

Epilog

Nicht alle Lesenden werden jeder Argumentation und allen Schlussfolgerungen zugestimmt haben, da bin ich mir sicher. Aber auch wenn nach wie vor erhebliche Fragezeichen bleiben und wenn vor allem bei den Konsequenzen einer Psychiatrie ohne Zwang nicht jede oder jeder einverstanden sein wird, so kann doch vielleicht ein Minimalkonsens umrissen werden:

- Wir wissen nicht, ob Menschen überhaupt eine Psyche oder ein Bewusstsein haben.
- Wir wissen nicht, wie »psychische Krankheiten« valide definiert werden können.
- Wir wissen, dass die Feststellung und die Diagnosen »psychischer Krankheiten« in ihrer heutigen Anwendung wesentlich durch soziokulturelle Faktoren bestimmt werden.
- Wir wissen, dass psychiatrische Zwangsmaßnahmen überwiegend nicht zum Wohl der davon betroffenen Personen sind.
- Wir wissen, dass psychiatrische Zwangsmaßnahmen oftmals nicht als letztes Mittel und als geringstmögliche Einschränkung angewendet werden.
- Wir wissen, dass psychiatrische Behandlungen nicht einmal moderat effektiv sind.
- Wir wissen nicht, ob Menschen über Autonomie und freien Willen verfügen, die durch eine psychische Krankheit beeinträchtigt und durch Behandlung mit Zwang wiederhergestellt werden können.

Zusammengefasst heißt dies: Mit der Anwendung von Zwang sind in der Psychiatrie diverse Annahmen verbunden, die sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt als unsicher herausgestellt haben oder aber als empirisch widerlegt gelten können.

Zudem ist die Anwendung von Zwang gegen Menschen mit psychosozialen Problemen weder auf professioneller Seite noch insbesondere auf Betroffenen Seite ein willkommener Aspekt des Versorgungssystems. Von wenigen Ausnahmen wie den Odysseus-Klauseln abgesehen, will niemand Zwang akzeptieren. Gleichwohl findet er in einem massiven Ausmaß statt. Da stellt sich

die Frage: Was ist der eigentliche Grund für die Anwendung von Maßnahmen gegen den Willen von Personen in der psychiatrischen Versorgung?

Zwang ist eine Form professioneller und institutioneller Gewalt. Gewalt in psychiatrischen Versorgungssystemen basiert fundamental auf einem Konflikt zwischen Professionellen und den Menschen, welche die Versorgung in Anspruch nehmen oder gezwungen sind, diese in Anspruch zu nehmen (Whittington & Richter 2005). Beide Seiten verfolgen unterschiedliche Ziele, wenn sie aufeinandertreffen. Sie begegnen einander im Falle eines Konflikts mit Misstrauen, das sich bis hin zu feindseligen Einstellungen und gewalttätigen Verhaltensweisen hochschaukeln und eskalieren kann. Die Gewalt geht auch an den professionell Beteiligten nicht spurlos vorbei, körperliche und psychische Folgen dieser Konflikte sind weitverbreitet und entsprechend wissenschaftlich untersucht (Lanctôt & Guay 2014).

Hinter der Eskalation steht ein fundamentaler Konflikt: Dominante soziale Konstrukte (Krankheit, Symptome, Einwilligungsfähigkeit) treffen auf gelebte Erfahrungen, welche diesen Konstrukten grundlegend widersprechen: Das heißt, zwei Wahrheiten kollidieren.

Eine Wahrheit ist mit der neurokognitiven Diversität verbunden, die offenbar eine zutiefst menschliche Eigenschaft ist. Menschen denken, fühlen und handeln seit jeher unterschiedlich und tun dies nicht immer so, dass ihre Mitmenschen dies nachvollziehen können. Die zweite Wahrheit betrifft das medizinische Wissen und das mit ihr verbundene therapeutische Konzept, welches Zwang legitimiert.

Der Soziologe Niklas Luhmann hat diesen Sachverhalt als Ausgangspunkt seiner Soziologie der Moral genommen (Luhmann 1978). Entscheidend sind gemäß Luhmann in diesem Zusammenhang die enttäuschten Erwartungen, welche dann entstehen können, wenn Menschen sich nicht den sozialen Normen entsprechend verhalten. Und wenn Menschen sich nicht normkonform verhalten, dann reagiert die soziale Umwelt mit moralischer Missachtung. Moralische Missachtung wiederum ist die Voraussetzung für soziale Exklusion.

Aus der sozialmoralischen Legitimation hat sich im Lauf des 20. Jahrhunderts eine medizinische Rechtfertigung für Zwang und Exklusion entwickelt. Der epistemische Konflikt ist jedoch quasi identisch. Enttäuschte Verhaltenserwartungen (erst: Raserei; dann: psychische Krankheit), verbunden mit Risiken (erst: soziale Missachtung; dann: Selbst- oder Fremdgefährdung)

rechtfertigten schon früher und rechtfertigen noch heute den medizinischen Zwang und den sozialen Ausschluss.

Die Lösung kann nach meiner Überzeugung nur sein, dass die verschiedenen Wahrheiten auf beiden Seiten des Konflikts anerkannt werden. Aber sind wir damit nicht in der postfaktischen Welt alternativer Wahrheiten angekommen? Und leisten wird damit nicht »Subjektivismus, Postmodernismus, Perspektivismus, Intersektionalität« (Rauch 2021: 261) Vorschub, mit denen die objektive Wahrheit untergraben wird?

Folgt man der aktuellen Wissenschaftstheorie, ist das mit der objektiven und eindeutigen Wahrheit so eine Sache. In der auf Bayes-Regeln basierten Wissenschaftstheorie beispielsweise wird Wahrheit dann angenommen, wenn sie sich als empirisch angemessen herausgestellt hat (Sprenger & Hartmann 2019: 82ff.). Empirische Angemessenheit ist aber niemals endgültig, die Bayes-Regeln verlangen ein permanentes Update und damit eine permanente Revision der geltenden wissenschaftlichen Wahrheit. Bestenfalls kommen wir gemäß dieser Theorie nahe an die Realität, aber niemals an die Realität selbst. Und die Annäherung an die Realität geschieht immer auf der Basis subjektiver Annahmen, die als Wahrscheinlichkeiten formalisiert werden. Objektivität wird in dieser Theorie über Methoden und über methodische Transparenz anvisiert (Sprenger 2018). Damit greift die Wissenschaftstheorie auf, was von der feministischen Philosophie (Harding 2015) bis zur Quantenphysik (Rovelli 2022) zunehmend als Faktum anerkannt wird, dass nämlich Wahrheit immer abhängig von der jeweiligen Beobachtungsperspektive ist.

Überträgt man diese Erkenntnisse auf die Diskussion um Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, so gilt es auch hier, die Kontextabhängigkeit und Perspektivität des jeweils eigenen Standpunkts in Rechnung zu stellen. Die derzeit dominante biomedizinische Version der Psychiatrie, wie sie beispielsweise in den Klassifikationssystemen ICD und DSM zum Ausdruck kommt, kann empirisch immer weniger begründet werden und damit auch aus einer wissenschaftstheoretischen Sicht keine »objektive Wahrheit« mehr für sich beanspruchen. Das, was »psychische Krankheit« bedeutet, ist eine jeweils perspektivisch vermittelte soziokulturelle Auffassung und taugt nicht zur Legitimation von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.

Und doch stehen wir derzeit an einem Punkt, an dem möglicherweise der Streit um die Deutungshoheit, was psychische Krankheiten sind, aufgelöst

werden kann. Das Konzept der Neurodiversität oder das Spektrenmodell der neurokognitiven Diversität, das von den Betroffenenorganisationen favorisiert wird, ist mit grundlagenwissenschaftlichen Vorstellungen über menschliche Eigenschaften kompatibel (Khundrakpam et al. 2023; Sweatt 2019).

Ein weiterer und nicht minder wirkungsvoller Effekt des Spektrenmodells ist offenbar eine abnehmende Stigmatisierung von Menschen, mit denen man sich auf einem Kontinuum sieht (Schomerus et al. 2023). Das Spektrenmodell der neurokognitiven Diversität könnte auf diese Weise einen wesentlichen Beitrag nicht nur zur Entstigmatisierung psychosozialer Probleme leisten, sondern auch zur Integration von medizinischen Perspektiven und Betroffenenansichten. Und damit wäre ein großer Schritt hin zu einer menschenrechtsbasierten Unterstützung geleistet.