

# Neuromythologie und die Macht der Psychiatrie : zur Dominanz des neurobiologisch- psychiatrischen Denkstils

Autor(en): **Rufer, Marc**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Widerspruch : Beiträge zu sozialistischer Politik**

Band (Jahr): **26 (2006)**

Heft 50

PDF erstellt am: **14.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-652003>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Neuromythologie und die Macht der Psychiatrie

### Zur Dominanz des neurobiologisch-psychiatrischen Denkstils<sup>1</sup>

Den Begriff des Lebens haben heute die Neurowissenschaftler auf *ihre* Fahnen geschrieben; dass auch Psychologie und Sozialwissenschaften Relevantes über das Leben des Menschen aussagen können, wird dabei stillschweigend übergangen. Führende Hirnforscher sind davon überzeugt, dass die Ergebnisse der Hirnforschung zu einer Veränderung unseres Menschenbildes führen werden. Die Hirnforschung, *die* „Jahrhundertwissenschaft“, ist daran, sich zur neuen Gesellschaftslehre aufzuschwingen. Innerhalb von nicht einmal zwei Jahrzehnten hat sich die Hirnforschung vom kleinen Randgebiet zu einem der grössten Wissenszweige überhaupt entwickelt. Staat und Industrie investieren Milliarden, um zu ergründen, wie „das komplexeste Gebilde des Kosmos funktioniert“ (Kraft 2004, 21). Der prominente Neurobiologe Antonio Damasio ist der Ansicht, dass wir bald wissen werden, „wie wir Glück, Trauer, Lust und Schmerz erfahren, und selbst die Mechanismen des Bewusstseins werden uns keine Rätsel mehr aufgeben.“ (ebd.) Dem Zeitgeist entspricht heute die Auffassung, dass nur die Neurobiologie Grundfragen psychischer Leistungsfähigkeit, aber auch psychischer Störungen endgültig beantworten kann. Die „eigentliche“ Erklärungsgrundlage für psychische Phänomene sei die neurophysiologische.

Selbstverständlich haben psychische Vorgänge ein physiologisches Korrelat. Doch die Kenntnis des neurobiologischen Funktionierens kann zur Beantwortung der grossen Fragen des Menschseins kaum etwas beitragen. Was beispielsweise „die Beziehung zwischen Gehirnprozessen und Bewusstsein betrifft, wissen wir de facto nicht einmal, wie wir die Frage genau stellen sollen.“ (Prinz 2004, 35) „Denn ebensowenig, wie sich Gehirnfunktionen auf Physik und Chemie reduzieren lassen, lassen sich soziale und kulturelle Phänomene auf Hirnphysiologie zurückführen.“ (ebd.) „Menschen sind das, was sie sind, vor allem durch ihre Kultur – und das durch und durch, bis in die tiefsten Wurzeln ihrer kognitiven Leistungen und die hintersten Winkel und Windungen ihrer Gehirne.“ (ebd.) Und als die bestimmende Struktur gräbt sich die Gesellschaft in den Keim allen Lebens ein (Jacoby, 1978, 155). Sie prägt das Individuum und seine Beziehungen.

Die Neurowissenschaftler verhalten sich wie Chemiker, die versuchen würden, aufgrund der Analyse der Farbe und der Leinwand eines Gemäldes von Rembrandt oder van Gogh Aussagen über den künstlerischen Wert oder über die Gefühle, die das Werk beim Betrachter auslöst, machen zu können. Dennoch erklären elf führende Neurowissenschaftler in ihrem

„Manifest“ (Monyer 2000), dass „uns in den nächsten zehn Jahren enorme Fortschritte ins Haus stehen werden“: Sie sind der Ansicht, dass sie wahrscheinlich die wichtigsten molekularbiologischen und genetischen Grundlagen für Krankheiten wie Schizophrenie und Depression verstehen werden und diese Leiden schneller erkennen, vielleicht von vornherein verhindern oder zumindest wesentlich besser werden behandeln können. „In absehbarer Zeit wird eine neue Generation von Psychopharmaka entwickelt werden, die selektiv und damit hocheffektiv sowie nebenwirkungsarm in bestimmten Hirnregionen an definierten Nervenzellrezeptoren angreift. Dies könnte die Therapie psychischer Störungen revolutionieren – auch wenn von der Entwicklung zum anwendungsfähigen Medikament noch etliche weitere Jahre vergehen werden.“ (ebd., 36)

Diese Prognose wagen sie, obschon sie sich bewusst sind, dass sich die Hirnforschung in vielerlei Hinsicht heute gewissermassen auf dem „Stand von Sammlern und Jägern“ befinde. Namentlich die hochgelobten, bildgebenden Verfahren werden massiv überschätzt: „Das ist in etwa so, als versuchte man die Funktionsweise eines Computers zu ergründen, indem man seinen Stromverbrauch misst, während er verschiedene Aufgaben abarbeitet.“ (Monyer 2000, 33) Diese Selbsteinschätzung der Neurowissenschaftler bedeutet eine deutliche Abwertung der farbigen und suggestiven PET- und fMRT-Bildchen, die allüberall – im Fernsehen, in Illustrierten usw. – zu sehen sind und vor allem viele Psychiater in euphorische Zustände versetzen. Ihr oft zu hörender Kommentar: „Heute können wir dem menschlichen Gehirn bei der Arbeit zuschauen.“

### **Vom Recht auf Zwang**

Es ist heute selbstverständlich geworden, Störungen der psychischen Befindlichkeit mit Psychopharmaka zu behandeln. So selbstverständlich, dass sogar Asmus Finzen, durchaus kein sturer Medikamenten-Befürworter, sich zu den folgenden Aussagen hinreissen liess: „Es gibt Situationen, in denen psychisch Kranke ein Recht darauf haben, dass ihnen gegen ihren erklärten Willen geholfen wird.“ (Finzen 1993, 13) Und: „Wenn die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt sind – wenn eine schwere psychische Krankheit vorliegt, die die Urteilsfähigkeit des Betroffenen aufhebt oder schwer beeinträchtigt, dann gibt es u. E. nicht nur das Recht der Gesellschaft, eine solche Behandlung zu erzwingen. Dann meinen wir, dass die psychisch Kranken ein Recht darauf haben, dass sie diese Hilfe auch bekommen. Wenn wir sie ihnen vorenthalten, und sei es auch im Namen der Freiheit, ist das nicht nur ein Angriff auf ihre Würde. Es ist schlichte Barbarei.“ (ebd.)

Letztlich löst immer die Ablehnung des Betroffenen, die verordneten Psychopharmaka zu schlucken, die Zwangsbehandlung aus. Doch für diese Ablehnung gibt es gute Gründe: Die Psychopharmakotherapie ist

umstritten, ihre therapeutischen, das heisst: heilenden Wirkungen sind nicht ausgewiesen (vgl. Rufer 2001 und 2004). Die schädigenden, bisweilen sogar tödlichen Wirkungen der bei Zwangsbehandlungen praktisch ausschliesslich verwendeten Neuroleptika dagegen sind allgemein anerkannt. Wer „krankheitseinsichtig“ ist, schluckt willig die Medikamente, wer nicht „krankheitseinsichtig“ ist, beweist damit seine Urteilsunfähigkeit und kann zwangsbehandelt werden. Wie problematisch die Verwendung des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie ist, wird hier im Folgenden noch ausführlich aufgezeigt. Und dennoch wird den Betroffenen ein „Recht“ zugesprochen, sich zu einer Behandlung zwingen zu lassen. Finzens Aussage widerspiegelt präzise die Situation, wie sie in der klinischen Psychiatrie herrscht: Psychiaterinnen und Psychiater, die, sei es im Namen der Freiheit oder sei es im Namen der Rechte der Betroffenen oder der Menschlichkeit, nicht bereit sind, Zwangsbehandlung vorzunehmen, sind in der heutigen klinischen Psychiatrie untragbar.

Das Thema Zwangsbehandlung wird zunehmend brisanter. Psychiatrische Gewaltanwendung bleibt heute nicht ausschliesslich auf die psychiatrische Klinik beschränkt: In den meisten Staaten der USA und in einigen Ländern Europas ist die ambulante Zwangsbehandlung bereits eingeführt. Unter anderem in der Schweiz, in Deutschland und Grossbritannien wird diese Frage rege diskutiert (vgl. Rufer 2005). Übersehen wird dabei, dass Zwangsbehandlungen *das* grosse Problem der Psychiatrie sind. Dass in vielen Ländern Zwangsbehandlungen auch ausserhalb der Klinikmauern möglich wurden, bedeutet eine dramatische Ausweitung der Ordnungsfunktion der Psychiatrie (vgl. Rufer 2004), die sie noch weiter von der somatischen Medizin wegführt.

### **Traumatisierung in der Psychiatrie**

Für eine Zwangsbehandlung wird wenn nötig das „Aufgebot“ herbeigerufen: Bis zu acht, zu körperlicher Gewalt bereite Pfleger stehen dann dem Betroffenen gegenüber. Doch auch Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft gewalttätige Aktionen. Die psychiatrische Zwangsbehandlung bedeutet für die Betroffenen genauso wie Vergewaltigung und Folter eine schwerwiegende Traumatisierung bzw. löst eine traumatische Reaktion aus (ausführlich Rufer 2005): Die Grunderfahrung dieser Traumatisierungen für die Betroffenen ist die des radikalen Macht-Ohnmachtgefälles. Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Reinfantilisierung des Opfers zur Folge (Ehlert 1988, 505), elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, wird auch als erzwungene Regression bezeichnet (ebd., 507). Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verschwimmt. Das traumatisierte Ich versucht, so lange als möglich verzweifelt daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder

erwachen werde (ebd., 506). Dieser Zustand ist gefährlich, er kann zur totalen Verwirrung führen.

Das Trauma lässt das Gefühl eines existentiellen Liebesverlustes entstehen, was mit Verschmelzungswünschen und einer tiefen Liebesehnsucht verbunden ist. Es bildet sich der Wunsch, gerade von demjenigen, der Gewalt ausgeübt hat, Trost über das erfahrene Leid zu erhalten. Das Opfer versucht, so zu sein, wie es seiner Meinung nach vom Täter erwartet wird – das Selbstbild des Opfers gleicht sich dem Fremdbild des Täters an. Im Bereich der Psychiatrie bedeutet das fatalerweise die Übernahme der Krankenrolle. Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich als „flashback“ manifestieren: Das Opfer sieht sich unvermittelt in die traumatische Situation zurückversetzt. Was oft auch zurückbleibt, sind ein Gefühl der Schuld wie auch die Neigung, Selbstmord zu begehen.

Hinzu kommt, dass PsychiatriepatientInnen bereits im Vorfeld der Zwangseinweisung durch schwerwiegende Konflikte mit ihren Angehörigen, mit Arbeitgebern oder Lehrern usw. vorbelastet sind. Zudem sind sie den Wirkungen der Neuroleptika ausgesetzt, die die Gefühlswahrnehmung unterdrücken und das Auftreten von deliranten Syndromen bzw. toxischen Delirien bewirken können: Verwirrung, Desorientierung, Halluzinationen also und auch Suizidalität aufgrund der Medikamentenwirkung. Ihre Fähigkeit, die Folgen der Traumatisierung bewusst zu verarbeiten, ist damit ganz wesentlich beeinträchtigt. Dazu bräuchte es vor allem ein möglichst klares Bewusstsein und intakte Gefühle. Verhängnisvoll ist auch die Isolation der Betroffenen nach der Zwangsbehandlung. Der damit verbundene Wegfall von Sinnesreizen (sensorische Deprivation) führt zum Auftreten von aussergewöhnlichen Bewusstseinszuständen (ABZ), zu deren Erscheinungsbild u.a. Wahrnehmungsverzerrungen und Halluzinationen gehören. Zudem bedeutet die Diagnose für den Betroffenen – insbesondere dann, wenn sie zum ersten Mal gestellt wird – eine äusserst schwer zu verarbeitende Erfahrung. Psychiatrische Diagnosen, insbesondere die „Schizophrenie“, verändern auf einen Schlag das Selbstverständnis und damit die Identität der betroffenen Person.

Genau die Symptome, die PsychiaterInnen zu behandeln vorgeben – also Verwirrungen, Halluzinationen, die Neigung, Selbstmord zu begehen sowie die Hilflosigkeit der Betroffenen –, können durch ihre Eingriffe potenziert, chronifiziert, ja sogar neu produziert werden. Was hier stattfindet, kann als typischer psychiatrischer *Circulus vitiosus* bezeichnet werden: Zuguterletzt bestätigen die Symptome, die in der Folge der Zwangsmassnahmen auftreten, dem Psychiater die Diagnose, was die Ausübung der Gewalt rückwirkend legitimiert. „Dieses Machtspiel, das eine Erkenntnis hervorbringt, die ihrerseits erst das Recht zur Ausübung der Macht verleiht, ist charakteristisch für die „klassische“ Psychiatrie.“ (Foucault 2005, 503)

## Machtverhältnisse und Wahrheitsproduktion

„Die Machtbeziehungen bilden das Apriori der psychiatrischen Praxis; sie bestimmen die Funktionsweise der Institution, die Beziehung zwischen den Beteiligten und die Form des ärztlichen Eingriffes.“ (Foucault 2005, 503) Aufgrund dieser Machtbeziehungen unterscheidet sich die Psychiatrie bis heute grundsätzlich von allen übrigen Spezialgebieten der Medizin: „Der kranke Wille, der möglicherweise nicht zu fassen war, weil er keinen Ausdruck in einer Wahnvorstellung fand, kommt zum Vorschein, weil er sich dem gesunden Willen des Arztes widersetzt.“ (ebd., 494) Genau in dieser Situation ist der Psychiater gefordert, da kann er sich bewähren. „Man muss das ganze Wesen gewisser Kranker unterjochen, ihre Anmassung besiegen, ihren Zorn zähmen, ihren Stolz brechen...“ (Foucault 1975, 73) Der Arzt wird zum „Herrn des Wahnsinns“, der auch den verborgenen Wahn durch seine Intervention in seiner „Wahrheit“ erscheinen lässt; er beherrscht und besänftigt ihn, nachdem er ihn wissentlich entfesselt hat (ebd.). Der Zusammenstoß mit dem Betroffenen wird zum grundlegenden Akt, „durch den der Wahnsinn als Wirklichkeit und der Psychiater als Arzt existieren wird.“ (Foucault 2005, 391)

Die Psychiatrie rechtfertigt ihre Macht dadurch, dass sie Phänomene – Symptome, Krankheitserscheinungen – produziert, die sich in die medizinische Wissenschaft integrieren lassen (Foucault 1975, 74).<sup>2</sup> Dadurch erscheint der Arzt als kompetent, als derjenige, der die Krankheiten und die Kranken kennt und über ein wissenschaftliches Wissen derselben Art wie der Chemiker oder Biologe verfügt (Foucault 2005, 496). Doch es wird hier keine verborgene Wahrheit entdeckt, vielmehr wird ihre Produktion organisiert (Foucault 1975, 64): Im rituellen Rahmen der psychiatrischen Klinik und in der Konfrontation mit dem Psychiater entsteht erst die Realität der Krankheit. Die Macht des Psychiaters ist mit der Wahrheit dessen, was er sagt, verstrickt (ebd., 75). Die psychiatrische Macht hat sich dann endgültig durchgesetzt, wenn der zwangsbehandelte Betroffene ein Geständnis ablegt, wenn er – gleich einer rituellen Beichte – seine psychiatrische Symptomatik bestätigt, wenn er erklärt, dass die erlittene Gewalt für ihn unerlässlich und nützlich gewesen sei. „Wenn das Subjekt selbst sein Verbrechen, seine Verfehlung oder sein verrücktes Begehren eingesteht, so ist das wohl der *beste Beweis, das sicherste Zeichen dafür*.“ (ebd., 65, Herv. i.O.) „Das Problem bei dieser Sorte Geständnis – etwa in den religiösen, später gerichtlichen Praktiken des Mittelalters – bestand nicht darin, ob es buchstäblich stimmte und als zusätzliches Element die anderen Mutmassungen ergänzen konnte; das Problem war lediglich, dass es überhaupt und in Übereinstimmung mit den Regeln abgelegt wurde.“ (Foucault 1975, 66)

Was immer unter Psychiatriekritik und Antipsychiatrie verstanden wird – sinnvoll und glaubwürdig sind sie dann, wenn sie die psychiatrische

Macht problematisieren und grundsätzlich in Frage stellen. „Den Kern der Antipsychiatrie bildet der Kampf mit, in und gegen die Institution.“ (Foucault 2005, 501) Dieser Kampf, der in den späten sechziger Jahren seinen Anfang nahm, ist in der Zwischenzeit abgeflaut. Die verschleierte psychiatrische Macht hat sich klammheimlich dem Fokus der gesellschaftlichen Kritik entziehen können. Der heutige, weitverbreitete und blinde Glaube an die „Neuromythologie“ führt dazu, dass antipsychiatrische Ideen und Konzepte kaum mehr diskutiert, geschweige denn umgesetzt werden.<sup>3</sup>

### **Denkstil und Macht des Denkkollektivs**

Aufgrund neurowissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse werden psychische Störungen biologisch, fast immer mit Psychopharmaka – Neuroleptika, Antidepressiva, Moodsstabilizer, Tranquilizer und Stimulanzien (Ritalin) – behandelt. Dieses „Wissen“ hat sich via Medien und durch das ärztliche Gespräch breitgemacht, hat Allgemeingültigkeit erlangt. Begriffe wie „Schizophrenie“, „Depression“ und „Manie“ sind aus dem allgemeinen Wortschatz nicht mehr wegzudenken, sie sind gleichsam mit magischer Kraft aufgeladen. Sogar die meisten PsychologInnen heben heute regelmässig in aller Öffentlichkeit, bevor sie jeweils ihre eigenen Therapien vorstellen, die Nützlichkeit der Psychopharmaka hervor.

Erstaunlich, dieser weitverbreitete Konsens, denn Gegeninformationen wären nämlich leicht zu finden. Wer nur etwas recherchierte und sich vom Mainstream nicht seinen gesunden Menschenverstand lähmen liesse, der wüsste Beisheid (vgl. Rufer 2001). Wieso dieses Desinteresse? Die Schriften des lange verkannten Ludwik Fleck (1980; 1983) können darüber Aufschluss geben.

Wissen, auch wissenschaftliches Wissen ist immer gesellschaftlich und historisch, das heisst durch wissenschaftsexterne Faktoren bestimmt. Jede soziale Gruppe ist in die gesellschaftliche Wirklichkeit eingebunden. Die „soziale Atmosphäre“ prägt das Denken: Der Forscher, der Künstler, der Mensch kann nicht anders denken als so, wie es sich aus den Einflüssen der sozialen Umwelt mit Notwendigkeit ergibt (Fleck 1980, 63/4). Sie beeinflusst die Forschergemeinde – ihre Fragestellungen, ihre Beobachtungen, ihre Resultate. Diese wiederum prägen ganz wesentlich die allgemeingültigen Anschauungen, tragen zur Entstehung und Festigung des jeweils akzeptierten Weltbildes bei.

Fleck bezeichnet die Gemeinschaft der Wissenschaftler einer Institution bzw. eines Fachgebiets als Denkkollektiv. Der Denkstil ist die Voraussetzung, auf dem das Denkkollektiv sein Wissensgebäude aufbaut, er ist geprägt von den nicht artikulierten Überzeugungen der Forscher. Denkstile sind zwingend mit gerichtetem Wahrnehmen und dem ihm entsprechenden gedanklichen und sachlichen Verarbeiten des Wahrgenommenen verbun-

den, sie erschaffen „Wirklichkeit“ (Fleck 1983,126). Das auf diese Weise entstandene Wissen erscheint als selbstverständlich, evident.

Dem einzelnen Mitglied eines Denkkollektivs ist nicht bewusst, dass es einem bestimmten Denkstil verhaftet ist, dass es immer nur das denkt, was vorschriftgemäss gedacht werden muss. Sein Denken verläuft zwangsläufig in vorbestimmten Bahnen. Dieses Denken wird als verstandesmässig (Fleck 1980, 68) oder rational wahrgenommen. Der Denkstil setzt den Rahmen für jede Erkenntnis, und er bestimmt, was als vernünftige Frage und was als wahre oder falsche Antwort gelten kann. Die Antworten, die gefunden werden, sind in den gestellten Fragen bereits enthalten, vorgebildet (ebd., 111). Aufgebaut wird dabei, aus anderer Warte betrachtet, eine „Harmonie der Täuschungen“ (ebd., XXIII).

Die Einführung in eine Wissenschaft ist durch „rein autoritäre Gedankensuggestion“ gekennzeichnet. Der Lehrling muss sich die für sein Gebiet gültigen Dogmen einverleiben. Wer diese Zeit erfolgreich hinter sich bringt, wird damit zum Eingeweihten. „Der „heilige Geist“ senkt sich auf den Neuling herab und bis anhin Unsichtbares wird nun für ihn sichtbar. Dies beruht auf der Aneignung eines Denkstils.“ (ebd., 137) Erst für den Eingeweihten gibt es so etwas wie das Beobachten in wissenschaftlichem Sinn (ebd., XXVI). Hand in Hand mit der Steigerung dieser Fähigkeit verliert der Experte die Fähigkeit, Gegebenheiten, die seinen Ansichten widersprechen, wahrzunehmen. Der im eigenen Denkstil befangene Forscher empfindet ihm fremde oder ungewohnte Denkstile als mystische oder gar als verrückte Phantasiegebilde; ihre Erklärungsversuche werden in keiner Weise ernstgenommen. Menschen, die einem abweichenden Denkstil anhängen, werden oft abgelehnt oder gar bekämpft.

Es zeigt sich, dass die „Wahrheit“ ein unerreichbares Ideal bleibt (Fleck 1983,125). Wissen ist, so lässt sich sagen, was Mitglieder einer Gemeinschaft oder einer Gruppe dafür halten (Maasen 1999, 25). Von wahren und falschem Wissen darf demnach nicht, vielmehr muss von „Systemfähigkeit“ gesprochen werden (Fleck 1980, XXXII).

Es versteht sich aufgrund dieser Ausführungen gleichsam von selbst, dass Institutionen bzw. Denkkollektive ihr eigenes Überleben und damit ihre Machtposition sichern, „indem sie sämtliche Informationsprozesse dazu einsetzen, sich selbst zu etablieren.“ (Douglas 1991, 167) Das Denkkollektiv selbst bleibt dabei unsichtbar. Falls es dem Denkkollektiv gelingt, mit wirkungsvoller Propaganda genügend „Suggestivkraft“ zu entfalten, vermag es über die Voraussetzungen seiner Tätigkeit hinwegzutäuschen. So sind der Druck, die Intensität und die Penetranz, denen wir z.B. seit einigen Jahren durch neurobiologisch-psychiatrische Informationskampagnen ausgesetzt sind, enorm und sehr erfolgreich. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Medien, die Ärzteschaft im direkten Kontakt mit ihren PatientInnen und die Pharmaindustrie mit ihrer Werbung – offen oder auch versteckt, in Sachartikeln, an Kongressen und sogar in der verbindlichen Weiterbildung.



Der Machterhaltung der Institutionen dient auch, dass die Form der Diskurse und die Personen, die sprechen dürfen, autorisiert sein müssen (Maasen 1999, 33). Doch auch die „Eingeweihten“, die Mitglieder eines für die Gesellschaft bedeutungsvollen Denkkollektivs, wie es die Psychiatrie ist, sind mehr oder weniger bewusst von der „öffentlichen Meinung“ abhängig (Fleck 1980, 139). Die „Elite“ der Forscher strebt danach, das Vertrauen der Masse der Bevölkerung zu gewinnen und zu bewahren. Sie unterstreicht deutlich, dass sie der „Allgemeinheit“ dient (Fleck 1983, 117). Legitimität erringt sie vor allem dadurch, indem sie ihr Wissen in Natur und Vernunft verankert darstellt (Douglas, 1991, 181), das heisst, sie beteuert, ihre Aussagen würden der Natur des Menschen entsprechen, vernünftigerweise sei gar keine andere Sicht der Dinge möglich. Sie vermag sich so mit einer Aura der Richtigkeit zu umgeben.

### **Diagnosen rechtfertigen Interventionen**

Es ist dem Einzelnen unmöglich, sich selbst in der Gesellschaft zu denken, ohne dabei auf die von unseren Institutionen geschaffenen Klassifikationen zurückzugreifen (Douglas 1991,163). Neu entstandene Etiketten schaffen zu einem wesentlichen Teil erst die Realität, auf die sie sich beziehen, welche sie damit als etwas Handhabbares erscheinen lassen. Mit derselben Geschwindigkeit, mit der im 19. Jahrhundert neue medizinische, kriminalwissenschaftliche, sexualwissenschaftliche und moralische Kategorien erfunden wurden, fielen in Massen Menschen auf, die die Etiketten aufnahmen und sich entsprechend verhielten (ebd.,164). Perverse, Hysteriker und Manisch-Depressive tauchten auf, sie passten sich an das neue Klassifikationssystem an, das die neuen Etiketten repräsentierten (ebd. 1991,166).

Heute sind die psychiatrischen Diagnosen – festgehalten in den beiden bedeutenden psychiatrischen Klassifikationssystemen ICD10 und DSM-IV<sup>4</sup> – die wichtigsten Instrumente für die Erstellung und Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung und deren Kontrolle. Dass sie sich durchsetzen konnten, hat wenig mit ihrer wissenschaftlichen Ausgewiesenheit zu tun; vielmehr handelt es sich hier um einen sozialen, einen ökonomischen und politischen Vorgang. „Zu jedem Denkstil parallel verläuft dessen praktische Auswirkung: die Anwendung.“ (Fleck 1980, 137) Wissenschaftliche Ergebnisse werden, wissenssoziologisch gesehen, als Ansprüche verstanden, die von bestimmten Gruppen von Handelnden in spezifischen sozialen und kulturellen Kontexten als angemessen erachtet werden (Maasen 1999, 46).

Die Charakterisierung von bestimmten Zuständen und Verhaltensweisen als „krank“ oder „abnorm“ ist eine soziale und moralische Definition, welche „Handlungsbedarf“ signalisiert und Interventionen initiieren und legitimieren soll. Die Identifikation von Krankheiten ist daher kein des-

kriptiv-wissenschaftlicher Vorgang, sondern impliziert immer ein normatives Urteil über die Veränderungsbedürftigkeit von Zuständen (Lemke 2003, 482). Ganz besonders gilt dies für psychiatrische Klassifizierungen, Etikettierungen und Diagnosen. Klassifikation und Intervention sind eng miteinander verbunden.

Sehr klar zeigt dies Anna Elisabeth Landis bezüglich der ICD-10, dem Klassifikationssystem der WHO für psychische Störungen auf: Dieses Klassifikationssystem dient keineswegs der objektiven Erkenntnis, es stellt keineswegs ein Resultat unvoreingenommener Grundlagenforschung dar: „Hier geht es nicht um Erkenntnis im Sinne von Wahrheit, sondern um Erkenntnis im Sinne eines Wissens, welches instrumentalisierbar ist.“ (Landis 2001, 23) „Wissen stimmt dann, wenn man damit Macht ausüben kann.“ (ebd. 25) Die Diagnosen dienen einem Zweck und sind unmittelbar handlungsrelevant (ebd. 23). Und dieser Zweck besteht darin, dass sie die Grundlage für die Behandlung mit Psychopharmaka bedeuten. Er bedient die Bedürfnisse der Pharmaindustrie bzw. erfüllt ihre Forderungen.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang eine Mitteilung aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ vom 20. April dieses Jahres. Sie betrifft das DSM-IV, das diagnostische und statistische Manuals der Vereinigung der US-amerikanischen Psychiater, das andere weltweit beachtete psychiatrische Klassifikationssystem: Mehr als die Hälfte aller Autoren diese Manuals standen in Interessenskonflikten, das heisst sie hatten finanzielle Verbindungen mit der Pharmaindustrie. Dies ergab eine Studie in „Psychotherapy and Psychosomatics“.<sup>5</sup>

Christian Scharfetter betont, dass Sinn und Ziel der Diagnostik die therapeutische und prophylaktische Handlungsanweisung sei (Scharfetter 1985, 25). So auch Klaus Paulitsch in seiner „Praxis der ICD-10-Diagnostik“: „Erst durch die Zuordnung eines psychischen Zustandbildes zu einer Krankheit ergibt sich die Behandlungsbedürftigkeit.“ (Paulitsch 2004, 14) Die psychiatrische Diagnose nach ICD-10 legitimiere auch die Kostenübernahme durch die Krankenkasse (ebd. 2004, 19). Die auf bestimmte, objektiv festzustellende Symptome fokussierte Diagnostik der beiden Klassifikationssysteme übersieht, dass das zentrale Kriterium für das Diagnostizieren einer Krankheit das subjektiv schlechte Befinden und das individuelle Gefühl der Hilfsbedürftigkeit sein müsste. Es wird über den Kopf der Betroffenen hinweg entschieden, ob ihr psychischer Zustand „änderungsbedürftig“ ist.

Interessanterweise nun besteht unter Fachleuten Einigkeit darüber, dass in der Psychiatrie im Grunde gar nicht von Krankheiten gesprochen werden dürfte: „Von einer Krankheit spricht man erst dann, wenn Ursache, Symptomatik, Verlauf, Prognose und Therapie eines Störbildes bekannt und vereinheitlicht sind oder ein diesbezügliches Konzept vorliegt. Deswegen wurde in der ICD-10 der Begriff der *Störung* eingeführt, der sich von Begriff der *Krankheit* abheben soll.“ (Paulitsch 2004, 34, Herv. i.O.) Sogar

in der Einleitung der ICD-10 selbst wird dies ausdrücklich festgehalten: „Der Begriff „Störung“ (disorder) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Ausdrücken wie „Krankheit“ oder „Erkrankung“ weitgehend zu vermeiden.“ (Dilling 2005, 22) Interessant der Hinweis von Franz Müller-Spahn: „Bei weitgehend fehlender Kenntnis der Ätiologie stützen sich die diagnostischen Kategorien auf klinische Erfahrungen und Konventionen.“ Deshalb sollte die „Relevanz der heutigen Klassifikationssysteme nicht überbewertet oder gar verabsolutiert werden.“ (Müller-Spahn 2006, 78)

Sogar die Autoren der ICD-10 sind sich einig, dass das gesicherte Wissen dürftig ist, und zwar derart, dass im Bereich der Psychiatrie bis heute der Begriff Krankheit nicht verwendet werden dürfte. Schon nur diese Feststellung stellt die Zuständigkeit der Medizin für die Behandlung von „psychischen Störungen“ grundsätzlich in Frage. Doch sind das psychiatrische Denkkollektiv und der ihr zugehörige Denkstil dermassen etabliert, dass die Herauslösung dieser „Störungen“ aus ihrem neurobiologisch-medizinischen Korsett unvorstellbar ist. Was immer herausgefunden wird, wird zurechtgestutzt, gewendet und gedreht, bis es passt und die ein für alle Mal festgelegten Grundannahmen nicht mehr in Frage zu stellen vermag. Im „esoterischen“, inneren Kreis der psychiatrischen Elite ist Einsicht über die Dürftigkeit des gesicherten Wissens durchaus vorhanden. Doch hat das grundsätzlich keine weiteren Folgen, weil die damit verbundenen Zweifel kaum in den „exoterischen“ Kreis einer breiteren, psychiatrie-gläubigen Öffentlichkeit zu dringen vermögen; und auch die sehr gut informierten PsychiaterInnen fahren weiterhin unbeirrt fort, den von ihnen kritisierten Modellen und Begriffen entsprechend zu handeln, also zu diagnostizieren und zu behandeln.

Ob sich Denkkollektive durchsetzen und behaupten, ist eben auch eine politische Frage. So hat denn auch die psychiatrische Diagnostik eine politische Dimension (Landis 2005,23): „Die WHO jedoch ist ein politisches Organ und dieses Manual (gemeint ist die ICD-10) in erster Linie ein Politikum. Die Kriterien für die Diagnosen wurden per Handabstimmung und Mehrheitsentscheid in der WHO in Genf festgelegt, was nicht gerade wissenschaftlicher, schon eher politischer Usus ist.“ (ebd., 21)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass psychiatrische Diagnosen äusserst fragwürdig und keineswegs wissenschaftlich gesichert sind; dasselbe gilt für die therapeutische Wirkung der Psychopharmaka (vgl., Rufer 2001 und 2004). Und dennoch sind die psychiatrische Diagnostik und die Psychopharmakotherapie besser etabliert denn je. Es ist nicht nur das Denkkollektiv der PsychiaterInnen, das hier seinen beträchtlichen Einfluss zur Geltung bringen konnte, sondern im Bereiche der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen trifft dies auch für die Pharmaindustrie zu. Das überrascht nicht, denn prinzipiell sind Denkstile geschichtlich entwickelte und miteinander interagierende Phänomene (Fleck

1983, 20). Zudem ist es gut möglich, dass Individuen gleichzeitig Mitglieder von zwei verschiedenen Denkkollektiven sind. So nehmen klinische und forschende PsychiaterInnen beratende Stellungen in Unternehmen der Pharmaindustrie ein. Die Interessen der beiden Denkkollektive passen bestens zusammen – zum die soziale Kontrolle sichernden neurobiologischen Denken der einen gesellt sich das auf Gewinnmaximierung zielende Bestreben der anderen. Die beiden Denkkollektive unterstützen und beeinflussen sich gegenseitig.

Durch die Allgegenwart und den Wahrheitsanspruch des neurobiologischen Denkens werden die psychiatrische Macht und ihre Auswirkungen kaum mehr wahrgenommen. Die Psychiatrie und die ihr übertragene bzw. von ihr beanspruchte Macht sind unlösbar miteinander verbunden. Von „Entpsychiatisierung“ (Foucault) kann demnach nur dann gesprochen werden, wenn auf die Berechtigung zur Machtausübung endgültig verzichtet wird. Damit würde gleichzeitig der „Wahnsinn“ aus dem Bereich der Medizin „herausgeführt“ (vgl. Foucault 2005, 504). Das störende Verhalten, das Leiden und die Wünsche der Betroffenen dürfen nicht mehr als Symptome von Krankheiten betrachtet werden, sie müssen von einer Diagnostik losgelöst werden, die nicht nur Klassifikation ist, sondern auch die Berechtigung zur Intervention ermöglicht. „Entpsychiatisierung“ muss demnach zwingend auch Entmedizinisierung bedeuten. So muss denn jegliche sinnvolle Hilfe für die Betroffenen, insbesondere die Psychotherapie, grundsätzlich auf verschlossene Türen, Zwang und Gewalt, Psychopharmaka und psychiatrische Diagnosen verzichten.

## Anmerkungen

- 1 Wolfgang Leuschner verwendet in seiner kritischen Glosse den Begriff Neuromythologie (Leuschner, 1997, 1004).
- 2 Selbstverständlich gibt es psychisches Leiden, Verwirrung usw. auch bei Menschen, die niemals Kontakt mit der Psychiatrie hatten. Die Konfrontation dieser Betroffenen mit der psychiatrischen Macht, mit Diagnostik und Psychopharmaka beeinflusst, verstärkt und chronifiziert ihre „Symptomatik“ auf verhängnisvolle Weise, die sich dadurch erst in ihrer vollen medizinischen Wahrheit offenbart. Doch können derartige „Symptome“ in der gewaltbereiten Atmosphäre der Psychiatrie auch erstmals auftreten bzw. produziert werden.
- 3 Psychiatriekritisches Denken und explizit antipsychiatrische Positionen werden heute praktisch nur noch von unabhängigen Psychiatriebetroffenen vertreten, wobei in den letzten Jahren die Erfahrungen in antipsychiatrischen Praxisprojekten wie z.B. dem Weglaufhaus in Berlin (Kempker, 1998) zur qualitativen Weiterentwicklung antipsychiatrischer Theorie führte (Lehmann 2001, 264ff). In Europa repräsentiert das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen ([www.enusp.org](http://www.enusp.org)) die unabhängigen und demokratisch strukturierten Verbände von Psychiatriebetroffenen und ist mittlerweile eine politisch ernstgenommene Organisation geworden, die z.B. die WHO oder die Europäische Kommission berät.

- 4 Die ICD-10 ist das Klassifikationssystem der WHO, das DSM-IV dasjenige der Vereinigung der US-amerikanischen Psychiater.
- 5 <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=23907>

## Literatur

- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M..H. (Hg), 2005: Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Göttingen
- Douglas, Mary, 1991: Wie Institutionen denken. Frankfurt/M.
- Ehlert, Martin /Lorke, Beate, 1988: „Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion“. Psyche, 42
- Fleck, Ludwik, 1980: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Frankfurt/M.
- Fleck, Ludwik, 1983: Erfahrung und Tatsache. Frankfurt/M.
- Finzen, Asmus, 1993: Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation in der Psychiatrie. Neue Zürcher Zeitung, 9.10.
- Foucault, Michel, 1975: Macht-Wissen. In: Basaglia, Franco/ Basaglia-Ongaro, Franca (Hg.): Befriedigungsverbrechen. Frankfurt/M.
- Foucault, Michel, 2005: Die Macht der Psychiatrie. Frankfurt/M.
- Jacoby, Russel, 1978: Soziale Amnesie. Frankfurt /M.
- Kempker, Kerstin (Hg.), 1998: „Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus“, Berlin
- Kraft, Ulrich, 2004: Schöne neue Neuro-Welt. In: Gehirn & Geist, Nr.6
- Landis, Elisabeth Anna, 2001: Logik der Krankheitsbilder. Giessen
- Lehmann, Peter, 2001: Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 19. Jg., Nr. 4
- Lemke, Thomas, 2003: Molekulare Medizin? In: Prokla, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, 132, Münster
- Leuschner, Wolfgang, 1997: Über Neuromythologie. In: Psyche, 11
- Maasen, Sabine, 1999: Wissenssoziologie. Bielefeld
- Monyer, Hannah /Roth, Gerhard/ Singer, Wolf u.a.: Das Manifest. Gehirn & Geist, 6
- Müller-Spahn, Franz, 2005: Seelenheilkunde und Neurowissenschaften. In: Schneider, Frank: Entwicklungen der Psychiatrie. Heidelberg.
- Paulitsch, Klaus, 2004: Praxis der ICD-10-Diagnostik. Wien
- Porter, Roy, 2005: Wahnsinn. Zürich
- Prinz, Wolfgang, 2004: Neue Ideen tun Not. In: Gehirn & Geist, Nr.6
- Rufer, Marc, 2001: Psychopharmaka – fragwürdige Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen. In: Wollschläger Martin (Hg.): Sozialpsychiatrie, Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen
- Rufer, Marc, 2004: Ordnungsmacht Psychiatrie. In: Widerspruch Heft 46, Zürich
- Rufer, Marc, 2005: Traumatisierung in der Psychiatrie. In: BPE-Rundbrief. 4 (Im Internet unter [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de))
- Scharfetter, Christian, 1985: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart