

Psychische Krankheit: Was ist das eigentlich?

Für die Legitimation von Zwang in der psychiatrischen Versorgung braucht es aktuell die Feststellung einer psychischen Störung. Wenn Menschen als »zu krank« im psychiatrischen Sinne betrachtet werden, dann ist es nach Meinung vieler Fachpersonen unter Umständen gerechtfertigt, die ansonsten hoch gehaltene Autonomie der betroffenen Personen einzuschränken – auch wenn damit das Gebot der Gleichbehandlung von Menschen mit körperlichen und psychischen Krankheiten missachtet wird. Das heißt, bei aller Geneigtheit von Fachpersonen, den Präferenzen der betroffenen Personen zu folgen, obsiegt in der Abwägung von Autonomie vs. Krankheitskonzept oftmals Letzteres. Damit stellen sich vor allem drei Fragen, die positiv beantwortet werden müssten, um Zwang in der psychiatrischen Versorgung zu rechtfertigen:

- Was wissen wir über die menschliche Psyche?
- Kann hinreichend zwischen »psychisch gesund« und »psychisch krank« unterschieden werden?
- Wie werden gegenwärtig psychische Krankheiten oder Störungen klassifiziert bzw. voneinander abgegrenzt?

Diese Fragen werde ich nachfolgend versuchen, zu beantworten, auch wenn dazu schwieriges Terrain betreten werden muss. Das Terrain liegt irgendwo zwischen Psychologie, Neurowissenschaften, Soziologie und vor allem Philosophie.

Gibt es überhaupt eine menschliche Psyche?

Zunächst einmal soll der Aspekt einer Krankheit oder Störung außen vor bleiben. Wenn man sich die Frage stellt, was eine psychische Krankheit ist, wird man sich zunächst die Frage stellen müssen, ob es denn eine Psyche oder – wie im Englischen oder inzwischen auch im Deutschen oft gebraucht – einen menschlichen Geist gibt, die bzw. der erkranken kann.

In unserem Alltagsleben fragen wir uns eher selten, ob es eine menschliche Psyche, eine Seele oder einen Geist gibt. Wir alle erleben mehr oder min-

der erfreuliche emotionale Momente und für uns alle ist klar, dass wir wahrnehmen, denken und Schlüsse ziehen können, also kognitive Eigenschaften haben, die ebenfalls Teil der menschlichen Psyche sind. Das ist unser Alltagsverständnis und es ist, wenn wir als Professionelle in der Psychiatrie oder in der Psychotherapie arbeiten, in der Regel auch unser klinisches Verständnis. Und das muss – wie später noch deutlich wird – nicht gänzlich falsch sein.

Interessanterweise werden jedoch Begriffe wie »Psyche« oder »Seele« in neueren wissenschaftlichen Untersuchungen allenfalls noch historisch zitiert. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn neurowissenschaftliche Grundlagenforschung im Spiel ist. Über den Wert neurowissenschaftlicher Grundlagenforschung kann man durchaus unterschiedlicher Meinung sein, sie ist jedoch zentral für das aktuelle wissenschaftliche Verständnis der Psyche und damit auch der psychischen Krankheiten. Selbst wenn man – wie ich – einen sozialwissenschaftlichen Hintergrund kann, kann man diese Erkenntnisse nicht ignorieren (Richter 2003).

In der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung und in damit verbundenen philosophischen Denkschulen ist die Frage nach der Existenz der Psyche gewissermaßen schon zu den Akten gelegt worden, die Rede ist dort primär von »Bewusstsein« (für die Philosophie etwa Dennett 1991, für die Neurowissenschaften Koch 2004). Anders als Psyche und Seele wird das Bewusstsein als ein wissenschaftlich zugängliches Thema betrachtet, das empirisch und theoretisch durchdrungen werden kann. Schon Mitte bis Ende der 1980er-Jahre begann auch die deutschsprachige Philosophie mit Bedauern, die »Seele« als einen Begriff zu betrachten, welcher mit einem naturwissenschaftlichen Verständnis kaum kompatibel ist (Hastedt 1988). Statt von Seele und von Psyche wird auch im deutschsprachigen Raum eher von »Geist« (engl. »mind«) und eben von Bewusstsein gesprochen.

Die zentralen Fragen des Bewusstseins und vor allem die Frage nach der Entstehung eines subjektiven Bewusstseins sind bis heute jedoch ungelöst. Dieses Subjektive ist – wenn man so will – das zentrale Merkmal des Bewusstseins. In einem der wohl meist zitierten philosophischen Artikel der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts fragte der US-amerikanische Philosoph Thomas Nagel in den 1970er-Jahren, wie es sei, eine Fledermaus zu sein. Seine Antwort: Wir wissen es nicht und wir werden es auch prinzipiell nicht erfahren können. Das Bewusstsein einer Fledermaus ist für Menschen nicht zugänglich, aber wir

können davon ausgehen, dass Fledermäuse erleben, wie es ist, eine Fledermaus zu sein und daher können wir annehmen, sie haben ein Bewusstsein:

»Die Tatsache, dass ein Organismus überhaupt bewusste Erfahrung hat, heißt im Wesentlichen, dass es irgendwie ist, dieser Organismus zu sein.« (Nagel 1974: 437)

Bereits Mitte der 1990er-Jahre unterschied der australische Philosoph David Chalmers zwischen den vielen einfachen Problemen und dem einen besonders schwierigen Problem der Bewusstseinsforschung (Chalmers 1995). Das besonders schwere Problem (»hard problem«), so Chalmers, ist, das subjektive Erleben zu erklären. Vereinfacht gesagt besteht das Problem darin, zu verstehen, wie aus den materiellen biologischen Abläufen des Gehirns ein Gefühl oder ein Gedanke entsteht, der nur für das Individuum erlebbar ist. Wir können, mit anderen Worten, nicht erklären, wie aus den synaptischen Verbindungen der Nervenzellen während eines Wahrnehmungsprozesses ein persönliches Erlebnis einer bestimmten Farbe entsteht. Das ist, um einen anderen viel diskutierten Begriff der Philosophie zu gebrauchen, die »Erklärungslücke« (»explanatory gap«) zwischen der Materie und den nur subjektiv erlebbaren Qualitäten von Wahrnehmungen (Levine 1983). Diese Qualitäten werden mit einem weiteren philosophischen Begriff »Qualia« genannt (Block 1994).

In den letzten zwanzig Jahren sind nun verschiedene Theorien entwickelt worden, um das »schwierige Problem« zu lösen. Der Philosoph Keith Frankish hat drei größere theoretische Lager identifiziert, die um die Dichotomie von Realismus und Antirealismus kreisen (Frankish 2016). Zu den realistischen Positionen zählen für Frankish jene, welche davon überzeugt sind, dass es einen menschlichen Geist gibt, dass dieser aber nicht den Methoden der Wissenschaft zugänglich ist. Der Philosoph Colin McGinn zum Beispiel vertritt die These, das Bewusstsein oder der menschliche Geist seien schlicht zu kompliziert für uns Menschen, um diese zu verstehen. Das Bewusstsein bleibe daher ein Mysterium (McGinn 1999). Frankish hält auch jene Positionen für realistisch, die davon ausgehen, dass die Erkenntnislücke früher oder später auf der Basis neurowissenschaftlicher Erkenntnisse überwunden werden könne. Unrealistisch erscheint Frankish jene Position, die meines Erachtens die überzeugendste ist, weil mit einem materialistischen wissenschaftlichen Konzept am besten zu vereinbaren: Das Bewusstsein ist eine Illusion, die unser Gehirn uns vormacht (Frankish 2016).

Die Idee geht zurück auf einen Vorschlag von Daniel Dennett, der in seinem Buch »Consciousness Explained« (auf Deutsch: Philosophie des menschlichen Bewusstseins) gefordert hatte, Qualia, also die subjektiv wahrgenommenen Eigenschaften von Wahrnehmungen als nicht existent zu betrachten (Dennett 1991). Das hat einen Vorteil: Wer von einer »Illusion des Bewusstseins« ausgeht, muss nicht erklären, wie Bewusstsein zustande kommt. Nachteil: Es muss erklärt werden, wie es zu der Illusion kommt, und das ist sicher noch nicht vollständig gelungen.

Ein Erklärungsansatz besteht darin, dass die Illusion, subjektive Phänomene wahrzunehmen, eine evolutionäre Funktion hat oder zumindest in der menschlichen Geschichte hatte. Der schon mehrfach zitierte Daniel Dennett hat es folgendermaßen formuliert:

»Bewusstsein ist die Illusion von Nutzenden, eine brillante Simplifikation des lauten Tumults von Verursachung und Interaktion (beispielsweise auf molekularem und zellulärem Niveau), der umsichtig und schnell zusammengestellt werden muss, damit das Gehirn seine Arbeit im Zusammenhang mit der Kontrolle eines großen komplexen Körpers in einer herausfordernden und sich wandelnden Welt machen kann.«
(Dennett 2020: 8)

Unsere Psyche oder unser Bewusstsein als eine Illusion des Gehirns zu verstehen, bedeutet nun nicht, die Existenz psychischer Krankheiten zu verneinen. Wie der Neurowissenschaftler Antonio Damasio unlängst formuliert hat, können wir nicht einfach so tun, als ob Illusionen keine Wirkungen hätten (Damasio 2019). Sie sind im Wesentlichen kulturell bedingt (Humphrey 2011). Gerade in der westlichen Kultur sind wir davon überzeugt, eine individuelle Psyche zu haben. Das unterscheidet uns von vielen nichtwestlichen Kulturen. Diese Eigenart hat der Evolutionsbiologe Joseph Henrich mit dem wunderbaren Akronym WEIRD (auf Deutsch: eigenartig, sonderbar) beschrieben (Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic; Henrich 2020). Kulturelle Einflüsse werden auch herangezogen, um zu erklären, warum wir davon überzeugt sind, dass erst ein Geist uns als Personen ausmacht.

Im Rahmen eines Versuchs, die verschiedenen Bewusstseinstheorien zu vereinen, hat ein Team um den Neuropsychologen Michael Graziano unlängst vorgeschlagen, zwischen einem Informationsbewusstsein und einem Mysterybewusstsein zu unterscheiden (Graziano et al. 2020). Das Informati-

onsbewusstsein (»i-consciousness«) ist kompatibel mit aktuellen neuropsychologischen Theorien, die insbesondere kognitive Prozesse erklären. Das Mysteriumsbewusstsein (»m-consciousness«) passt dagegen zu den Illusionismustheorien. Es bezieht sich beispielsweise auf das subjektive Erleben von Schmerz und anderen Qualia-Phänomenen. Obwohl wir diese Phänomene wissenschaftlich nicht erklären können, sind die meisten Kulturen und die damit verbundenen Menschen von der Existenz einer Instanz oder gar einer Essenz überzeugt, die Psyche, Seele oder Geist enthält. Solche Vorstellungen werden in der Philosophie mit dem nur schwer übersetzbaren englischen Begriff »Folk Psychology« beschrieben, der so viel meint wie »Alltagspsychologie«. Offenbar brauchen wir in unserem Alltag solche Zuschreibungen, um Menschen besser verstehen und soziale Prozesse besser einordnen zu können.

Ich erwarte nicht, dass alle Lesenden mir folgen und die Illusionismustheorie für den einleuchtendsten Ansatz zur Erklärung des Bewusstseins halten. Es sollte aber deutlich geworden sein, wie sehr die Auffassungen über das Wesen und die Existenz der Psyche, des Geistes oder des Bewusstseins auseinandergehen und wo die Probleme und Erklärungslücken sind. Aus einer biologischen Perspektive – darauf kann ich mich vielleicht auch mit den Skeptikerinnen und Skeptikern einigen – ist es vollkommen unklar, ob es eine menschliche Psyche gibt. Die Zweifel daran sind recht ausgeprägt, aber wir haben bislang weder ein theoretisch hinreichendes Modell noch empirische Daten, die für mehr Klarheit sorgen. Aus meiner derzeitigen (!) Sicht kann die menschliche Psyche als eine soziokulturelle Zuschreibung charakterisiert werden, die das Erleben und das Verhalten der eigenen und anderer Personen erklärt. Menschen im Globalen Norden und Westen (und viele darüber hinaus) sind von der Existenz einer individuellen Psyche überzeugt; und diese Überzeugung ist vermutlich eher durch soziokulturellen Wandel entstanden als durch neurobiologische Prozesse. Wenn die menschliche Psyche aber nur wenig bis gar nichts mit der Biologie zu tun hat, sondern überwiegend mit soziokulturellen Entwicklungen, dann stellt sich natürlich die Frage, ob Zwangsmaßnahmen, die mit dem Vorliegen einer Störung des Geistes oder des Bewusstseins begründet werden, schon auf dieser abstrakten Ebene Argumentations- und Legitimationsprobleme bekommen könnten. Wenn wir nicht wissen, ob Menschen überhaupt eine Psyche haben, dann entfällt womöglich schon hier ein zentrales Argument für psychiatrische Zwangsmaßnahmen.

Haben psychische Störungen zugenommen?

Trotz der aufgezeigten Schwierigkeiten, eine menschliche Psyche oder ein Bewusstsein empirisch nachzuweisen oder mindestens zu definieren, sind die meisten Menschen im Globalen Norden von ihrer Existenz überzeugt. Ich möchte nun soziologisch und historisch rekonstruieren, wieso diese Überzeugungen so stark sind, dass sie kaum hinterfragt werden. Und ich möchte aufzeigen, dass auch »psychische Störungen« soziokulturelle Konstrukte sind.

Die Wahrnehmung ist, wie bereits angedeutet, jedoch eine andere. Medien, Öffentlichkeit und auch Fachöffentlichkeit sind weitgehend davon überzeugt, dass psychische Probleme zunehmen (Richter 2020). Und es gibt in der Tat zwei Indikatoren, welche dies nahelegen. Da ist zum einen die deutlich angestiegene Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienstleistungen. Immer mehr Menschen lassen sich wegen psychischer Probleme behandeln und bekommen entsprechende Medikamente wie z. B. Antidepressiva verschrieben. Damit zusammen hängt der zweite Indikator, dass nämlich immer mehr Menschen arbeitsbezogene Ausfallzeiten wegen psychischer Krankheiten haben. Es ist dieser Indikator, der es durch Berichte von Krankenversicherungen regelmäßig in die Schlagzeilen schafft und den Eindruck erweckt, als gäbe eine Zunahme psychischer Krankheiten.

Im Gegensatz dazu geht die psychiatrisch-epidemiologische Forschung nahezu unisono davon aus, psychische Störungen oder Krankheiten hätten bis zur Coronapandemie nicht zugenommen haben (Baxter et al. 2014; GBD Disease Injury 2018; Richter et al. 2019). Es gibt zwar einzelne Studien, die in bestimmten Regionen zu bestimmten Zeiten zu anderen Resultaten kommen, aber die systematischen Übersichtsarbeiten und Metastudien zeigen in der Zusammenschau eben auf, dass dies, insgesamt gesehen, nicht der Fall ist.

Beide Phänomene, die Nichtzunahme psychischer Krankheiten und die ansteigende Bereitschaft, sich deswegen behandeln zu lassen, sind unbestritten. Doch wie lässt sich dies erklären? Offenbar werden psychische Probleme in den letzten Jahrzehnten anders wahrgenommen, sie sind weniger tabuisiert und stigmatisiert. Das heißt nicht, dass es keine Stigmatisierung mehr gibt, aber das Ausmaß hat insgesamt abgenommen und bestimmte psychosoziale Probleme wie etwa die Depression werden heute sogar deutlich weniger stigmatisiert (Pescosolido et al. 2021; Schomerus et al. 2022).

Dahinter steckt ein Wandel von Einstellungen, aber darüber hinaus auch ein grundlegender gesellschaftlicher Wandel, der im Folgenden kurz skizziert wird. Im Hintergrund haben wir es mit einer Entwicklung zu tun, welche in der Soziologie »funktionale Differenzierung« genannt wird (Luhmann 1997). Damit ist gemeint, dass die moderne Gesellschaft massiv von der Durchsetzung sozialer Teilsysteme wie Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Erziehung, Recht, Intimbeziehung etc. geprägt ist. Diese Teilsysteme entwickelten sich schon im 18. Jahrhundert in den westlichen Gesellschaften, durchgesetzt haben sie sich jedoch erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts (Richter 1996). Dies ist etwa empirisch daran zu sehen, dass Geld als Teil des Wirtschaftssystems erst zu diesem Zeitpunkt auch im letzten Dorf als Zahlungsmittel eingesetzt wurde. Gleiches gilt übrigens auch für das staatliche Gewaltmonopol und das Rechtssystem. Zuvor waren Konflikte überwiegend in lokalen Milieus geregelt worden.

Aus einer soziologisch-historischen Perspektive haben die genannten Teilsysteme erheblich zu der Auflösung traditioneller sozialer Milieus beigetragen, wie wir sie verstärkt seit der Mitte des 20. Jahrhunderts erleben. Seit Ende des Zweiten Weltkrieges verschwinden bäuerliche und bürgerliche Milieus, aber auch die sogenannte Arbeiterklasse. Noch bis in die 1960er- oder 1970er-Jahre hinein fühlten viele Menschen sich diesen Milieus zugehörig und identifizierten sich mit ihnen. Dies zeigte sich beispielsweise daran, dass Partnerinnen oder Partner überwiegend aus dem gleichen Milieu gewählt wurden und dass Berufskarrieren sich primär an denen der Eltern orientierten. In der Landwirtschaft, im Bergbau, aber auch in akademisch gebildeten Milieus folgten die Kinder oftmals den Eltern, insbesondere bei der Berufswahl (Raphael 2019).

Aus heutiger Sicht erscheinen diese Milieus vielen als gemeinschaftsstiftend. Allerdings waren diese Milieus auch geprägt durch Armut, soziale Enge und Kontrolle sowie geringe Aufstiegs-, Ausstiegs- oder Entfaltungsmöglichkeiten (Lawrence 2019). Es gab beispielsweise in vielen Ländern kaum eine Chance, aus nicht funktionierenden Ehen auszubrechen, worunter insbesondere Frauen zu leiden hatten. Scheidungen oder Schwangerschaftsabbrüche waren lange Zeit vor dem Hintergrund religiös-konfessioneller Normen unmöglich und Verhütungsmittel waren rar. Dies alles änderte sich allmählich durch die wirtschaftliche und technologische Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg. Zentraler Treiber war die Umstellung von einer primär industriell und landwirtschaftlich geprägten Wirtschafts- und Sozialstruktur auf eine

Dienstleistungsgesellschaft. Diese Deindustrialisierung war mit einer erheblichen Bildungsexpansion verbunden, von der vor allem Frauen profitierten. Im Folgenden werden drei wesentliche Aspekte betrachtet, welche für den soziokulturellen Wandel der Wahrnehmung psychischer Probleme verantwortlich sind: Individualisierung, Psychologisierung und veränderte Klassifikationssysteme psychischer Störungen.

Individualisierung

Die Sozialstruktur westlicher Gesellschaften wurde zunehmend von der Individualisierung geprägt. Es waren nun nicht mehr die sozialen Milieus, welche bestimmten, wen man heiratete und welchen Beruf frau ergriff, sondern vielmehr individuelle Entscheidungen. Es standen mehr Möglichkeiten zur Verfügung, auch mehr Aufstiegsmöglichkeiten, allerdings auch mehr Risiken und mehr Entscheidungsdruck. Und mit dem Entscheidungsdruck wurde die Aufmerksamkeit auf die eigenen Wünsche und Befindlichkeiten gelenkt.

Die eigenen Wünsche und Befindlichkeiten standen nämlich in den Zeiten zuvor kaum je im Zentrum von Entscheidungen. Entschieden wurde primär nach Konvention, Sitte, Religion und Vorgaben der Familie. Nun musste sich das Individuum als Handlungszentrum der eigenen Biografie begreifen, wie der Soziologe Ulrich Beck treffend in seinem Buch »Risikogesellschaft« in den 1980er-Jahren formulierte (Beck 1986). Dies verlangte eine Innenperspektive: Was will ich aus meinem Leben machen, wie fühlen sich bestimmte Entscheidungen an und wie geht es mir mit meinem derzeitigen Leben?

»Wenn klare Kriterien fehlen für das, was richtig oder falsch, gut oder böse ist, wird das Selbst und seine Gefühle zum einzigen moralischen Kompass.« (Bellah et al. 1985: 77).

Psychologisierung

Im Rahmen eines empirischen Vergleichs zum Hilfesuchverhalten von Menschen in den USA zwischen den 1950er- und den 1970er-Jahren kam ein Forschungsteam um den Psychologen Joseph Veroff zu folgendem Schluss:

»Es fällt auf (...), dass Männer und Frauen in ihrem Denken über sich selbst und ihr Leben deutlich mehr psychologisch orientiert sind.«

(Veroff et al. 1981: 38)

Empirische Indikatoren hierfür waren der Anstieg in der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen und die Abnahme der Verleugnung persönlicher Probleme.

Diese Entwicklung gefiel nicht allen. Philipp Rieff, ein konservativer amerikanischer Soziologe, beklagte schon früh den kulturellen Verfall, der seiner Ansicht nach mit dem »Triumph des Therapeutischen« (1975) verbunden war. Mit der Durchsetzung des Marktes und der Demokratie, so seine Analyse, verlören religiöse Autoritäten und Sitten ihre kulturelle Prägung.

»Der religiöse Mensch wurde geboren, um gerettet zu werden; der psychologische Mensch wurde geboren, um zufriedengestellt zu werden.«

(Rieff 2006: 19)

Rieff hielt gewissermaßen den Übergang von der Religion zur Therapie für notwendig, da das Individuum in der modernen Gesellschaft keinen inneren Frieden mit sich selbst finden könne, wie es – seiner Überzeugung nach – in religiös geprägten Kulturen der Fall war. Mit dieser Kritik stand Rieff nicht allein und sie kam auch nicht nur von konservativer Seite. Der Soziologe Christopher Lasch etwa beklagte in den 1970er-Jahren eine »Kultur des Narzissmus«, der mit einem exzessiven Individualismus und einer damit einhergehenden »Popularisierung psychiatrischer Denkweisen« verbunden sei (Lasch 1979: 25).

Dieser Komplex sich verändernder kultureller Praktiken wie der zunehmenden Inanspruchnahme von Psychotherapie und sich gleichfalls wandelnden Einstellungen wird in der Soziologie mit dem Begriff der Psychologisierung umschrieben (Madsen 2019). Die Effekte der Psychologisierung gehen jedoch weit über die genannten Aspekte hinaus. Psychologische Semantiken sind heute nahezu in jedem gesellschaftlichen Sektor zu finden. Die gesamte Pädagogik fußt auf psychologischem Denken, das Rechtssystem beleuchtet viele Fragen unter psychologischen Gesichtspunkten (etwa bei der Feststellung von Schuldfähigkeit), in den Medien kommt man an entsprechenden Artikeln oder Ratgebersendungen nicht vorbei und unser Arbeitsalltag (etwa bei der Rekrutierung von Mitarbeitenden durch Assessment-Center) oder unser Beziehungsalltag ist ohne psychologische Deutungen (»Was macht das mit dir?«) kaum vorstellbar.

Psychischen Befindlichkeiten – so ist insgesamt festzuhalten – wird heute deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt als in früheren Generationen. Die erhöhte Aufmerksamkeit sowie die erhöhte Bereitschaft, therapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, hat Folgen, die durchaus ambivalent zu bewerten sind. Auf der einen Seite ist es positiv, dass die Stigmatisierung psychischer Krankheiten in den letzten Jahrzehnten erheblich zurückgegangen ist. Es ist heute keine Schande mehr, wegen einer Depression oder einer Angststörung behandelt zu werden – bei Psychosen oder Abhängigkeitserkrankungen sieht das noch anders aus. Auf der anderen Seite jedoch trägt die erhöhte Aufmerksamkeit für die eigene Psyche zu einem Gefühl der seelischen Verwundbarkeit bei (Furedi 2004). Psychische oder emotionale Belastungen bestimmen unser Lebensgefühl.

Klassifizierung

Da wir wegen psychischer Probleme immer häufiger ärztliche oder therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, werden wir auch öfter mit entsprechenden Diagnosen konfrontiert. Diagnostische Klassifikationssysteme wie das DSM oder die ICD spielen bei der Gewährung von Hilfen, sei es Medikation oder Psychotherapie, eine zentrale Rolle. Ohne Diagnose zahlt keine Krankenversicherung. Unsere Probleme werden somit nicht nur psychologisiert, sondern auch medikalisiert, private oder soziale Probleme verwandeln sich in Behandlungsaufträge (Conrad & Bergey 2015).

Es ist exakt dieser Mechanismus, an dem das aus der Philosophie bekannte und später noch weiter erläuterte Phänomen der Reifikation, also der Verdinglichung eines Konstrukts, deutlich wird. Über die diagnostischen Klassifikationen erhalten sowohl Personen mit Fachkenntnissen als auch solche ohne Fachkenntnisse Kriterien zur Definition einzelner Störungsbilder. Diese Kriterien werden als »wahr« eingestuft und in der Folge übernehmen Medien und andere Teilsysteme der Gesellschaft wie die Pädagogik oder das Rechtssystem diese Kriterien für ihre Bereiche und für ihre Entscheidungen. Je häufiger dies geschieht, desto überzeugter sind Professionelle, Betroffene und Angehörige von der Existenz der Störungsbilder. Hinter der Medikalisierung steckt keine Verschwörung der pharmazeutischen Industrie, auch wenn diese

im Detail ihren Beitrag leistet. Es ist die wiederholte Kommunikation und Anwendung bestimmter Kriterien, welche die »Realität« psychischer Störungen erzeugt.

Diese Medikalisierung trägt nicht unwesentlich dazu bei, wie wir unsere Befindlichkeiten erleben und definieren. Es werden nämlich immer mehr Bereiche des Alltags medikalisiert und – im psychiatrischen Bereich – psychologisiert. Die Sozialwissenschaftler Allan Horwitz und Jerome Wakefield machten vor einigen Jahren darauf aufmerksam, wie vormalig nicht medikalisierte Sachverhalte wie eine Trauerreaktion im Lauf der Veränderungen der Klassifikationssysteme in eine Depression umetikettiert wurden. Das Buch trug den treffenden Titel »The Loss of Sadness« (»Der Verlust der Trauer«; Horwitz & Wakefield 2007). Diese Entwicklung veranlasste einige Jahre später Allen Frances, den Vorsitzenden der Arbeitsgruppe, die die vierte Revision des DSM zu verantworten hatte, zu einem kritischen Buch über den Klassifikationsprozess, das den Titel »Saving Normal« (Frances 2013) trug (Dt.: »Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen«, Frances 2014).

Der Blick auf unsere Alltagsprobleme verändert sich also nicht unwesentlich durch Psychologisierung und Medikalisierung und dadurch verändert sich auch unser Erleben. In der westlichen Welt registrieren wir das kaum noch, so groß ist der gesellschaftliche Konsens. Und die Medikalisierung bringt auch durchaus positive Aspekte mit sich, man denke nur an die Entkriminalisierung des Drogenkonsums. Medikalisierung und Psychologisierung werden jedoch auch in viele nichtwestliche Regionen exportiert, indem nämlich DSM und ICD zu Standards der Diagnosestellung werden. Interessanterweise verändert sich dadurch die Wahrnehmung von Problemen. Ein besonderes Phänomen ist dabei die »Hyperintrospektion«, also die massiv gesteigerte Aufmerksamkeit für das eigene Befinden. Diese Form der Psychologisierung findet sich nicht mehr nur im Globalen Norden, sondern auch in vielen Regionen des Globalen Südens (Watters 2010: 254).

Nun mag es so aussehen, dass unser Erleben psychischer Probleme ausschließlich durch den gesellschaftlichen Wandel, durch Medikalisierung, Psychologisierung und Klassifizierung geprägt wird. Dem ist aber nicht so. Es gibt auch den umgekehrten Fall, dass nämlich soziale Veränderungen die Diagnosesysteme beeinflussen. Zwei prominente Beispiele sind die Streichung der Diagnose »Homosexualität« aus dem DSM und die Aufnahme der »Post-trau-

matischen Belastungsstörung« (PTBS) auf massiven Druck von US-amerikanischen Vietnamkriegsveteranen. Die Aufnahme der PTBS 1980 in das DSM III hatte nicht nur therapeutische Gründe, sondern auch politische. Sie »wurde angetrieben durch die Überzeugung, dass ein unmoralischer Krieg den Kriegsteilnehmenden schweren psychologischen Schaden zugefügt hatte« (Horwitz 2021: 93). Tatsächlich erhielten Traumafolgestörungen in der Folge eine große Aufmerksamkeit, die sich auch in der Forschung niederschlug.

Damit sollte deutlich geworden sein, welche Wechselwirkungen zwischen der psychischen Befindlichkeit in der Bevölkerung und den Klassifikationssystemen bestehen. Klassifikationssysteme definieren die Details psychischer Befindlichkeiten und diese Befindlichkeiten wirken ihrerseits auf die Klassifikationssysteme zurück. Der kanadische Wissenschaftshistoriker und -theoretiker Ian Hacking hat diesen Sachverhalt als »Loopingeffekt« charakterisiert.

»Menschen, die in einer bestimmten Weise klassifiziert werden, neigen zu einem Verhalten, das konform geht mit der Beschreibung; aber sie entwickeln sich auch auf eigene Art und Weise, sodass die Klassifikationen und Beschreibungen regelmäßig revidiert werden müssen.«

(Hacking 1995: 21)

Das heißt, Klassifikationssysteme und Befindlichkeiten beeinflussen sich kontinuierlich gegenseitig. Hacking war auf diesen Umstand gestoßen, als er versuchte, zu erklären, wieso bestimmte psychische Krankheiten, wie die Hysterie, die Fugue oder die Multiple Persönlichkeitsstörung zu bestimmten Zeiten sehr prävalent waren, später aber nahezu vollkommen verschwanden. Die Krankheiten kamen und verschwanden eben nicht aus ärztlich-therapeutischer Perspektive, sondern auch aus dem realen Leben der Patientinnen und Patienten.

Hacking hat sich auch mit dem umkehrten Fall beschäftigt. Ihn bewegte die Frage, ob es vor der Beschreibung des Autismus im Jahre 1943 durch den österreichisch-amerikanischen Psychiater Leo Kanner diesen überhaupt gegeben hat. Und er beantwortet sie so: Es sei absurd, anzunehmen, dass Autismus vor 1943 nicht existiert habe. Nur hätten sich vorher Menschen nicht so erlebt. Die Betroffenen hätten mit ihren Familien, mit ihren Sozialkontakten, aber auch mit dem Hilfesystem nicht als Autistinnen und Autisten interagiert. Erst als die Diagnose in DSM und ICD verankert und bekannt war, also spätestens seit den

2000er-Jahren, sei dies anders geworden. Dann hätten sich die Menschen mit den entsprechenden psychischen Phänomenen so wahrgenommen und, wenn Probleme auftauchten, auch unter dem Label »Autismus« Hilfe gesucht. Damit wird deutlich, sowohl die Feststellung einer »Krankheit« als auch die damit assoziierte Selbstwahrnehmung sind historisch und kulturell bedingt.

Aus soziologischer Perspektive sind »psychische Krankheiten« das Resultat einer Kombination aus sozialem Wandel, Einstellungsveränderungen in der Bevölkerung und medizinischen Klassifikationen. Selbst der Einschluss oder der Ausschluss von Diagnosen in Klassifikationssysteme ist – wie im Zusammenhang mit dem Autismus, der PTBS und der Homosexualität zu sehen war – keine rein medizinische Entscheidung.

Kann zwischen psychisch krank und gesund unterschieden werden?

In der einschlägigen Forschungsliteratur wird die Frage nach der Unterscheidbarkeit von psychisch kranken und psychischen gesunden Zuständen als »Problem der Grenzziehung« (»boundary problem«, »demarcation problem«) beschrieben (Jablensky 2005; Kingma 2013). Damit zusammen hängen weitere Fragen, etwa: Welche Kriterien definieren die Grenze zwischen krank und gesund? Was ist normal?

Bis heute werden Begriffe wie »abnormal« im Zusammenhang mit psychologischen Merkmalen benutzt, obwohl die »erbliche Abnormität« zentraler Gegenstand der nationalsozialistischen Eugenik war, die zunächst zu Sterilisationen und dann zur Ermordung Hunderttausender Menschen mit intellektuellen und psychosozialen Problemen führte. Zu den »erblichen Abnormitäten« zählten unter anderem »Schizophrenie«, »manisch-depressive Psychose«, »schwere Psychopathie«, »Hysterie«, »Homosexualität«, »Drogenabhängigkeit« und »Alkoholismus« (Slater 1936). Das »Journal of Abnormal Psychology« änderte erst im Jahr 2022 seinen Namen in »Journal of Psychopathology and Clinical Science«. Auch Lehrbücher mit entsprechenden Titeln sind nach wie vor im Handel (Raskin 2019).

Zu den meines Erachtens nicht hinreichend bekannten Fakten der Wissenschaftsgeschichte gehören die unrühmlichen Beiträge der frühen Statistik

und der frühen Psychologie zur Eugenik, die etwa mit den Namen Francis Galton (Normalverteilung), Karl Pearson (Korrelationskoeffizient) oder Ronald A. Fisher (Maximum-Likelihood-Schätzverfahren) verbunden sind (Yakushko 2019). Die in den Klammern genannten Konzepte und Verfahren gehören bis heute zu den Grundlagen der Statistik und werden an jeder Hochschule unterrichtet. Interessanterweise ist das Konzept des »Normalen« erst durch die Statistik entwickelt worden und hat sich erst im Lauf des 20. Jahrhunderts so weit popularisiert, dass es heute zur Alltagssprache gehört. Wie die einschlägige historische Forschung herausgearbeitet hat, entwickelte sich durch die Entdeckung der Normalverteilung erst die Vorstellung, dass das Durchschnittliche auch das Gesunde sein müsse (Cryle & Stephens 2017). Die Vorstellung des »Normalen« und des »Abnormalen« ist also ebenso durch soziokulturelle Einflüsse geprägt wie schon die Idee der »psychischen Störung«.

Auch das Konzept der Normalität prägt nicht nur Psychologie oder Psychiatrie, sondern nahezu alle Bereiche der Medizin und Gesellschaft. Doch bei vielen klinisch Tätigen herrscht bis heute die Überzeugung, bei »psychischen Störungen« handele es sich um klar abgrenzbare Krankheitsentitäten, die abnormale Zustände sind. Diese Überzeugungen entstanden in den 1970er-Jahren, wo es vor allem in der US-amerikanischen Psychiatrie erhebliche Anstrengungen gab, die Psychiatrie als ein medizinisches Fachgebiet zu etablieren. Es handelte sich zum einen um eine Reaktion auf die antipsychiatrische Bewegung, zu denen unter anderen der verschiedentlich schon angesprochene Psychiater Thomas Szasz, der Philosoph Michel Foucault oder die Soziologen Erving Goffman und Thomas Scheff gezählt wurden. Diesen Autoren gemeinsam war die Überzeugung, dass soziale und kulturelle Faktoren prägend, wenn nicht sogar entscheidend für die Wahrnehmung »psychischer Krankheiten« sind. Zum anderen sollte mit der Verortung in der Medizin der massiven Kritik an der Psychiatrie entgegengetreten werden, die vor allem nach dem sogenannten Rosenhan-Experiment aufgetreten war. Dieses Experiment, bei dem der Forscher David Rosenhan selbst und andere Personen psychiatrische Symptome spielten und in mehreren Kliniken stationär aufgenommen wurden, hatte nach der Veröffentlichung in dem Publikationsflugschiff »Science« (Rosenhan 1973) hohe Wellen geschlagen. Anschließend wurde die Fundamentalkritik Rosenhans am psychiatrischen Diagnosesystem und seine wissenschaftliche Methodik zurückgewiesen – Letzteres zu Recht, wie wir wis-

sen heute, da höchst fragwürdige Vorgehensweisen bei seinen Experimenten angewendet wurden (Cahalan 2020). Zudem wurde diese Kritik als Ansporn genommen, wissenschaftliche Prozeduren einzuführen, welche die Reliabilität der Diagnosen verbessern (Spitzer 1976), also dafür sorgen sollten, dass Symptome von unterschiedlichen Behandelnden zuverlässig den gleichen Diagnosen zugeordnet werden.

Der Versuch, die Psychiatrie zu einem medizinischen Fachgebiet wie alle anderen zu machen, gipfelte in einer Art Manifest des seinerzeitigen Präsidenten der US-amerikanischen Behörde für Alkohol- und Drogenmissbrauch und psychische Gesundheit ADAMHA, Gerald Klerman (Klerman 1978). Er stellte unter anderem folgende Thesen auf:

- »1. Die Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Medizin.
2. Die Psychiatrie sollte moderne wissenschaftliche Methoden anwenden und ihre Praxis auf wissenschaftlichem Wissen basieren.
3. Die Psychiatrie behandelt Menschen, die krank sind und Behandlung für die psychische Krankheit benötigen.
4. Es gibt eine Grenze zwischen dem Normalen und dem Krankhaften.
5. Es gibt unterschiedliche psychische Krankheiten. Psychische Krankheiten sind keine Mythen. Es gibt nicht eine, sondern viele psychische Krankheiten. (...)
6. Der Fokus der psychiatrischen Ärzteschaft sollte insbesondere auf den biologischen Aspekten der psychischen Krankheiten liegen.«
(Klerman 1978: 104)

Am Beispiel der Schizophrenie verdeutlichte Klerman sein Krankheitskonzept. Bestimmte Erfahrungen und Verhaltensweisen seien seiner Ansicht nach als abnormal zu klassifizieren. Es gebe zwar eine gewisse Übereinstimmung mit dem emotionalen Leben der »Normalen«, aber die Intensität, die Dauer und das Ausmaß der Störung würden nahelegen, dies alles als Krankheit zu klassifizieren.

Wie schwierig und – so muss es am Ende formuliert werden – wie willkürlich die Grenzziehung ist, zeigt die Entwicklung der sogenannten Feighner-Kriterien. Diese Schwierigkeiten gehen zurück auf Studien in den 1950er-Jahren, wo – wie auch später im US-amerikanischen Diagnosema-

nual DSM – die Diagnose eines bestimmten Störungsbilds von der Anzahl von Symptomen abhängig gemacht wurde; so mussten beispielsweise für die Diagnose einer Depression sechs von zehn Symptomen vorhanden sein. Als Jahrzehnte später einer der Verfasser gefragt wurde, wieso denn gerade sechs von zehn, antwortete er: »It sounded about right.« (»Das klang irgendwie ganz sinnvoll«; Kendler et al. 2010: 136) Diese eher willkürliche Praxis wurde in späteren Versionen der Feighner-Kriterien beibehalten. Zentrale Kriterien wurden nach klinischer Einschätzung und nicht auf der Basis empirischer Studien gesetzt.

Die aktuelle Definition psychischer Störungen im ICD-11, der 11. Version der WHO-Klassifikationssystems, die Anfang 2022 in Kraft getreten ist, lautet folgendermaßen:

»Psychische, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sind Syndrome, die durch klinisch signifikante Störungen in der Kognition, Emotionsregulation oder im Verhalten eines Individuums charakterisiert sind, welche eine Dysfunktion in psychologischen, biologischen oder Entwicklungsprozessen reflektieren, die psychischer oder verhaltensbezogener Funktionsfähigkeit zugrunde liegen. Diese Störungen hängen gewöhnlich mit Belastungen (›distress‹) oder Beeinträchtigungen im persönlichen, familiären, sozialen, Ausbildungs-, Arbeitsbereich oder anderen wichtigen Bereichen der Funktionsfähigkeit zusammen.«
(WHO 2021b)

Anhand dieser doch recht komplexen Definition wird deutlich, dass die Probleme mit der Grenzziehung und den damit zusammenhängenden Kriterien auf ganz unterschiedlichen Ebenen liegen.

- Es wird auf klinische Signifikanz abgehoben, das heißt, auf die Einschätzung von Fachpersonen zum Ausmaß eines Phänomens.
- Es wird eine Dysfunktion im Denken, Fühlen und Handeln postuliert. Hier geht es also um idealerweise objektivierbare Fehlfunktionen im Gehirn oder im Verhalten, auf denen jene klinische Einschätzung beruht.
- Es geht um Belastungserleben sowie um Beeinträchtigungen, welche sich im Alltag der betroffenen Personen bemerkbar machen.

Klinische Signifikanz besteht offensichtlich aus Merkmalen, die für Fachpersonen eine deutliche Abweichung von gesunden Zuständen abbilden. Welche

Anzeichen dies sind, wird üblicherweise über Klassifikationssysteme wie der ICD definiert. Für eine schwere depressive Episode sprechen beispielsweise eine deutlich herabgesetzte Stimmung, vermindertes Interesse an Alltagsaktivitäten, Konzentrationsprobleme oder Gefühle von Wertlosigkeit. Grenzziehungsprobleme sind erkennbar, wenn es darum geht, zu beschreiben, ab welchem Stimmungsgrad von einer Herabsetzung gesprochen werden kann, ab wann ein Interesse an Alltagsaktivitäten als vermindert gelten sollte oder wie ausgeprägt Gefühle von Wertlosigkeit sein sollen, um als klinisch signifikant zu gelten. Dabei wird die klinische Signifikanz mit einem Vergleich zu »normalen« oder »gesunden« Referenzklassen festgestellt. Die Validität und Reliabilität dieser Feststellungen sind jedoch nicht sonderlich ausgeprägt, denn wir wissen nicht, was »normal« und »gesund« bedeuten.

Noch problematischer ist der Verweis auf psychische oder biologische Prozesse, die dysfunktional sein sollen. Da es keine validen Biomarker für diese Dysfunktionen gibt, ist die Fachperson auf Beobachtungen und Interviewergebnisse angewiesen, die hypothetisch Verbindungen zu mentalen Prozessen herstellen können. Selbst wenn es solche Marker irgendwann geben sollte – was aus meiner Perspektive nicht sonderlich wahrscheinlich ist –, bleibt die Frage, was der Norm entspricht und was nicht.

Nicht minder problematisch ist der Verweis auf Belastungen oder Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen oder anderen Bereichen des Alltagslebens. Wo ist etwa die Grenze bei der Anzahl oder der Intensität von Sozialkontakten zu ziehen? Im Arbeits- oder Ausbildungsbereich kann sicher gesagt werden, dass erhebliche Fehlzeiten zu Schwierigkeiten führen werden. Aber wo ist die Grenze zwischen zulässigen und unzulässigen Fehlzeiten zu ziehen?

Im englischsprachigen ICD-11 werden für die Diagnosen interessanterweise – im Gegensatz zum DSM-5 und auch im Gegensatz zur deutschen Übersetzung – Bedingungen beschrieben, welche als »Grenzen zur Normalität (Schwellenwert)« betitelt werden. Für die Schizophrenie (Code 6A20) wird beispielsweise angemerkt, dass psychotisches Erleben oder entsprechende Symptome in der Allgemeinbevölkerung vorkommen können, diese aber »gewöhnlich von flüchtiger Natur sind und nicht von anderen Symptomen der Schizophrenie oder einer Verschlechterung der psychosozialen Funktion begleitet werden« (<http://id.who.int/icd/entity/1683919430>; 10.12.2022). Bei

der Depression wird beschrieben, dass diese als normale Reaktion auf bestimmte negative Lebensereignisse vorkommen kann, aber sich von diesen durch »Schwere, Ausmaß und Dauer« unterscheidet (<http://id.who.int/icd/entity/76398729>; 10.12.2022). Diese Abgrenzungsversuche sind auf der einen Seite sicher wichtig und lobenswert, bleiben auf der anderen Seite aber auch vage.

Wie geht die psychiatrische Forschung mit dieser Problematik um? Generell existieren wiederum zwei Lager: Im ersten werden körperliche Indikatoren gesucht, welche geeignet sind, krank und gesund zu unterscheiden. Im zweiten geht es um die gesellschaftlichen Werte oder Konstrukte, die Menschen als psychisch krank erscheinen lassen.

Biologische Unterscheidungsversuche

Innerhalb des ersten, biologischen Lagers lassen sich wiederum drei Ansätze unterscheiden:

Der »klassische« Ansatz beruht auf der biostatistischen Theorie von Christopher Boorse (Boorse 1977). Hier werden Gesundheit und Krankheit eines Individuums in Bezug zu einer vergleichbaren Gruppe von Organismen oder Menschen definiert. Gesunde Menschen verfügen demnach über die typischen Eigenschaften dieser Gruppe, die diese braucht, damit ihre Mitglieder überleben und sich reproduzieren können. Gesellschaftliche Werte spielen in diesem Ansatz keine Rolle. Das ist allerdings zu kurz gegriffen, wie die einschlägige Forschungsliteratur festgestellt hat (Kingma 2013). Mit Blick auf die sexuelle Orientierung wird dies deutlich. Homosexuelle Orientierungen zum Beispiel stehen der menschlichen Reproduktion in vielen Fällen entgegen und würden nach der biostatistischen Theorie als Störung klassifiziert werden müssen.

Der zweite Ansatz kreist um die von Jerome Wakefield (1992) postulierten »schädlichen Dysfunktionen« (»harmful dysfunctions«). Eine psychische Störung basiert demnach auf während der menschlichen Entwicklung selektierten Funktionen, die sich im Hinblick auf den Alltag als dysfunktional erweisen. Als Beispiel kann ein hoher Adrenalin Spiegel dienen, der für den Moment das Individuum zu Höchstleistungen befähigt, auf Dauer aber krank

macht (Stressfaktor). Wakefields Ansatz gilt heute als Quasistandard in der klinischen Definition psychischer Störungen, wie sie in den Klassifikationen DSM und ICD zu finden sind (Zachar 2021). Allerdings ist dieser Ansatz schon früh kritisiert worden (Lilienfeld & Marino 1995) und ist bis heute umstritten (Faucher & Forest 2021). Kritisiert wird zum Ersten das Postulat, die biopsychologischen Dysfunktionen seien evolutionär selektiert worden, zum Zweiten die Unterscheidung von Funktionalität und Dysfunktionalität selbst und zum Dritten die auch von Wakefield eingeräumte Schwierigkeit, hier eine klare Grenze zu ziehen. Letzteres ist aber nach seiner Ansicht kein grundlegendes Problem, da die besonders markanten Extremwerte als Störung auf einer Verteilung gelten würden (Wakefield 1999).

Für den dritten Ansatz dienen die schon angesprochenen Biomarker der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit. Ein Biomarker ist ein »Merkmal, das objektiv gemessen und bewertet wird als ein Indikator normaler biologischer Prozesse, pathogener Prozesse oder pharmakologischer Reaktionen auf eine therapeutische Intervention« (Biomarkers Definitions Working Group 2001: 91). Die Hoffnung ist, dass Laborbefunde oder Bildgebungsverfahren klare Belege für eine Erkrankung liefern, wie es etwa bei der Alzheimerdemenz der Fall ist. Für psychische Störungen ist es jedoch bis heute nicht gelungen, solche eindeutigen Biomarker zu finden.

Das ist auch einer der Gründe, warum die aktuell gültigen Klassifikationssysteme der Psychiatrie wie das US-amerikanische DSM oder die ICD der WHO nun von der biologischen Forschung infrage gestellt werden. Statt den in der Regel künstlich gezogenen Demarkationen zwischen Gesundheit und Krankheit favorisiert die biologische Forschung ein dimensionales Konzept, bei dem die Merkmale kontinuierlich verteilt sind (Yee et al. 2015).

Ob damit allerdings das grundlegende Problem der Grenzziehung gelöst werden kann, darf bezweifelt werden. Robert Plomin, einer der bekanntesten und bedeutendsten Verhaltensgenetiker, wies unlängst darauf hin, dass sich die Merkmale, welche für die Klassifizierung psychischer Störungen herangezogen werden, nicht qualitativ, sondern rein quantitativ unterscheiden.

»Die genetische Forschung zeigt, dass das medizinische Modell vollkommen falsch ist in Bezug auf psychologische Probleme. Was wir als Störungen bezeichnen, sind nur die Extreme derselben Gene, die sich in einer normalen Verteilung bemerkbar machen.« (Plomin 2018: 58)

Seine Konsequenz: »Abnormal ist normal«. Das heißt, auf Basis biologischer Merkmale kann nicht sinnvoll zwischen krank und gesund unterschieden werden.

Normative Unterscheidungsversuche

Im Wertelager (Bracken & Thomas 2005; Sadler 2019) wird in der Regel versucht, normative Merkmale im Sinne sozialer Abweichung oder Devianz als »krank« zu klassifizieren und dafür zu sorgen, dass die dermaßen bezeichneten Personen – unter Umständen auch gegen ihren Willen – psychiatrisch behandelt werden. Die Geschichte der Psychiatrie ist voller Beispiele, sie reichen von dem vermeintlich krankhaften Drang der Sklavinnen und Sklaven in den Vereinigten Staaten, aus ihrer Situation zu fliehen (»Drapetomanie«) bis hin zum schon vom zitierten Umgang mit gleichgeschlechtlichen Beziehungen, die noch bis 1980 im DSM als krank beschrieben wurden.

Zwar werden heute ausschließliche moralische Wertungen als nicht hinreichend für eine psychiatrische Diagnose betrachtet, dennoch sind sie nicht gänzlich verschwunden, wie beispielsweise die nachfolgende Beschreibung der »Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten (Code 6C72)« im ICD-11 zeigt:

»Zu den Symptomen gehören u. a., dass wiederholte sexuelle Aktivitäten so sehr in den Mittelpunkt des Lebens der Person rücken, dass Gesundheit und Körperpflege oder andere Interessen, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten vernachlässigt werden, dass zahlreiche erfolglose Bemühungen unternommen werden, um das wiederholte Sexualverhalten deutlich zu reduzieren, und dass das wiederholte Sexualverhalten trotz nachteiliger Folgen fortgesetzt wird oder wenig oder keine Befriedigung findet.«

In den Klassifikationssystemen ICD und DSM wird offiziell nicht von Abweichung oder Devianz gesprochen. Gesellschaftliche Normen gehören schon aus formalen Gründen nicht in ein Krankheitskonzept. Die Rede ist aber von Dysfunktionen – nicht im Sinne von Wakefields Modell der schadensbezogenen Dysfunktion, die auf evolutionären Selektionsmechanismen beruht, sondern Sinne einer Belastung oder Behinderung (Rashed & Bingham 2014). Dann

heißt es zum Beispiel, dass sich zu viel Alkoholkonsum dysfunktional auf die Gesundheit auswirkt, dass eine depressive Stimmung sowohl die körperliche Gesundheit wie soziale Beziehungen beeinträchtigt, oder dass, wie im Zitat oben, »zwanghaftes Sexualverhalten« zur Vernachlässigung der Körperpflege führen kann.

Durch die Hintertür werden auf diese Weise dann doch soziale und normative Wertungen aufgerufen. Was einen Menschen stresst und behindert, ist eben nicht allein von psychischen Phänomenen abhängig, sondern auch davon, wie die soziale Umwelt dies sieht und darauf reagiert. Warum sollte ein junger Mann seine Körperpflege nicht vernachlässigen dürfen, beispielsweise zugunsten permanenten Pornokonsums und andauernder Masturbation? Selbst wenn dies von seiner Umwelt nicht toleriert werden sollte und er Pflichten vernachlässigt, etwa nicht mehr zur Schule oder zur Arbeit geht, was macht dieses Verhalten zu einem pathologischem, wenn er selbst nicht darunter leidet und anderen nicht schadet?

Bewertungen aus der sozialen Umwelt sind im Übrigen nicht nur für psychische Phänomene relevant. Um im Feld der Sexualität zu bleiben: Die sogenannte erektile Dysfunktion ist ein recht weitverbreitetes Phänomen, das nicht nur mit zunehmendem Alter auftritt. Rein biologisch betrachtet könnte allein die nicht oder nicht ausreichend vorhandene Erektion unter sexueller Stimulation als Dysfunktion definiert werden. In einer sexuellen Beziehung wird aber aus therapeutischer Sicht die nicht vorhandene Erektion erst dann zu einer Dysfunktion, wenn sie sich negativ auf diese Beziehung auswirkt und Leidensdruck erzeugt. Wenn jedoch zufriedenstellende erotische Umgangsformen für alle Beteiligten entwickelt werden oder aber einvernehmlich auf bestimmte Formen von Sexualität ganz verzichtet wird, dann handelt es sich nicht mehr um eine Dysfunktion.

Und so ist es auch bei psychischen Phänomenen. Selbst aus einer neurowissenschaftlichen Perspektive wird mittlerweile anerkannt, dass psychische Probleme aus einer Kombination von dimensionalen Ausprägungen einer bestimmten Eigenschaft und Behinderungen durch die jeweilige Umwelt entstehen:

»Manchmal haben wir vielleicht extreme Werte in einer Dimension, aber das Ausmaß der Problematik hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem von den Umwelten.« (Prat 2022: 15)

»Normalität« ist gemäß dieser Perspektive eine Mischung aus typischen und funktionalen Eigenschaften. Und beides, das Typische und das Funktionale, ist mit normativen sozialen Wertungen durchsetzt.

In einer sozialen Umgebung, die deutlich toleranter auf Substanzkonsum, Halluzinationen oder Stimmungsschwankungen reagiert, würden sich Menschen mit diesen Phänomenen weniger belastet oder gar behindert fühlen. Gesellschaftliche normative Wertungen lassen sich in diesem Zusammenhang gar nicht vermeiden (Martin 2006): Warum soll ich nicht mehr trinken als mir meine Umwelt zugesteht? Warum soll ich keine schlechte Stimmung haben dürfen? Warum soll ich nicht mehr Sex oder weniger Sex haben als gemeinhin für normal betrachtet wird? Bei den Dysfunktionen oder Defiziten handelt es sich, wie unlängst im Rahmen einer entsprechenden Analyse aus dem Autismusbereich festgestellt wurde, um »[n]eurokognitive Unterschiede in neurotypischen Umgebungen« (Legault et al. 2019). Es sind eben die »typischen« sozialen Umgebungen, welche festlegen, was denn ein Defizit oder eine Dysfunktion ist.

Insbesondere der Begriff der Behinderung wird in jüngerer Zeit primär sozial definiert. Der bereits mehrfach angesprochenen UN-BRK liegt – wie im ersten Kapitel beschrieben – explizit ein soziales Modell zugrunde, das den Grund für die Behinderung nicht mehr in der Person sieht, sondern in der Umwelt (Palacios 2015). Deshalb wird die Umwelt bereits heute vielerorts so gestaltet, dass etwa Menschen mit Rollstühlen den öffentlichen Verkehr besser nutzen können oder Menschen mit Sehbehinderungen akustische Signale an Ampeln erhalten. Wie bei psychosozialen Problemen soziale Umwelten zu gestalten wären, sodass die davon betroffenen Menschen besser inkludiert werden, ist nicht so offensichtlich, aber möglich. Rehabilitationsprogramme wie Supported Employment oder Supported Housing sehen genau dies vor (Richter et al. 2016). Aber wenn die Umwelten optimiert sind, dann stellt sich natürlich die Frage, ob die betroffene Person noch behindert ist. Und was bedeutet das für die Diagnose einer psychischen Störung? Können wir zwischen »psychisch gesund« und »psychisch krank« wirklich sauber unterscheiden?

In neueren Publikationen zu diesem Themenkreis werden inzwischen Begriffe wie »vage« oder »fuzzy« benutzt, um die mangelnde Grenzziehung zwischen krank und gesund in der Psychiatrie zu beschreiben (Keil et al. 2017). Der frühere Präsident des größten US-amerikanischen Forschungsinstituts in der Psychiatrie, Steve Hyman, hat das Problem auf dem Punkt gebracht:

»Die Grenze zwischen krank und gesund erfordert soziale Entscheidungen (policy decisions) bezüglich des Setzens der Schwellenwerte, genauso wie es in allen Fällen der Medizin ist, bei denen Störungen quantitative Abweichungen von der Gesundheit repräsentieren.«

(Hyman 2021: 23)

Diese Problematik betrifft nicht die Psychiatrie allein, sondern findet sich in vielen medizinischen Fachgebieten (Hofmann 2021). Das Besondere an der Psychiatrie ist, dass Menschen mit psychosozialen Problemen unter Umständen gegen ihren Willen mit einer Diagnose versehen, in einer Einrichtung untergebracht und sogar behandelt werden können. Deshalb ist die Frage nach der Grenze zwischen psychisch krank und psychisch gesund fachlich und ethisch weit herausfordernder als die Frage, wo die Grenze der Hypertonie oder des Diabetes mellitus zu ziehen ist. Eine gesundheitliche Selbstgefährdung im Rahmen eines Diabetes hat keine Zwangsmaßnahme zur Folge, eine Selbstgefährdung im Rahmen einer diagnostizierten depressiven Störung hingegen schon.

Kann zwischen verschiedenen psychischen Störungen unterschieden werden?

Klassifikationssysteme und darin beschriebenen Diagnosen haben verschiedene Zwecke. In praktischer Hinsicht sollen sie dazu dienen, sich Klarheit über die verschiedenen Krankheitsbilder zu verschaffen, die Kommunikation zwischen allen Akteuren zu erleichtern sowie die Abrechnung mit Kostenträgern zu ermöglichen. Für die Wissenschaft sollen Diagnosen eindeutige Definitionen und Kriterien liefern, die es erlauben, Forschung zu Ursachen oder Therapiemöglichkeiten durchzuführen. Alle diese Funktionen setzen voraus, dass unterschiedliche Krankheitsbilder voneinander abgegrenzt werden können.

In der Medizin generell werden die entsprechenden Klassifikationssysteme regelmäßig revidiert, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Krankheitsbeschreibungen einfließen zu lassen. Dies gilt selbstverständlich auch für das DSM und die ICD. Mit der Revision des DSM-IV hofften viele Fachpersonen wie auch Forschende, die im vorherigen Abschnitt angesprochene Schwierigkeit der Unterscheidung von krank und nicht krank überwinden zu können. Grundsätzlich war man sich einig, dass ein kategoriales System

wenig taugt, um der Komplexität psychischer Probleme gerecht zu werden. Stattdessen sollte ein kontinuierliches und dimensionales System entwickelt werden (Lilienfeld & Treadway 2016). Am Ende allerdings wurde dann doch nur das bestehende kategoriale System nachgebessert, aber nicht ersetzt, weil dies praktikabler erschien.

Neben der Kategorialität war vor allem die Validität der Krankheitsbilder und ihrer Kriterien ein großes Diskussionsthema. Die Validität meint hier, ob die Beschreibungsmerkmale tatsächlich für das zugrunde liegende Krankheitsbild zutreffen. Als Reaktion auf das Rosenhan-Experiment wurde die Interraterreliabilität verbessert. Die Interraterreliabilität ist in diesem Zusammenhang ein Maß für die Übereinstimmung verschiedener Fachpersonen hinsichtlich der Diagnosen. Das heißt, psychiatrische Fachpersonen konnten sich auf Merkmale einigen, die eine Diagnose ausmachten. Ob die Diagnosen jedoch bestimmte biopsychologische Einschränkungen repräsentierten, darüber konnten keine Aussagen gemacht werden.

Nicht zuletzt aus diesem Grund hat sich vor einigen Jahren eine Initiative gegründet, die neue Kriterien für die Psychopathologie entwickeln will. Gefördert vom US-amerikanischen Nationalen Forschungsinstitut für psychische Gesundheit (NIMH) versucht die Research-Domain-Criteria-Forschung (RDoC) anstelle der üblichen Verhaltensmuster und Beobachtungen nunmehr sogenannte Endophänotypen zu etablieren. Voraussetzung dafür ist es, Marker zu identifizieren, die idealerweise biologische oder neuropsychologische Dysfunktionen repräsentieren. In der Folge wurden sechs Domänen für die gesamte Psychopathologie definiert – negative Valenz, positive Valenz, kognitive Systeme, Systeme für soziale Prozesse, Systeme der Erregung und Regulation und sensomotorische Systeme (Michelini et al. 2021) –, die neue Impulse für die – primär biologische – Ursachenforschung psychischer Erkrankungen schaffen sollen.

Ein ähnliches Ziel verfolgt die HiTOP-Systematik. HiTOP steht für »Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie« (Kotov et al. 2017). Basierend auf statistischen Analysen von Symptomen und Syndromen sind sechs Spektren definiert worden: Somatoform, Internalisierung, Denkstörung, Distanziertheit/Sozialer Rückzug (»Detachment«), Enthemmte Externalisierung, Antagonistische Externalisierung (Kotov et al. 2021). Die Autorinnen und Autoren des HiTOP-Ansatzes versprechen sich von diesem vergleichsweise re-

duzierten Rahmen sowohl eine bessere Ursachenbezogenheit als auch einen besseren klinischen Nutzen.

Noch reduzierter ist der P-Faktor-Ansatz. Analog zum G-Faktor der allgemeinen Intelligenz (»General Intelligence«) beschreibt dieser Faktor die allgemeine Psychopathologie. Empirisch basiert der P-Faktor auf der vor allem in der Entwicklungspsychologie sehr bekannten Dunedin-Studie. Dabei handelt es sich um eine Längsschnittkohortenstudie aus Neuseeland, bei der eine Geburtskohorte über mehrere Jahrzehnte begleitet und immer wieder neu untersucht wurde (Caspi et al. 2014). Im Lebensverlauf der von psychischen Problemen betroffenen Personen ergab sich eine recht hohe Komorbidität verschiedener Störungsbilder, sodass erhebliche Zweifel an der Unterschiedlichkeit der Problemlagen auftauchten. Die Forschenden vermuten eine allgemeine Anfälligkeit (»liability«), die letztlich unspezifisch ist, aber insbesondere kognitive Schwierigkeiten auslösen kann (Caspi & Moffitt 2018).

In der Zusammenschau zeigt sich, dass die Forschung bis heute keine validen und reliablen Kriterien für die Krankheitsbilder benennen kann, die wir seit Langem zu kennen meinen und von deren Existenz viele Menschen überzeugt sind. Weder kann eindeutig zwischen verschiedenen Störungsbildern noch zwischen krank und nicht krank unterschieden werden. Die Diagnosen der Klassifikationssysteme DSM und ICD haben sich gewissermaßen verselbstständigt: Fachpersonen haben über Jahrzehnte hinweg bestimmte Symptome einzelnen Diagnosen zugeordnet, sodass ihnen eine Depression so real erscheint wie ein Tumor. Die Forschungsdaten geben das aber nicht her: Psychische Störungen sind nicht wie Tumore, sie sind keine natürlichen Krankheitsentitäten, sondern pragmatisch gewählte Kategorien, die aus klinischer Sicht nützlich erscheinen (Zachar 2015).

Schlussfolgerung: Menschenrechte und das reale Konstrukt der psychischen Störung

Wie schon im ersten Kapitel beschrieben, wurde Thomas Szasz Anfang der 1960er-Jahre mit der These bekannt, psychische Erkrankungen seien ein Mythos, weil sie biologisch nicht nachweisbar seien (Szasz 1974). Aus heutiger Sicht muss man konstatieren, dass die Grundlagenforschung vieles aufklären

konnte, was für die Pathologie der Psyche relevant ist. Wir wissen heute viel mehr über die Ursachen, welche zu unterschiedlichem Erleben und Verhalten von Menschen führen. Allerdings können wir nicht eindeutig sagen, was denn die »Psyche« eigentlich ist und wir können genauso wenig sagen, was »pathologisch« bedeutet.

Heißt das, psychische Krankheiten ein Mythos im Sinne von Thomas Szasz sind? Aus meiner Sicht ist das nicht korrekt. Nach meiner festen Überzeugung gibt es psychische Krankheiten, aber vermutlich nicht in dem Sinne, wie sie von den Diagnosesystemen des DSM und ICD klassifiziert werden. Was wir mit psychischen Phänomenen verbinden, sind vor allem soziokulturelle Konstrukte. Dies beginnt schon mit dem Konstrukt der Emotion. Lange war man der Überzeugung, es gebe universelle Emotionen wie Angst oder Ärger, welche in jeder Kultur ähnlich Ausdruck finden. Heute hingegen wird von der aktuellen neurowissenschaftlichen Forschung die Emotion als ein kulturell abhängiges Konstrukt gesehen, das keine Reaktion, sondern eine Art Vorhersage- und Erwartungsfunktion des Gehirns ist. Das bedeute jedoch nicht, so die Emotionsforscherin Lisa Feldman Barrett in ihrem Grundlagenwerk zum Thema, dass Emotionen nicht »real« seien:

»Die Unterscheidung zwischen »real in der Natur« und »illusorisch« ist eine falsche Dichotomie. Angst und Ärger sind real für eine Gruppe von Menschen, welche übereinstimmen, dass gewisse Veränderungen im Körper, im Gesicht und so weiter Bedeutung als Emotionen haben. Mit anderen Worten, Emotionskonzepte haben eine soziale Realität.«
(Barrett 2017: 133)

Ganz ähnlich finden wir auf der biologischen Ebene keine harte Evidenz für psychische Krankheiten im Sinne valider Definitionen von »Gesundheit« und von »Krankheit«. Allerdings sind die meisten Menschen von der Existenz psychischer Krankheiten überzeugt, und dies legt nahe, das Konzept als ein soziales Konstrukt zu betrachten. Und um Lisa Feldman Barretts Argument aufzunehmen: Soziale Konstrukte sind absolut real und haben sehr reale Konsequenzen, wenn die beteiligten Menschen diese Vorstellung teilen. Muss man aber nicht. Es gibt keine validen Diagnosekriterien. Bei näherem Hinsehen verschwinden die als sicher angenommenen Eigenschaften der »psychischen Störung«, eine klare Grenze zwischen »gesund« und »krank« lässt sich nicht ziehen und soziale Normen lassen sich nicht ausschließen.

Diese Unsicherheiten sind es, die es meiner Ansicht nach nicht rechtfertigen, Menschen gegen ihren Willen aus medizinischen Gründen psychiatrisch zu behandeln. Wenn wir nicht wissen, was genau eine psychische Störung ist, wenn soziokulturelle Aspekte wichtiger sind als medizinische Kriterien und wenn wir noch nicht einmal die Existenz der menschlichen Psyche nachweisen können, dann entfällt nach meiner Überzeugung ein wesentliches Argument für die Rechtfertigung für die Anwendung von Zwang.