

Die neuere Kritik an der modernen Psychiatrie im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs

Jasmin Dittmar

Funktionen der modernen Psychiatrie und ihre soziologische Kritik

Das psychiatrische Modell, welches psychische Symptome über das Aufstellen von Kategorien in einem Diagnosekatalog klassifiziert, fungiert seit nunmehr rund 350 Jahren als Institution sozialer Kontrolle, indem es auffällige Personen, deren Verhalten von anderen Gesellschaftsmitgliedern nicht umstandslos einer vertrauten Form der Devianz zugeordnet werden kann, der Kategorie einer bestimmten Störung zuweist (Weingarten 1980: 79). Der Begriff der Devianz umfasst demnach solche Kategorien negativer Beurteilung, die erfolgreich von einer bestimmten Interessengruppe gegenüber anderen Mitgliedern der Gesellschaft verhängt werden. Er ist keine objektive Beschreibung negativen Verhaltens bestimmter Personen, sondern eine Zuschreibung dessen durch Dritte (Conrad und Schneider 1992: 5). Die Macht sozialer Kontrolle haben diejenigen inne, die über die Autorität zur Definition bestimmter Verhaltensweisen, Personen oder Dingen verfügen. Wer festlegen kann, was als problematisch zu betrachten ist und woran sich die Problematik festmachen lässt, kann auch bestimmen, wie dieses Problem gelöst werden sollte (Conrad und Schneider 1992: 8). Das psychiatrische Modell hilft bei der Aufrechterhaltung sozialer Ordnung, indem es soziale Konflikte löst. Dabei erklärt es im Kampf um verschiedene Wirklichkeitskonstruktionen nicht die Gesellschaft zum Problem, sondern die Person, die den vorherrschenden gesellschaftlichen Normalitäten nicht entspricht (Conrad 2007: 8). Psychische Symptome in der Definition als solche transportieren folglich gesellschaftliche Wertvorstellungen in Form ihres Negativs. Durch die Zuschreibung der Rolle des psychisch Gestörten wird der Abweichler selbst verantwortlich für die Lösung seines Problems im Sinne der Anpassung an die bestehenden gesellschaftlichen Normen und Erwartungen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er dabei sich selbst überlassen bleibt. Während der Psychiatrie aus gesellschaftlicher Sicht eine Funktion der sozialen Kontrolle innewohnt, hat sie aus individualistischer Sicht der Betroffenen die Funktion der Wiederherstellung der Fähigkeit zur Er-

füllung seiner sozialen Rollen (Tausig et al. 1999: 141). Die derzeit dominierende Theorie zur Erklärung psychischer Störungen innerhalb der modernen Psychiatrie liefert das biomedizinische Modell, welches die Ursachen für entsprechend normabweichendes Verhalten auf biochemische oder neurophysiologische Hirnfunktionsstörungen zurückführt. Vor diesem wissenschaftlichen Hintergrund versteht die Psychiatrie ihre Aufgabe in erster Linie darin, bei der Diagnostik ‚natürliche‘ Krankheitsursachen zu identifizieren und über den Versuch ihrer Beseitigung die Heilung des Patienten herbeizuführen¹ (Keupp 1980: 67). Über dem dieser Behandlung zugrunde liegenden Prozess der Naturalisierung, nach welchem vom Menschen geschaffene gesellschaftliche Phänomene und Ordnungen aus der ‚Natur‘ der Dinge heraus erklärt werden, wird die Kontrolle abweichenden Verhaltens durch Medikalisierung, die Definition und Behandlung nicht-medizinischer Probleme als medizinische Angelegenheit, ermöglicht (Conrad 2007: 4 ff.). Der Schlüsselbegriff für den Prozess der Medikalisierung ist die Definition, was bedeutet, dass ein Problem als Krankheit betrachtet, in medizinischen Begriffen artikuliert wird und eine entsprechende Lösung im Rahmen medizinischer Konzepte und Behandlungen gefasst ist. Im Zuge der Medikalisierung von Problemen wird Verhaltensweisen, die einst als amoralisch, sündig oder kriminell betrachtet wurden, eine medizinische Ursache zugeschrieben und diese werden so in unterschiedlichem Grad zur Krankheit stilisiert. Auch alltägliche Vorgänge wie z. B. Angst, Stimmung, Menstruation, Unfruchtbarkeit, Alter oder Tod fallen inzwischen unter die Rubrik der Medikalisierung (Conrad 2007: 5 f.). Mit dieser Übergabe des Diskurses um psychotisches Verhalten an die Medizin verschwindet das Thema aus der öffentlichen, moralischen Diskussion.

Während die praktische Gleichsetzung psychischer Störungen mit physischen Krankheiten zu einer hohen Legitimation psychiatrischer Institutionen führt und damit einerseits eine schlagkräftige Konstruktion zur Lösung gesellschaftlicher wie auch individueller Probleme bietet, werden der Prozess der Medikalisierung und die damit zusammenhängenden Konsequenzen für den als psychisch krank Klassifizierten an anderer Stelle jedoch in ganz unterschiedlicher Art und Härte diskutiert. Trotz ihrer hohen Legitimität innerhalb der Gesellschaft ist die Psychiatrie mit ihren Theorie- und Behandlungsmodellen nicht vor Kritik gefeit. Die Frage, inwieweit man den Aussagen von Psychiatern Glauben schenken kann, wird aus vielerlei Richtungen aufgeworfen. Bereits in den 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts war die Psychiatrie eines der bekanntesten Ziele einer soziologischen Kritik, in deren Fokus seinerzeit vor allem die Subjektivierung und

1 Die Beeinflussung symptomatischen Verhaltens durch psychosoziale Variablen bleibt von dieser Warte aus im Wesentlichen unberücksichtigt.

Verkörperlichung von Interaktionsproblemen als objektive ‚Krankheitszustände‘ im Sinne einer weitläufigen Herrschaftskritik stand. Nach dem Abflachen dieser sehr radikalen Kritikströmung in den 1980er Jahren und einer sich parallel weiter etablierenden psychiatrischen Disziplin sind in den vergangenen drei Jahrzehnten vermehrt kritische Stimmen laut geworden, die entgegen der früheren Orientierung nicht mehr primär das Konzept der Medikalisierung als solches in den Blick nehmen, sondern ihr Augenmerk auf verschiedenste damit zusammenhängende Details richten. So ist die neuere Kritik nicht nur inhaltlich, sondern auch methodisch deutlich differenzierter als ihre Vorgängerin der 1970er Jahre, gegenüber der sie ihre Einwände weniger direkt an der Wurzel ansetzt, sondern im Ganzen weitaus pragmatischer und oftmals sehr detailbezogen ausrichtet.

Ein Ziel, viele Wahrheiten –

Psychiatriekritik als diskurskonstituierende Praktik

Taucht man in die Untersuchung der gegenwärtigen Kritik gegenüber der Psychiatrie ein, entfalten sich im Rahmen einer entsprechend analytischen Betrachtung variierende Standpunkte und Zielrichtungen. Vertreter unterschiedlicher Fachrichtungen, wie Soziologen, Historiker, Wissenschaftsjournalisten, auch Psychologen und Psychiater sowie selbst vom psychiatrischen System Betroffene, zeigen in teils recht ähnlicher, teils ungleicher Weise Widerstand gegen die psychiatrische Theorie, Forschung und Behandlungspraxis. Als gemeinsamer Nenner schwebt dabei allen im Groben ein Abkommen von der Hegemonie des biochemischen Modells vor, wobei sich die jeweiligen Zielsetzungen und damit auch die jeweiligen Adressaten und Kritikpunkte inhaltlich voneinander unterscheiden. Betrachtet man die einzelnen Zielsetzungen dieser verschiedenen kritischen Gegen-Diskurse zum gegenwärtig etablierten biomedizinischen Modell der modernen Psychiatrie, so lassen sie sich im weitesten Sinne unter dem Vorhaben der Verbesserung des Wohls psychiatrischer Patienten subsumieren. Unter dieser Oberkategorie treten bei differenzierterer Betrachtung verschiedene Unterziele hervor: Zum einen formulieren einige psychiatriekritische Autoren direkte Zielsetzungen und Änderungswünsche; zum anderen – sofern diese nicht explizit genannt werden – geht die Zielsetzung mit Blick auf eine speziell avisierte Zielgruppe aus dem entsprechend verwendeten Vokabular und Kommunikationsstil hervor. Die Diskursakteure operieren dabei interessenbezogen, taktisch und strategisch, entwickeln eine Geschichte, in der sie die Rollen von Gut und Böse verteilen, und konstituieren auf diese Weise ihre gemeinsame Identität (Keller 2001: 134). Dabei wird jeweils die Etablierung einer eigenen Wahrheit angestrebt, die von der

durch die moderne Psychiatrie vertretenen Wahrheit in mehr oder weniger starker Form abweicht. In der Denktradition Foucaults ist Wahrheit nie ohne Macht zu denken, beides ist untrennbar verknüpft und wird im Zusammenspiel produziert. Es gibt daher keine objektive ‚absolute‘ Wahrheit im ontologischen Sinne, sondern Wahrheit ist immer sozial und in Abhängigkeit von Machtssystemen produziert, auf welche sie zirkulär zurückwirkt (Foucault 1978: 51 ff.).

In einer wissenssoziologischen Analyse von Diskursen geht es darum zu untersuchen, wie symbolische Ordnungen und Deutungsmuster sozial produziert werden, welche Prozesse der Konstruktion, Kommunikation und Legitimation sich rekonstruieren lassen und letztlich auch, welche gesellschaftlichen Folgen sich aus ihnen ergeben (Keller 2001: 135). Im Hinblick auf den vorliegenden Kontext ist dementsprechend weniger eine rein inhaltliche Wiedergabe, sondern vor allem eine systematisierende Darstellung der neueren Psychiatriekritik unter Identifikation ihrer verschiedenen Diskurse interessant. Betrachtet man die regen und vielfältigen Debatten um die gegenwärtig hegemoniale wissenschaftliche Theoriekonstruktion, so stellt sich die Frage, wie aussichtsreich diese Diskurse bezogen auf das ihnen übergeordnete Ziel, die Verbesserung des Wohls psychiatrischer Patienten, einzuschätzen sind. Um sich der Beantwortung dieser Frage zu nähern, kann man verschiedene Wege einschlagen. Da Diskursakteure immer strategisch handeln, erscheint es sinnvoll, zuerst die Objekte ihrer Strategie ins Visier zu nehmen. Zentraler Punkt für eine Kategorisierung vor diesem Hintergrund ist in erster Linie die Frage, *für wen* ein bestimmter Autor schreibt. Richtet sich die Kommunikation an die breite Öffentlichkeit oder an ein Expertenpublikum? Je nachdem, ob es sich um einen wissenschaftlichen oder einen öffentlichen Diskurs handelt, erlegt dieser Umstand bestimmte Bedingungen für die Wahl des verwendeten Vokabulars auf (Keller 2001: 130). *Wie fundamental* oder *detailliert* ist die geäußerte Kritik? Geht sie an die Substanz der psychiatrischen Disziplin oder argumentiert sie innerhalb des Rahmens der gegenwärtig dominierenden wissenschaftlichen Argumentation? Neben der Frage des *für wen?* ist mit Hinblick auf eine alternativ zu etablierende Wahrheit auch der Machtaspekt der beteiligten Akteure am jeweiligen Diskurs von Bedeutung. Als zentraler Punkt für eine Kategorisierung der Kritik neben der Frage nach dem Diskurskontext rückt somit die Frage in den Mittelpunkt, wer die Autoren bzw. Sprecher eines bestimmten Diskurses sind (Foucault 1995: 75) – gehören sie der psychiatrischen Fachdisziplin an oder agieren sie aus einer disziplinernen, externen Perspektive?

Diesen Fragen nachzugehen ist Gegenstand der folgenden Abschnitte, in welchen die gegenwärtigen psychiatriekritischen Diskurse in eine systematische Übersicht gebracht und entsprechend ihrer Kontexte, Akteure und Vokabularen

kategorisiert werden sollen. Hierbei zeichnen sich im Wesentlichen zwei Hauptlinien ab, die zum einen den öffentlichen, zum anderen den Diskurs im Expertenkontext markieren. Dem öffentlichen Diskurs wird dabei neben den eindeutig an ein Laienpublikum gerichteten Aussagen auch die soziologische Schiene zugeordnet, was an dieser Stelle überraschen mag, aber durchaus begründet ist. Soziologen sind per se ebenso Experten wie Psychiater und argumentieren daher anders als Akteure eines öffentlichen Diskurses. Im Fall der Psychiatriekritik jedoch verschmilzt die Argumentationsführung und die Form der Äußerungsmodalitäten zu einem praktisch einheitlich erscheinenden Diskurs zusammen, so dass der hier als öffentlich bezeichnete Kontext Darlegungen, die sich an ein soziologisches Fachpublikum richten, mit solchen, die die breite Öffentlichkeit ansprechen sollen, vereinigt. Des Weiteren gibt es inzwischen eine umtriebige Bewegung innerhalb der Gruppe der Betroffenen, die in vielerlei Hinsicht engagiert ist, die Öffentlichkeit zu aktivieren. Neben diesem verschiedenartigen öffentlichen Diskurs ist als zweite Schiene in der Diskussion um die Kritik an der modernen Psychiatrie der Expertendiskurs von Bedeutung. Er umfasst einerseits ein Kollektiv an Akteuren, die unter der Überschrift einer postpsychiatrischen Kritik eine sich auf die theoretischen Grundlagen bezogene Gegenargumentation zur modernen Psychiatrie aufbauen, sowie andererseits Sprecher, die anhand konkreter empirischer Ergebnisse etablierte wissenschaftliche ‚Erkenntnisse‘ der aktuellen psychiatrischen Forschung und Behandlungspraxis herausfordern. Welche Wahrheiten in den jeweiligen Diskursen genau produziert werden, wird im Folgenden näher veranschaulicht.

Psychiatriekritik im öffentlichen Diskurs

Der öffentliche Diskurs findet primär mit Blick auf eine möglichst breite Masse an Rezipienten statt. Dabei müssen bestimmte Regeln beachtet werden, die sich von den Kommunikationsregeln in Expertenkontexten deutlich unterscheiden. Begründungsweisen und Deutungsproduktionen, welche an die breite Masse der Öffentlichkeit gerichtet sind, sollten dementsprechend an ein allgemeinverständliches Vokabular angelegt sein. In diesem Rahmen stellen auch emotionale Appelle eine passende Kommunikationsstrategie zur ‚Belebung‘ und Unterfütterung der nackten inhaltlich vorgebrachten Kritikpunkte dar (Keller 2001: 130). Ihre Autoren sind im Wesentlichen Soziologen, Wissenschaftsjournalisten und Experten aus verschiedenen Sparten des Gesundheitswesens², die nicht nur Fach-

2 Psychiatrie, Psychologie, Gesundheitsfürsorge und Sozialwesen

artikel, sondern vor allem auch Texte für das Laienpublikum der breiten Masse verfassen. Zielsetzung der Diskursakteure ist in erster Linie, *von außen* auf die Forschung und Praxis der Psychiatrie einzuwirken. In den 1970er Jahren ist im Zuge der ersten Welle vehemente moderner Psychiatriekritik vor allem der Aspekt von Zwang und Macht in den Vordergrund gerückt worden. Diese fundamentale Form der Kritik hat sich im Wesentlichen einer konstruktivistischen Argumentation bedient, die auf negative Gesichtspunkte von Medikalisierung an sich und die dahinter liegenden Machtstrukturen abhebt. Mit dem Versuch der Untergrabung des Grundmodells der Psychiatrie als eine medizinische Wissenschaft und Praxis wurde so versucht, die Disziplin direkt an ihrer Wurzel zu packen. Szasz, einer der umtriebigsten Akteure der älteren, radikalen Kritik, fundiert seine Argumentation gegen die Psychiatrie fast ausschließlich auf ihren möglichen Nachteilen für Patienten und den Vorteilen für die Macher und Experten. Medikalisierung ist nach Szasz weder Heilkunde noch Wissenschaft, sondern eine soziale Strategie, die wenigen nützt, aber vielen schadet (Szasz 2007: xxvi). Das gesamte Unternehmen der Psychiatrie beruhe durchweg auf dem Sinnen nach Macht durch die an ihr beteiligten Experten, welche auf Seiten ihrer Patienten jegliches Risiko der Stigmatisierung durch Diagnostik und Verlust an Freiheit aufgrund der entsprechend erfolgenden Behandlung und Einweisung missachteten. Szasz ist es wichtig, das Augenmerk auf die Tatsache zu lenken, dass die Psychiatrie im historischen Rückblick in erster Linie als Zwangsmaßnahme denn als Heilung gedacht war und ursprünglich zum Dienste der dominierenden Klasse in England geschaffen wurde, um sich der nervenden und unkonventionellen Verhaltensweisen einiger ihrer Mitglieder zu entledigen (Szasz 2007: 55 ff.).

Die neuere öffentliche Psychiatriekritik steht zwar inhaltlich in der Tradition der Kritik der 1970er Jahre, ist demgegenüber jedoch differenzierter und weniger radikal in ihrer Argumentation. Der Prozess der Medikalisierung hat nicht nur Nachteile, sondern auch Vorteile. Hierzu lässt sich beispielsweise die sanftere Form der Sanktion im Vergleich zur Bestrafung unter der Hoheit des Rechtssystems anführen, wie auch die Destigmatisierung der Betroffenen durch die Entlastung von der Verantwortung für ihr abweichendes Verhalten aufgrund der Zuschreibung einer Krankheit oder aber der Optimismus des modernen medizinischen Modells mit seiner Aussicht auf Heilung benennen (Tausig et al. 1999: 146). Während qua Medikalisierung Probleme ohne Berücksichtigung des sozialen Kontextes auf den Einzelnen zurückgeworfen werden, wird im selben Zuge für das betreffende Individuum die Verpflichtung zur Eigenverantwortlichkeit reduziert. Wenn Alkoholismus eine Krankheit ist, trägt der Erkrankte keine Schuld an seinem übermäßigen Alkoholkonsum (Conrad/Leiter 2003: 7). Während die

frühere Kritik solche Aspekte völlig außer Acht gelassen hat, erscheint ihre jüngere Nachfolgerin diese durchaus im Blick zu haben, setzt sie ihre Kritik doch pointierter an, anstatt sogleich die gesamte psychiatrische Disziplin über die Klänge springen zu lassen. Dabei werden ganz unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund gerückt, die von einer noch relativ grundsätzlichen bis hin zu einer fokussierten Kritik bedeutender psychiatrischer Institutionen reichen.

Die Psychiatrie, ein durchaus zweifelhaftes Konstrukt

Durch die Benennung von Krankheiten und ihrer Klassifikation in ein Diagnosesystem erhebt die Psychiatrie den Anspruch darauf festzulegen, was als normal gilt und steckt dabei die Zuständigkeit für ‚Wahnsinn‘ als ihr legitimes Arbeitsgebiet ab (Kirk und Kutchins 1997: 15). Ein großes Feld der Kritik im öffentlichen Diskurs, welcher daran Anstoß nimmt, dass die konventionelle Sicht in der Psychiatrie Diagnosen als Bezeichnungen für pathologische Zustände, die mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden ‚aufgedeckt‘ werden müssen, versteht, ist nach wie vor die Aufklärung bezüglich der konstruktivistischen Merkmale der Disziplin (Kirk und Kutchins 1997: 15). Dabei wird versucht zu entschleiern, dass Psychiatrie keine objektive Wissenschaft, sondern von Menschen gemacht und damit gleichzeitig von bestimmten Interessen geprägt ist. Sehr aktiv auf dem Gebiet der öffentlichen Aufklärungen hinsichtlich der Konstrukteure psychischer Normalität und Anormalität ist Paula Caplan³, die die Öffentlichkeit über Petitionen und Radioauftritte zu mobilisieren versucht. Nach Caplan ist die gesamte Diskussion um den Rahmen von Normalität für die Situation des Patienten sehr problematisch, ja sogar überhaupt erst Problem erzeugend, weil viele psychische Leiden erst aufträten, weil sich die Betroffenen darüber den Kopf zerbrechen würden, ob sie denn nun normal sind oder nicht (Caplan 1995: 12). Bringe man sie weg von dieser Denkweise, sei damit oftmals schon der Weg zum Wohlbefinden geebnet. Energie, die dafür aufgewendet wird, die Grenze zwischen Normalität und Anormalität bestmöglich zu setzen und immer wieder zu aktualisieren, sei für das Wohl des Patienten vollends Verschwendung. Im Gegenteil: Wird eine Person als nicht normal klassifiziert, bestimmt das Angehören zu dieser Rubrik plötzlich ihr Denken und Befinden, ruft Angst, Scham, Konflikte, Wut oder gar Panik hervor (Caplan 1995: 9). Die Zuschreibung einer psychischen Störung ist nicht per se schlecht, aber zu oft, so Caplan, ist das Ergebnis für den Patienten unterm

3 Caplan war neben ihrer Arbeit in der psychologischen Forschung und psychotherapeutischen Beratung für die American Psychiatric Association (APA) tätig und hat darüber einen Einblick gewonnen in die Prozesse der Entscheidungen darüber, wie Anormalität konstruiert wird.

Strich negativ. Zwar kann die Kategorisierung als psychisch krank bestimmte Sozialleistungen ermöglichen, andererseits kann sie nicht mehr aus dem Lebenslauf gelöscht werden und so für Zukünftiges, wie etwa Lebensversicherungen, Sorgerecht oder Berufliches, im Wege stehen (Caplan 1995: 9). Auch eine negative Selbstbewertung sei häufig eine Folge der Etikettierung mit einer psychischen Störung, während die Frage nach den Ursachen für die eigenen negativen Gefühle und dem bestmöglichen Umgang mit ihnen weiterhin völlig offen bleibe (Caplan 1995: 273 f.). Caplan erklärt die moderne Denkweise traditioneller Psychiater und Psychologen insofern für Unsinn, als sie darauf ausgerichtet sei, für jede Störungskategorie eine passende Behandlungsmethode anzunehmen. Nicht alle, jedoch viele Therapeuten seien weitaus weniger verantwortungsvoll und kompetent in der Behandlung ihrer Patienten, als die verbreitete Meinung, welche davon ausgeht, dass Therapeuten sicher wüssten, was sie tun, widerspiegele (Caplan 1995: 17). In Wirklichkeit, so beruft Caplan sich auf ihre eigene praktische Erfahrung in der Rolle der Psychotherapeutin, lässt sich ganz oft überhaupt nicht ausmachen, warum ein Betroffener sich plötzlich besser fühlt (Caplan 1995: 19). Eine distanzierte, übergeordnete Haltung des Therapeuten gegenüber den Betroffenen könne dazu verführen, gefühllose Methoden wie Elektroschocks oder psychotropische Medikation anzuwenden. Der Patient an sich rückt umso mehr aus dem Blickfeld, je „verrückter“ seine Diagnose ausfällt (Caplan 1995: 25 f.). Caplans Ziel ist es daher aufzuzeigen, *wie* Entscheidungen darüber getroffen werden, wer normal ist (Caplan 1995: xvi). Sie ist der Überzeugung, dass das Wissen über den Prozess dieser Entscheidungsfindung dazu beiträgt, das Leid und die Einbußen all derer zu beseitigen, die von anderen als abnormal bezeichnet werden oder sich selbst als nicht normal betrachten. Indem sie die breite Masse auf diese Thematik aufmerksam macht, will Caplan ehemalige, gegenwärtige und zukünftige Therapiepatienten, ihre Freunde und Familienmitglieder sowie Therapeuten dazu ermutigen, die Zuschreibung psychischer Diagnosen kritisch zu reflektieren (Caplan 1995: 281). Vor allem Patienten sollten auf ihre eigenen Fähigkeiten vertrauen und sich nicht unhinterfragt unter die Fuchtel von vermeintlichen Experten begeben (Caplan 1995: xxii f.).

Zur Illustration der Konstruiertheit von Normalität und Abweichung wird im kritischen Diskurs häufig eine geschichtliche Perspektive eingenommen, da im historischen Zeitraffer Kontingenz, Dynamik und Relativität in Bezug auf die jeweilige Epoche und den gesellschaftlichen Kontext aufgezeigt werden können. Das Beispiel des Umgangs mit Homosexualität⁴ früher und heute ist nur ei-

4 Bis 1973 galt Homosexualität als psychische Störung und war als solche im Diagnosekatalog der American Psychiatric Association vertreten.

nes von vielen, das die Konsequenzen dieses Umstandes verdeutlicht. Wenn eine Störung biologisch erklärbar wäre, so hätte sie zu jeder Zeit und in jeder Gesellschaft in der gleichen Korrelation in der gleichen Form auftreten müssen. Der Blick auf die Historie psychischer Störungen zeigt jedoch etwas anderes, wie Robert Whitaker in seinem Bestseller ‚Mad in America‘ (2010b) aufzuzeigen weiß, indem er unverblümt die Unmenschlichkeit früherer Behandlungsmethoden veranschaulicht. Auf diese Weise führt er den Leser stückweise an die Gegenwart heran und kommuniziert schonungslos seine Kritik an der gegenwärtigen Medikation psychischer Störungen, indem er sie mit früheren Methoden, wie Insulin-Koma-Therapie, Elektroschocks und Lobotomie, im selben Atemzug thematisiert. Conrad und Leiter kritisieren am derzeitigen medizinischen System seine Kurzsichtigkeit, da die entsprechend durchgeführte reine Symptombekämpfung den Zustrom an neuen Fällen nicht an seiner Wurzel packen könne. Ohne den Blick auf die wirklichen Ursachen für Erkrankungen zu richten, welche oft sozialer Natur sind, werde es schwer eine nachhaltige Gesundheitspolitik zu betreiben (Conrad und Leiter 2003: 3).

Die Bestimmung abweichenden Verhaltens ist vor allem auch immer eine Machtfrage (Conrad und Schneider 1992: 2). Das Instrument, das Psychiatern die offizielle Rechtfertigung für ihre expandierende Kontrolle darüber liefert, welches Verhalten medikalisiert wird, ist das DSM, welches nicht nur zur Klassifikation psychischer Störungen dient, sondern auch Anwendung findet bei der Bestimmung von Vormundschaften, Strafbarkeit und gesundheitlicher Tauglichkeit für Gefängnisaufenthalte (Kirk und Kutchins 1992: 9). Während das DSM aus Sicht der Diagnostiker dazu dient, psychische Störungen zu beschreiben und bei betroffenen Personen zu identifizieren, geht es bezogen auf unser Selbstverständnis über diese Grenze hinaus: Das Manual sagt uns, wie wir über uns selbst denken sollten, wie wir auf Stress reagieren sollten, welches Maß an Angst oder Traurigkeit wir fühlen dürfen oder auch wie und wann wir schlafen, essen und sexuell aktiv sein sollten, und reicht auf diese Weise weit in unser aller Alltagsleben hinein (Kirk und Kutchins 1997: 15). In Anlehnung an das Manual würden unzählige menschliche Probleme in den Kompetenzbereich der Psychiatrie verschoben. Deren zunehmend wachsendes Feld wiederum werde dominiert von den Konflikten zwischen den Interessen des psychiatrischen Establishments, die gegen die Interessen der Krankenversicherungen in den Ring gehen. Neben diesem Interessenkonflikt sehen Kirk und Kutchins die Fragilität der Wissenschaft gegenüber politischen Interessen als kritikwürdiges Feld an. Sie sind der Auffassung, dass politische wie auch persönliche Aspekte eine große – wenn nicht *die größte* – Rolle in der Diskussion um die Festlegung dessen spielen, was als psychische

Störung definiert wird. Der Eindruck, das DSM verkörpere eine neue psychiatrische Lehre, konnte sich vor allem deshalb so erfolgreich etablieren, da die Illusion erzeugt wurde, es sei das Ergebnis enorm umfangreicher Forschungsarbeiten (Kirk und Kutchins 1992: 14). Auch Whitaker merkt in dieser Hinsicht kritisch an, dass Ärzte schon immer gute Gründe vorgebracht hätten, warum ihre Behandlungsmethoden Wirkung zeigen: Sei es die Entfernung der Zähne, die dem psychotischen Patienten hilft, weil mit den Zähnen gefährliche Bakterien entfernt wurden; sei es die Lobotomie, bei der das kranke Gehirngewebe gezielt operativ entfernt worden ist; sei es die Insulin-Therapie, welche die (vermeintlich) kranken Zellen in einem künstlichen Koma zerstören sollte (Whitaker 2010b: 196). Nach Caplan ist die allgemeine Haltung in der ungeschulten Gesellschaft die, dass Experten und Autoritäten scheinbar ‚automatisch‘ im ersten Moment eine hohe Legitimation zugeschrieben wird. Man gehe davon aus, dass es schon richtig sein wird, was der Experte sagt, und selbst, wenn mit den Jahren der Erfahrung auch die Erkenntnis aufscheine, dass Expertentum nicht mit Objektivität gleichgesetzt werden darf, so schütze dies noch lange nicht vor der Enttäuschung über das verlorene Vertrauen, das man so gerne ihnen gegenüber aufrecht erhalten hätte. Psychiatern komme gegenüber anderen Therapeuten nicht nur deshalb der größte Einfluss bei der Bestimmung darüber zu, wer als normal gilt, weil ihre bedeutendste Organisation (die APA) ein Diagnosehandbuch bereitstellt, sondern vor allem weil sie dem medizinischen System zugeordnet seien. Dies verschafft ihnen einen höheren Rang und Status, weil ihnen gegenüber anderen Therapiedisziplinen ein höherer Grad an Wissenschaftlichkeit beigemessen wird – und wer im Dienste der Wissenschaft steht, von dem geht man aus, dass er objektive Urteile trifft (Caplan 1995: 29 f.). Die Schlüsselfiguren des DSM ignorierten konsequent sowohl die Forschung als auch das Leid der Patienten, während sie sich gleichzeitig selbst nach außen hin nur die edelsten und altruistischsten Motive zuschreiben würden (Caplan 1995: 227). Der gute Eindruck gegenüber Kollegen zähle mehr als das Wohl der Patienten und schließlich wiken letzten Endes Macht, Wohlstand und Ruhm bzw. Eigenwerbung, wenn man bei der Erstellung des DSM mitmischte (Caplan 1995: 229 f.). Kirk und Kutchins bezeichnen das DSM als psychiatrische Bibel und auch sie schreiben dem Manual eine weitaus größere Bedeutung als die eines einfachen Referenzbuchs zu: Es sei eine Sammlung seltsamer sozialer Werte, politischer Kompromisse, wissenschaftlicher Aussagen und Anhaltspunkt für Versicherungsansprüche (Kirk und Kutchins 1997: x). Problematisch am DSM sei nicht nur seine Anfälligkeit für Verzerrungen und, sondern vor allem, dass durch solche Verzerrungen scheinbar normales Verhalten Kategorien der Krankheit zugeordnet wird und dabei oftmals rassistische oder sexistische

Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei
Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik
Dellwing, M.; Harbusch, M. (Hrsg.)
2013, VI, 410 S. 20 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-531-18783-9