sich den sprunghaften Anstieg der Borderline-Diagnosen der letzten Jahre in industrialisierten Gesellschaften vor Augen zu führen. Trotz augenscheinlicher symptomatischer Ähnlichkeit dieses Syndroms mit der Beschreibung der Schizophrenie werden nun beide Phänomene säuberlich voneinander unterschieden. Man stelle sich die gesellschaftliche Not vor, die aus einem sprunghaften Anstieg der Zahl der als schizophren Diagnostizierten erwachsen würde!

Die genetisch orientierte Forschung hat wiederum die älteren Vorstellungen über die Schizophrenie als erbliche Erkrankung wesentlich relativiert. Zwillingsuntersuchungen mit ausgefeilter Methodologie lassen allenfalls von einer Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen um die 30%, bei Zweieiigen von nicht mehr als 10% ausgehen (vgl. Kringlen 1987). Dass irgendwelche spezifische Genanordnungen Schizophrenie an sich verursachen, erwies sich als eine unhaltbare Hypothese. Zwar konnte der Mythos einer ausschließlichen genetischen Erklärung vorerst beiseite gelegt werden, die Beteiligung wohl eher unspezifischer konstitutioneller Komponenten wird jedoch weiterhin angenommen. Aus longitudinalen

high-risk-Studien, z.B. der dänischen Studie an Kindern schizophrener Mütter (vgl. Schulsinger und Mednick 1981), lernen wir unter anderem, dass diese Kinder allgemeine Labilitätszeichen zeigen, die sie zwar nicht speziell für schizophreneres Auffallen, jedoch offenbar für soziale Anpassungsschwierigkeiten verschiedenster Art prädisponieren.

In Bezug auf psychologische, hauptsächlich kognitive und sozialpsychologische Modelle stellen Cohen und Borst (1987) fest, dass auf alle zu irgendeinem Zeitpunkt zunächst begeisternden Beiträge aus diesen Forschungsperspektiven weitere sie relativierende oder gar widersprechende Ergebnisse gefolgt sind. Überdauernde Modelle lassen also auf sich warten. Dies sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass weder in der Eingrenzung des zu untersuchenden Phänomens, noch in der diagnostischen Zuordnung der Untersuchten, noch in der Wahl der Methoden und Stichproben insoweit Einigung geherrscht habe, dass generalisierbare Aussagen gewonnen werden konnten. Zudem setzten sich die meisten untersuchten Stichproben aus chronischen oder mehrmals Erkrankten zusammen, was forschungslogisch zwar praktisch, jedoch der Generalisierung abträglich sei. Am ehesten herrsche darüber eine gewisse Übereinstimmung, dass die Variable "gute vs. schlechte prämorbid Anpassung" ein einigermaßen zuverlässiger Indikator für den Verlauf der Krankheit auf mittlere Sicht sei. Übersetzt bedeutet dies, dass, je besser der Mensch in seiner sozialen Lebenssituation vor der Krise ausgekommen ist, desto besser seine Chancen sind, weiterhin in seiner sozialen Lebenssituation zu bestehen, was, nebenbei gesagt, für den Ausgang einer jeden Lebenskrise gelten dürfte.

Von allen aktuell verhandelten Hypothesen scheint sich derzeit die Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese durchzusetzen (vgl. Katschnig 1987). Hiernach wird das Zustandekommen einer psychotischen Episode folgendermaßen erklärt: Eine angeborene oder erworbene, je nach Alter, Geschlecht und anderen sozio-kulturellen Merkmalen differentiell wirksame Verletzlichkeit - in etwa: konstitutionelle Disposition, pränatale und frühkindliche organische und psychosoziale Traumata- wird von wechselnden Auslösern wie Drogenkonsum, stressvollen Lebensereignissen und Umweltbedingungen aktiviert, was zur psychotischen Krise führt (vgl. Zubin 1987, Shepherd 1987). Hierbei scheinen z. B. zusätzlich zu kürzlichen, schwerwiegenden Lebensereignissen ein differentielles Über- oder Unterangebot an emotionalem Ausdrucksverhalten durch die Umgebung wichtige Aspekte darzustellen. Wobei letzteres, je nach Struktur des Betroffenen, sowohl zum hilfreichen "Sicherheitsnetz" als auch zum verstrickenden "Spinnennetz" werden kann (vgl. Katschnig 1987).

Im besonderen Fall der jugendlichen Psychosen, sprich: schizophrenen Dekompensationen bei Jugendlichen, sieht es zumindest im deutschsprachigen Bereich insofern etwas anders als in der Erwachsenenpsychiatrie aus, als dieses relativ junge, aus Pädiatrie und Psychiatrie hervorgegangene Fach seinen Hauptgegenstand offensichtlich anders als ihre Mutterdisziplin bestimmt (vgl. Eggers 1973, Strunk 1980, Lempp 1973, 1984). Nimmt man z. B. den Seitenumfang als Bezugsgröße, der den jugendlichen Psychosen im wohl bekanntesten Lehrbuch dieses Faches (Harbauer et al. 1980) gewidmet wird, kommt man auf eine Relation von 36 zu 520 Textseiten. Dieses Thema scheint nur 6,9% des Gesamtgegenstands dieser Disziplin zu beanspruchen. Zudem ist es nach wie vor in einigen auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Kliniken übliche Praxis, psychotisch dekompenzierte Minderjährige auf Stationen für Erwachsene zu behandeln. Obwohl das Ersterkrankungsalter nicht selten in den Kompetenzbereich dieses Faches fällt, scheint es bisweilen eine implizite Übereinkunft darüber gegeben zu haben, dass die Schizophrenie eher Anliegen der Erwachsenenpsychiatrie sei. Dies

wird u.a. auch an der Art deutlich, wie das sonst um Eigenständigkeit bemühte Fach dieses Thema in der Regel behandelt: Sie übernimmt im wesentlichen unübersetzt die Symptombeschreibungen (vgl. z.B. im standardisierten MAS-Katalog; Remschmidt und Schmidt 1986) sowie die Therapievorschläge der Erwachsenenpsychiatrie. Eine bemerkenswerte Ausnahme bildete das Tübinger Symposium 1983 zur psychischen Entwicklung und Schizophrenie (Lempp 1984), bei dem Vertreter der verschiedenen Disziplinen zu Wort kamen, die sich mit dazu relevanten Fragen des Kindes- und Jugendalters befassen.

In der theoretischen Diskussion der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen vor allem die Fragen im Mittelpunkt, ob schizophrene Psychosen im Kindesalter überhaupt vorkommen bzw. ob sie eigentümlich sind (vgl. Eggers 1973) und ob die im Jugendlichenalter symptomatisch erkannten Psychosen als eigene Gruppe betrachtet und nur im Falle des Fortbestehens ins Erwachsenenalter retrograd-diagnostisch als eigentliche Schizophrenie angesehen werden sollten. Der psychiatrisch mit Kindern und Jugendlichen Tätige steht also regelmäßig vor der folgenschweren Entscheidung, den bei Jugendlichen in aller Regel noch nicht "typisch" auftretenden Symptomen psychotische oder andersartige Qualität zuzumessen. Da er es zumeist mit "Psychiatrie-Unerfahrenen" zu tun hat und nur selten mit bereits normierten Erscheinungsbildern konfrontiert wird, trägt er die immense Verantwortung, über einen später "normalen" bzw. "schizophrenen" Lebensweg mit zu entscheiden. Eine Möglichkeit und eine Bürde zugleich.

Fasst man die hier nur skizziert und keineswegs erschöpfend behandelten Erkenntnisse zum Phänomen Schizophrenie zusammen, kann man folgendes festhalten: Die Schizophrenie, ein zunächst heuristisches, vereinheitlichendes Konzept des letzten Jahrhunderts, ist in dieser Einheitlichkeit wie jede Generalisierung nur bedingt sinnvoll und, naiv angewandt, geradezu gefahrlieh. Am plausibelsten erscheint die Annahme einer konstitutionellen, in der sozialen Existenz verankerten Vulnerabilität, die erst im Zusammenkommen mit dazu passenden Auslösern aktiviert wird.

Bedingungen für das Auftreten von Schizophrenie

Das obige Fazit möchte ich nun aus meiner Sicht wie folgt ergänzen: Dafür, dass vom Auftreten schizophrener Auffälligkeit die Rede sein kann, muss folgendes passieren: Es müssen mindestens zwei Menschen zu einer besonderen Form sozialer Beziehung zusammenkommen. Die Beteiligten bilden aufgrund ihrer Selbstdefinition und darauf bezogenen interaktionellen Aktivität eine spezifisch definierte und soziale Situation - hier: eine "klinische" Situation. Sie sind zusammengekommen, um ein soziales Problem zu lösen, d. h., um Wege für den Umgang mit unüblichen Handlungen und Erlebnissen zu suchen (vgl. Ludwig 1987b, 1988c). Einer der Beteiligten muss explizit oder implizit durch sein Verhalten den gesellschaftlich vorgesehenen Modus der Hilfestellung beim anderen angeregt haben. Dies kann direkt oder durch Vermittlung seiner Angehörigen oder anderer, z.B. Ordnungskräfte, passiert sein.

Beim Hilfesuchenden muss ein Verhaltensmuster neu aufgetreten sein, welches mit den üblichen Mitteln und Problemlösungsstrategien seiner Angehörigen weder beeinflussbar noch verstehbar ist. Nach allem bisher Bekannten ist anzunehmen, dass Folgendes vorgekommen sein muss:

1) Auf der Grundlage einer vulnerablen pramorbiden Struktur muss

2) ein dazu passender Auslöser im sozialen Milieu (Verstörung, vgl. Ludewig 1983; Perturbation, vgl. Maturana und Varela 1987)

3) ein spezifisches Verhaltensmuster ausgelöst haben, das der Betroffene selbst oder andere als problematisch, d. h. veränderungsbedürftig, bewerten.

Bei dem anderen Beteiligten - dem Kliniker, hier als Sammelbezeichnung für alle diagnostisch-therapeutisch und nicht nur für die in Kliniken Tätigen verwendet - muss Folgendes vorliegen:

- 1) Die gesellschaftlich legitimierte Zuständigkeit für den Umgang mit solchen Problemen,
- 2) ein ihm zur Verfügung stehendes und seine Tätigkeit begründendes semantisches Ordnungsschema (z.B. eine Krankheitslehre) zum Zweck der handlungsrelevanten, sinnhaften Komplexitätsreduktion und
- 3) der Rückgriff des Kliniklers auf dieses Schema, um das von ihm beobachtete Verhaltensmuster einer der im Schema enthaltenen Kategorien zuzuordnen; hier: Diagnosestellung als Schizophrenie bzw. psychotische Krise (vgl. Ludewig 1987a, b, 1988c, et al. 1984).

Unter diesen Bedingungen konstituiert sich eine kommunikative, soziale Struktur - ein "klinisches System" -, dessen Thema bzw. Bindeglied vom so sinnhaft gedeuteten Verhalten des einen und dem daran anschließenden Verhalten des anderen, des Kliniklers bzw. seiner Institution, konfiguriert wird. Bedingung dafür, dass der Kliniker zur Erkenntnis Schizophrenie gelangen, d. h. diese Unterscheidung treffen kann, ist, dass er Bezug sozusagen auf sein "Manual für die Übersetzung subjektiver Beobachtungen in konsensuelle symbolische Generalisierungen" nimmt. Dabei wird eine Mehrheit - d. h. eine Anzahl von beobachteten Merkmalen - zu einer Einheit - hier: dem Syndrom Schizophrenie - zugeordnet und sie somit kommunikativ stabilisiert. Erst damit ist die Bedingung für die Lösung des Kernproblems jeder Kommunikation, d.h. der sog. doppelten Kontingenz bzw. grundsätzlichen Undurchschaubarkeit und Unvorhersagbarkeit von Kommunizierenden füreinander, erfüllt (vgl. Luhmann 1984). Die Bildung anhaltender Erwartungsstrukturen, d.h. die "diagnostische" und "prognostische" Zuordnung des jeweils anderen, ist auch hier, wie in jeder Kommunikation, Bedingung der Möglichkeit für das Etablieren von Kommunikation schlechthin. Während der eine Beteiligte einem (Krankheits-)Syndrom zugeordnet wird, wird er wiederum von seinem Gegenüber als Kliniker "diagnostiziert". Die Bedingungen sowohl für die Aufrechterhaltung ihres gemeinsamen konstituierten sozialen Systems als auch für dessen Auflösung sind damit vorerst festgelegt.

Dies alles ist sicher nicht neu, es beinhaltet nämlich das tägliche Tun des Kliniklers. Diese Erwägungen sollen jedoch daran erinnern, dass eben der Kliniker derjenige ist, der unter Bezugnahme auf sein Kategoriensystem "den Schizophrenen" jeweils und immer neu als Wirklichkeit "konstituiert" bzw. "konstruiert". Es ist der Kliniker und nicht der Betroffene, der durch die Taufprozedur der Diagnosenstellung die soziale Einheit konstituiert, die alsdann Schizophrener heißen wird. Das wird spätestens dann nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass der Kliniker jedes Mitglied eines klinischen Systems zum Schizophrenen ernennen kann, sofern z.B. bestimmte Beobachtungsbedingungen (wie z.B. bei der Vortäuschungsuntersuchung

Rosenhans, 1981) oder gar übergeordnete Notwendigkeiten (wie in manchen Diktaturen) vorliegen. Dabei spielen die oben erwähnten strukturellen Besonderheiten des Betroffenen entweder gar keine oder eine nur untergeordnete Rolle. Im Falle solcher "Diagnosen" sollte vielleicht, um logische Vermengungen zu vermeiden, die Rede statt von Schizophrenie eben von Irrtum oder Missbrauch sein. Das hier Interessierende daran ist jedoch, dass die pragmatischen Konsequenzen für die Betroffenen durchaus vergleichbare Regelmäßigkeiten erwarten lassen.

Die zeitgenössische, biologisch begründete Erkenntnistheorie, wie sie von Neurobiologen und anderen Wissenschaftlern vertreten wird (vgl. z.B. Schmidt 1987), lehrt uns nämlich, dass Wirklichkeit über die Herstellung und Aufrechterhaltung eines als viabel erwiesenen Handlungsmusters im Medium der Sprache konstituiert wird (vgl. Piaget 1973, Watzlawick 1981, von Foerster 1985, Maturana und Varela 1987, von Glasersfeld 1987). Insofern stellen begriffliche Entscheidungen und Zuordnungen keineswegs bloße, an sich harmlose Hilfsmittel im Umgang mit Realität dar. Vielmehr konstituieren sie die Einheiten, aus denen die Welt, die wir Menschen leben, besteht. So gesehen erweist sich Schizophrenie als eine soziale Erwartungskategorie, die für die Lösung eines sozialen, kommunikativen Zuordnungsproblems herangezogen wird. Als solches schränkt sie zum einen das Mögliche ein und macht zum anderen andere Möglichkeiten sichtbar, also handhabbar (vgl. Luhmann 1984, S. 135ff.).

Diese Analyse sollte jedoch nicht etwa als Plädoyer für Abschaffung oder Entwertung des Schizophreniebegriffs missverstanden werden. Denn die Verwendung dieses Konzepts, um menschliches Handeln einzuordnen, bleibt solange legitim, wie den dazu gesellschaftlich Beauftragten keine vorzuziehenden Alternativen zur Verfügung stehen.

Ziel dieser Überlegungen ist vielmehr:

- 1) vor einem bedenklichen Umgehen mit diesem Konzept zu warnen, nämlich vor dessen objektivierender Ontologisierung, und
- 2) auf die Freiheitsgrade des Kliniklers im klinischen Einzelfall hinzuweisen.

Die Warnung gilt dem hybriden Anspruch, über die Verwendung dieses Begriffs im Einzelfall hinaus eine hinter den Erscheinungen an sich existierende platonisch-ontologische Einheit namens Schizophrenie ausmachen zu wollen. Dies dürfte sich nach allem bisher Erkannten als unnützes, ganz und gar unwissenschaftliches Unternehmen erweisen. Wing (1987) schlägt hierzu vor, obwohl vermutlich aus einem anderen als dem hier vertretenen Wissenschaftsverständnis, Schizophrenie nach wie vor als Ausgangspunkt für eine lange Abfolge von Theorien und nicht als ontologische Entität zu betrachten. Ich meine, sie soll nach wie vor als kommunikative Heuristik dienen, deren Nützlichkeit sich solange vor dem ständigen Hinterfragen bewähren muss, bis bessere Konzepte verfügbar sind.

Solange aber keine über den Anspruch mehr oder minder spekulativer Arbeitshypothesen hinausgehende Einigung in bezug auf die Schizophrenie erzielt worden ist, sollten miteinander konkurrierende Konzepte oder gar Theorien das Maximum an verfügbaren Perspektiven ausnutzen. Denn da ohnehin der Wert dieser Konzepte nicht an ihrer Wirklichkeitstreue festgestellt werden kann - dies wäre eine erkenntnistheoretisch uneinlösbare Forderung -, kann er nur im Vergleich mit konkurrierenden Konzepten und ganz besonders im Hinblick auf den Nutzen der jeweils abgeleiteten therapeutischen Konzeptionen ermittelt werden. Denn haben wir akzeptiert, dass objektives, subjektunabhängiges Erfassen von Realität unerreichbar ist (vgl.

Maturana und Varela 1987) und so auf Objektivität als Letztkriterium wissenschaftlicher Aussagen verzichtet; sind wir gehalten nachzuweisen, dass das gewählte Schizophreniekonzept, einmal angewandt, Anlass zu vergleichsweise nützlichen, ästhetisch-passenden und ethisch-humanen Handlungsweisen gibt (vgl. Ludewig 1988a, b).

Die Freiheit des Klinikers resultiert demzufolge aus der Erkenntnis, dass Schizophrenie keine dinghaft ontologische Einheit, sondern eine Kommunikable darstellt. Als solche legt sie seine Handlungen nicht fest, sondern bietet ihm die Möglichkeit, mit Bezug auf die vorliegende Situation jeweils kreativ und konstruktiv, d. h. lösungsorientiert zu handeln. Einschränkend wirkt sich allerdings diese Sicht für den Kliniker insofern aus, als er seine Handlungsweise nicht mehr objektivierend mit dem angeblichen Sosein des von ihm hervorgebrachten Phänomens begründen kann, sondern die Wahl seines Umgangs persönlich verantwortet. Unter diesen Gesichtspunkten sind die nun folgenden Überlegungen zu verstehen. Sie werden im Bewusstsein dessen vorgestellt, dass die Beschreibung der Beschreibung eines Phänomens mit der Beschreibung des Phänomens selbst nicht verwechselt werden sollte (Maturana 1982, S. 15).

Das eigentlich Auffällige: die akute psychotische Krise

Auf der Grundlage des bisher Gesagten und vor dem Hintergrund der von mir anderenorts vorgeschlagenen Grundzüge einer klinischen Theorie aus systemischer Sicht (vgl. Ludewig 1987a, b, c) soll nun eine Bestimmung dessen versucht werden, wie Beobachter - hier: Kliniker - dazu kommen, von Schizophrenen zu reden. Als Ausgangspunkt für meine Erwägungen bediene ich mich bezüglich des klinischen Phänomens zunächst der Überlegungen Ciompi (1982, 1984). Im nächsten Abschnitt ordne ich den Stand des Wissens zu zehn Thesen zusammen vor dem Hintergrund der systemisch-konstruktiven Erkenntnistheorie Maturanas (1982), Maturana und Varela (1987) und von Foersters (1985) sowie der systemtheoretischen Sozialtheorie Luhmanns (1984).

In seiner jahrzehntelangen Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverlauf psychotischer Patienten kommt Ciompi zu dem Schluss, dass dieser Verlauf sinnvollerweise in drei Phasen unterteilt werden sollte. Er unterscheidet eine erste prämorbid Phase, eine zweite Phase der kritischen Destabilisierung mit einem schließlichen Überschnappen ins akut psychotische Verhalten und eine dritte postkritische Phase. Die erste Phase kann nur *post factum*, d.h. klinisch-anamnestisch rekonstruiert werden. Noch gibt es keine eindeutigen, zwingenden Indikatoren, die eine psychotische Dekompensation mit irgendwelcher Sicherheit vorhersagen lassen. Leichter ist es, den Verlauf nach der Episode zu rekonstruieren, zumal diese dritte Phase häufig unter klinischer Beobachtung verläuft.

Der chronische Verlauf lässt sich mit einiger Plausibilität zu einem nicht unerheblichen Teil als Folge der klinischen Handhabung der akuten Krisen auffassen (Hospitalismus bzw. *clinical poverty syndrome*). Günstige Verläufe scheinen hingegen mit guter prämorbid sozialer Anpassung und vermutlich mit der Art der therapeutischen Bemühungen zusammenzuhängen. Es lässt sich zwar nicht ausschließen, dass chronische, meistens sog. negative Symptome zeigende Patienten tatsächlich organisch beeinträchtigt sind und so am ehesten dem älteren Schizophreniebegriff entsprechen. Andererseits spricht aber vieles dafür, dass diese Beeinträchtigungen auch bei anderen, nicht chronifizierten Patienten vorliegen, die unter

günstigen Milieubedingungen durchaus bleibende Remissionen zeigen. Alles in allem bietet sich an, die erste und dritte Phase nicht als Bestandteile eines sinnvoll abgegrenzten Schizophreniekonzepts zu betrachten. Denn bezüglich der ersten Phase kann vorerst und bis zum Beweis des Gegenteils trotz der vielen interessanten Ergebnisse aus Psychologie, Soziologie, Psychoanalyse und Familienforschung keine spezifische oder gar zwingende prämorbid Biographie oder soziale Situation bei Schizophrenen angenommen werden. Es wird wohl nie auszumachen sein, wie viele unter uns Gesunden "typische" Vulnerabilitäten in uns tragen bzw. ungünstige familiäre und soziale Bedingungen erlebt haben, ohne je psychotisch zu werden. Die dritte Phase kann wiederum als unglücklicher Ausgang aus der akuten zweiten Phase bewertet und sollte daher auch vom eigentlichen Phänomen Schizophrenie unterschieden werden.

In diesem Sinne schlägt Ciompi vor, das "klar und eindeutig Krankhafte", das eigentlich Schizophrene, auf die akute Psychose, d. h. auf die Phase der akuten Dekompensation, zu beschränken. Seine Thesen, denen ich mich anschließe, heißen, dass

"eine (mehr oder weniger) akute Psychose Voraussetzung ist, um überhaupt von einer ‚schizophrenen Verrückung‘ reden zu können" (1982, S. 259).

Ferner: *"Als zentral erscheinen aus dieser Sicht für die psychotische Symptomatik also nicht mehr unverständliche Primär- oder Grundstörungen, sondern so gewöhnliche und allgemeinemenschliche, aber zunehmend ins Abwegige gesteigerte Phänomene wie Spannung, Verwirrung, Ambivalenz und Angst. Im Vergleich zu den ‚Verrückungen‘ Gesunder ist die akut schizophrene Psychose charakterisiert durch eine weit größere Ausschließlichkeit und Dauer" (op. cit., S. 311).*

Und: *"Ob richtig krank oder noch .. gesund ist in erster Linie eine Frage der Ausschließlichkeit., der Stabilität und der Dauer des verrückten Zustandes, weniger dagegen der Qualität des psychotischen Erlebens an sich" (op. cit., S. 289).*

Betrachtet man die Phänomene der akuten Krise als Kernstück des psychotischen Phänomens - hierauf bezogen dürfte es weitgehende Übereinstimmung unter Klinikern, ob hinsichtlich Erwachsener oder Jugendlicher, geben - und wertet man sie im Sinne Ciompis als Möglichkeiten menschlichen Handlungsvermögens angesichts belastender, verwirrender Situationen, kann die psychotische Krise unschwer als . Extremvariante menschlichen Handeins gedeutet werden. Sämtliche erkennbaren Zeichen können nämlich auch bei sonst Gesunden unter extrem belastenden, natürlichen oder experimentellen Bedingungen (z. B. bei sensorischer Deprivation) vorkommen. Der Unterschied zu "normalen" Reaktionen auf Stress liegt, Ciompi zufolge, in Ausschließlichkeit, Stabilität und Dauer des verrückten Zustands bzw. in der Unfähigkeit des Beobachters, sie auf verstehbare Auslöser zu beziehen. Diese Uneinordbarkeit bzw. Unverstehbarkeit psychotischer Verhaltensweisen sowohl für den Beobachter als für den Betroffenen selbst dürfte sich als Ergebnis von Dauer und Stabilität des Phänomens erklären lassen. Zum einen ist zu irgendeinem Zeitpunkt nach Beginn der Krise für alle Beteiligten nicht mehr mit beruhigender Sicherheit zu rekonstruieren, was die eigentlichen Auslöser waren; das Erkennen einer UrsacheKontinuität ist erschwert. Zum anderen wird das Ausmaß der nun herrschenden Krise meistens als in keinem verstehbaren Verhältnis zum Ausmaß des Auslösers gesehen. Die psychotische Krise hat einen eigenen, wohl sich selbst verstärkenden Verlauf genommen. Insofern sollte die Unverstehbarkeit des psychotischen Zustands als Folge und nicht als Merkmal desselben betrachtet werden. Der Gesichtspunkt der Ausschließlichkeit erscheint mir andererseits wenig spezifisch. Bekanntlich geht jede als existentiell bedrohlich erlebte Situation mit einer zeitweiligen Ausschließlichkeit einher, d. h. mit der Konzentration aller

verfügbaren Kräfte auf die Bewältigung der Situation. Man denke z.B. daran, wie ausschließlich angespannt man reagiert, wenn man beim dösenden Autofahren auf der Autobahn durch ein unerwartetes Manöver eines anderen Wagens wachgerüttelt wird. Der Unterschied zwischen normalen und psychotischen Krisen scheint also weder in der Qualität des gezeigten Verhaltens bzw. des berichteten oder gedeuteten Erlebens noch in ihrer Quantität zu liegen, sondern offensichtlich in ihrer Dauer und Stabilität. Die anstehende Frage heißt also - will man sich die Besonderheit akut psychotischer Zustände erklären -, wie es dazu kommen kann, dass üblicherweise kurzanhaltende und instabile, offenbar für den Krisenfall vorgesehene allgemeinemenschliche Handlungs- und Erlebensweisen wie Erregung, Angst, Verwirrung und affektive Ungerichtetheit im Fall der Psychose derart anhaltend und unverständlich anmuten können.

Zehn Thesen zur Schizophrenie aus systemischer Sicht

Das zu erklärende Phänomen - die schizophrene Psychose - haben wir nun auf das, was wesentlich imponiert, eingegrenzt, nämlich auf die ein- oder mehrmals auftretende psychotische Krise bzw. Episode. Sie wurde von "normalen" Reaktionen auf hohe Stressbedingungen durch unübliche Dauer und Stabilität und so durch Unverstehbarkeit für den Beobachter unterschieden. Wir haben behauptet, dass für das erkennbare und somit sozial relevante Auftreten dieses Phänomens folgende kommunikativen Bedingungen erfüllt werden müssen:

Mindestens zwei Menschen müssen zu "Mitgliedern" eines "klinischen Systems" in den Rollen von Kliniker und Patient werden, um hilfreich mit unüblichen Verhaltensweisen des einen umzugehen. Beim Patienten haben wir vorausgesetzt, dass er allgemein menschliche Verhaltens- und Erlebensweisen zur Bewältigung von Krisen zeigt, allerdings in unüblicher Stabilität und Dauer. Beim Kliniker setzten wir voraus, dass er seine Beteiligung an' der Bildung dieses sozialen Systems durch Heranziehung semantischer Zuordnungskategorien - Diagnosen - definiert und das System daraufhin strukturiert. Ohne mich auf allgemeingültige Erkenntnisse über das spezifische Wirkungsgefüge der Faktoren beziehen zu können, die psychotische Krisen auslösen - sie stehen noch aus -, versuche ich nun, die bekannten Bestandteile des schizophrenen Phänomens zu einem systemischen Arbeitskonzept zur Schizophrenie anhand einiger Thesen zu vereinigen. Ohne im mindesten den Rang einer Theorie zu beanspruchen - das wäre angesichts des bisherigen Erkenntnisstands vermessen -, sollen sie zur Diskussion gestellt und daraufhin geprüft werden, ob sie der Orientierung beim weiteren Nachdenken über dieses Phänomen dienen. Sie sind zum Teil der Definition des Phänomens selbst und zum Teil der Relativierung gängiger Vorstellungen zgedacht.

Den folgenden Thesen liegt ein Verständnis des systemischen Denkens zugrunde, wie ich es in Anlehnung an Maturana (1982, und Varela 1987) an anderer Stelle für den therapeutischen Bereich formuliert habe (vgl. Ludewig 1987 b). Sie basieren im wesentlichen auf der Auffassung, dass Menschen als autopoietisch organisierte Wesen im Prozess ihres Lebens im operational abgeschlossenen Wirken ihres kognitiven Apparats ihre Welten subjektiv hervorbringen. Erkennen ist dabei nur im Tun möglich und jedes Tun ist wiederum Erkennen. Zum menschlichen Lebensprozess gehört das Interagieren mit anderen Menschen. Realität resultiert aus der "linguierten", konsensuellen Abstimmung subjektiver Welten in Kommunikation. Im Linguieren (etwa: Versprachlichen) entsteht eine operational abgeschlossene, symbolische Welt, der, einmal entstanden, nicht entronnen werden kann: die

sprachliche Welt. Alles Gesagte wird eben von einem Beobachter gesagt, und so folgt die Logik der Beschreibung und somit z. B. des beschriebenen Verhaltens notwendigerweise der Logik des beschreibenden Systems. Der Hörer wiederum erzeugt jeweils dadurch Information, dass er seine Ungewissheit durch Interaktionen in seinem kognitiven Bereich reduziert (vgl. Maturana 1982, S. 32f1.).

Nun zu den Thesen:

(1) Jede Beschreibung der Eigenheit eines Menschen basiert auf einer Unterscheidung, die ein Beobachter entweder aufgrund beobachteter Veränderungen in einer Zeitspanne oder aufgrund von Vergleichen mit anderen Menschen, stellvertretend auch mit Normen, gemacht hat. Die Beschreibung von Verhalten beruht auf Unterscheidungen im Phänomenbereich des Verhaltens. Verhalten beschreibt Veränderungen eines Wesens in bezug auf ein Milieu (Maturana und Varela 1987, S. 150). Aus der Sicht des Individuums ist Verhalten Verwirklichung seiner Struktur in Koppelung mit seiner Umgebung. Der Beobachter kann jedoch Verhalten semantisch einordnen und bewerten. Dies folgt immer seiner Beobachtungslogik und nicht notwendigerweise der Logik des so Diagnostizierten.

Manches Verhalten wird unter bestimmten Beobachtungs- und Bewertungsbedingungen als schizophren bezeichnet. Schizophrenie kann nur aus Verhalten erschlossen werden (vgl. Meehl 1965). Schizophrenie ist eine Verhaltensbeschreibung durch einen Beobachter, der als Kliniker operiert. Er fertigt diese Beschreibung in seinem kognitiven Bereich aufgrund der semantischen Einordnung seiner Interaktionen mit dem zu Beschreibenden an. Schizophrenie ist also eine bewertende Verhaltensbeschreibung im Rahmen einer Kommunikation. Das schizophrene Phänomen kann nur in einem spezifischen kommunikativen Kontext, in dem diese semantische Bewertung vorgesehen ist, also in einem "klinischen" sozialen System, hervorgebracht werden.

(2) Das Hervorbringen von Schizophrenie beinhaltet die kommunikative, unsicherheitsreduzierende Lösung eines sonst verwirrenden, weil schwer einordbaren sozialen Phänomens mittels des Gebrauchs einer symbolischen Generalisierung, d. h. einer Diagnose.

(3) Eventuelle, schizophrenieähnliche Phänomene, die nicht mitgeteilt werden bzw. nicht zur klinischen Kommunikation führen, sind für eine Schizophrenietheorie irrelevant. Darüber kann nichts gesagt werden.

(4) Soziale Phänomene resultieren aus der Koordination der jeweiligen kognitiven Kohärenz der Beteiligten, d. h. ihrer kognitiv hervorgebrachten Welten. Die daraus resultierende gemeinsame Wirklichkeit ergibt sich aus der Geschichte ihrer Interaktionen, d. h. ihrer Ko-Operation. Sie hängt von der Art ab, wie die grundsätzliche Undurchschaubarkeit der Beteiligten füreinander und die grundsätzliche Unvorhersagbarkeit ihres künftigen Verhaltens - das Problem der sog. doppelten Kontingenz - im Sinne der Bildung zuverlässiger Erwartungsstrukturen gelöst wird (vgl. Luhmann 1984). Hierbei wirken sich die Voraussetzungen, welche die Beteiligten ihren gegenseitigen Beobachtungen zugrunde legen, aus. Diagnosen sind Stabilisierungsversuche, d.h. Aufbau von Erwartungsstrukturen.

(5) Menschen leben, ihrer sozialen Struktur gemäß, in mehr oder minder enger Koppelung mit ihren Angehörigen. Diese sozialen "Nischen" sind solange stabil, bis sie infrage gestellt - bzw. "verstört" - werden. Im sozialen System Familie als Ort wichtiger menschlicher Aktivitäten

werden meistens besonders stabile Erwartungsstrukturen gebildet, zu denen ihre Mitglieder dazu passende Kohärenzen entwickeln. Der Anschein einer familiären Verursachung der Schizophrenie kann nur durch Nicht-Beachtung der inneren Kohärenz dieser Lebensgemeinschaft und durch die normative Erwartung aufkommen, dass die Familie der Ort sein sollte, in dem Menschen für andere Lebensgemeinschaften, z. B. Berufswelt, sozialisiert werden. Die Familie verursacht ebenso wenig Schizophrenie wie etwa die Gene. Der Kliniker kann zwar post Factum aus der Beschreibung des Familienlebens seiner Patienten viele Hypothesen aufstellen, z. B. eine schizophrene Symbiose metaphorisch rekonstruieren; dabei lässt er aber die kreisgeschlossene Struktur des Systems Familie außer acht, und in diesem Fall darüber hinaus, dass Menschen nur koppelungs- und nicht symbiosefähig sind (vgl. Maturana und Varela 1987, S. 99).

(6) Bleibt die strukturelle Koppelung zu seiner sozialen Nische bestehen oder wandert der Mensch mehr oder minder reibungslos in andere Koppelungsformen, dürfte er nach allem Bekannten "klinisch" unauffällig bleiben. Ergeben sich jedoch signifikante Veränderungen der Lebenssituation, die der Betroffene entweder ablehnt oder nicht zu bewältigen vermag, kann er in eine Dissonanzkrise geraten. Die für ihn maßgeblichen Normen seiner Nische sind mit anderen, damit inkompatiblen Normen in Konflikt geraten. Seine elementare Orientierung gerät ins Schwanken. Die darauf folgenden Anpassungsmanöver können vom Beobachter leicht als Zeichen logischen Unvermögens und mithin kognitiver Störungen gedeutet werden, wenn er eine andere als die für den Betroffenen geltende Logik zum Maßstab nimmt.

(7) Schwere Identitätskrisen kommen in Zuständen hoher interner Dissonanz vor, d. h. in Zuständen, 'in denen sich widersprüchliche innere Selbst- und Weltbilder etablieren und dies als Problem, d. h. als Anlass zur Veränderung, gewertet wird. Solche Zustände lösen Aktivitäten zum Zweck ihrer Verringerung aus. Der Beobachter kann dabei eine vermehrte Innenwendung (Autismus, Abkapselung) oder eine vermehrte Hinwendung an äußere Bedingungen (umtriebigeres Verhalten) feststellen. Beides kann, je nach Struktur, einen versuchten "Selbstheilungsprozess" beinhalten, ein Streben nach Wiederherstellung der internen Konsonanz. Aus der Sicht des Beobachters können dabei "seltsame" Erklärungsversuche vorkommen, die als Ursachenbestimmung für die verlorengegangene Konsonanz anmuten. Der klinische Beobachter kann dies als Wahn bezeichnen.

(8) Ein darüber Kommunikation anbietender Kliniker wirkt stabilisierend. Denn Kommunikation verlangt Aufmerksamkeit und gewährleistet so Ablenkung, d. h. sozusagen Aufbruch aus der internen Dissonanz. Der Kliniker kann auf vielerlei Weise zur Stabilität beitragen. Er kann z. B. kraft seiner fachlichen Autorität eine Krankheit etablieren, d. h. eine externe Attribution vorschlagen. Hieran kann sich der Patient orientieren und so die erlebte Widersprüchlichkeit verringern. Der medikamentös, neuroleptisch eingreifende Kliniker löst einen für den Patienten untypischen organischen Zustand aus, der wiederum ebenfalls extern attribuiert wird und so manchmal stabilisierend wirkt. Der z.B. familientherapeutisch orientierte Kliniker wird eher kommunikative Verwirrung stiften, etwa durch "paradoxe", sprich: perplex-machende Interventionen, was vermutlich auf dem Wege einer kreativen Ablenkung zur Bewältigung dieser Verstörung der Dissonanzverringering dient (vgl. z. B. Selvini Palazzoli et al. 1978 bzw. Haley 1978 zu den Interventionen Milton Ericksons). Die jeweilige Reaktion des Patienten auf diese Verstörungsversuche wird allerdings immer von seiner Struktur determiniert und nicht von der Intention des Klinikers. Dies macht sich vor allem bei noch in der

Herkunftsfamilie lebenden Jugendlichen deutlich, die häufig auf kommunikative, systembezogene Interventionen günstig, während auf medikamentöse Eingriffe eher untypisch reagieren.

(9) Es gibt keine spezifischen Zeichen einer psychotischen Krise. Die sie kennzeichnenden Verhaltensweisen stellen Varianten allgemeinmenschlichen Handlungsvermögens für den Krisenfall dar. Insofern kann jeder Mensch psychotisch dekomensieren. Dass dies eher selten geschieht - s. oben die Ausführungen zur Prävalenz- und Inzidenzraten bzw. Zubins Hypothese einer konstanten Toleranzschwelle für Auffälligkeit -, könnte auf die Tragfähigkeit des sozialen Systems, in denen diese Krisen vorkommen, zurückgehen. Eher hier dürften familientypische Merkmale zu suchen sein, zumal Familien mit psychotisch dekomensierenden Mitgliedern oft besonders sozial isoliert und so vermutlich leichter überfordert sind, wenn sie in Konflikt mit systemfremden Normen geraten (vgl. Ludewig et al. 1984). Hier dürfte ein Grund dafür zu finden sein, weshalb helfende Einrichtungen häufig erst beim Auftreten sozial anfechtbaren Verhaltens aufgesucht werden und seltener wegen der eigentlichen psychiatrischen Symptomatik.

(10) Wesentliche Unterscheidungsmerkmale einer psychotischen Krise stellen weder Qualität noch Quantität der Symptome, sondern Dauer und Stabilität dieser Ausnahmezustände dar. Die m. E. relevanteste Frage an die Forschung ist die, wie es möglich sein kann, dass derart anstrengende und beanspruchende Reaktionen nicht wie sonst üblich nach einer Weile nachlassen bzw. wieso keine Habituation an die wirksamem Auslöser stattfindet. Offenbar bilden sich hier interne, vermutlich sozial aufrechterhaltene Regelkreise, die wohl über positive Feedbacks den Ausnahmezustand konsolidieren, statt auf norm-homöostatische Umstände zurückzuführen. Offenbar in dem Versuch, die interne Dissonanz zu lösen, harrt der Organismus über Reproduktion der eigenen Zustände im andauernden Krisenzustand aus. Zur Erklärung dieses Phänomens bietet sich z. B. die Analogie zu Prigogines Fluktuationsstheorie (vgl. Dell und Goolishian 1981, Ciompi 1983) an. Sie stammt allerdings aus der Chemie und sollte nicht ohne weiteres auf kognitive und/oder soziale Phänomene übertragen werden. Dies müßte eine diesen Phänomenen angemessen konzipierte Forschung zu klären versuchen. Inwiefern sich hierbei die Hilfsangebote von Angehörigen und Klinikern kommunikativ verstärkend auswirken, muss ebenfalls näher erkundet werden. Vieles aus dem bisher Gesagten spricht dafür. Zumindest das weitere Schicksal nach einer psychotischen Krise scheint wesentlich davon abzuhängen, wie der Auffällige behandelt wird. Dauer und Stabilität psychotischer Krisen könnten sich wieder einmal als Ergebnis der Bemühungen erweisen, die zur Lösung des Problems angewandt werden (vgl. Watzlawick et al. 1974). Sofern dies die Therapiebemühungen betrifft, hätten eben diejenigen die besten Chancen, nur kurzdauernd und einmalig psychotisch zu reagieren, die keinen oder nur kurzzeitigen Kontakt mit Klinikern hatten, die sie als schizophrän definieren. Psychiatrisch Tätige und psychotisch Auffällige konstituieren unausweichlich einander im Vollzug ihrer spezifischen Verhaltenserwartungen.

Folgerungen für die Praxis

Aus alledem möchte ich vorerst für den klinischen Umgang mit dem Phänomen Schizophrenie folgende Empfehlungen ableiten:

(1) Der psychotisch Dekompensierte zeigt eine seiner Struktur gemäße Reaktion auf für ihn relevante Streßauslöser, die allerdings außergewöhnlich andauernd und stabil ist. Nebenher verfügt er aber zu jeder Zeit in dem für ihn spezifischen Ausmaß auch über andere als psychotisch anmutende Handlungsweisen. Demgemäß sollte sich die Hilfestellung durch den Kliniker an den je individuellen strukturellen Möglichkeiten des Patienten orientieren, d. h. an seinen sog. Ressourcen oder "gesundem Anteilen" (vgl. z.B. den Therapieansatz des Milwaukee-Teams, in: de Shazer et al. 1986). Diese Ressourcen zu erkennen, ist vornehmliche Aufgabe einer handlungsrelevanten Diagnostik, die sich nicht mit bloßer "ontierender" Zuordnung und darauf abgestimmtem Einsetzen einer Therapieroutine begnügt.

(2) Je nachdem, ob der Patient eher verwirrt oder bereits eher "wahnhaft" stabilisiert erscheint, sollte die Therapie eher ein konsequentes Strukturangebot oder eine überzeugende Infragestellung seiner Gewissheiten beinhalten, in jedem Fall jedoch in einem transparenten, klar definierten Rahmen, der ihm zur Orientierung dient. Denn: Was dem einen ein Sicherheitsnetz sein kann, kann dem anderen zum Spinnennetz werden! Der Therapeut verantwortet zwar immer das Angebot einer zur Struktur des Patienten passenden Therapie; die Wirkung dieser Maßnahmen bestimmt jedoch immer der Patient (vgl. Ludewig 1987 b).

(3) Der psychotisch Dekompensierte ist ein autonom organisiertes Individuum, das seine Struktur zu jeder Zeit bestmöglich verwirklicht. Explizit oder implizit durch sein Verhalten drückt er dem Kliniker sein Anliegen aus. Für den Kliniker gilt es, dieses Anliegen zu verstehen. Es kann an irgendeiner Stelle eines gedachten Kontinuums liegen, welches zwischen den Polen "alsbald aus der momentanen Krise herausfinden" und "in Ruhe gelassen werden" verläuft. Die Therapieziele sollten darauf abgestimmt werden. Neigt er eher zum ersten Pol, so bietet sich für den Kliniker an, kurztherapeutisch auf dessen "gesunden" Ressourcen fokussiert zu arbeiten, statt an der Rekonstruktion biographischer und sonst dafür irrelevanter Daten. Hierzu dürften Interventionen günstig sein, die im weitesten Sinne "ablenken", produktives Andersdenken auslösen und so für den psychotischen Regelkreis verstörend wirken. Die Einbeziehung des vermutlich krisenverstärkenden sozialen Umfelds dürfte hierzu hilfreich sein. Erkennt jedoch der Kliniker, dass der Patient eher dem anderen Pol zuneigt und so auf die Kohärenz eines chronischen Lebenswegs eingestellt ist, so sollte er für menschenwürdige Verwirklichungsmöglichkeiten dieses Anliegens sorgen. Das erspart beiden unfruchtbare und leidvolle Umsonstbemühungen. Bei Jugendlichen dürfte das zweite seltener sein.

Zum Schluss

In meiner nunmehr 15-jährigen Praxis in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung habe ich, wie wohl jeder andere Kliniker auch, erstaunlich rasche Remissionen ohne Rezidiv und lang anhaltende, sich wiederholende Krisen bis zu unaufhaltsamen Chronifizierungen erlebt. Manches spricht dafür, dass meine jeweilige Orientierung und Interessenlage zumindest eine modulierende Rolle dabei gespielt hat. Ich mußte lernen, vor denen Respekt zu haben, die von meiner Therapie aus welchen Gründen auch immer nicht profitierten.

In diesem Sinne möchte ich zum Schluss die für sich selbst sprechenden Worte einer ehemaligen Patientin des britischen Psychiaters Shepherd (1987) zu bedenken geben. Nach langem psychiatrischen Aufenthalt in jugendlichen Jahren und 200 Elektroschocks wurde sie bei einer Nachuntersuchung für gesund erklärt. Später, als Schriftstellerin, schrieb sie autobiographisch:

"Ich fand mich plötzlich vom Gewand entkleidet, welches ich 12 bis 13 Jahre getragen hatte - meine Schizophrenie ... Ich entsinne mich, wie ich es angenommen hatte; wie ich mitten in der Agonie und Panik dieser Annahme unerwartet Wärme, Trost und Schutz fand; wie ich es ersehnt hatte, von dieser Meinung befreit zu sein und doch unwillig war, mich davon zu trennen, und obwohl ich es nicht öffentlich trug, hatte ich es immer an mir für den Notfall, um es rasch als Schutz gegen die grausame Welt anzuziehen. Und nun war es weg, von Experten offiziell verbannt. Ich würde mich nie wieder an sie um Hilfe wenden können" (S. 37; übers. vom Verfasser).

Anschrift des Verfassers:

Dr. Kurt Ludewig, Dipl.-Psych.
Abtl. Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinistrasse 52
2000 Hamburg 30

Literatur

- Bleuler, M. (1972), *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart (Thieme).
- Ciampi, L. (1982), *Affektlogik*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ciampi, L. (1984), Gibt es überhaupt eine Schizophrenie? Der Langzeitverlauf psychotischer Phänomene aus systemischer Sicht. In: Lempp, R. (Hrsg.), S. 15-27.
- Cohen, R., Borst, U., Psychological models of schizophrenia impairments. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 189-202.
- Dell, P.F., Goolishian, H.A. (1981), "Ordnung durch Fluktuation", Eine evolutionäre Epistemologie für menschliche Systeme. *Familiendynamik 6*: 104-122.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis (1986), Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik 11*: 182-205.
- Dörner, K. (1969), *Bürger und Irre*. Frankfurt (Europäische Verlagsanstalt).
- Eggers, Ch. (1973), *Verlaufsweisen kindlicher und präpuberaler Schizophrenien*. Berlin (Springer).
- Foerster, H. v. (1985), *Sicht und Einsicht*. Braunschweig (Vieweg).
- Glaserfeld, E. v. (1987), *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Häfner, H., Gattaz, W. F., Janzarik, W. (Hrsg.) (1987), *Search for the Causes of Schizophrenia*. Berlin (Springer).
- Häfner, H. (1987), Epidemiology of schizophrenia. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 47-74.
- Haley, J. (1978), *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. München (Pfeiffer).
- Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P. (1980), *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin (Springer).
- Hirsch, S. (1987), Biological hypothesis of schizophrenia: Discussion. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 267-272.
- Janzarik, W. (1987), Concept of schizophrenia, History and problems. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 11-18.
- Katschnig, H. (1987), Vulnerability and trigger models/Rehabilitation: Discussion. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 353-358.
- Kisker, K. P., Lauter, H., Meyer, J. E., Müller, C., Strömngren, E. (Hrsg.)(1987), *Psychiatrie der Gegenwart. Band 4: Schizophrenien*. Berlin (Springer).
- Kringlen, E. (1987), Contributions of genetic studies on schizophrenia. In: Häfner et al. (Hrsg.), 123-142.
- Kuhn, T.S. (1967), *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Lempp, R. (1973), *Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Realitätsbezugsstörung*. Bern (Huber).
- Lempp, R. (Hrsg.) (1989), *Psychische Entwicklung und Schizophrenie*. Bern, Huber.
- Ludewig, K. (1983), Die therapeutische Intervention - Eine signifikante Verstörung der Familienkohärenz im therapeutischen System. In: Schneider, K. (Hrsg.), *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann), S. 78-95.

- Ludewig, K. (1987a), Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: Schiepek, G. (Hrsg.), *Systeme erkennen Systeme*. Weinheim, München (Psychologie Verlagsunion).
- Ludewig, K. (1987b), 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Z. systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludewig, K. (1988a), Welches Wissen soll Wissen sein? Reflexion eines Praktikers zu Fragen einer systemischen Forschung. *Z. systemische Therapie* 6: 122-127.
- Ludewig, K. (1988b), Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie 1*: 103-114.
- Ludewig, K. (1988c), Problem - "Bindeglied" klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter, L., Brunner, E. J., Reiter-Theil, S. (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin (Springer).
- Ludewig, K., Schwarz, R., Kowark, H. (1984), Systemische Therapie mit Familien von 'psychotischen' Jugendlichen. *Familiendynamik* 9: 108-125.
- Luhmann, N. (1984), *Soziale Systeme*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Maturana, H. R. (1982), *Erkennen, Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Maturana, H. R., Varela, F. J. (1987), *Der Baum der Erkenntnis*. Bem (Scherz).
- Meehl, P. E. (1962), Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist* 17: 827-838.
- Piaget, J. (1973), *Einführung in die genetische Erkenntnistheorie*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg.) (1986), *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Schaffer und Sturge*. Bern (Huber).
- Rosenhan, D. L. (1981), Gesund in kranker Umgebung. In: Watzlawick, P. (Hrsg.), S. 111-137.
- Schmidt, S. J. (Hrsg.) (1987), *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Schulsinger, F., Mednick, S. A. (1981), Implications from the first 18 years of a prospective study on children at high risk for schizophrenia. In: Huber, E. (Hrsg.), *Schizophrenie. Stand und Entwicklungstendenzen der Forschung*. Stuttgart (Schattauer), S. 167-198.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978), *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Shepherd, M. (1987), Formulation of new research strategies on schizophrenia. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 29-38.
- Strunk, P. (1980), Formenkreis der endogenen Psychosen. In: Harbauer et al., S. 480.
- Wing, J. K. (1987), History, classification, and research strategies: Discussion. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 39-43.
- Watzlawick, P. (Hrsg.) (1981), *Die erfundene Wirklichkeit*. München (Piper).
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1974), *Lösungen*. Bern (Huber).
- Zubin, J. (1987), Epidemiology and course of schizophrenia. In: Häfner et al. (Hrsg.), S. 114-119.