



Andreas Heinz

Auseinandersetzungen um den Begriff psychischer Gesundheit und Krankheit

In:

Philip van der Eijk / Detlev Ganten / Roman Marek (Hrsg.): Was ist Gesundheit? :

Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur

ISBN: 978-3-11-071333-6. - Berlin / Boston: De Gruyter, 2021

(Humanprojekt : Interdisziplinäre Anthropologie ; 18)

Teil 4: Gesundheit als politisches Konzept

S. 450-463

Persistent Identifier: urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36849

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (cc by-nc-sa 4.0) Licence zur Verfügung gestellt.



Andreas Heinz

Auseinandersetzungen um den Begriff psychischer Gesundheit und Krankheit

Abstract: *Controversies Over the Concept of Mental Disorders.* Just like persons suffering from somatic diseases, those experiencing mental disorders, maladies, or diseases should be provided with care and protection from certain social demands. Yet, any disease concept should be precise enough to avoid classification of behavior as pathological while it is merely socially undesirable in the current political system. This paper reviews various conflicting concepts of disease, illness and sickness. In addition, it provides a narrower definition of a so-called clinically relevant mental malady. This definition is characterized by a) an impairment of mental functions relevant for human life (the disease aspect of a mental malady) and b) personal harm either due to suffering (the illness aspect) or impaired activities of daily living that severely limit social participation (the sickness aspect). This chapter claims that any definition of disease-relevant mental dysfunctions should be critically reflected regarding its philosophical and anthropological foundation and ethical consequences. Criteria of disease, illness and sickness should no longer be defined by groups of professionals selected by the WHO or other institutions, but instead require public debates that include organizations of patients and relatives.

1 Einführung: Unterschiedliche Konzepte psychischer Gesundheit

Wenn wir von Gesundheit im Bereich psychischer Erkrankungen sprechen, wird der Begriff höchst unterschiedlich verwendet. Zum einen bezeichnet Gesundheit häufig nur die Abwesenheit bestimmter Erkrankungen, wenn beispielsweise von der Gesundheit einer Person die Rede ist. Andererseits ist auch bei schweren Erkrankungen von den sogenannten „gesunden Anteilen“ oder Ressourcen einer Person die Rede, die zur Gesundheit beitragen können oder von der Krankheit zumindest nicht beeinträchtigt sind. Schließlich wird Gesundheit häufig mit Normalität gleichgesetzt und psychische Krankheit dementsprechend als Normabweichung, deviantes oder gar sozial störendes Verhalten definiert (Heinz 2016).

Andreas Heinz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Gegen alle diese Verwendungen des Begriffs der psychischen Gesundheit lassen sich relevante Einwände erheben. So ist der Begriff der Gesundheit, wie in der Definition der Weltgesundheitsorganisation von 1948 deutlich wird, nicht einfach mit der Abwesenheit von Krankheit gleichzusetzen (World Health Organization 2006 [1948]): „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ Entscheidend bei der WHO-Definition sind somit die Ermöglichungsbedingungen für ein glückliches Leben, die sich eben nicht nur in der Abwesenheit von Krankheit erschöpfen.

Zudem gibt es gerade im Bereich komplexer menschlicher Verhaltensweisen Situationen, in denen wir das Auftreten einer Erkrankung als „gesunde Reaktion“ bezeichnen würden, zum Beispiel, wenn einer Person in einer hierarchisch untergeordneten Position eine unmenschliche Handlung befohlen wird. Erkrankt also beispielsweise eine Person depressiv, wenn sie eine andere foltern soll, und kann deshalb diese Handlung nicht ausführen, während eine zweite Person dazu durchaus in der Lage ist, täte man sich schwer mit der Einschätzung, dass die erste krank und die zweite gesund sei. Falls die erste Person etwa überwältigende Gefühle der Hilflosigkeit, Schuldbewusstsein, eine ausgeprägte Herabsetzung der Stimmung und Antriebsmangel aufweist, dann wären die Kriterien einer klinisch relevanten Depression erfüllt und es könnte eine Krankheit entsprechend der derzeit gültigen Diagnosekriterien festgestellt werden (American Psychiatric Association 2013; World Health Organization 2017). Das Auftreten einer solchen depressiven Reaktion erscheint aber als „menschlicher“ und bezüglich üblicher Erwartungen an mitmenschliche Empathie auch als „normaler“ oder gar „gesünder“ als das unbarmherzige Ausüben zwischenmenschlichen Terrors. Zumindest die Attribuierung von „psychischer Gesundheit“ auf willige Vollstrecker unmenschlicher Handlungen steht damit infrage.

Die Auseinandersetzung über solche Fragen ist mehr als rein akademischer Natur, was z. B. die Arbeit von Christopher Browning zum Polizeibataillon 101 und dessen Beteiligung an der sogenannten „Endlösung“, das heißt der Vernichtung der Juden in der Zeit der NS-Herrschaft, belegt. Browning beschreibt, wie angesichts eines Befehls zur massenhaften Erschießung jüdischer Personen der kommandierende Offizier es den hier eingesetzten (ehemaligen) Polizisten des Bataillons 101 freistellte, dem Befehl Folge zu leisten (Browning 1992). Diese Möglichkeit wurde aber nur von wenigen genutzt. Fast alle der wenigen, die die Möglichkeit nutzten und dem Befehl nicht Folge leisteten, belegten sich selbst mit pathologisierenden Begriffen und bezeichneten sich als zu schwach oder zu ängstlich, um den Befehl durchzuführen. Eine eigentlich zu erwartende Hemmung gegen die Durchführung unmenschlicher Grausamkeit wurde also unter den vorherrschenden Bedingungen pathologisiert, auch wenn keine der damals

oder heute gültigen Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllt waren oder diese zumindest nicht erfasst wurden.

2 Psychische Gesundheit als normative Vorgabe sozial erwünschten Verhaltens

Diese Überlegungen verweisen direkt auf die hochproblematische Aufladung des Begriffs der psychischen Gesundheit mit positiven Bewertungen im Sinne des sozial gewünschten Verhaltens. Gerade in der angloamerikanischen Literatur zum Thema der psychischen Gesundheit wird seit Ende des Zweiten Weltkriegs häufig unkritisch die Fähigkeit zur produktiven Beteiligung an gesellschaftlich geschätzten Tätigkeiten als Zeichen psychischer Gesundheit verstanden. Besonders deutlich wird das in Theorien, die psychische Gesundheit als Ausdruck einer erfolgreichen Verkörperung „evolutionär generell relevanter Funktionsfähigkeiten“ verstehen. Denn hier wird die natürliche Evolution ungerechtfertigter Weise mit der Vielfalt kultureller Entwicklungen verschliffen, so dass Verhaltensweisen, die in einer bestimmten Gesellschaft zu einem spezifischen historischen Zeitpunkt erfolgversprechend sind, kurzerhand zum Ausdruck der Erfüllung universell vorteilhafter, evolutionäre selektierter Funktionsfähigkeiten verklärt werden (Heinz 2014, S. 41 ff.).

Wie das Beispiel der gut funktionierenden Massenmörder aus dem Polizeibataillon 101 zeigt, ist aber die Fähigkeit zur Erfüllung dem Zeitgeist entsprechender Verhaltensweisen eben nicht einfach als Ausdruck evolutionär notwendiger Funktionsfähigkeiten zu verstehen. Was während der Herrschaft des Nationalsozialismus auch in Bezug auf psychische Funktionsfähigkeiten als gesund galt, verkehrt sich nach der Niederlage dieser unmenschlichen Ideologie in sein Gegenteil: Es wird zur Befähigung zu verbrecherischer Grausamkeit. Alle Ansätze, die psychische Gesundheit als Fähigkeit zu sozial produktiven Teilhabe definieren wollen, laufen somit Gefahr, die jeweils besonderen kulturellen Bedingungen zu übersehen, die unter den vorherrschenden Machtverhältnissen positiv bewertet werden, zu einem anderen Zeitpunkt aber ganz anders eingeschätzt werden können.

Es sei an dieser Stelle nur kurz erwähnt, dass sich eine ganze Literaturgattung des 20. Jahrhunderts aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Anthropologie und Ethnologie mit evolutionären Spekulationen im Dienste der Pathologisierung außereuropäischer Kulturen befasst. Auch hier werden die damals in Europa und in den USA vorherrschenden Verhaltensmuster unhinterfragt als höchster Ausdruck menschlicher Entwicklung verstanden, so dass jede kulturelle

Abweichung bestenfalls als natürliche Vorstufe und schlimmstenfalls als degenerative Entartung interpretiert wird. Im Rückblick erscheinen diese so hartnäckig wiederholten Thesen als Versuch, Jahrhunderte des transatlantischen Sklavenhandels und der kolonialen und imperialistischen Herrschaftsverhältnisse europäischer Staaten zu rechtfertigen (Heinz 2002).

Da eine evolutionäre Definition der Gesundheit nur durch Rückgriff auf bereits bestehende Herrschaftsverhältnisse in Erzählungen zu fassen ist, die die Differenzen evolutionärer und kultureller Entwicklungen konsequent verschleifen, könnte der Verweis auf das jeweils in einer bestimmten Gesellschaft als „normal“ erachtete Verhalten einen vermeintlich „kultursensiblen“ Ausweg bieten. Ließe sich psychische Krankheit also einfach als Abweichung von einer Durchschnittsnorm definieren, die in jeder Kultur oder Bevölkerung variieren mag, aber dennoch jeweils mittels wertneutraler statistischer Methoden erfasst werden könnte?

Tatsächlich ist auch dieser vermeintlich neutralere Versuch, psychische Krankheit nicht als Abweichung sozial geforderten Normen, sondern von einer statistischen Durchschnittsnorm aus zu definieren, gescheitert. So bemerkte bereits 1946 Karl Jaspers lakonisch, dass die Karies zu seiner Zeit zwar allgemein üblich, aber dennoch eine Erkrankung sei (Jaspers 1946 [1913]).

3 Psychische Gesundheit als eigenständige Zuschreibung wertgeladener Fähigkeiten

Statistische Durchschnittswerte sagen nichts darüber aus, ob ein gegebener Zustand sinnvollerweise als gesund oder krank gelten kann. Diese Einsicht führte zu der neuen Herangehensweise, Gesundheit und Krankheit nicht als entgegengesetzte Pole eines eindimensionalen Kontinuums zu verstehen, sondern auf die relativ unabhängige Zuschreibung von Gesundheit und Krankheit im Bereich komplexer psychischer Funktionsfähigkeiten zu verweisen. Für diesen Ansatz spricht das weit verbreitete Konzept von den gesunden Anteilen, die auch besonders schwer erkrankten Personen zugeschrieben werden können. Zu solchen „gesunden“ Ressourcen gehören eine Reihe positiv bewerteter Funktionsfähigkeiten, die derzeit etwa unter dem Begriff der „Resilienz“ diskutiert und auch im sogenannten „Recovery-Ansatz“ thematisiert werden (Amering & Schmolke 2012; Chmitorz et al. 2018). Die bereits genannte Fähigkeit zur Empathie, die dem mitleidlosen Folterer abgeht, könnte als solche Ressource angesehen werden. Als weitere Ressourcen gelten z. B. die Fähigkeit zur flexiblen Handlungsgestaltung unter variierenden Umweltbedingungen, und das Vertrauen in die eigene

Fähigkeit, mit solchen Herausforderungen umzugehen. Letzteres wird im Bereich der Verhaltenstherapie als „self-efficacy“ bezeichnet (Bandura 1977). Die hier aufgeführten Fähigkeiten (flexible Handlungsgestaltung, Empathie und Selbstvertrauen) lassen sich aus den generellen Therapiezielen der derzeit vorherrschenden Schulen der Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie und Tiefenpsychologie/Psychoanalyse ableiten (Heinz 2016). Da es sich nur um eine Auswahl von Ermöglichungsbedingungen eines erfolgreichen Umgangs mit belastenden Situationen handelt, sind andere Auflistungen auf Grund divergierender empirischer Befunde oder theoretische Überlegungen denkbar.

Jenseits aller Vorläufigkeit dieses auf persönliche Ressourcen abhebenden Ansatzes zur Definition psychischer Gesundheit kann aber ganz grundsätzlich eingewendet werden, dass Ressourcen als Ermöglichungsbedingungen eines Zustands zu verstehen sind, die diesen Zustand selbst aber nicht hinreichend erklären können (Schramme 2000). So kann man davon sprechen, dass der Besitz finanzieller Ressourcen eine Bedingung dafür ist, eine bestimmte Person als „reich“ zu bezeichnen. Damit ist aber weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für die Bezeichnung als „reich“ gegeben (man kann ja auch reich an Landbesitz oder Talenten sein), und es wäre falsch oder zumindest voreilig, wenn man den Besitz entsprechender Ressourcen mit dem Zustand gleichsetzen wollte, der sich aus unterschiedlichen Ermöglichungsbedingungen ergibt.

Gesundheit ist also im Bereich des Psychischen nicht einfach gleichzusetzen mit Empathiefähigkeit, Verhaltensflexibilität, Selbstvertrauen oder Selbstwirksamkeit, und auch eine Kombination dieser Kriterien wird nicht hinreichen, den beispielsweise von der WHO (1948) postulierten, ganzheitlichen Begriff der Gesundheit als Fähigkeit zur Gestaltung eines glücklichen Lebens mit einzuschließen (World Health Organization 2006 [1948]). An dieser Stelle könnte allerdings eingewendet werden, dass der WHO-Begriff selbst zu umfassend formuliert ist. Demnach kann er eher als normative Vorgabe für das Handeln von Regierungen verstanden werden, die sich eines sozial etablierten Diskurses – nämlich dem der Medizin – nur bedient, um weltweit akzeptable Lebensbedingungen einzufordern.

Zusammenfassend bleibt also festzustellen, dass der Begriff der psychischen Gesundheit in vielfältigen Kontexten thematisiert wird und dabei eine jeweils eigene Bedeutung annimmt. Die Aufladung des Gesundheitsbegriffs mit derzeit vorherrschenden normativen Werten kann dabei benutzt werden, um universell akzeptable Lebensbedingungen für alle Menschen dieser Welt einzufordern. Die Beispiele aus der Zeit des Nationalsozialismus zeigen allerdings auch, wie gefährlich es ist, wenn die dem Begriff der Gesundheit inhärenten positiven Wertungen mit der Anpassung an zur jeweiligen Zeit herrschende soziale Vorgaben

gleichgesetzt werden. Damit stellt sich erneut die Frage, ob Gesundheit nicht einfach als Abwesenheit von Krankheit definiert werden kann.

4 Kontroversen um den Begriff psychischer Krankheit

Ob eine allgemeine Definition psychischer Krankheit überhaupt möglich ist, wurde allerdings in der Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie nachhaltig infrage gestellt. Thomas Szasz kritisierte in einer berühmt gewordenen Schrift (Szasz 1975 [1970]), dass die Definition von Krankheiten bereits im Bereich der Medizin uneinheitlich sei. So werden einzelne Erkrankungen nach ihrer Verursachung durch Erreger (wie beispielsweise bei der Tuberkulose), durch die Veränderungen im betroffenen Organ (wie etwa bei der Arthrose) oder einfach nur durch das vorherrschende Symptom wie bei der Hypertonie benannt. Da psychischen Erkrankungen laut Szasz (1975) ein organisches Korrelat abgeht, sei in diesem Bereich überhaupt nicht sinnvoll von Krankheit zu sprechen. Denn entweder handele es sich – wie bei der Syphilis – wirklich um eine Gehirnkrankheit, die entsprechend nachzuweisen ist und dann auch so (und eben nicht als Geisteskrankheit) benannt werden dürfe (Szasz 1975 [1970]). Oder es würden – wie im Fall der Schizophrenie – normativ beurteilte Verhaltensauffälligkeiten ungerechtfertigter Weise in der Sprache der Medizin erzählt. Das erfülle aber den Tatbestand der mythologischen Rede, die „Tatsachen, die einer Kategorie zugehören, in der Sprache einer anderen“ erzähle (Szasz 1978, S. 23).

Szasz' Postulat erinnert hier auf überraschende Weise an die Annahmen einer biologisch ausgerichteten Psychiatrie, die ebenfalls der Suche nach den hirnanatomischen Korrelaten psychopathologischer Auffälligkeiten die entscheidende Rolle zuweist. In dieser Perspektive hat

der körperliche Befund [...] diagnostisch das Primat, und es muss das Ziel der Psychiatrie als einer medizinischen Wissenschaft sein, zu immer eindeutigeren körperlichen Befunden zu kommen. [...] Wäre die Idee der Psychiatrie als medizinische Wissenschaft vollendet, hätte die Psychopathologie in ihr diagnostisch kein Gewicht mehr, hätten die seelischen Störungen nur die Bedeutung eines Signals (Schneider 1942 [1939], S. 8).

In einer extremen, so von Schneider allerdings nicht vertretenen Lesart, müssten die psychopathologischen Veränderungen letztlich immer auf eine organische Verursachung hinweisen, wenn sie als krankheitsrelevant angesehen werden dürfen.

Dieser Sichtweise ist jedoch entgegenzuhalten, dass es auch im Bereich der „neurologischen“ Erkrankungen eine Vielzahl an Krankheitsbildern gibt, bei denen entweder gar kein organisches Korrelat nachweisbar ist (wie derzeit beim Torticollis, einer dystonen Haltungsstörung im Bereich der Halsmuskulatur mit höchstwahrscheinlich zentralnervöser Verursachung) oder bei denen sich somatisch wegweisende Befunde zwar bei einzelnen Personen finden, aber für die Diagnose der entsprechenden Erkrankung nicht vorausgesetzt werden (wie etwa bestimmte Auffälligkeiten der kortikalen Depolarisierung bei der Migräne). Zudem gibt es psychische Erkrankungen mit klar definierbaren organischen Korrelaten, wie bei fast allen Demenzerkrankungen, bei einer Vielzahl von Delirien und zunehmend auch bei Suchterkrankungen (Heinz 2017).

Ein unseres Erachtens entscheidendes Argument verweist darauf, dass sich – bei Verzicht auf einen metaphysischen Dualismus – letztlich für jedes psychische Phänomen ein organisches Korrelat finden lassen müsste, wenn nur genau genug untersucht würde und intra- wie inter-individuelle Differenzen beachtet würden. Angesichts der Vielfältigkeit dieser organischen Korrelate ist aber überhaupt nicht absehbar, welche als „dysfunktional“ oder krankheitsrelevant zu werten wären, denn die Wertung ergibt sich hier aus der Annahme, dass das Korrelat des gegen gesellschaftliche Normen verstoßenden oder individuell nachteiligen und damit pathologischen Verhaltens selbst pathologisch sein müsse. Damit ergibt sich aber ein Zirkelschluss, der nicht auf das Gebiet psychischer Erkrankungen beschränkt ist, da auch organische Variationen (etwa im Sinne einer mehr als 80% Verminderung der Dopaminproduktion gegenüber einer nur 70% Reduktion) nicht per se, sondern an Hand der klinischen Bewertung ihrer Folgen für das Verhalten der betroffenen Person (in diesem Fall dem Auftreten eines Parkinson-Syndroms ab entsprechender Höhe der altersbedingt ansonsten üblichen Verminderung der zentralnervösen Dopaminproduktion) als krankheitsrelevant eingestuft werden. Im Bereich psychischer Erkrankungen kann es aber angesichts der individuellen wie kulturellen Diversität menschlicher Verhaltensweisen noch schwieriger (und damit anfälliger für politischen Missbrauch) sein, einzelne Verhaltensänderungen als krankheitsrelevant einzustufen.

5 Psychische Krankheit als persönlich generell nachteiliger Zustand

Angesichts dieser heterogenen Befundlage und der vielfältigen Kontroversen gibt es den alternativen Ansatz, auf die Diskussion von Funktionsstörungen und ihren mehr oder weniger notwendigen organischen Korrelaten ganz abzusehen

und stattdessen auf den Aspekt der Krankheit als Übel beziehungsweise leidvolle Erfahrung abzuheben. Demnach könne ein Zustand nur dann sinnvoll als Krankheit bezeichnet werden, wenn er von der betroffenen Person als leidvoll erlebt oder generell als „Übel“ verstanden wird (Culver & Gert 1982). Hier kann aber eingewendet werden, dass die Bezeichnung eines Zustands als „Übel“ oder als generell nachteilig weitgehende, im Zweifelsfall ungerechtfertigte universelle Annahmen über menschliche Verhaltensweisen voraussetzt (Schramme 2000). Zudem müssten diese Annahmen in unterschiedlichsten historischen Situationen und unter ausgesprochen verschiedenen sozialen und kulturellen Bedingungen gelten. Damit würden aber laut Schramme zu weitgehende normative Vorgaben gemacht (Schramme 2000), und man könnte mit Szasz einwenden (Szasz 1975 [1970], 1978), dass hier sozial missliebige Verhaltensweisen ungerechtfertigter Weise in der Sprache der Krankheit gelabelt und damit dem Machtbereich der Medizin unterstellt würden.

Erschwerend kommt hinzu, dass eine substanzielle Anzahl klinisch ausgesprochen relevanter Krankheitsbilder nicht mit subjektiv empfundenem Leid einhergehen müssen. Dies gilt für Demenzerkrankungen, bei denen die betroffenen Personen zumindest in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung ihre eigenen Einschränkungen oftmals nicht mehr bemerken. Insbesondere gilt dies aber für Menschen mit einer Manie, die sich häufig – zumindest vor Einsetzen zunehmender Irritationen und Gereiztheit – „in ihrem Leben noch nie so gut“ gefühlt haben und erst nach Abklingen ihrer manischen Hochstimmung bedauern, dass sie beispielsweise erhebliche finanzielle Ressourcen verloren, sich hoch verschuldet oder im Rahmen ungeschützter Sexualkontakte mit Krankheiten infiziert haben. Leidvolle Erfahrung *kann* also bei psychischen Erkrankungen auftreten, *muss* es aber nicht, und die Bewertung bestimmter Zustände kann zu unterschiedlichen Zeiten sehr verschieden ausfallen.

6 Konsequenzen eines Verzichts auf jeglichen Begriff psychischer Krankheit

Angesichts dieser Schwierigkeiten stellt sich erneut die Frage, ob man mit Thomas Szasz (1975) nicht den Begriff psychischer Krankheit ganz ablehnen sollte. Die Konsequenzen wären hier aber durchaus problematisch, denn einerseits entfielen dann der Schutz des Krankheitsstatus für die Betroffenen, andererseits könnten sie die Ressourcen der Solidargemeinschaft der Versicherten nicht mehr in Anspruch nehmen. Wie relevant solche Überlegungen sind, zeigt der Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland. Erst seit den 1960er Jahren können

Menschen mit Alkoholabhängigkeit und anderen Suchterkrankungen die Ressourcen der Krankenversicherung überhaupt in Anspruch nehmen. Nach wie vor sind sie aber gegenüber Personen mit anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen benachteiligt. So finanzieren die Krankenkassen bis heute nur die akute Entgiftung bei Alkoholintoxikation beziehungsweise im Alkoholentzug, die nachfolgende Behandlung der Grunderkrankung muss durch die Rentenversicherung im Sinne einer Rehabilitation genehmigt und finanziert werden. Dies führt häufig zu Behandlungsabbrüchen und Verzögerungen in der Vermittlung aus der akuten Entgiftung in weiterführende Behandlungen. In der Zwischenzeit wird dem Betroffenen zugemutet, erst einmal genug Willenskraft aufzubringen, um abstinent zu bleiben, wobei gerade der Kern der Suchterkrankungen verkannt wird, der ja im starken Verlangen nach der Droge und einer Einschränkung der willentlich möglichen Verhaltenskontrolle besteht (Heinz & Batra 2003). Eine Lösung wäre es, die Behandlung der Suchterkrankung selbst im Rahmen des sogenannten „qualifizierten Entzugs“ direkt mit der (teil-)stationären Entgiftung zu verbinden und von den Krankenkassen im Rahmen der psychiatrischen Akutbehandlung zu finanzieren. Das ist lokal in vielen Teilen der Bundesrepublik bereits gelebte Praxis, in anderen aber nicht – eine einheitliche Regelung wäre dringend anzustreben.

Bei Szasz (1997) werden die diskriminierenden Aspekte einer Ablehnung des Krankheitsstatus psychischer Beschwerden besonders deutlich, wenn er in seinem Buch „Grausames Mitleid“ auch das Auftreten psychotischer Symptome als eine Art freie Wahl der betroffenen Person darstellt, die als zu wenig motiviert erscheint, sich den Mühen einer komplexen Ausbildung zu unterziehen, und lieber das Labeling ihres Zustands als Krankheit in Kauf nimmt, um ungerechtfertigter Weise Unterstützung durch die Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen zu können: „Die simple Wahrheit ist, dass manche Menschen es vorziehen, ihr Geld nicht für eine Behausung aufzuwenden (sondern vielleicht lieber für den Kauf von Drogen), dass sie es ablehnen, bei Familienmitgliedern zu wohnen, die bereit wären sie aufzunehmen, und ein Leben in psychischer Krankheit, Verbrechen und Landstreicherei bevorzugen“ (Szasz & Stein 1997, S. 140).

Psychische Erkrankungen werden in dieser Perspektive zu einer Frage individueller Entscheidungen, und die politische Folge kann der konsequente Entzug sozialer Unterstützung für sein. Tatsächlich führten neoliberale Sozialreformen gegen Ende des letzten Jahrhunderts in den USA zu einer weitgehenden Verarmung psychisch kranker Personen (Rothenberg & Heinz 1998), und in Lateinamerika weisen statistische Untersuchungen darauf hin, dass der Abbau psychiatrischer Versorgungskapazitäten linear mit einer Zunahme der Gefängnisunterbringungen korrelierte (Mundt et al. 2015).

Die genannten Beispiele zeigen, dass auch machtkritische Diskussionen der jeweils vorherrschenden Verwendungsweisen des Begriffs psychischer Krankheit die eigene Verortung im gesellschaftlichen „Krieg gegen die Armen“ (Gans 1995) reflektieren müssen. Ansonsten laufen sie Gefahr, dass der blinde Fleck gegenüber der je eigenen Machtposition jene sozialen Grausamkeiten befördert, die als Konsequenz alternativer Konzeptionen so wohlfeil kritisiert werden können.

7 Ein anthropologisch reflektierter und öffentlich zu konsentierender Begriff psychischer Krankheit

Ein Verzicht auf jedweden Begriff psychischer Krankheit läuft also Gefahr, einer größeren Zahl psychisch beeinträchtigter Personen medizinische Hilfe vorzuenthalten. Umgekehrt wurden und werden traditionell eine Vielzahl mehr oder weniger frei gewählter Verhaltensweisen vor allem deshalb pathologisiert, weil sie den herrschenden Normen zuwiderlaufen. Zu diesen zu Unrecht pathologisierten Verhaltensweisen gehörten Formen der Partnerwahl unter konsensfähigen Erwachsenen, etwa die viel diskutierte Pathologisierung der Homosexualität, die bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein als psychische Erkrankung galt. Dazu gehört aber auch die Pathologisierung sogenannter „impulsiver“ Verhaltensmuster, also die Bevorzugung unmittelbar verfügbarer gegenüber höheren aber nur verzögert zugänglichen Ressourcen oder Belohnungen. Solche impulsiven Verhaltensweisen wurden immer wieder als überdauernder, vermeintlich biologisch determinierter Charakterzug reifiziert und zur Erklärung drogenabhängigen oder „antisozialen“ Verhaltens herangezogen, obwohl das ganze Konstrukt der Impulsivität sehr heterogen ist (Heinz 2017). Zudem können „impulsive“, auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung ausgerichtete Entscheidungen gerade in sozialen Notlagen eine sinnvolle Wahl darstellen, und entsprechend finden sich solche vermeintlich pathologischen Verhaltensweisen auch verstärkt bei sozial benachteiligten Gruppen (Rothenberg & Heinz 1998). Auch bei Drogenabhängigkeit kann der drohende, subjektiv oft extrem unangenehme Entzug zum vermeintlich „impulsiven“ Drogenkonsum beitragen, der auf die Vermeidung aversiver Entzugssymptome zielt und langfristige Schäden durch erneuten Drogenkonsum wenig beachtet. Das Konstrukt der „pathologischen Impulsivität“ kann hier dazu benutzt werden, den Fokus auf angeblich charakterliche Schwächen der Betroffenen zu richten, statt sich mit den sozialen Bedingungen zu befassen (Verarmung, soziale Ausschließung, mangelnde Thera-

pieangebote für Drogenabhängige etc.), unter denen sie leben und Entscheidungen treffen müssen.

Angesichts dieser Überlegungen empfiehlt sich ein eng gefasster Begriff psychischer Krankheit, der aufgrund der normativen Tendenzen und der werthaltigen Aufladung der Begriffe Krankheit und Gesundheit auf eine Anzahl von Beeinträchtigungen komplexer psychischer Funktionsfähigkeiten abhebt, die nicht unter der bewussten Kontrolle der betroffenen Personen stehen und für ihren Alltag tatsächlich lebensrelevant sind. Eine Ausweitung des Begriffes läuft dem gegenüber Gefahr, eine Vielzahl von unterschiedlichen Verhaltenstendenzen und Verhaltensweisen zu pathologisieren und damit die Freiheit zur Entfaltung persönlicher Vorlieben der Betroffenen einzuschränken.

Die Rede von lebensrelevanten Funktionsfähigkeiten ist allerdings nicht selbsterklärend. Als lebensrelevant sollen solche Funktionsfähigkeiten eingeschätzt werden, die entweder das „nackte“ Überleben der betroffenen Person gewährleisten oder ihr je einzeln auszugestaltendes Leben in der Mitwelt ermöglichen (Heinz 2014). Zu ersteren gehören Funktionsfähigkeiten wie die Wachheit oder Orientierung im Raum, die im Delir verloren gehen kann, oder die Merkfähigkeit, die in Demenzerkrankungen beeinträchtigt ist. Zu letzteren gehören Funktionsfähigkeiten, die auf ganz basaler Ebene das Leben in der Mitwelt ermöglichen. Dazu gehört die Fähigkeit, sich eigene Gedanken und Handlungsimpulse selbst zuzuschreiben und diese nicht wie im Rahmen psychotischer Erfahrungen als von außen fremdgesteuert zu erleben (Heinz 2014). Auch die Unfähigkeit zur Trauer in einer Manie kann das Leben mit anderen erheblich beeinträchtigen, wenn beispielsweise das Kind des besten Freundes gestorben ist und die manisch erkrankte Person nicht mit ihrem Freund gemeinsam Trauer empfinden kann. Die Frage, ob eine Funktionsfähigkeit als lebensrelevant gelten kann, verweist immer auf minimale anthropologische Grundannahmen, deren philosophische Reflexion die Überlegungen plausibilisieren, aber nicht letztgültig begründen kann. Denn gerade das Prinzip der Unergründlichkeit der menschliche Natur (Plessner 2003 [1931]), das heißt die Abhängigkeit jedweder Konstruktion und Bewertung von ihren historischen, sozialen und kulturellen Kontexten, verbietet eine abschließende, universell gültige Definition „des Menschen“ und seiner natürlichen oder zumindest lebenswichtigen Funktionsfähigkeiten. Damit werden minimale Grundannahmen zur Beschreibung der menschlichen Natur allerdings nicht zu einem bloßen historisch kontingenten Gesicht im Sand, das mit jeder neuen Welle sozial machtgeladener Konstruktionen spurlos verschwinden kann – zu tief vermengen sich hier historisch vorherrschende Bewertungen mit universellen Ermöglichungsbedingungen menschlicher Lebensführung. Aber jeder Versuch der Beschreibung unterliegt zeitbedingten Vereinfachungen, Verzerrungen und Erfindungen, deren Bezug zu machtpolitischen

Trendwenden wie bei der neoliberalen Verschiebung großer Personengruppen aus Krankenhäusern in Gefängnisse oft erst im Nachhinein erfasst werden kann.

Hinzu kommt eine weitere Einschränkung: Als „klinisch krankheitsrelevant“ sollten als lebensrelevant klassifizierte Funktionseinschränkungen überhaupt nur dann gelten, wenn sie nicht nur generell als lebensrelevant eingeschätzt werden, sondern auch individuell für die betroffene Person von Nachteil sind. Dies ist wichtig, um beispielsweise Personen nicht unangemessen zu pathologisieren, die einzelne Symptome im Sinne einer Einschränkung generell lebensrelevanter Funktionsfähigkeiten zeigen, darunter aber persönlich nicht leiden und in ihrer sozialen Teilhabe nicht beeinträchtigt werden. Ohne solche individuell nachteiligen Folgen medizinisch relevanter Funktionseinschränkungen, also ohne dadurch verursachtes Leid oder ohne Beeinträchtigung der individuellen Ermöglichungsbedingungen sozialer Teilhabe, sollte nicht von einer klinisch relevanten Erkrankung gesprochen werden. Warum dies wichtig ist, illustriert das Beispiel eines Patienten, der akustische Halluzinationen erlebte, die als Beeinträchtigung einer generell lebensrelevanten Funktionsfähigkeit verstanden werden können, nämlich der Fähigkeit wahrzunehmen, welche akustischen Reize von außen kommen und welche nicht. Die betroffene Person selbst aber schätzte ihre „Stimmen“ und fühlte sich davon in keinster Weise beeinträchtigt. Vielmehr betonte sie, dass die Stimmen ihr immer die richtigen Tipps gäben, um an der Börse erfolgreich zu spekulieren.

Demgegenüber kann ein krankheitsrelevanter Nachteil einer generell lebensrelevanten Funktionseinschränkung im Leid bestehen, das mit dem Zustand verbunden ist. Dieses Leid kann beispielsweise in der Qual einer tiefgreifenden depressiven Verstimmung bestehen, die mit einem Antriebsmangel und weitgehendem Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit inklusive der Möglichkeit, irgendeine Freude zu empfinden, verbunden ist. Ein persönlich krankheitsrelevanter Nachteil einer allgemein lebensrelevanten Funktionseinschränkung kann aber auch in der dadurch bedingten Beeinträchtigung von Aktivitäten des täglichen Lebens bestehen, die soziale Teilhabe auf basaler Ebene ermöglichen. So mag eine Person mit einer schweren Demenz unter ihrem Zustand der Vergesslichkeit, den sie subjektiv gar nicht bemerkt, auch nicht leiden. Die Unfähigkeit, sich ohne fremde Hilfe zu waschen, anzuziehen oder Nahrung aufzunehmen, kann aber die Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten schwer beeinträchtigen.

Wie das Beispiel zeigt, liegt allerdings auch dieser Einschätzung eine anthropologische Annahme zu Grunde, nämlich das Postulat, dass eine Person solche Tätigkeiten autonom ausführen können sollte, um ihr Leben selbst zu gestalten. Solch Annahmen mögen plausibel sein, sie unterliegen aber wie die medizinische Definition lebenswichtiger Funktionsfähigkeiten der öffentlichen Kritik.

8 Ausblick: ein öffentlich organisierter Diskurs zur Definition psychischer Erkrankungen

Bisher werden Krankheitsklassifikationen im Bereich psychischer und somatischer Erkrankungen von Experten konsentiert, die die jeweilige Fachgesellschaft (die American Psychiatric Association oder die WHO) auf oft intransparentem Weg auswählt. Sowohl die Definition lebensrelevanter Funktionsfähigkeiten, deren Einschränkung als Leitsymptome psychischer Erkrankung gelten dürfen, als auch die Definition des persönlichen Nachteils, den betroffene Personen von einer solchen Beeinträchtigung aufweisen müssen, soll sie als klinisch relevant gelten, hängen aber von vielfältig determinierten und jeweils immer schon sozial beeinflussten Vorannahmen und Wertungen ab. Dies gilt für somatische Erkrankungen, aber angesichts der Verhaltensvielfalt der Menschen noch mehr für psychische Erkrankungen. Hier ist die Öffnung des fachinternen Diskurses für Organisationen von Patientinnen und Patienten, sogenannter psychiatrie-erfahrener Personen und ihrer Angehörigen zu fordern. Ein „trialogischer Beirat“ sollte also zumindest künftig alle Revisionen der internationalen Krankheitsklassifikationen (ICD der WHO oder DSM der American Psychiatric Association) beraten und begleiten. Solche sogenannten „trialogischen“ Beiräte aus Betroffenen, Angehörigen und Professionellen begleiten beispielsweise die Tätigkeit der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde*. Ein derartiger Beirat wurde aber auch für die Gestaltung des Kongresses der World Psychiatric Association 2017 in Berlin etabliert. Neuauflagen der Krankheitskataloge der WHO (2017) und American Psychiatric Association (2013) sollten nur erfolgen, wenn eine entsprechende Etablierung trialogischer Beiräte und eine öffentliche Diskussion der Vorlagen und Entscheidungsprozesse gesichert ist.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5. Aufl.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2012): *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (5., überarb. Aufl.). Köln: Psychiatrieverlag.
- Bandura, Albert (1977): „Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change“. In: *Psychological Review* 84(2), S. 191–215.
- Browning, Christopher R. (1992): *Ordinary Men: Reserve Police Battalion 101 and the Final Solution in Poland* (1. Aufl.). New York, NY: Harper Collins.

- Chmitorz, A./Kunzler, A./Helmreich, I. et al. (2018): „Intervention Studies to Foster Resilience – A Systematic Review and Proposal for a Resilience Framework in Future Intervention Studies“. In: *Clin Psychol Rev* 59, S. 78–100.
- Culver, Charles M./Gert, Bernard (1982): *Philosophy in Medicine: Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Gans, Herbert J. (1995): *The War Against The Poor: The Underclass and Antipoverty Policy*. New York, NY: Basic Books.
- Heinz, Andreas (2002): *Anthropologische und evolutionäre Modelle in der Schizophrenieforschung*. Berlin: Verlag für Bildung und Wissenschaft.
- Heinz, Andreas (2014): *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Berlin: Suhrkamp.
- Heinz, Andreas (2016): *Psychische Gesundheit: Begriffe und Konzepte*. Stuttgart, Berlin & Köln: Kohlhammer.
- Heinz, Andreas (2017): *A New Understanding of Mental Disorders: Computational Models for Dimensional Psychiatry*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Heinz, Andreas/Batra, Anil (2003): *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit*. Stuttgart, Berlin & Köln: Kohlhammer.
- Jaspers, Karl (1946 [1913]): *Allgemeine Psychopathologie* (4., völlig neu bearbeitete Aufl.). Berlin & Heidelberg: Springer.
- Mundt, A. P./Chow, W. S./Arduino, M. et al. (2015): „Psychiatric Hospital Beds and Prison Populations in South America Since 1990: Does the Penrose Hypothesis Apply?“. In: *JAMA Psychiatry* 72(2), S. 112–118.
- Plessner, Helmuth (2003 [1931]): *Macht und menschliche Natur*. Gesammelte Schriften, Bd. 5. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rothenberg, Julia/Heinz, Andreas (1998): „Meddling with Monkey Metaphors – Capitalism and the Threat of Impulsive Desires“. In: *Social Justice* 25(72), S. 44–64.
- Schneider, Kurt (1942 [1939]): *Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose* (2., erweiterte Aufl.). Leipzig: Georg Thieme.
- Schramme, Thomas (2000): *Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Szasz, Thomas S. (1975 [1970]): *Psychiatrie, die verschleierte Macht. Essays über die psychiatrische Entmenschung des Menschen*. Olten & Freiburg: Walter.
- Szasz, Thomas S. (1978): *Recht, Freiheit und Psychiatrie. Auf dem Weg zum therapeutischen Staat?* Wien, München & Zürich: Fischer.
- Szasz, Thomas S./Stein, Brigitte (1997): *Grausames Mitleid. Über die Aussonderung unerwünschter Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- World Health Organization (2006 [1948]): *Constitution of the World Health Organization*. Genf: World Health Organization, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, besucht am 11.11.2020.
- World Health Organization (2017): *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Genf: World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>; , besucht am 11.11.2020.