

Psychosoziale Probleme anders betrachten: das Spektrenmodell

Welche Konsequenzen hätte es, wenn Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung nicht länger zu rechtfertigen wären? Was würde daraus folgen? Eine neue Legitimationsstrategie wäre ein Ausweg, ist jedoch derzeit nicht in Sicht. Ein weiterer Ausweg könnte eine juristische Regelung sein, wie sie von George Szmukler vorgeschlagen wurde, dass nämlich Menschen mit psychischen und nichtpsychischen Krankheiten gleichbehandelt werden sollen (»fusion law«), um Diskriminierungen zu vermeiden (Szmukler 2018). Dann wäre allein die Feststellung der Urteilsunfähigkeit ausschlaggebend. Allerdings bringt dies neue Schwierigkeiten mit sich. Zum einen müsste eine klare Grenzziehung bei der Urteilsfähigkeit bestehen. Aber auch hier läuft man in die gleichen methodischen Probleme dimensionaler psychischer Eigenschaften hinein, wie sie im vorherigen Kapitel skizziert wurden; auch die Grenze zwischen »urteilsfähig« und »nicht urteilsfähig« dürfte nicht sauber zu ziehen sein. Zum anderen würde man auch hier eine Zwangsbehandlung nicht in jedem Fall mit dem Wohl der betroffenen Person begründen können. Deshalb möchte ich vorschlagen, dass ausschließlich die betroffene Person selbst für sich feststellen kann, ob sie unter einer psychischen Störung leidet und ob sie therapeutische, nichttherapeutische oder gar keine Hilfe in Anspruch nehmen will. Dafür brauchen wir ein Modell psychischer Krankheit, welches sowohl die Akzeptanz als auch die Ablehnung dieses Modells erlaubt. Menschen mit psychosozialen Problemen hätten demnach die Wahl zwischen einer Selbstdenklaration, krank zu sein, und einer Selbstdenklaration, nicht krank zu sein.

Sollte sich eine derartige Sichtweise durchsetzen, wären den Menschenrechtsverletzungen in der psychiatrischen Versorgung die Grundlage entzogen. Niemand würde mehr gegen seinen oder ihren Willen in der Psychiatrie aufgenommen oder behandelt werden. Psychiatrische Interventionen wären auf diejenigen Menschen beschränkt, die sich als krank erleben und auf dieser Basis medizinische oder therapeutische Hilfe suchen. Die Attestierung einer »psychischen Störung« von außen wäre nicht mehr zulässig.

Von der Neurodiversität zur neurokognitiven Diversität

In den nachfolgenden Abschnitten versuche ich, zu skizzieren, wie man aus sozialpsychiatrischer Perspektive ein Verständnis psychischer Störungen oder Krankheiten schaffen kann, das für Betroffene, die sich nicht als krank erleben, anschlussfähig ist.

Es mag den einen Leser oder die andere Leserin überraschen, wenn ich nun mit biologischen und psychologischen Prozessen argumentiere. Ich bin allerdings von der Relevanz biopsychologischer Mechanismen für Entstehung und Erleben psychosozialer Probleme überzeugt. Ohne synaptische Verbindungen kann kein Gedanke und kein Gefühl entstehen, selbst wenn wir die Übersetzung in ein subjektives Erleben noch nicht aufklären konnten und vielleicht auch nie aufklären können. Und daran, dass Gefühle und Gedanken sich auf weiteres Erleben auswirken, kann ebenfalls kein Zweifel bestehen (Borsboom et al. 2018), auch wenn wir nicht wirklich wissen, wie diese zustände kommen. Es sind, wie der Neurowissenschaftler Antonio Damasio in einem unlängst erschienenen Buch formuliert hat »funktionale Mechanismen, die es uns erlauben, einen Prozess mental zu erleben, der eindeutig im körperlichen Bereich stattfindet« (Damasio 2021: 6).

Ich beziehe mich im Folgenden auf die neuere neurowissenschaftliche und taxonomische Forschung, welche grundsätzlich von der Dimensionalität biopsychologischer Sachverhalte ausgeht. Das heißt: Gefühle, Gedanken und Erleben folgen nahezu immer einer statistischen Verteilung, bei der Grenzen und Unterschiede nicht klar auszumachen sind. Bei den konventionellen Klassifikationssystemen des DSM und ICD ist Komorbidität eines der zentralen Probleme. Wir wissen, dass verschiedene »Störungsbilder« recht hoch miteinander korrelieren, beispielsweise Angst und Depression. Dieser Umstand hat – wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben – in den letzten Jahren zu neuen taxonomischen Vorschlägen bezüglich der Einteilung psychischer Störungen geführt.

Ein sehr weitgehender Vorschlag ist, wie erwähnt, der P-Faktor, also der Faktor für eine allgemeine Psychopathologie (Caspi & Moffitt 2018). Folgt man diesem Vorschlag, so ist davon auszugehen, dass dieser in der Bevölkerung einer gewissen Verteilung vorliegt. Neurotizismus, emotionale Dysregulation,

intellektuelle Beeinträchtigungen und Denkstörungen wären in diesem Sinne Extremmerkmale, welche pathologisiert werden, dazwischen liegt ein Raum möglicher Merkmalsausprägungen, die unterschiedlich wahrscheinlich sind. Man kann dieses Risiko für das Individuum auch biopsychologische Vulnerabilität oder Verletzlichkeit nennen.

Ein in diesem Zusammenhang häufig gebrauchter Begriff ist die »Neurodiversität«. Er stammt aus der Asperger-Autismus-Bewegung und beschreibt die Unterschiedlichkeit und das Anderssein von Menschen, die sich selbst als »neurodivergent« sehen (Silberman 2015; Singer 2017). Ihre Neurodivergenz beruht auf einer biologischen Unterschiedlichkeit, welche sie von Menschen unterscheidet, die als »neurotypisch« betrachtet werden. Bei aller Unterschiedlichkeit wird in der Bewegung größter Wert darauf gelegt, nicht als krank oder behindert etikettiert zu werden. Eher schon sehen sich Menschen mit Autismus als eine »neurologische Minderheit« (Singer 2017: 15) und beanspruchen entsprechende Minderheitenrechte.

Anders zu sein, aber nicht krank, diese Sichtweise hat sich auf weitere psychosoziale Phänomene wie ADHS oder Psychosen übertragen, die in der konventionellen Psychopathologie als Störung etikettiert werden. Dieses Selbstverständnis wird auch in der Selbsthilfe als ein Ansatz gesehen, von dem gelernt werden kann (Graby 2015). Gleichzeitig wird Neurodiversität in der klinischen Psychiatrie als eine Möglichkeit gesehen, einerseits die Stigmatisierung zu vermindern und andererseits Anpassungen in der sozialen Umwelt der Betroffenen zu erreichen (Sonuga-Barke & Thapar 2021). Insofern steht der Neurodiversitätsansatz dem sozialen Modell der Behinderung nahe, das nicht auf die Person fokussiert, die behindert ist, sondern auf die Umwelt, die eine Person behindert, die anders ist als viele andere Menschen.

Wie der Begriff der Neurodiversität schon vermuten lässt, wird die Unterschiedlichkeit von Individuen biologisch begründet. Es sind demnach die Gehirne, die anders verschaltet sind als bei den Neurotypischen. Auch wenn im Neurodiversitätsansatz explizit dem Label der Krankheit widersprochen wird, legt dies eine gewisse Nähe zu reduktionistischen biologischen Ansätzen der Psychiatrie nahe, welche die Frage nach dem Wesen psychischer Störungen so beantworten: »Hirnerkrankungen? Ganz genau« (Insel & Cuthbert 2015). Diesem – zumindest terminologisch vorhandenem – Reduktionismus wird daher auch innerhalb der Neurodiversitätsbewegung in Teilen mit deutlicher

Skepsis begegnet (Russel 2020). Andere sehen hier ein fundamentales Missverständnis:

»Neurodiversität ist die Variation des Geists (>mind<). Jedes menschliche Wesen unterscheidet sich in gewisser Weise von jedem anderen menschlichen Wesen bezüglich ihrer neurokognitiven Funktionsweisen – wie sie denken, wahrnehmen, wissen, und sich entwickeln, wie ihre Psyche Informationen verarbeiten und mit der Welt interagieren.« (Walker 2021: 53)

Dies entspricht auch dem Erkenntnisstand in der allgemeinen taxonomischen und psychologischen Forschung. Danach werden psychische Probleme primär durch andere psychische Phänomene getriggert, die allerdings nicht unabhängig von biologischen Einflüssen sind. Grübeln fördert Schlafstörungen und diese wiederum tragen zu einer niedergeschlagenen Stimmung bei, welche dann erneut die Schlafstörungen verschlimmern kann und so weiter.

Dabei sind psychische Phänomene wie Grübeln oder Niedergeschlagenheit in einer Population statistisch graduell verteilt, aber nicht scharf abgegrenzt. Manche Menschen haben eher eine Tendenz zu Niedergeschlagenheit als andere, aber die Niedergeschlagenheit als Phänomen kann nicht aus sich selbst heraus als »krank« oder als »gestört« klassifiziert werden:

»Menschen mit einer Diagnose einer psychischen Störung unterscheiden sich nicht qualitativ von »gesunden« Menschen. Über das gesamte menschliche Erleben hinweg, das psychische Gesundheit und psychische Krankheit definiert, unterscheiden sich Menschen graduell, nicht substantiell« (Conway & Krueger 2021: 152).

Gleiches gilt etwa für Halluzinationen. Im Rahmen einer umfangreicheren Bevölkerungsstudie in Großbritannien wurde etwa eine Zwölf-Monats-Prävalenz von Halluzinationen von mehr als 4 Prozent gefunden. Jüngere Menschen zeigten dabei eine deutlich höhere Rate als ältere (Yates et al. 2021). Auch Wahnvorstellungen, die konventionell mit Halluzinationen zu den Kernsymptomen einer Psychose gezählt werden, kommen nicht selten in der Allgemeinbevölkerung vor. Solche Studienergebnisse werden bereits als mögliches Korrektiv gegen eine »klinisch verzerrte Sichtweise« betrachtet (Harper 2021), welche dadurch entsteht, dass klinisch Tätige nur Menschen zu Gesicht bekommen, die erhebliche Probleme aufweisen. Es gibt es aber zahlreiche Menschen mit den gleichen Phänomenen, die diese bestens in ihren Alltag integrieren können.

Das heißt zusammengefasst, neben der Neurodiversität, also der Unterschiedlichkeit biologischer Merkmale in der Bevölkerung, existiert auch eine kognitive Diversität. Letzteres bedeutet graduell unterschiedliches Erleben und Verhalten der Menschen, das nicht von sich heraus als pathologisch klassifiziert werden kann. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Menschen nicht unter diesen Phänomenen leiden können. Unter Umständen kann eine melancholische Befindlichkeit so gravierend sein, dass ein Suizid nicht nur erwogen, sondern auch ausgeführt wird. Und ebenso können manche Stimmen so bedrohlich sein, dass die davon betroffenen Menschen sie nicht mehr ertragen. Etwas nicht auszuhalten zu können, ist allerdings nicht zwingend pathologisch, wie die Diskussion um die Trauerreaktion als mögliche psychische Störung gezeigt hat (Horwitz & Wakefield 2007). Der Verlust eines geliebten Menschen kann eine kaum aushaltbare Belastung darstellen und zu Verhaltens- und Erlebnisweisen führen, die mit dem DSM oder ICD als Depression eingestuft werden können – aber nicht zwingend müssen.

Am Ende dieser Überlegungen muss daher festgehalten werden, dass wir über zwei fundamentale Sachverhalte nicht genau wissen, ob und wie sie zu trennen sind. Erstens können wir biologische und psychische Phänomene nicht konsequent trennen. Da wir nicht genau sagen können, wie aus einem neuronalen Impuls ein Gedanke oder ein Gefühl entsteht, empfiehlt es sich hier, von neurokognitiven Phänomenen zu sprechen. Und zweitens können wir gesund und krank nicht klar voneinander unterscheiden, da neurokognitive Phänomene als Dimensionen anzuschauen sind. Aus diesen Gründen schlage ich vor, diese Dimensionalität als »neurokognitive Diversität« zu charakterisieren.

Von der neurokognitiven Diversität zur Soziodiversität

Die biologischen Eigenschaften einer Population, etwa ihre genetische oder neurobiologische Disposition, folgen einer gewissen Verteilung. Gleiches gilt für die psychische Befindlichkeit, das kognitive Erleben und Verhalten. Aus bestimmten biologischen Eigenschaften folgt aber keine spezifische psychische Reaktion. Diese Systemebenen haben ihre eigenen Spielregeln, sie »irritieren«

einander, indem sie jeweils Umwelten für die andere Ebene darstellen (Richter 2003).

Für die psychische Befindlichkeit ist jedoch noch eine weitere Ebene wichtig, die des Sozialen. Soziale Aspekte tragen im Sinne einer kausalen Irritation nicht unwesentlich zu dem bei, was als psychische Störung bezeichnet wird und was ich als psychosoziales Problem beschreibe. Insbesondere die nachfolgenden Sachlagen sind für das psychische Befinden relevant: Demografie (u. a. Alters- und Geschlechtsfaktoren), Wirtschaft (u. a. soziale Ungleichheit und Armut), das Quartier oder die Nachbarschaft, in der man lebt (u. a. Bevölkerungsdichte und Wohnbebauung), die Umwelt (u. a. Kriege und Konflikte sowie der Klimawandel) und soziokulturelle Bedingungen (u. a. soziales Kapital und Bildung; Lund et al. 2018).

All diese Faktoren sind bedeutsam für die Entstehung und das Aufrechterhalten psychosozialer Probleme, sie bilden wichtige Elemente der sozialen Umwelt ab. Vor allem die soziokulturellen Faktoren sind für den Stellenwert psychosozialer Probleme in einer Gesellschaft entscheidend. Oben wurde bereits der Begriff des Loopings gebraucht, den der Philosoph Ian Hacking für das Wechselspiel zwischen der soziokulturell geprägten Klassifikation psychischer Störungen und dem psychischen Erleben der betroffenen Personen geprägt hat. Um diese Wechselwirkungen zwischen psychischer Befindlichkeit und sozialer Umwelt soll es nun gehen.

Die gegenseitige Beeinflussung von psychischem Erleben und sozialer Sphäre zeigt sich nicht nur bei der Diagnostik. Viele psychische Probleme haben soziale Folgen: Wenn unter Niedergeschlagenheit die Arbeitsfähigkeit leidet oder gar Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, wenn Wahnvorstellungen eine Bedrohungslage suggerieren, dann hat das Auswirkungen auf die Menschen, mit denen man zusammenlebt und arbeitet. Von psychosozialen Problemlagen zu sprechen, ist also nur konsequent.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, wie tolerant die soziale Umwelt auf das Erleben und Verhalten reagiert. Insgesamt ist in den vergangenen Jahrzehnten eine deutliche Liberalisierung in Bezug auf vormals verachtete, geächtete oder gar kriminalisierte Verhaltensweisen zu beobachten (Inglehart 2018). Diese Liberalisierung hängt mit der bereits beschriebenen Individualisierung zusammen. Homosexualität ist heute in den westlichen Ländern weder eine Krankheit noch ein kriminelles Vergehen mehr, selbst in

den religiös und konservativ geprägten Regionen der Schweiz ist die gleichgeschlechtliche Ehe mittlerweile in einer Volksabstimmung gutgeheißen worden. Drogenkonsum, zumindest in der Form von Cannabis, wird faktisch ebenfalls nicht mehr pathologisiert oder kriminalisiert, wenn er sich denn in Grenzen hält.

Sicher könnte noch viel mehr geschehen. Nach wie vor sind zahlreiche Verhaltensweisen, die als psychisch krank etikettiert werden, stigmatisiert, etwa psychotisches Erleben oder die Abhängigkeit von Alkohol. Mir geht es hier aber um etwas anderes: Die sozialen Folgen psychischer Probleme können ähnlich dimensional betrachtet werden wie die Neuro- oder die kognitive Diversität, nämlich als Soziodiversität. Identische psychische Probleme können unterschiedliche soziale Konsequenzen haben. Es hängt primär von der sozialen Umwelt ab, wie gut oder wie schlecht eine Person mit psychischen Problemen zurechtkommt. Um nur ein Beispiel zu nennen: In einer westlichen Großstadt mit einem differenzierten psychosozialen Angebot, wird es eher gelingen, im Rahmen eines Supported-Employment-Programms nach einer psychischen Krise zurück in den ersten Arbeitsmarkt zu gelangen (Richter et al. 2019). Lebt man jedoch in einer verarmten ländlichen Region Osteuropas, in der solche Programme unbekannt sind, sieht es anders aus.

Soziodiversität entsteht also, wenn psychische Phänomene auf unterschiedliche soziale Umwelten treffen. Toleranz, Stigmatisierung und das psychosoziale Unterstützungsangebot gehören zu den zentralen Merkmalen, welche Soziodiversität im Zusammenhang mit psychosozialen Problemen ausmachen. Die sozialen Folgen sind vor allem bei ausgeprägten Beeinträchtigungen gravierend. Neben der Stigmatisierung ist hier die soziale Exklusion zu nennen, die viele Menschen mit psychosozialen Problemen erfahren (Richter & Hoffmann 2019b). Sie erleben Benachteiligungen am Arbeitsmarkt, erzielen weniger Einkommen, haben weniger soziale Beziehungen und Intimbeziehungen und können manche Freizeitaktivitäten nicht ausüben. Hinzu kommt eine – im Durchschnitt – schlechtere körperliche Gesundheit. Viele Menschen mit ausgeprägten psychosozialen Problemen leben sozial isoliert, fühlen sich einsam und abgeschnitten vom Rest der Gesellschaft (Cogan et al. 2021).

Zur Soziodiversität trägt aber noch etwas anderes bei. Die moderne Gesellschaft ist kein monolithisches Gebilde, sondern ein komplexes kom-

munikatives Mit- und Gegeneinander von Gruppen und Individuen, die einzelne Sachverhalte sehr unterschiedlich wahrnehmen und bewerten. Die Flüchtlingskrise, die Klimakrise und die Coronapandemie haben nicht nur zu teils drastischen öffentlichen Kontroversen geführt, sondern auch zu tätlichen Angriffen auf einzelne Menschen. Die heutige Gesellschaft ist polarisiert und emotionalisiert. Selbst wenn die Wissenschaft zu einem weitreichenden Fast-Konsens kommt, wie etwa in der Klimafrage oder in der Pandemiebekämpfung, bedeutet dies keineswegs, dass alle Personen die wissenschaftlichen Erkenntnisse respektieren und den daraus abgeleiteten Verhaltensvorschlägen folgen.

Anhand der Coronapandemie kann recht plausibel demonstriert werden, wie die moderne Gesellschaft funktioniert, nämlich als funktionale Differenzierung. Eine wesentliche Erkenntnis der Soziologie moderner Gesellschaften ist, dass es keine Autorität oder Wahrheit mehr gibt. Für alle Menschen verbindliche Wahrheiten und andere Gewissheiten wie die Religion sind mit dem Übergang zur modernen Gesellschaft untergegangen. Die moderne Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass ihre verschiedenen Teilsysteme wie Politik, Recht, Wissenschaft oder Wirtschaft sich gegenseitig beobachten und beeinflussen, ohne dass eines der Teilsysteme die anderen dominiert. Wenn die Politik während der Pandemie behauptete, sie folge der Wissenschaft, galt dies nur so lange, wie nicht massive Verluste bei den nächsten Wahlen zu befürchten waren (Richter & Zuercher 2021). Gesellschaftliche Teilsysteme folgen ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten und lassen sich allenfalls irritieren, aber nicht von außen steuern (Luhmann 1997).

Selbstverständlich kann das Wissenschaftssystem nicht darauf verzichten, seine Forschungsergebnisse als »wahr« zu publizieren – Forschungsergebnisse, die von vornherein als »falsch« deklariert würden, hätten keine Chance auf Veröffentlichung. Es sind aber keine absoluten Wahrheiten, die dort verkündet werden, sondern eben nur wissenschaftliche Wahrheiten, also Beobachtungen eines Teilsystems der Gesellschaft. Die Wissenschaft »kann nicht für sich selbst eine Ausnahmestellung beanspruchen und sich selbst in der Rolle eines externen Beobachters sehen, der die Wirklichkeit (auf wie immer unvollkommene Weise) so beschreibt, wie sie ist.« (Luhmann 1990: 667) Wenn sie dies dennoch versucht, wie zuweilen zu beobachten ist, wird sie von politischen, wirtschaftlichen oder medialen Realitäten schnell der Naivität

überführt. Eine differenzierte Gesellschaft produziert kontextabhängige Beobachtungen, und der wissenschaftliche Kontext ist nur einer unter vielen. Die moderne Gesellschaft ist polykontextual.

Es kann daher nicht verwundern, wenn andere Teilsysteme wie das Rechtssystem oder das politische System »psychische Krankheiten« anders beurteilen als der wissenschaftliche Mainstream. Es wurde in diesem Buch schon verschiedentlich auf die Vereinten Nationen und deren Unterorganisationen hingewiesen, die in den letzten Jahren psychiatrische Zwangsmaßnahmen ganz anders beurteilt haben als psychiatrisch Tätige.

In einer polykontextualen Gesellschaft kann nun nicht für alle verbindlich festgestellt werden, wer in dieser Angelegenheit Recht hat. Aus Sicht der meisten psychiatrisch Tätigen und Forschenden handelt es sich bei Zwangsmaßnahmen um Interventionen, die Therapien ermöglichen, wenn nicht sogar selbst therapeutisch sind. Mit Blick auf die UN-BRK sprechen dagegen Betroffene von Menschenrechtsverletzungen, wenn nicht gar von Folter.

Im Kontext der UN-BRK wird auch nicht von Krankheit, sondern von »psychosozialer Behinderung« gesprochen. In der rechtswissenschaftlichen Forschung wird dies als Paradigmenwechsel zugunsten eines sozialen Modells der Behinderung gesehen. Ziel der UN-BRK ist die vollständige Gleichstellung und Inklusion von Menschen mit Behinderungen (Doyle Guilloud 2019).

Der Begriff der »psychosozialen Behinderung« wurde vom »Welt Netzwerk der Nutzenden und Überlebenden der Psychiatrie« (engl. World Network of Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP) geprägt. Für die Mitglieder ist »psychosoziale Behinderung« die präferierte Bezeichnung für Menschen, die sich folgendermaßen definieren: »als Nutzende oder Konsumierende psychiatrischer Versorgung; Überlebende der Psychiatrie; Menschen, die Stimmungsschwankungen, Angst, Stimmen oder Visionen erleben, verrückt (mad) sind; Menschen, die psychische Gesundheitsprobleme oder Krisen erleben.« (WNUSP 2008)

Auffälligerweise wird die Nutzung psychiatrischer Unterstützungsangebote nicht ausgeschlossen. Die Nutzenden wollen entscheiden, ob sie Hilfe suchen und annehmen. Viele begegnen dem Krankheitskonzept mit einer gewissen Skepsis, und diese Skepsis ist verständlich, denn gerade die institutionelle Psychiatrie ist nicht immer sehr einladend und empathisch mit den Anliegen vieler Nutzender umgegangen.

Viele andere Menschen hingegen sind von der Existenz psychischer Störungen und Krankheiten vollkkommen überzeugt. Und die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, steigt deutlich an, wie nahezu alle relevanten empirischen Indikatoren nahelegen. Besonders bemerkenswert ist die Zunahme bei der Verschreibung und wohl auch bei der Einnahme psychotroper Medikamente. In den gesamten OECD-Staaten, also primär westlichen und entwickelten Ländern, verdoppelte sich der Konsum von Antidepressiva etwa zwischen 2000 und 2017 (OECD 2019). In der Schweiz stieg der Konsum von Antidepressiva zwischen 2007 und 2017 um knapp 50 Prozent und die Inanspruchnahme psychiatrischer resp. psychotherapeutischer Praxen um ungefähr 20 Prozent (Schuler et al. 2020).

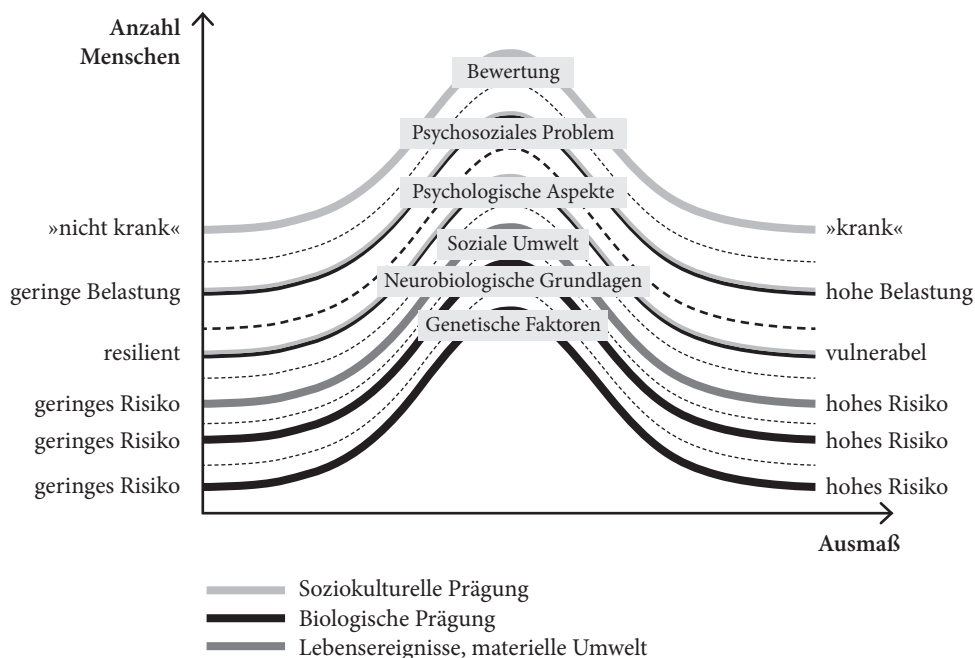
Vor dem Hintergrund dieses diversen Umgangs mit psychischer Krankheit und Nichtkrankheit stellt sich daher die Frage: Kann ein Erklärungsmodell psychosozialer Probleme entwickelt werden, das für die gesamte Diversität des Umgangs anschlussfähig ist?

Von der Krankheit zum Spektrum

Wenn man die Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit aufgeben und der biologischen und psychischen Diversität Rechnung tragen will, bietet sich das Spektrenmodell an. Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands kann beschrieben werden, auf welchen Ebenen sich die biologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren bemerkbar machen.

Aus Abbildung 4 geht hervor, dass sämtliche dieser Einflüsse ihrerseits als Spektren aufgefasst werden können. Wichtig in dem Zusammenhang ist die Betonung der überwiegend nichtdeterministischen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Ebenen. In der biologischen Forschung wird aktuell von verschiedenen Genotyp-Phänotyp-Prozessen ausgegangen, die Variabilität in einer Population herstellen. Die Rede ist dort von stochastischen (also zufälligen) Zusammenhängen genauso wie von nichtdeterministischen, nur in bestimmten Fällen besteht ein Kausalzusammenhang (Hiesinger, Hassan 2018). Da hier nur eine zweidimensionale Abbildung der Verhältnisse möglich ist, sollen die unterbrochenen Linien diesen Sachverhalt indizieren.

ABBILDUNG 4 Das Spektren-Modell psychosozialer Probleme



Auf der genetischen Ebene existiert eine Diversität, die zu entsprechenden Risiken führt, bestimmte biologische oder psychische Eigenschaften zu entwickeln – oder nicht (Moreno-De-Luca & Martin 2021). Mit einem gewissen genetischen Profil erhöht sich demnach das Risiko, Stimmen zu hören (oder nicht) oder eine eher depressive Weltsicht zu haben (oder eben nicht). Gleiches gilt auch für die neurobiologische Variabilität (Bethlehem et al. 2022) oder, mit der hier gebrauchten Terminologie, der neurobiologischen Diversität. Auch hier gilt, dass bestimmte Eigenschaften das Risiko für die genannten (und viele andere) Merkmale erhöhen oder vermindern können.

Etwas komplizierter ist die psychologische Ebene. Auch hier wird von einer psychischen Diversität ausgegangen, doch ist hier die Variation die Norm. An dieser Stelle stoßen, wie in Abbildung 4 angedeutet, biologische und soziokulturelle Faktoren zusammen.

Mittlerweile existiert eine umfangreiche Evidenz der soziokulturellen Einflüsse auf psychische Phänomene wie Emotionen (Barrett 2016, 2017). Es

ist auch durch viele Studien belegt, dass diese in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich ausgeprägt sind (Mesquita 2022). Auch dieses Zusammenspiel von Biologie und Soziokultur wirkt sich auf die psychische Vulnerabilität bzw. Resilienz aus (Shaffer et al. 2022).

Zur sozialen Umwelt bzw. Lebenssituation gehören Merkmale wie Einkommen oder soziale Kontakte. Die Verteilung oder aber Veränderungen bei diesen Merkmalen haben einen Risikozusammenhang mit psychosozialen Problemen. Soziale Umweltfaktoren sind dabei genauso bedeutsam wie genetische oder neurobiologische Faktoren (Thomson et al. 2022).

Die etwas dickere gestrichelte Linie trennt die psychischen Phänomene und die auf diese wirkenden biologischen, psychologischen und sozialen Einflüsse von den psychosozialen Problemen und ihrer Bewertung. Psychosoziale Probleme sind als Kombination aus biologischen, psychologischen und sozialen Eigenschaften zu denken, daher auch hier die schwarz-grau kombinierte Linie. Diese Probleme liegen wiederum auf einem Spektrum, das die Belastung beschreibt.

Vom psychischen Phänomen zum psychosozialen Problem

Doch wie kommt es, dass psychische Phänomene oder Zustände zu psychosozialen Problemen werden? Um diese Frage zu beantworten, muss noch einmal etwas ausgeholt und auf die aktuelle Neurowissenschaft Bezug genommen werden. Eine der vielversprechendsten Theorien derzeit ist der »Active Inference«-Ansatz (Friston et al. 2017; Parr et al. 2022). Dieser Ansatz, den man am besten mit »Aktive Schlussfolgerung« oder »Aktive Inferenz« übersetzen kann, geht auf ein Forschungsprogramm aus der mathematischen Psychiatrie zurück (»Computational Psychiatry«; Friston et al. 2014), welches mit der These arbeitet, dass die zentrale Funktion des menschlichen Gehirns die Vorhersage ist. Das menschliche Gehirn, so die derzeitige Forschungssicht, verarbeitet Informationen nicht, sondern konstruiert diese. Das heißt, der Informationsfluss geht nicht von außen nach innen, von der Umwelt ins Gehirn, wie wir intuitiv annehmen. Gegen die menschliche Intuition ist es genau umgekehrt, vom Gehirn aktiv in die jeweilige Umwelt (Buzsáki 2019).

Die Aktive Inferenz geht zurück auf die mathematischen Theorien Thomas Bayes', einen englischen Theologen des 18. Jahrhunderts, der jedoch weniger durch die Theologie als vielmehr durch Arbeiten zur Statistik und zur Wahrscheinlichkeitstheorie bekannt wurde und dessen Theorie heute große Popularität in der Statistik (Lee 2012) sowie in der Wissenschaftstheorie (Sprenger & Hartmann 2019) genießt. Bayes' Problem war – sehr vereinfacht formuliert – die Frage, wie wahrscheinlich ein Ereignis eintreten wird, wenn wir bestimmte Vorinformationen bei der Vorhersage berücksichtigen.

Das Verhältnis von vorherigen Zuständen, Annahmen und Erwartungen sowie nachfolgenden Wahrnehmungen ist denn auch zentral für die Aktive Inferenz. Im Kern geht es dabei um die Minimierung von Unsicherheit und Überraschungen. Dieser Ansatz ist an neuere Theorien über das Bewusstsein, die im Kapitel »Psychische Krankheit: Was ist das eigentlich?« beschrieben wurden, anschlussfähig und berücksichtigt die soziale Umwelt, in der sich die Auswirkungen psychischer Probleme so deutlich zeigen (s. S. 104 f.). Wahrnehmung, so eine der Grundannahmen der Theorie der Aktiven Inferenz, entsteht aus Vorhersagen über die Umwelt und den subjektiven Informationen, die eine Person aus ihrer Umwelt herausfiltert. Wir haben demnach keinen direkten Zugang zu unserer Umwelt, sondern konstruieren unsere Wahrnehmung, indem wir permanent unsere Erwartungen mit sensorischen Informationen abgleichen. Letztlich, so sehen es diverse Theorien aus Psychologie (Seth 2021) und Philosophie (Clark 2016), »halluzinieren« wir ohne Unterlass. Die entscheidende Frage dabei ist, wie gut unsere Halluzinationen zu dem passen, was wir als Umwelt wahrnehmen, wie gut wir also unsere Halluzinationen kontrollieren können.

Probleme entstehen dann, wenn unsere Halluzinationen unkontrollierbar werden in dem Sinne, dass Annahmen und Erwartungen nicht mit den Informationen aus der Umwelt korrespondieren. Das heißt, Probleme treten auf, wenn wir nicht in der Lage sind, unsere Annahmen an die Umwelt anzupassen oder umgekehrt. Der nicht angepasste Umgang mit Unsicherheit in der sozialen Umwelt kann beispielsweise ängstliche oder depressive Zustände hervorbringen. Zu den relevanten Umwelten zählt aber interessanterweise auch der eigene Körper. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Funktionen (Interozeption) spielt bei der Entstehung emotionaler Zustände und Problemlagen eine zentrale Rolle (Barrett 2016; Clark et al. 2018).

Damit ist die Aktive Inferenz auch an die neurokognitive Diversität angeschlossen (Barrett 2017). Unsere konstruierten Wahrnehmungen und Emotionen liegen ebenfalls auf einem Spektrum. Dieses Spektrum umfasst »neurotypische« Konstrukte, die von der Mehrheit geteilt werden, aber auch weniger typische Konstrukte, die als divergent wahrgenommen werden. Für die Diagnose der Anorexia nervosa (AN) bedeutet das beispielsweise, »dass AN-Patientinnen und -Patienten ein Modell ihres basalen homöostatischen Zustands haben, das dramatisch von den Erwartungen abweicht, welches den typischen menschlichen Phänotyp definiert« (Gadsby & Hohwy 2021: 223).

Anders als in der konventionellen psychiatrischen Forschung angenommen ist die Heterogenität von Phänomenen kein Ärgernis – wenn wir keine klar unterscheidbaren Symptome erwarten. Lisa Feldmann Barrett, eine der führenden Emotionsforscherinnen, stellte diesbezüglich fest:

»Wir müssen Variabilität als Norm annehmen und nicht als Störfaktor, den wir nach der Feststellung erklären.« (Barrett 2016: 16)

Neurokognitive Diversität ist also demnach die Norm und gewissermaßen die Normalität. Alle Varianten existieren nebeneinander, ohne als krank oder gesund bewertet zu werden.

Doch die Normalität der Diversität verhindert in bestimmten Situationen und psychosozialen Konstellationen nicht, dass Zustände zu Problemen werden können. Psychosoziale Probleme entstehen dann, wenn die Konstrukte unserer Wahrnehmung, also unsere psychischen Zustände, negative Folgen haben. Diese Folgen treten überwiegend dann auf, wenn Menschen mit bestimmten Varianten ihrer Zustände in einen Konflikt mit ihrer sozialen Umwelt kommen, wenn sie sich selbst so wahrnehmen oder andere Menschen ihnen diese Veränderung spiegeln.

»Keine Form eines Geistes ist grundsätzlich besser oder schlechter als jede andere. Manche Variationen passen einfach besser in ihre Umwelten.« (Barrett 2020: 109)

Das heißt im Umkehrschluss, es gibt Varianten psychischer Befindlichkeiten, die nicht so gut in ihre jeweiligen Umwelten passen. Dazu gehört beispielsweise das Leiden unter dem individuellen oder sozialen Zustand (wie häufig bei depressiven Zuständen). Es können jedoch auch soziale Folgen sein (wenn etwa das soziale Umfeld den Zustand oder das Verhalten nicht mehr akzeptiert). Die Probleme können unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Sie

können kurzfristig und krisenhaft sein, sie können eine längere Zeit andauern und sie können auch die Form einer Behinderung im Sinne der UN-BRK annehmen. Alle diese Formen psychosozialer Probleme implizieren jedoch noch nicht zwingend, dass sie als »Krankheit« oder »Störung« betrachtet werden müssen.

Es ist aber natürlich nicht ausgeschlossen, ein psychosoziales Problem als »Störung« zu sehen. Die niederländische Philosophin Sanneke de Haan teilt in ihrem Buch über »Enaktive Psychiatrie« viele der hier vorgebrachten Argumente, präferiert jedoch den Begriff »Störung«. Ihre Begründung:

»Weil die Normalisierung denjenigen Unrecht widerfahren lassen kann, die unter den psychischen Störungen leiden: ihr Leiden, ihr Gefühl, nicht am richtigen Ort zu sein oder dass etwas mit ihnen nicht stimmt.« (de Haan 2020: 205)

Und in diesem Punkt würde ich de Haan selbstverständlich zustimmen, wir müssen denen, die unter bestimmten Problemen leiden, die Unterstützung zuteilwerden lassen, die sie benötigen. Für mich muss dieses Leiden jedoch nicht zwingend als Störung klassifiziert werden, bei der de Haan nach eigenem Bekunden die Problematik sieht, dass dann weiter die Grenze zwischen Störung und Nichtstörung zu ziehen ist.

Aus meiner Sicht lassen sich diese Schwierigkeiten und vermeintlichen Widersprüche relativ einfach auflösen. Die Bewertung eines psychosozialen Problems im Sinne von »krank« oder »nicht krank« liegt ebenfalls auf einem Spektrum. Das heißt, ob ein psychosoziales Problem als Krankheit oder Störung betrachtet werden soll, kann und wird ganz unterschiedlich eingeschätzt. Diese Perspektive teilen viele psychiatrisch Tätige. Ich würde jedoch noch einen Schritt weiter gehen und die Einschätzung den betroffenen Menschen selbst überlassen.

Im Falle eines Selbstverständnisses, krank zu sein, ist wahrscheinlich, dass die Betroffenen biologische, psychische oder soziale Einflussfaktoren für die Erklärung ihrer psychosozialen Probleme als relevant ansehen. Diese können nach individuellen Erfahrungen und Einschätzungen beispielsweise genetisch bedingt sein, wenn etwa andere Familienmitglieder von der gleichen Problematik betroffen sind oder waren. Die betroffenen Personen können aber auch im psychologischen Sinne einen intrapsychischen Konflikt geltend machen, beispielsweise Abhängigkeit versus Autonomie. Oder sie könnten ein

soziales Ereignis als besonders belastend betrachten, beispielsweise ein Psychotrauma oder den Verlust einer geliebten Person.

Im Falle eines Selbstverständnisses, anders zu sein, könnte es vorkommen, dass die Person selbst die von außen gesehenen Probleme gar nicht als solche erlebt. Dies kann beispielsweise im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen geschehen, wenn nahestehende Menschen sich Sorgen machen, während die Person, um die es geht, sich nicht akzeptiert fühlt. Und schließlich – das zeigt die Erfahrung in der Begleitung von Menschen in ambulanten Wohnsettings – nehmen viele Personen mit einem psychosozialen Problem gerne eine Unterstützung in Anspruch, ohne dass sie sich als krank erleben. Es ist möglich, unter bestimmten sozialen Konstellationen oder psychischen Phänomenen zu leiden, ohne dies gleich als »krank« zu betrachten.

So überraschend es erscheinen mag, sich am Selbstverständnis der Betroffenen zu orientieren, so akzeptiert ist dieser Sachverhalt schon jetzt in gewissen Teilen der psychiatrischen Versorgung, wie sich am Umgang mit Stimmenhörenden zeigen lässt. Als ich in den 1980er-Jahren meine Ausbildung in der psychiatrischen Pflege begann, waren »akustische Halluzinationen« ausschließlich negativ im Sinne eines psychotischen Symptoms konnotiert, die es mittels Antipsychotika zu behandeln galt. Dies hat sich dank des Engagements Betroffener und klinisch Tätiger in verschiedener Hinsicht gewandelt. Ohne dass der durchaus belastende bis bedrohliche Anteil an Stimmen ausgeblendet wurde, ist vielfach demonstriert worden, wie auch ein anderer Umgang mit den Stimmen möglich ist (Woods et al. 2013). Stimmenhören wurde fortan als ein neutrales psychisches Phänomen verstanden, dem ein subjektiver Sinn oder eine biografische Bedeutung zugewiesen werden kann, beispielsweise im Zusammenhang mit einem Trauma oder anderen Problemlagen (McCarthy-Jones et al. 2015). Stimmenhören hat sogar für einige davon betroffene Menschen positive Aspekte, insofern diese Stimmen Teil ihrer individuellen Identität sind. Dies hat auch Konsequenzen für unterstützende Ansätze sowie für das Konzept der Psychose. Hier gibt es sowohl Unterstützung durch die Selbsthilfe in Form der Stimmenhörendenbewegung (Longden et al. 2018) als auch gesprächsbasierte Ansätze, die Professionelle anbieten (Burr et al. 2022). Wird das Stimmenhören als neutrales Phänomen betrachtet, kann damit auch die Psychose als Krankheit re-konzeptualisiert werden (Higgs 2020), indem sie entmedikalisiert und entpsychiatrisiert wird.

Ein weiteres psychotischen Phänomen, der Wahn, wird neuerdings ebenfalls nicht nur als negatives oder dysfunktionales Symptom wissenschaftlich beschrieben. Wie leicht vorstellbar ist, können Größenideen durchaus positiv besetzt sein. Auch beschreiben Menschen mit Wahnerleben das Gefühl, auf einmal viele Dinge klarer und in einem größeren Zusammenhang zu sehen und zu verstehen. Wahnvorstellungen wirken sicher auf viele Betroffene bedrohlich, aber es werden auch neutrale bis positive Effekte berichtet (Ritunna et al. 2022).

Ähnliches gilt auch für das sogenannte Asperger-Syndrom im Rahmen des Autismusspektrums. Viele Menschen mit Asperger-Eigenschaften erleben sich nicht als defizitär, sondern als anders gegenüber den sogenannten Neurotypischen (Chapman & Carel 2022). Und diese Diversität muss nicht notwendigerweise negativ bewertet werden, da Neurodivergente in vielen sozialen Bereichen eine hohe Funktionalität aufweisen.

Einen besonderen Stolz auf das Anderssein zeigt die »Mad Pride«-Bewegung (Hoffman 2019; Rashed 2019). In Analogie zum Christopher-Street-Day und zur »Body Positivity«-Bewegung von Menschen mit einem höheren Körpergewicht werden die positiven Erfahrungen betont, die Verrücktheit mit sich bringen kann. Und so schwer es auch zu akzeptieren sein mag, die »Pro Ana«- oder »Pro Mia«-Bewegungen von Frauen mit einem Essverhalten, das klinisch als Anorexie oder Bulimie charakterisiert wird, gehen in die gleiche Richtung. Für viele junge Frauen (und manche jungen Männer) ist das veränderte Essverhalten – so lebensbedrohlich und gesundheitsgefährdend es auch sein kann – ein Lebensstil, der ihren Bedürfnissen und Präferenzen entspricht (Roberts Strife & Rickard 2011). »Pro Ana« ist Ausdruck der neurokognitiven und sozialen Diversität, auch wenn wir wissen, dass besonders die Körperwahrnehmungen primär über soziale Medien vermittelt werden. Aber diese kulturelle Überformung gilt ja auch für andere Diagnosen.

Was im psychiatrischen Bereich als krank oder gesund oder als funktional oder dysfunktional betrachtet wird, ist eine Frage der Perspektive, und die dominante Perspektive wird zumeist aus Sicht der Mehrheiten in einer Gesellschaft bestimmt. Dies ist im Umgang mit Annahmen über »psychische Krankheiten« im Übrigen nicht anders als im Umgang mit ethnischen oder rassistischen Stereotypen, wie bereits Ende der 1970er-Jahre von Townsend (1979) festgestellt wurde. Schon seinerzeit schlussfolgerte er:

»Diese Stereotypen werden andauern bis sich die wirklichen Beziehungen zwischen den Gruppen verändern werden, inklusive der relativen Macht.« (Townsend 1979: 221)

Aktuell ist in verschiedener Hinsicht zu erkennen, dass die Macht der institutionellen Psychiatrie abnimmt, seit etwa Peers und andere von psychosozialen Problemen betroffene Personen nicht nur in der Unterstützung Nutzender, sondern auch schon in der Lehre, in der Forschung und sogar in der Leitung psychiatrischer Dienste zu finden sind.

Dass es sich um Stereotype handelt, die von der Mehrheit auf die Minderheit der Neurodivergenten projiziert wird, wird durch eine Umkehr der Perspektiven deutlich. Der Autismusforscher und Aktivist Damian Milton hat in diesem Zusammenhang den Begriff des »Doppelten Empathieproblems« geprägt (Milton 2012). Ausgangspunkt seiner Analyse ist das sogenannte »Theory of Mind«-Problem, mit dem autistische Personen assoziiert werden (Baron-Cohen 1997). Dahinter steckt die Beobachtung, dass Autismus mit Kommunikationsproblemen korreliert. Daraus wurde abgeleitet, Menschen mit Autismus hätten Mühe, sich in andere Personen einzufühlen. Milton betont nun, dass autistische Personen in der Tat Schwierigkeiten hätten, sich in andere Menschen hineinzusetzen, aber das gelte ja auch umgekehrt: Neurotypische haben Probleme, sich in autistische Personen hineinzusetzen. Das »Defizit« oder die »Dysfunktion« liege demnach nicht allein aufseiten der autistischen Personen.

Bestätigt wird das beiderseitige Empathieproblem durch neuere empirische Forschung, die herausstellt, dass autistische Menschen untereinander problemlos kommunizieren (Mitchell et al. 2021) und dass neurotypische Personen Menschen mit Autismus deutlich weniger sympathisch finden als Nichtautistinnen und -autisten (Alkhaldi et al. 2021). Offenbar bestehen Miss- und Fehlverständnisse auf beiden Seiten – nur werden die Defizite eher der Minderheit zugeschrieben.

Schlussfolgerung: Betroffene entscheiden

Ob eine Person sich selbst als krank oder gesund betrachtet, hängt vom subjektiven Erleben ab, dem Ausmaß des Leidens, aber auch vom soziokulturellen Kontext und vom jeweiligen sozialen Umfeld. Neurokognitive Diversität ist in aller Regel auch mit Soziodiversität verbunden. Letztlich gibt es eine Präferenz, ob der eigene psychische Zustand als pathologisch betrachtet wird oder nicht. Sicher wird das Leiden unter bestimmten Phänomenen eher als Krankheit begriffen, aber das muss nicht zwingend so sein. Ein Mensch kann unter bestimmten Phänomenen und Umständen leiden, aber für sich wahrnehmen oder beschließen, sich als anders zu beschreiben.

Das Selbstverständnis hat Folgen für die Suche oder Nichtsuche nach Unterstützung. Wenn eine Person sich als »krank« einschätzt, ist sie möglicherweise eher bereit, sich medizinisch behandeln zu lassen. Wer sich als anders versteht, sucht womöglich nicht Hilfe, sondern wünscht sich zuallererst eine Anerkennung seiner spezifischen Bedürfnisse. Die QualityRights-Initiative der Weltgesundheitsorganisation WHO hat bereits einige Schritte in diese Richtung unternommen: Respekt für die Rechtsfähigkeit, Versorgung ohne Zwang, Nutzendenpartizipation, soziale Inklusion, Recovery (WHO 2021a). Diese Richtung soll im folgenden Kapitel weiterverfolgt werden.