

1 Einleitung

Als wir 2004 in Freiburg mit der Spezialsprechstunde für Menschen mit Autismus begannen, war ich nicht nur von der Originalität und den ungewöhnlichen und meist bemerkenswerten Bewältigungsstrategien autistischer Menschen fasziniert. Ich fand es auch beruhigend, endlich auf eine psychiatrische Diagnose zu treffen, die mich als Kategorie zunächst überzeugte. Denn anders als bei vielen anderen Diagnosen wie etwa den Depressionen, wo die Übergänge fließend sind von erlebnisreaktiv ausgelösten depressiven Trauerreaktionen bis hin zu endogenen Depressionen, die wie eine Grippe auftreten können, empfand ich die Diagnose Autismus als Kategorie viel klarer. Denn die klar benennbaren autistischen Eigenschaften beziehen sich nicht nur auf einen Symptombereich, wie die soziale Wahrnehmung und Kommunikation, sondern beinhalten auch Besonderheiten des Denkstils, der Wahrnehmung und der Stressreaktion. Vor allem aber müssen all diese Besonderheiten langfristig vorhanden sein und sich wie ein roter Faden durch das Leben der Betroffenen ziehen. Das macht es möglich, situationsbedingte Phänomene, die nur in einer erkennbaren Konfliktkonstellation auftreten, auch im kategorialen Sinne zu unterscheiden von der lebenslangen und situationsübergreifenden Auffälligkeit des autistischen So-Seins. Dass diese Charakterisierung auch auf die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die Tic-Störungen und die Störungen der Intelligenzentwicklung zutrifft und ich mit dem Gemeinten ein Kernkriterium aller Entwicklungsstörungen in den Blick genommen hatte, war mir zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewusst.

Mit zunehmender Erfahrung geriet dann aber diese frühe Überzeugung der klaren Abgrenzbarkeit des Autismus wie bei vielen anderen psychiatrischen Diagnosen ins Wanken. In der Praxis begegneten mir einfach zu viele Fälle, in denen eine saubere kategoriale Trennung zwischen gesund und krank nicht möglich war. Diese Beobachtung ist Ausgangspunkt dieses Buchprojekts. Dabei wurde ganz im Sinne der diesem Buch vorangestellten Forderung von Uexküll und Wesiack (1991) nach einer theoretischen Medizin eine Reihe von grundsätzlichen Fragen zur psychiatrischen Krankheitslehre systematisch abgearbeitet.

Am Anfang dieses Arbeitskatalogs steht die Frage danach, was überhaupt als normal betrachtet werden kann (► Kap. 2). Dabei wird Normalität im Sinne von drei Bedeutungen herausgearbeitet.

Die statistische Norm beschreibt weitgehend wertfrei die Verteilung von bestimmten Eigenschaften in Gruppen. Sie definiert Ausprägungen dieser Eigenschaften in Relation zur Häufigkeit ihres Auftretens. Wo genau der Grenzwert zwischen normgerecht und zu viel oder zu wenig definiert wird, bleibt zwar eine Konvention, dennoch ist der so operationalisierte Bereich des Normalen weitge-

hend frei von moralischen Bewertungen. Klassisches Beispiel bei Menschen ist die Körpergröße.

Die *technische Norm* bezieht sich vor allem auf das Funktionieren von Geräten. Dabei wird von einem bestimmten Gerät eine bestimmte technische Leistung gefordert. Wird diese Leistung nicht erbracht, wird das Gerät als defekt eingestuft. Diese Vorstellung von Normalität wird im alltäglichen Denken und Sprechen oft auf den menschlichen Körper angewendet. Dieser Normalitätsbegriff definiert anders als die statistische Norm nicht notwendig einen Bereich des Anormalen. Andererseits ist er implizit doch oft auf sozial-normative Vorstellungen bezogen. Denn die Vorstellung davon, wie ein menschlicher Körper vor allem im Bereich des Psychischen zu funktionieren habe, wird meist nicht wissenschaftlich-empirisch, sondern in einem moralisch-normativen Sinne im gesellschaftlichen Diskurs festgelegt.

Schließlich wird als dritter Bereich des Normalen *die soziale Norm* beschrieben. Dies ist eine Größe, die sich auf das Verhalten und Funktionieren von Menschen in Gruppen bezieht. Die soziale (gesellschaftliche) Normalität orientiert sich am sozial erwünschten Verhalten bzw. der Sitte und Moral der jeweiligen Zeit. Sie ist damit sehr stark eingebunden in die Wert- und Moralvorstellungen einer bestimmten Gruppe in einer bestimmten Zeit. Sie wird im gesellschaftlichen Diskurs vor dem Hintergrund kultureller Traditionen und gegenwärtiger Interessen von den Mehrheiten, den Machthabern oder den Meinungsführern einer Gruppe definiert, um das Verhalten der Gruppenmitglieder nach eigenen Wertvorstellungen zu beeinflussen. In diesem Sinne anormales Verhalten ist amoralisches Verhalten, welches von der Gruppe sanktioniert wird. Diese Analyse macht deutlich, dass soziale Norm- und Moralvorstellungen bei der wissenschaftlichen Definition von Krankheit vermieden werden sollten, wenn sich die Wissenschaft nicht zum Handlanger der Moral ihrer Zeit machen will.

Schließlich wird *das Konzept der multikategorialen Normalität* als ein statistisches und damit deskriptives und primär nicht sozialnormatives Normalitätskonzept als persönlich bevorzugtes Denkmodell für eine wissenschaftliche Psychobiologie vorgestellt. Es hebt hervor, dass in der Biologie selbst bei einfachen Eigenschaften statistische Normalität nicht ohne Bezug auf relevante Randbedingungen wie Geschlecht oder Ethnizität definiert werden kann. Das Konzept der multikategorialen Normalität betont die Vielgestaltigkeit von Normbereichen.

Aufbauend auf dieser Analyse wird in den folgenden beiden Kapiteln der Frage nach der psychiatrischen Krankheitslehre nachgegangen. Dabei wird zunächst festgestellt, dass es einen allgemeingültigen Begriff von Krankheit und Gesundheit nach aktuellem Wissensstand nicht gibt. Da die Medizin als praktische Wissenschaft aber dennoch pragmatisch mit Begriffen wie Krankheit und Gesundheit umgehen muss, werden im Folgenden die praktischen Lösungsentwürfe der Medizin vorgestellt (► Kap. 3). Die Unterscheidung zwischen Symptomen, Syndromen und Krankheiten erlaubt es in der Medizin, funktionelle Auffälligkeiten der lebendigen Körper zu beschreiben und in einen Bezug zu setzen zu einer erkannten oder vermuteten Kausalität. Dabei muss unterschieden werden zwischen einer Kausalität im Sinne einer Erstverursachung (Ätiologie) auf der einen Seite und Kausalzusammenhängen in Form von Sekundärursachen (Ursache-Wirkungs-Ket-

ten, Folgeursachen und Folgeschäden), die als Pathogenese beschrieben werden, auf der anderen Seite. Nicht selten werden im alltäglichen Verständnis von Krankheit diese beiden Ursachenbereiche verwechselt.

Da es in der Psychiatrie ebenso wie in vielen anderen Disziplinen der Medizin oft keine erkennbaren Kausalitäten für auffällige Phänomene (Symptome oder Syndrome) gibt, wird dort meist mit dem Störungsbegriff operiert. Dieser wird oft sehr unscharf und vage eingesetzt. Im Alltagssprachlichen Verständnis meint er meist, dass psychische Symptome oder Syndrome hypothetisch auf eine beschreibbare, aber noch nicht unbedingt bereits erkannte Ursächlichkeit zurückgeführt werden können. In Kapitel 4 dieses Buches wird beschrieben, wie der Störungsbegriff in den großen Klassifikationssystemen der Psychiatrie (DSM und ICD) definiert wird. Als problematisch wird dabei herausgearbeitet, dass in beiden Systemen psychische Störungen weitgehend unter Aufgabe eines konkreten kausalen Denkens nach operationalisierten Kriterien definiert, festgestellt und klassifiziert werden. Durch diese Entkoppelung des Störungsbegriffs von der die Störungen verursachenden Kausalität wird aber de facto ein pseudokategorialer Krankheitsbegriff geschaffen. Das bedeutet, dass in der Pragmatik des alltäglichen Sprechens Störungsbegriffe wie Autismus, ADHS, das Tourette-Syndrom, Intelligenzminderung, Depression und Schizophrenie wie Krankheitsbegriffe daherkommen, obwohl sie in Wirklichkeit lediglich Sammelbegriffe für kausal nur unscharf verbundene Symptom- und Syndrom-Cluster sind. Das hat weitreichende – und leider oft nachteilige – Folgen für das eigene Krankheitsverständnis und Selbstbild, die Therapie- und die Forschungsstrategien.

Als mögliche Lösung dieses Dilemmas wird eine Unterscheidung in primäre und sekundäre Störungen erarbeitet. Diese könnte dem kausalen Denken in der psychobiologischen Wissenschaft wieder mehr Raum eröffnen. Denn sie schärft den Blick dafür, dass psychische Symptome sowohl Ausdruck verschiedener meist zahlenmäßig kleiner kategorialer Untergruppen mit klar beschreibbarer Ursache sind (also kleine echte Krankheitsuntergruppen). Darüber hinaus existieren aber auch die meist zahlenmäßig viel größeren primären Varianten. Diese können qualitativ eigentlich gar nicht als Krankheiten begriffen werden, weil sie dimensional aufgespannte psychobiologische Eigenschaftscluster repräsentieren. Hier kann die Analogie zur Eigenschaft Körpergröße fruchtbar gemacht werden. Extremformen eines psychobiologischen Eigenschaftsclusters (Strukturiertheit der Persönlichkeit im Sinne eines Autismus oder einer ADHS, Veranlagung zu Tics, IQ) können dann zwar nach statistischen Kriterien deskriptiv als auffällig charakterisiert werden. Ähnlich wie bei einem 2,13 m großen Menschen muss dies aber nicht zwangsläufig zur Anwendung eines Krankheitsmodells führen.

Bevor dieses Verständnis in den Kapiteln 6–9 anhand der großen Entwicklungsstörungen Autismus, ADHS, Tic-Störungen und Störungen der Intelligenzentwicklung an konkreten Beispielen veranschaulicht wird, widmet sich das Kapitel 5 dem Thema der Persönlichkeitsstörungen gemäß ICD- und DSM-Konzeptualisierung. Dabei wird darauf hingewiesen, dass klassische Persönlichkeitsstörungen und die Entwicklungsstörungen aus qualitativer Perspektive theoretisch kaum zu unterscheiden sind. Bei beiden Konstrukten handelt es sich um eine Gruppe von psychobiologischen Besonderheiten eines Menschen, welche be-

reits in der ersten (Autismus, ADHS, Tics, IQ) oder spätestens der zweiten Dekade des Lebens (Persönlichkeitsstörungen) erkennbar werden. Dann ziehen sich die entsprechenden Erlebens-, Denk- und Verhaltensmuster wie ein roter Faden durch das Leben der Betroffenen. Bis hin zu den Randkriterien, wie etwa dem Dysfunktionalitätskriterium, wird gezeigt, dass die beiden Kategorien theoretisch völlig analog zueinander strukturiert sind. Vor allem für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen nach ICD- und DSM-Definition wird als problematisch herausgearbeitet, dass sich die Definition der qualitativen psychobiologischen Eigenschaftscluster ausdrücklich an sozialnormativen Wertvorstellungen orientiert. Dass sich damit ein psychisches Krankheitskonzept – nämlich das der Persönlichkeitsstörungen – zu Beginn des 21. Jahrhunderts und dritten Jahrtausends explizit an normativ-moralischen Vorstellungen der Referenzgruppe orientiert – und zwar in klarer Abgrenzung von klassischen Autoren wie Kurt Schneider, der genau davor warnte –, bleibt schwer verständlich.

In der neuesten Krankheitsklassifikation der WHO, der ICD-11, wurde allerdings eine grundlegende Neuklassifikation der Persönlichkeitsstörungen umgesetzt. In dieser wurden Besonderheiten des Selbst (Identität, Selbstwert, Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und der zwischenmenschlichen Funktionen (Beziehungsgestaltung, Fähigkeit zur Perspektivübernahme) zu Kernkriterien der neu definierten Persönlichkeitsstörungen gemacht. Dabei ergeben sich einige Probleme, v. a. bei der Abgrenzung zu Entwicklungsstörungen wie dem Autismus. Allerdings öffnet die Neukonzeptualisierung auch interessante Perspektiven auf Schwierigkeiten, wie sie für viele Menschen mit Entwicklungsstörungen Alltag sind. Dieser Aspekt wird ausführlich aufgegriffen, wobei erstmalig ausgearbeitete Definitionen und Operationalisierungen für ein besseres Verständnis der Konstrakte Ich, Selbst und Identität vorgestellt werden.

Erstmals aufgegriffen wurde in der Neuauflage dieses Buches auch das Thema der Besonderheiten der Intelligenzentwicklung (Kapitel 9). Diese waren im ICD-10 noch in einem eigenen Kapitel (F7: Intelligenzminderung) abgehandelt worden. Die nun erfolgte Neuordnung der Entwicklungsstörungen im ICD-11, bei der die Störungen der Intelligenzentwicklung das erste Unterkapitel der Entwicklungsstörungen darstellen, überzeugt auch deshalb, weil Besonderheiten der Begabungs- und Intelligenzfunktionen häufiger Bestandteil auch der anderen Entwicklungsstörungen (Autismus, ADHS und Tic-Störungen) sind, es weitgehende symptomatische aber auch kausale Überlappungen gibt und gerade im hochfunktionalen Bereich der Lernbehinderungen (IQ-Bereich 70–85) aus klinischer Sicht ähnliche Konstellationen zu beobachten sind wie bei Autismus und ADHS. Denn auch diese Konstellationen müssen wie leicht betroffene Varianten des Autismus und der ADHS als Strukturdiagnosen begriffen werden, die schicksalhaft gegeben sind. Gerade in diesem leichten Ausprägungsbereich werden sie aber nicht als Strukturdiagnose erkannt, bilden aber oft die psychodynamische Grundlage für damit verbundene Probleme und Problemverhaltensweisen und im Weiteren resultierende Ängste, Anpassungsstörungen und Depressionen. Wie bei Autismus und ADHS ist die Erkenntnis und Akzeptanz der entsprechenden Strukturdiagnose nicht selten der Schlüssel für ein umfassendes Verständnis der Schwierigkeiten betroffener Personen.

Im abschließenden Kapitel 10 wird zusammenfassend festgehalten, dass die Wirklichkeit der psychischen Phänomene zu komplex ist, als dass sie sich mit den wenigen, ausschließlich störungsfokussierten, pseudokategorialen Begriffen des ICD und DSM angemessen beschreiben ließe. Autismus wie ADHS und Tics wie Lernbehinderungen begegnen uns bei genauer Betrachtung häufig als Normvariante der psychobiologischen Wirklichkeit. Wie sehr große oder kleine Menschen fallen sie in der Gruppe der vielen durchschnittlichen Menschen auf. Das Auffällige an sich darf aber nicht als krank missverstanden werden, will man nicht einem inhumanen Chauvinismus der Mehrheit das Wort reden. Gleichzeitig gibt es aber auch viele Fälle, bei denen aufgrund erkennbarer Ursachen für das So-Sein die inhaltlichen Kriterien des pragmatischen medizinischen Krankheitsbegriffs erfüllt sind. Bei leichten Ausprägungen können solche Phänomene als Krankheit ohne Krankheitswert verstanden werden. Schwere Ausprägungen repräsentieren oft klassische schwere Krankheitsbilder. Es wird dabei betont, dass es in diesem Buch nicht darum geht, alle Phänomene des Autismus, der ADHS, der Lernbehinderung oder der Tics zu »normalisieren«. Es soll nicht verharmlost werden, dass aus dem Autistisch-Sein, den ADH-Eigenschaften, schweren Tics und Intelligenzminderung psychosoziale Beeinträchtigungen und existenzielles Leid resultieren, welches das anderer Krankheiten oft dramatisch übersteigt. Aber gerade diese Entwicklungsstörungen sind gute Beispiele dafür, dass dieses Leid oft nicht nur aus den Eigenschaften oder den Symptomen an sich resultiert, sondern aus der Art und Weise, wie die anderen und die Gesellschaft damit umgehen. Dabei sind die ausgrenzenden und aggressiven Formen des Umgangs mit den Besonderheiten und Eigenheiten betroffener Menschen nur in einer Minderzahl einem bösen Willen geschuldet. Viel häufiger sind es nicht enden wollende Missverständnisse, die für einen Großteil des Leids verantwortlich sind, indem sie zu einer unerschöpflichen Quelle quälender Konflikte werden, welche bei Entwicklungsstörungen, aber ebenso bei vielen Persönlichkeitsstörungen zu beobachten sind. Um die gelegentlich schwer analytisch zu differenzierende Gemengelage aus persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten, daraus resultierenden Problemen und auch Problemverhaltensweisen und komplizierenden Zuständen wie Depressionen besser zu verstehen, wird das SPZ-Modell beschrieben. Dieses hat sich im klinischen Alltag zur Klärung komplexer Fallkonstellationen als sehr hilfreich erwiesen. Nach meiner persönlichen Erfahrung kann es auch helfen, das eigene Erleben, Denken und Verhalten sowie das nahestehender Menschen besser zu verstehen. Im SPZ-Modell werden die verschiedenen mentalen Phänomene und Verhaltensweisen dahingehend unterschieden, wie frei sie psychobiologisch begriffen werden müssen, d.h. ob sie von Betroffenen überhaupt verändert werden können oder nicht. Erstmals werden nun in der 4. Auflage dieses Buches dabei auch die Konstrukte Selbst und Identität in den Blick genommen, im Hinblick auf ihre Freiheit und Veränderbarkeit für Betroffene im Selbstmanagement, aber auch in therapeutischen Kontexten.

An dieser Stelle kann die – vielleicht ja auch so gemeinte – Bedeutung des »Gnothi seauton«, des »Erkenne dich selbst!« aufleuchten, welches als paradigmatisches Eingangszitat diesem Buch im Prolog vorangestellt wurde.

Erst wenn die Persönlichkeit des anderen als Struktur erkannt wird, der er oder sie im Erleben seiner/ihrer Welt nicht entkommen kann und die damit Grund für die stereotypen – weil unfreien – und oft nervigen Erlebens- und Verhaltensweisen ist, können diese verziehen werden. Denn die stereotypen Erlebens- und Verhaltensweisen der anderen werden dann nicht mehr als Ausdruck eines freien Willens gedeutet, sondern als Ergebnis einer unausweichlichen körperlichen Begrenztheit.

An dieser Stelle wird dann vielleicht auch der Blick frei für die eigene Begrenztheit, die sich im qualitativen Muster eigener, meist ebenso stereotyper Wahrnehmungen, Ängste und Verhaltensweisen zeigt. Diese mögen quantitativ weniger vom Mittel der Vielen abweichen. Deshalb sind sie aber nicht weniger starr und begrenzt – sondern nur besser getarnt! Und so kann mit der Anerkennung der Begrenztheit der anderen oft erst die Voraussetzung dafür geschaffen werden, die eigene Begrenztheit zu sehen und zu akzeptieren.

Vielleicht ist es aber auch genau umgekehrt, wie es das *Gnothi seauton* in Delphi suggeriert: Erst die Selbsterkenntnis und Anerkennung des eigenen Strukturiert- und Gefangen-Seins in den psychobiologischen Gesetzmäßigkeiten der eigenen Persönlichkeit ermöglicht es, die Begrenzungen der anderen zu erkennen und sie zu akzeptieren – und sie nicht als intentionale Angriffe auf die eigene Welt zu deuten, gegen die es sich zu wehren gilt.

Eine Persönlichkeit haben wir alle, von früh an, sei sie autistisch oder holistisch, primär oder sekundär verursacht, angeboren oder erworben, gesund oder krank. Sie ist ein psychobiologisches Faktum, die innere Umwelt unseres Geistes, unser Gefängnis, aber auch das Instrument, mit dem wir die Melodie unseres Lebens spielen werden – ob wir es wollen oder nicht.

Gnothi seauton!

2 Was ist normal?

- »Der Typ ist nicht mehr ganz normal, der spinnt!«
- »Das war echt krass, absolut nicht normal!«
- »Die Frau ist völlig abgedreht, echt abartig, total unnormal!«
- »Wie krank ist das denn, die ticken nicht mehr sauber, die sind wirklich nicht mehr normal!«

In derartigen Redewendungen wird so manchem Leser¹ das Thema des Normalen im Bereich der Psyche schon einmal begegnet sein. Oft werden so einzelne Personen, Gruppen oder auch nur Verhaltensweisen mit dem Prädikat des Anormalen belegt. In der Alltagssprache sind auch Umschreibungen des Gemeinten wie »krank«, »wahnsinnig«, »extrem«, »krass«, »abgedreht«, »nicht mehr sauber ticken« häufig der Behauptung des Anormalen zur Illustration beigelegt.

Wenn – wie im Titel dieses Buch – davon die Rede ist, dass Autismus, ADHS, Intelligenz oder Tics nicht unbedingt immer als Krankheit, sondern auch als Normvariante eines psychisch gesunden Lebens verstanden werden können, so muss zunächst ein Verständnis davon entwickelt werden, was es überhaupt bedeutet, dass etwas oder jemand normal ist – oder auch nicht. Beim Nachdenken über Normalität können drei verschiedene Kategorien des Normalen identifiziert werden, die z. T. ganz Unterschiedliches meinen: eine statistische Normalität, eine technische Normalität und eine soziale Normalität.

2.1 Normalität als statistische Größe

In einer weit verbreiteten Bedeutung des Begriffs »normal« wird primär auf ein statistisches Phänomen abgehoben. Dieser Aspekt kommt etwa zum Ausdruck, wenn Wörter wie »krass« oder »extrem« gewählt werden. Bezug genommen wird dabei auf die Häufigkeit, mit der bestimmte Phänomene oder Verhaltensweisen beobachtet werden können. Ein klassisches Beispiel für diesen statistischen Bedeutungsbereich des Normalitätsbegriffs ist die Körpergröße.

1 Wenn im Folgenden von Lesern, Patienten o.ä. die Rede ist, sind immer Leserinnen und Leser, Patientinnen und Patienten usw. gemeint. Ich habe mich bemüht, in diesem Text weitgehend eine geschlechterneutrale Formulierungsweise zu wählen. Um den Lesefluss des Textes aber nicht zu stören, wird der Einfachheit halber an einigen Stellen das generische Maskulinum verwendet.

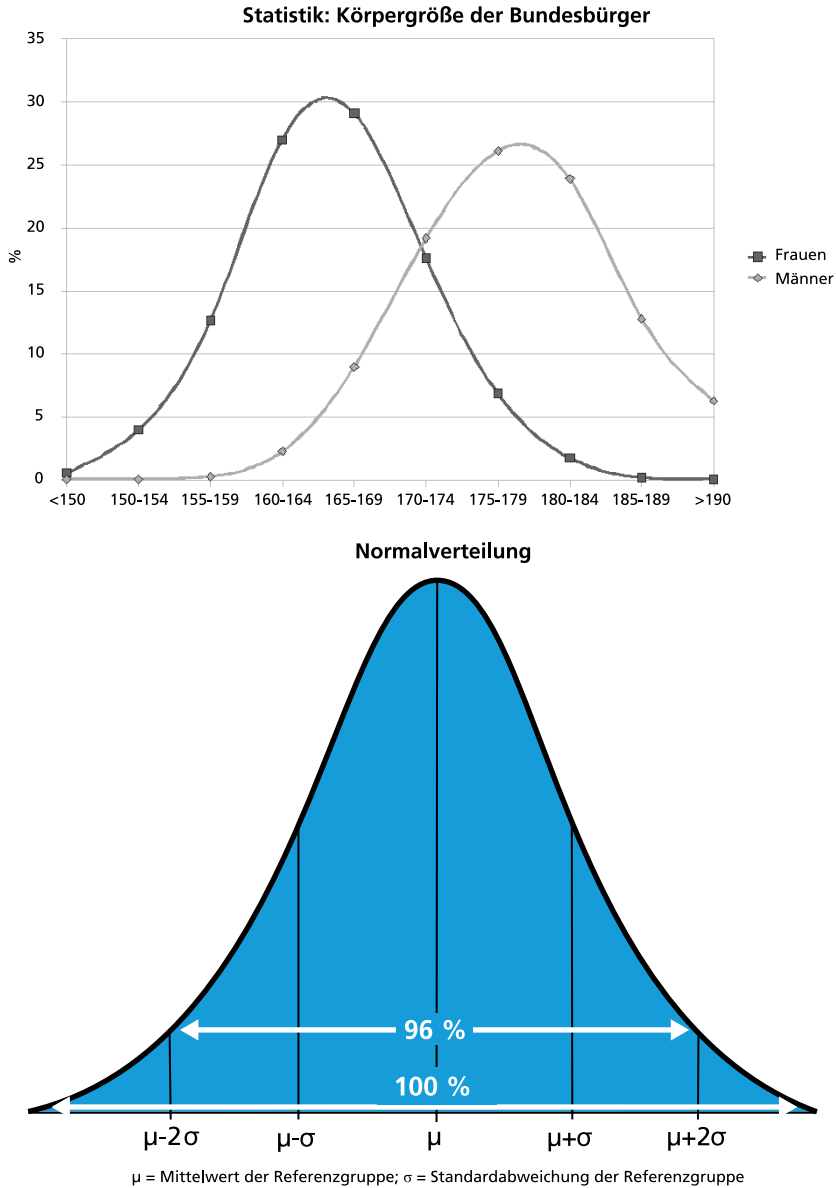


Abb. 2.1: Illustration der statistischen Verteilung der Eigenschaft Körpergröße in Deutschland (Quelle der oberen Grafik: SOEP & statista.org)

► Abb. 2.1 illustriert die statistische Verteilung der Körpergrößen in Deutschland. Als normal im Sinne einer statistischen Norm wird meist jener Bereich von zwei Standardabweichungen oberhalb und unterhalb des Mittelwerts definiert, in dem etwa 96 % der Messwerte einer normalverteilten Messgröße liegen. Folgt man dieser

Definition des Normalen, so ist der Normbereich stets gleich groß und etwa 4 % der beobachteten Eigenschaften wären per definitionem anormal, nämlich etwa 2 % weniger stark ausgeprägte (sehr Kleine) und etwa 2 % stärker ausgeprägte Merkmale (sehr Große).

Diese statistische Art, Normalität zu definieren, hat einen großen Vorteil: Sie ist sehr objektiv. Die Normalität einer definierten Eigenschaft kann anhand von objektiven Messungen und Grenzwerten festgestellt oder zurückgewiesen werden. Allerdings gibt es auch einen Nachteil an dieser Art und Weise, Normalität zu definieren: Es gibt immer notwendig 4 % nicht-normale Werte, und zwar 2 %, die zu stark, und 2 %, die zu gering ausgeprägt sind. Um im Beispiel zu bleiben: der statistischen Definition von normaler Körpergröße folgend wären 2 % der Menschen in Deutschland krankhaft groß und 2 % krankhaft klein. Nun ist es in der Tat so, dass aus biologischer Perspektive bei den extrem großen und extrem kleinen Menschen nicht selten solche anzutreffen sind, die an Krankheiten im Sinne der biologischen Norm leiden wie etwa an einer Akromegalie bei den sehr Großen oder einer Achondroplasie bei den sehr kleinen Menschen. Aber es gibt eben auch eine Vielzahl von Menschen, die die statistischen Kriterien einer Körpergröße außerhalb der Norm erfüllen, ohne an solchen Krankheiten zu leiden.

Bei strenger Anwendung einer statistischen Norm würde fast die gesamte Basketballelite der NBA-Liga in den USA an einer Krankheit im Sinne einer pathologischen Größe leiden. Kaum jemand käme aber wirklich auf die Idee, Idole wie Dirk Nowitzki als nicht-normal oder krank zu bezeichnen, nur weil die Eigenschaft Körpergröße im Sinne einer statistischen Größe mehr als zwei Standardabweichungen oberhalb des Mittelwerts liegt.

Normalität im statistischen Sinne ist eine objektive Variable, die durch Messungen quantifiziert werden kann.

Die Grenzen werden nicht durch qualitative Änderungen, sondern quantitativ durch die statistische Verteilung definiert.

Auch unabhängig von qualitativen Merkmalen wird für jede denkbare Eigenschaft notwendig ein nicht-normaler (krankhafter) Bereich im Sinne eines Zuviels oder Zuwenig festgeschrieben.

2.2 Normalität als technische Größe

Der zweite Bedeutungsbereich von Normalität soll hier technische Normalität genannt werden. Im Kontext neurowissenschaftlicher Diskussionen zum Krankheitsbegriff wird er gelegentlich auch biologische Normalität genannt (Walter & Müller, 2015).

Als Beispiel aus dem technischen Bereich sei das Auto genannt, welches bei Kälte nicht mehr anspringt. Alltagssprachlich ist dann davon die Rede, das Auto funk-

tioniere nicht mehr normal. Ein Beispiel aus dem biologischen Bereich wäre etwa ein Mensch, der mit Drehschwindelattacken zum Arzt kommt und bei dem ein paroxysmaler Lagerungsschwindel diagnostiziert werden kann. Dabei reizen kleine Kristalle in den Bogengängen des Innenohrs das Gleichgewichtsorgan, was zu dem Schwindel führt. In beiden Beispielen, der technischen und biologischen Norm, wird mit Normalität ein Funktionieren eines technischen (Autos) oder biologischen Systems (Körper) gemeint, welches man aufgrund der bisherigen Erfahrungen erwartet, das aber nicht erwartungsgemäß eintritt. In der Alltagssprache wird verkürzt oft gesagt: »Da ist etwas kaputt«.

Dieses Kaputt-Sein, die Funktionsstörung, kann nun verschiedene Qualitäten haben. Sie kann sich auf alle Funktionen eines technischen Geräts beziehen, z. B. wenn ein Radio auf das Einschalten in keinsten Weise mehr reagiert. Bei einem nicht funktionierenden Telefon wird im Englischen z. B. auch davon gesprochen, dass die Verbindung tot sei (»the line is dead«). Bei einem Lebewesen entspricht das Fehlen jedweder biologischen Reaktion auf Außenreize in der Tat meist dem »Tot-Sein«. Es gibt aber auch partielle Funktionsverluste, etwa wenn ein Mensch unter Schwindelattacken, epileptischen Anfällen oder einem Diabetes mellitus leidet. In Analogie dazu gibt es auch bei technischen Geräten partielle Funktionsstörungen, etwa wenn bei einem Fahrrad der Dynamo nicht funktioniert oder die Kette bremsst, weil sie verrostet ist.

In all diesen Bereichen wird auf das Fehlen von Normalität geschlossen auf der Grundlage der Beobachtung, dass erwartete Funktionen, die dem Gerät oder dem menschlichen Körper in seinem Normal-Sein zugeschrieben werden, ausbleiben. Und genau das Ausbleiben dieser erwarteten Funktionen wird als nicht-normal qualifiziert.

In meinen Augen ist hier der Begriff einer technischen Normalität passender als der einer biologischen Normalität. Denn das Verstehensmodell der Ursächlichkeit der Funktionsstörung orientiert sich an den Erfahrungen mit technischen Geräten. Die Uhr funktioniert nicht, weil die Batterie leer ist. Das Fahrrad quietscht, weil die Kette verrostet ist. Das Auto springt nicht an, weil der Anlasser einen Wackelkontakt hat und bei Kälte die Kontakte verloren gehen. Und noch wichtiger: Ein Reparieren der so identifizierten defizitären Teile der Maschine bzw. ein Einbau von Ersatzteilen führt dazu, dass die Maschine wieder funktioniert.

Es ist die Vielzahl dieser mechanistischen Erklärungen als plausible Ursachen für technische Funktionsstörungen, die in uns die Überzeugung wachsen lässt, dass aufgrund der ausbleibenden erwarteten Funktion auch fehlende Normalität im Sinne eines Kaputt-Seins eines Teils der Maschine geschlussfolgert werden kann. Und in der Tat kann dieses Modell für viele der Funktionsstörungen des menschlichen Körpers auch fruchtbar gemacht werden. Wenn etwa beim Drehschwindel geschlossen wird, dass irgendetwas am eigenen Körper kaputt sein muss, so ist diese Beschreibung für das Beispiel des paroxysmalen Lagerungsschwindels auch angemessen. Denn die Kristalle, die in der Flüssigkeit des Innenohrs die Haarzellen unangemessen stimulieren, gehören da normalerweise nicht hin. Und in diesem Sinne sind sie – wie der Rost auf der Fahrradkette – Fremdkörper, die das Funktionieren der »Maschine Körper« stören.