

Simon Groten

Abstrakt isoliert ist nicht kapiert – zur Kritik am Konzept der ›psychischen Krankheit‹

Zusammenfassung: Den Absolvent*innen eines Psychologiestudiums ist mehr oder weniger vermittelt worden, welche Verhaltensweisen und Empfindungen Teil welcher ›psychischen Krankheiten‹ seien, aber eine tiefere Auseinandersetzung damit, was dieses ›Krankhafte‹ eigentlich sei, findet im Studium nicht statt. Die dann angehenden Psychotherapeut*innen haben gut gelernt, verbale Äußerungen und Beobachtungen ihrer ›Patient*innen‹ in Schubladen zu sortieren, aber die gesellschaftspolitischen und damit auch fachlichen Implikationen ihres Denkens in ›psychischen Krankheiten‹ haben sie nicht gelernt, zu reflektieren. In diesem Aufsatz werden die Entwicklung des Krankheitskonzeptes in der Psychopathologie skizziert und kritische Diskurse und Perspektiven aufgeführt. Schließlich wird die Vorstellung des abstrakt-isolierten menschlichen Individuums als die zu Grunde liegende Denkweise des Konzepts der ›psychischen Krankheit‹ herausgearbeitet.

Abstract: Graduates of psychology are more or less taught which behaviours and emotions are supposed to be part of which ›mental illness‹, but a profound reflection on what is seen as pathological is missing during their education. Thus, prospective psychotherapists learn very well how to classify verbal expressions and observations of their ›patients‹, but they do not learn to reflect about socio-political and professional implications of their acting. This article outlines the development of the concept of illness in psychopathology and discusses critical discourses and perspectives. Finally, the author argues that the idea of the abstract – isolated – human individual is underlying the concept of ›mental illness‹.

Es fällt auf, dass im Psychologiestudium zwar viel darüber geredet wird, welche Verhaltensweisen und Empfindungen Teil welcher ›psychischen Krankheiten‹ seien, aber nie eine tiefere Auseinandersetzung damit stattfindet, was dieses ›Krankhafte‹ eigentlich sei. Da aber auch implizite und/oder eklektisch-widersprüchliche Krankheitskonzepte faktisch beeinflussen was Professionelle für »den Fall« halten (Harland et al. 2009; Read, Moberly, Salter & Broome 2017) und die Studierenden auf Basis ihres im Studium erworbenen Wissens sowohl ihre erste praktische Tätigkeit bestreiten als auch ihre Therapieausbildung wählen, ist dieser Umstand höchst problematisch. Nach Wulff (2014) kommt der Herausarbeitung eines (psychiatrischen) Krankheitsbegriffs eine gewisse ideologiekritische Potenz zu: »Sie stellt immer auch eine Art Demaskierung dar, dem Betroffenen wird eine Deutung darüber, was er tatsächlich und weshalb er es macht, an den Kopf geknallt. Dadurch wird es für ihn schwieriger, naiv weiter so fortzufahren« (12). In Anlehnung an Holzkamp (2009 [1972]) wird im vorliegenden Aufsatz die Vorstellung des *abstrakt-isolierten menschlichen Individuums* als die *verborgene anthropologische Voraussetzung des Konzepts der ›psychischen Krankheit‹* herausgearbeitet. Dabei

wird ein kritisch-psychologisches Verständnis problematischer menschlicher Lebensäußerungen nur ex negativo umrissen. Auf dem Weg dahin wird deutlich, wie in der Wissenschaftsgeschichte der Psychopathologie kritische Diskurse immer wieder abrissen.³⁷

1. Vorüberlegungen zum Konzept der ›psychischen Krankheit‹

Im fachlichen Diskurs besteht weder ein Konsens darüber, ob die aus der Medizin entlehnte Konzeptionalisierung bestimmter *menschlicher Lebensäußerungen*³⁸ als ›krank‹ überhaupt gegenstandsadäquat ist, noch gibt es unter den Vertreter*innen des Begriffs der ›psychischen Krankheit‹ eine einheitliche Konzeptionalisierung dessen, was unter ›psychisch krank‹ zu verstehen sei. Schon im ca. 100 Jahre alten Lehrbuch »Allgemeine Psychopathologie« des Philosophen und Psychiaters Karl Jaspers (1883–1969) von 1920 findet sich eine detaillierte Diskussion der Problematik des Krankheitskonzepts. Jaspers gilt durch dieses Lehrbuch heute als »wichtiger Mitbegründer der psychiatrischen Klassifikation« (Paulitsch 2009, 24), bzw. wird ihm zugeschrieben, mit dem Lehrbuch die Psychopathologie zu einem eigenen Wissenschaftsgebiet gemacht zu haben (Schneider 2012, 38). Jedoch hinterließen seine frühen Reflexionen über das Krankheitskonzept in der folgenden Entwicklung des Wissenschaftsgebietes nicht nur kaum Spuren, mit ihnen können sogar die Hauptentwicklungen in der Psychopathologie kritisiert werden.

Nach Jaspers (1920) gilt es, sich die gesellschaftliche Vermitteltheit des fachlichen Diskurses um die Psychopathologie zu vergegenwärtigen, auch wenn er es selbst so nicht nennt: Was Menschen als »psychisch auffällig« und als ›Krankheit‹ ansehen, werde in unterschiedlichen historisch-konkreten Gesellschaften unterschiedlich beurteilt, hänge »von den herrschenden Auffassungen der jeweiligen Kulturkreise« (4) ab. Die Vorstellung, ein Mensch sei eindeutig ›krank‹ oder nicht ›krank‹, sei dabei »ein Rest der alten Dämonenlehre [der Kirche] in rationaler Form« (ebd., 7).

Jaspers (1920) sieht in den verschiedenen Krankheitskonzepten die Gemeinsamkeit des Ausdrucks eines Werturteils von ›krank‹ als »schädlich, unerwünscht, minderwertig« (4). Er weist darauf, dass diese Wertzuschreibung keinen Erkenntnisgewinn über den Gegenstand bedeute: Der Medizin gehe es darum, »festzustellen, was für ein bestimmtes konkretes Sein und Geschehen vorliegt, wovon es abhängig ist, wie es weiter verläuft, was darauf einwirkt« (ebd.), also darum, die Funktionsweise des Körpers zu erforschen. Dies gelte ebenfalls für die Psychologie: Eine Krankheitslehre versucht, die physischen und psychischen Sachverhalte zu ergründen. Es geht im Kern um das Hervorbringen von »Seins- und Geschehensbegriffen« (ebd.) nicht um die Klassifikation als ›krank‹. Die Erkenntnis über den Gegenstand wird also *an der Klassifikation vorbei* hervorgebracht, nicht durch sie.

37 Der vorliegende Aufsatz basiert auf dem zweiten Kapitel meiner Masterarbeit (Groten 2017) und stellt eine gekürzte und überarbeitete Version dieses Kapitels dar.

38 Unter diesem Begriff sind sämtliche psychischen Phänomene, Qualitäten und Verhaltensweisen einer konkreten Person zu verstehen.

Es kommt nach Jaspers (1920) zu einer Doppelbesetzung des Begriffs Krankheit, einerseits als Wertbegriff und andererseits als Seinsbegriff und dadurch zu einem denklolgischen Kurzschluss: Mit dem Wort ›krank‹ soll etwas als unwert gekennzeichnet werden, jedoch wird diese Wertigkeitszuschreibung mit einer Form des Seins verwechselt. Das anfängliche Werturteil erscheint schließlich als »empirisch-diagnostisches« (7) Urteil eines Seins. Eine vorgefundene *Subjektivität*³⁹ wird als ›kranke‹ Subjektivität wahrgenommen. Dabei war Ausgangspunkt lediglich, dass die vorgefundene Subjektivität eine unerwünschte Subjektivität ist.

2. Abriss der Paradigmenkontroverse der Psychopathologie

Im Folgenden soll die Paradigmenkontroverse in der Psychopathologie kurz nachgezeichnet werden, um eine Grundlage für die anschließende Analyse zu schaffen.

2.1. Das (bio-)medizinische Krankheitsmodell

Das (bio-)medizinische Modell ist die älteste Konzeptionalisierung problematischer menschlicher Lebensäußerungen als ›Krankheit‹. Es etablierte sich im Zuge des gesellschaftlichen Wandels im 19. Jahrhundert, löste die alte Dämonenlehre der christlichen Kirchen ab und entmythologisierte die ›Irren‹ zu körperlich Kranken (Zeelen 1983, 27). Damit wurde auch das Begriffssystem der medizinischen Pathologie auf menschliche Lebensäußerungen im allgemeinen übertragen: Nosologie, Ätiologie, Symptom, Syndrom, Diagnose, Therapie, Prognose usw. (vgl. Keupp 1974, 122). Diese Rekonzeptionalisierung ist dabei als »wichtige Etappe im Prozeß der Verwissenschaftlichung der Psychiatrie« (ebd., 123) anzusehen und war z.T. durchaus fortschrittlich intendiert: Es war ein Versuch, »abweichendes Verhalten aus dem Zugriff und der gesellschaftlich legitimierten Kompetenz von Vertretern religiös-romantischer Sündenfalltheorien und der aus diesen Theorien abgeleiteten inquisitorischen Praxis zu lösen (Sarbin 1969, Szasz 1972b)« (ebd., 123f.).

Kerngedanke des Modells ist, dass psychische Probleme vollständig auf die Abweichung eines messbaren biotischen Merkmals von dessen »Normausprägung« zurückführbar sind (Engel 1977, 130). Wobei diese Normausprägung als ›natürlicher‹ Zustand des Organismus konzeptionalisiert wird und »der Zustand der Krankheit in keiner Kontinuität mit dem der Gesundheit steht« (Ullmann & Krasner 1969, zit. n. Keupp 1974, 122). Verhaltensabweichung und damit Verhalten allgemein seien durch biochemische, neurophysische etc. Prozesse erklärbar.

2.2. Der Kampf gegen das »medizinische Modell«

Erst in den 1960er und 70er Jahren, einer Zeit, in der sich die Psychotherapie und die Klinische Psychologie »explosiv entwickelten« (Keupp 2013, 48), entstand eine Kontroverse größeren Ausmaßes um die Konzeptionalisierung menschlicher Lebensäußerungen als ›Krankheit‹: eine Diskussion um die wissenschaftliche Dignität des (bio-)medi-

39 Mit diesem Begriff bezeichne ich das Gesamt sämtlicher menschlicher Lebensäußerungen.

zinischen Modells, die die Qualität einer Paradigmenkrise gewann. Eröffnet wurde »der Kampf gegen das ›medizinische Modell« (Keupp 1972, 51) durch die Publikation einer Arbeit des US-amerikanischen Psychiaters Thomas S. Szasz (1920–2012) im Jahr 1960 (ebd.), wobei dieser kein spezifisches Krankheitsmodell, sondern das Krankheitskonzept als solches kritisierte. Im deutschsprachigen Raum dürfte der Münchner Sozial- und Gemeindepsychologie Heiner Keupp zu den engagiertesten Kritiker*innen des (bio-)medizinischen Modells gehören.

Eine wesentliche Kritik war die Herausstellung des Krankheitskonzepts als Metapher (bspw. Szasz 1973): In der Übertragung des medizinischen Konzepts der ›Krankheit‹ auf menschliche Lebensäußerungen liegt die metaphorische Funktion, »einen unausgesprochenen Vergleich zwischen Dingen [...], die wesensmäßig voneinander verschieden sind« (Bruyn 1966, 133 zit. n. Keupp 1974, 124), anzustellen. Dabei können Metaphern im Fall der Psychopathologie lediglich dazu dienen, sich ein *Bild*, nicht aber einen *Begriff* der Psyche zu machen (W. Herzog 2012, 85). Sie behindern in diesem Sinne also das Begreifen der Psyche durch Begriffsanalysen und erzeugen dabei Realität, statt sie abzubilden (ebd., 86). »Die Gefahr besteht darin, daß das Bewußtsein davon verlorenght, daß eine Metapher immer nur eine hilfreiche und vorübergehende Anleihe sein kann« (Keupp 1972, 124). In dem Maße, wie das Bewusstsein von der wesensmäßigen Verschiedenheit des Herkunfts- und des Zielobjektbereichs der Metapher verloren geht, transformiert sie sich von der Metapher zum Mythos (ebd.). Eben diese Transformation wurde von Szasz (1960) konstatiert.

Wird das Konzept der ›psychischen Krankheit‹ als »verselbstständigte«, verdinglichte, medizinische Metapher und somit als Mythos begriffen, werden die historischen Versuche verständlich, objektive »quasinaturnwissenschaftliche Normsetzungen« (Keupp 1974, 126), wie sie für somatische Krankheiten bekannt sind, auch für ›psychische Krankheiten‹ zu finden. Durch die Werthaltigkeit des Krankheitskonzepts mussten diese Versuche aber nach einer langen Reihe von Misserfolgen zu Gunsten einer »empirischen Erhebung von Kriterien, die in einer konkreten gesellschaftlichen Lebenswelt ›Normalität‹ bestimmen« (ebd., 126f.), aufgegeben werden. Die im Krankheitskonzept enthaltene *Diskontinuitätsannahme* von dem »Verhalten selbst inhärenten Qualitäten, wie ›normal‹ oder ›abnorm‹, die eindeutig voneinander abgehoben werden könnten« (ebd., 127), wurde in diesem Zuge durch ein Verständnis ›psychischer Krankheit‹ als »sozial relativiertes Bewertungsmuster für bestimmte Verhaltensweisen« (ebd., 128) abgelöst. ›Psychische Krankheiten‹ sind »zunächst einmal nur Verhaltensweisen, die die grundlegenden ›Selbstverständlichkeiten‹ sozialer Kommunikationsmuster durch ihr unerwartetes Auftreten verunsichern« (ebd., 139). Das Bewertungsmuster muss aus sozialen Normen und Regeln abgeleitet werden (ebd., 140). Daher ist die ›psychische Krankheit‹ »keine Qualität der Handlung, die eine Person begeht, sondern vielmehr eine Konsequenz der Anwendung von Regeln durch andere« (Keupp 1974, 140). Aus dem vermeintlichen Seinsbegriff der ›psychischen Krankheit‹ wird also wieder ein Wertbegriff der Charakterisierung menschlicher Lebensäußerungen nach sozialen Normen und Regeln. Der von Jaspers kritisierte denklogische Kurzschluss wird entwirrt, die

Verwendung des Krankheitsbegriffs unnötig. Keupp (1972) selbst spricht kohärent zu seiner Theorie von *psychischen Störungen*⁴⁰ als *abweichendes Verhalten*.

Aus dieser Position folgt einerseits die Notwendigkeit, die sozialen Normen und Regeln zu reflektieren, nach denen menschliche Lebensäußerungen als ›krank‹ konstruiert werden. Hierzu bedarf es der Überschreitung der psychologischen Fachgrenze im engeren Sinne hin zu gesellschaftstheoretischen Analysen. Andererseits besteht nun die konzeptuelle Möglichkeit des Verständnisses menschlicher Lebensäußerungen aus der Auseinandersetzung der Menschen mit der Welt. Szasz (1960) spricht hier von »problems in living« (118). Wenn menschliche Lebensäußerungen, die als ›psychisch krank‹ erscheinen, tatsächlich einen konflikthaften Charakter in der Auseinandersetzung mit der Welt haben, »dann bedeutet eine [...] ›Klinifizierung‹ oder ›medicalization‹ von abweichendem Verhalten, daß diese Konflikte nicht mehr mittels sozialer Strategien angegangen, sondern in einem quasimedizinischen Krisenmanagement verschleiert werden« (Keupp 1974, 131). Insofern hat die Konzeptionalisierung problematischer menschlicher Lebensäußerungen als ›psychische Krankheit‹ eine herrschaftsstabilisierende gesellschaftspolitische Komponente, die auch auf Grund des begrifflich-konzeptuell induzierten »quasimedizinischen« Selbstverständnisses der Therapeut*innen nicht reflektiert wird. Somit kann auch kein Bewusstsein über die gesellschaftliche Bedeutung therapeutischen Handelns entstehen (Keupp 1974, 131). Es folgt also eine Therapie der Anpassung, ohne dass dies den Therapeut*innen bewusst ist: Sie sehen qua ihrer Grundbegriffe – Kategorien⁴¹ – lediglich einen ›kranken‹ Menschen, dem sie helfen wieder ›gesund‹ zu werden bzw. sich so zu fühlen.

2.3. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell

Mitte der 1970er Jahre stand das Konzept der ›psychischen Krankheit‹ nach der Veröffentlichung zahlreicher Arbeiten und durch eine politisierte Studierendenbewegung, die die Zustände in den Psychiatrien anprangerte, stark in der Kritik (Keupp 2013).

40 Prinzipiell sind Störungskonzept und Krankheitskonzept unterscheidbar. Während die Bezeichnung als ›Krankheit‹ ein Werturteil darstellt, bezieht sich die ›Störung‹ immer auf das ›Funktionieren‹ von etwas. Bei der ›psychischen Störung‹ geht es darum, dass die alltägliche Lebensführung von Menschen in unserer Gesellschaft zusammenbricht – die Menschen nicht mehr ›funktionieren‹. Dabei besteht im Gegensatz zum Krankheitskonzept auch keine Diskontinuität zwischen ›Krankem‹ und ›Gesundem‹. Ein tatsächliches Störungskonzept hat demnach aus emanzipatorischer Perspektive Vorteile, die aber im Rahmen des vorliegenden Aufsatzes nicht näher betrachtet werden können. Heute lässt sich eine konzeptuelle Vermischung feststellen, die mit einer faktischen Gleichsetzung des Störungsbegriffs mit dem Krankheitsbegriffs einhergeht (Groten 2017, 9f.). Mit der impliziten oder expliziten Gleichsetzung des Störungsbegriffs mit dem Krankheitsbegriff holt einerseits die von Jaspers (1920) dem Krankheitsbegriff konstituierte Wertung als »schädlich, unerwünscht, minderwertig« (4) den Störungsbegriff ein, andererseits bedeutet es für die vorliegende Arbeit, dass auf die begriffliche Differenzierung zwischen ›Störung‹ und ›Krankheit‹ nicht eingegangen werden muss. Da es im Rahmen des Argumentationszusammenhangs konzeptuell präziser ist, wird lediglich der Begriff der ›psychischen Krankheit‹ verwendet.

41 Die Grundbegriffe oder Kategorien einer Wissenschaft strukturieren das Denken über den Gegenstand der Wissenschaft (vgl. Holzkamp 1985, 27f.).

In dieser krisenhaften Zeit in der Psychiatrie stellte der US-amerikanische Psychiater George L. Engel (1913–1999) in einem viel beachteten Artikel in der Zeitschrift *Science* das *biopsychosoziale Krankheitsmodell* (1977) vor. Engel konstatierte darin der Psychiatrie wie auch der somatischen Medizin eine Krise aufgrund des (bio-)medizinischen Krankheitskonzepts, das weder den wissenschaftlichen noch den sozialen Verpflichtungen beider Disziplinen als adäquate Grundlage dienen könne (ebd.).

Detailliert beschreibt Engel (1977) anhand der somatischen Krankheit Diabetes und ›psychischen Krankheit‹ Schizophrenie, wie sich in beiden Fällen zwar biotische Phänomene festmachen lassen, aber dass die Art und Weise, wie Menschen diese Phänomene erleben, damit umgehen und wie sie davon beeinflusst werden, durch (gesellschaftlich-) kulturelle, soziale und psychische Faktoren *vermittelt* ist (ebd., 131f.).

Wie aber verhält sich das biopsychosoziale Modell zum Krankheitskonzept allgemein? Einerseits will Engel (1977) das biopsychosoziale Modell eindeutig als »New Medical Modell« (132) einführen. Andererseits stellt er das Modell bewusst in den Rahmen der Systemtheorie, die ein komplexes Zusammenwirken von »molecules, cells, organs, the organism, the person, the family, the society, or the biosphere« (ebd., 134) postuliert, also nicht mit einer ›psychischen Krankheit‹ als unabhängige Entität vereinbar ist. Erklärbar ist dieser Widerspruch hochwahrscheinlich durch pragmatische Erwägungen: Das biopsychosoziale Modell sollte für verschiedene Diskurse anschlussfähig sein. Denn Engels Krankheitsbegriff ist von dem gängigen Verständnis einer eigenständigen, naturhaften Entität abzugrenzen, wie es das (bio-)medizinische Krankheitsmodell postuliert. Er schlägt kein neues Krankheitsmodell innerhalb des Konzeptes ›Krankheit‹ vor, sondern einen grundlegend neuen, umfassenderen Krankheitsbegriff überhaupt.

2.4. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* wurde ursprünglich von den US-amerikanischen Psycholog*innen Joseph Zubin und Bonnie Spring (1977) zur Erklärung von ›Schizophrenie‹ als *Vulnerabilitätsmodell* eingeführt. Es wird aber heutzutage wegen seiner allgemeinen Aussagen über Wirkmechanismen auch auf viele andere Phänomene angewendet (s. Schneider 2012, 8).

Das Besondere und Neuwertige des Vorschlags war das Konzept der ›Vulnerabilität‹, oder ›Anfälligkeit‹ als eine personale ›Eigenschaft‹ (trait), die an sich *keine* ›Krankheit‹ ist und ›angeboren‹ oder ›erworben‹ sein kann (Zubin & Spring 1977, 109). Buxbaum (2015) hebt hervor, dass genetisch oder epigenetisch bedingte ›Vulnerabilität‹ in Hinblick auf allgemeine psychische Funktionssysteme wie bspw. affektive Aktivierung zu verstehen sei und damit nicht als ›Anfälligkeit‹ für einzelne ›psychische Krankheiten‹ (30). Im Lehrbuch von Fleischhacker und Hinterhuber (2012) wird der Umstand betont, dass genetische Veranlagung sowie biotische, psychische und soziale Faktoren für konkrete Individuen in unterschiedlicher Weise zusammenwirken und damit *allgemein nicht entwirrbar* seien (490). Auf diese mehr oder weniger ›vulnerable‹ Organismuseite wirken biotische, psychische und soziale Faktoren, die im Modell als ›Stressoren‹ konzeptionalisiert werden. Zubin und Spring (1977) gehen von einem homöostatischen

psychischen Gesundheitszustand von Menschen aus, der durch solche ›Stressoren‹ gestört wird. Übersteigt die Störung die Kapazität, die Homöostase wieder herzustellen, kommt es zur ›Erkrankung‹ (109). Je geringer das Ausmaß an ›Stressoren‹ sein muss bis die lediglich post-hoc feststellbare Schwelle zur ›Erkrankung‹ überschritten wird, desto ›vulnerabler‹ wird die Physis interpretiert (bspw. Fleischhacker & Hinterhuber 2012, 123f.). Wie ein Individuum auf ›Stressoren‹ reagiert und ob es zur ›Erkrankung‹ kommt, hängt dabei nach Zubin und Spring (1977) von einer Vielzahl von Faktoren ab: Von der gesellschaftlich üblichen Bedeutung des ›Stressors‹, davon wie ›stressend‹ dies individuell erlebt wird, davon welche Kapazitäten und Kompetenzen zum Umgang die Person allgemein besitzt, dem aufgebrauchten ›Coping‹ und schließlich der ›Vulnerabilität‹ der Person (111). Mit ›Coping‹ ist dabei ein Aspekt von zentraler Bedeutung für das Modell angesprochen: So wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell häufig auch als *Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell* bezeichnet (Fleischhacker & Hinterhuber 2012; Schneider 2012; Tölle & Windgassen 2014). Individuen bilden demnach einerseits eigene Strategien zur routinierten Bewältigung üblicher Störungen heraus, andererseits gibt es gesellschaftlich nahegelegte, institutionalisierte Bewältigungsstrategien (Zubin & Spring 1977, 112).

Im Gegensatz zum biopsychosozialen Modell fokussieren Zubin und Spring mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell auf eine Konzeptionalisierung der Art und Weise, wie die verschiedenen Dimensionen zu ordnen und als Wirkmechanismen hinsichtlich einer ›psychischen Krankheit‹ zu konkretisieren sind. Durch die apriorische Setzung einer ›Erkrankungsschwelle‹ erfolgt dabei eine theoretische Verkürzung der biotischen, psychischen und sozialen Dimensionen auf reine (quantitative) Einflussgrößen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist somit widersprüchlich konzipiert: Auf der einen Seite ist das Individuum als Subjekt konzeptionalisiert. So ist bspw. eine psychische Qualität das Entscheidende und nicht die Menge an bestimmten Reizen, denen das Individuum in seinem Leben exponiert war (112). Auch das Konzept des ›Copings‹ setzt ein Subjekt voraus. ›Stressoren‹ wirken nicht einfach auf ein mehr oder weniger ›vulnerables‹ Individuum, sondern dieses ist immer auch Subjekt, das sich zur Welt verhält und versucht Störungen seines psychischen Systems zu bewältigen. Es handelt insofern *begründet*. Auf der anderen Seite wird das Konzept einer eindeutig von einem ›gesunden‹ Zustand abhebbaren Krankheit reproduziert und die menschliche Subjektivität in den Konzepten der ›Vulnerabilität‹, der ›Stressoren‹ und des ›Copings‹ *variabilisiert* – als Einflussgrößen messbar gemacht, die dann gegeneinander verrechnet werden können. Die Ebene der Begründetheit problematischer menschlicher Lebensäußerungen in den jeweiligen Lebensproblemen ist durch die Variabilisierung theoretisch nicht mehr aufschlüsselbar. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell verbleibt damit letztlich in einem Sprachmodus problematischer menschlicher Lebensäußerungen als Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge von Stimulus (›Stress‹), Organismus (›Vulnerabilität‹) und Reaktion (›psychische Krankheit‹) – in einem *Bedingtheitsdiskurs* (s. Holzkamp 1996, 64). Dabei ist besonders die Problematik hervorzuheben, dass durch die Dethematisierung der Begründetheit menschlicher Lebensäußerungen der Fokus auf dem Individuum und dessen (therapeu-

tisch unterstützten) Bewältigungsmechanismen liegt. Damit werden gesellschaftliche Handlungsbehinderungen und strukturelle Gewalt, aus denen sich Lebensprobleme ergeben als ›Stressoren‹ verkürzt. Fragen gesellschaftlicher Verhältnisse werden so auf Fragen individueller Stressbewältigungsfähigkeit reduziert (vgl. Brensstell 2012, 32f.).

Die hier herausgearbeitete theoretische Verkürzung der verschiedenen Dimensionen auf reine Einflussgrößen mit all den dargestellten Folgen kann dabei über das Vulnerabilitäts-Stress-Modell hinaus als für heutige Konzeptionalisierungen von biopsychosozialen Modellen prägend verstanden werden: Dass sich das biopsychosoziale Modell weit verbreitet hat, liegt nicht an der Übernahme von George L. Engels (zu einem gewissen Grad) *dialektischer* Perspektive von komplexen *Vermittlungsprozessen* biotischer, psychischer und sozialer Dimensionen, sondern daran, dass die sich nomothetisch-naturwissenschaftlich verstehende Psychologie sich das Modell mit einer verkürzenden Variabilisierung der verschiedenen Dimensionen angeeignet hat.

3. Der Widerspruch zwischen postulierter Theorielosigkeit und faktisch impliziten theoretischen Annahmen in psychiatrischen Diagnosen

In der Phase der Verwissenschaftlichung der Psychopathologie im 19. Jahrhundert waren Klassifikationen wie bspw. die erwähnte von Kraepelin noch ätiologisch ausgerichtet: Sie versuchten, ›psychische Krankheiten‹ nach ihren Ursachen zu systematisieren und zu klassifizieren, was erst im ICD-10 und im DSM-III »weitgehend abgelöst [wurde] von einem atheoretischen, symptomorientiert-beschreibenden Ansatz« (Schneider 2012, 32). Dies war notwendig geworden, da, wie oben dargestellt, eindeutige Ursachen ›psychischer Krankheiten‹ nicht gefunden wurden (bzw. nicht findbar sind). Insofern sollte auf jedwede Theorie, Ätiologie oder »sonstwie [*sic*] fachlich begründete Systematik« (Tölle & Windgassen 2014, 43) verzichtet werden. Dies sollte gewährleisten, eine international einheitliche Sprache über ›psychische Krankheiten‹ in Form eines Klassifikationssystems »abseits der historischen Schulenvielfalt psychiatrischer Diagnostik« (Fleischhacker & Hinterhuber 2012, 5) auf einer »deskriptiv-phänomenologischen Ebene« (Wankerl et al. 2014, 22) erstellen zu können. Der Vereinheitlichungsprozess eines solchen Klassifikationssystems, die Klärung der Frage, welche Diagnosen es im Klassifikationssystem überhaupt geben soll und welche diagnostischen Kriterien dafür erforderlich sind (Wulff 2014, 21), erfolgt dann zwangsläufig über Diskussion, Kompromissbildung oder Mehrheitsabstimmung. Daher werden, »um einen möglichst weitreichenden Konsens zu erzielen, [...] im Allgemeinen nur relativ leicht erkennbare und gut operationalisierbare Merkmale zugelassen, die größtenteils Verhaltensmerkmale sind« (Tölle & Windgassen 2014, 43).

Tatsächlich verfehlen die psychiatrischen Diagnosen aber das von ihren Vertreter*innen formulierte Ziel, lediglich deskriptiv, atheoretisch, zu sein. Die Atheoretizität wird zwar auf der Ebene umgesetzt, die Diagnosen nach deskriptiv-phänomenologischen Gesichtspunkten zu klassifizieren. Die Entscheidung, beobachtbare Lebensäußerungen ungeachtet ihrer eventuell gänzlich unterschiedlichen Entstehung in einem Konstrukt (›psychische Krankheit‹) zusammenzufassen, ist aber selbst von (impliziten)

theoretischen Annahmen durchsetzt: Die deskriptiv-phänomenologische Klassifikation kann zur gewünschten »Schulbefriedung« nur so weit beitragen, wie einerseits die einzelnen Schulen eine solche Zusammenfassung selbst konzeptionalisieren (was bspw. die Psychoanalyse nicht tut) und andererseits die Schulen mit der Deskription allein der Lebensäußerungen einer Person alle wesentlichen Charakteristika des Phänomens als erfasst ansehen (was bspw. systemische oder gesellschaftskritische Ansätze nicht tun).

In den psychiatrischen Diagnosen werden die einzeln beobachtbaren Phänomene oder Verhaltensweisen (›Symptome‹) immer nur in ihrer vermeintlichen Zeichen – und Ausdrucksfunktion »für eine ihnen zugrundeliegende Ursache, die ›im‹ Individuum selber begründet liegt« (Zeelen 1983, 37), registriert. Das medizinische Denken »in Krankheiten« hat die Funktion eines »vorgängig strukturierenden konzeptuellen Schema[s]« (Keupp 1974, 128). Die »psychopathologische[n] Symptome sind nicht schlechthin krankhaft« (Scharfetter 1996, 23) konzeptionalisiert, aber werden eben apriori als ›Symptome‹ einer dahinterliegenden ›Krankheit‹ gelesen. Es handelt sich um ein »Subsumtionsverhältnis« (Wulff 2014, 21). »Die Benennung von Symptomen ist also nicht deskriptiv, sondern attributiv. Es werden dadurch Verhaltensweisen in einen Zusammenhang gestellt, der ihnen einen Sinn verleiht, den sie außerhalb dieses Zusammenhangs nicht haben« (Keupp 1974, 128). Es kann »vielfach erst durch Wertung festgelegt werden [...], ob es sich bei ihnen überhaupt um Krankheitssymptome handelt« (Wulff 2014, 20) oder nicht.

Problematisch ist, dass diese Organisations- und Attributionsprozesse, von denen die diagnostische Wahrnehmung geprägt sind, im psychopathologischen Diskurs so gut wie nicht reflektiert werden: Dadurch »sehen« Verfechter*innen psychiatrischer Diagnosen die ›psychischen Krankheiten‹ dann (G. Herzog 1999, 246). Die ›psychischen Krankheiten‹ treten ihnen verdinglicht gegenüber als wären sie kein gedankliches Konstrukt. Letztlich kann von einer gedanklichen Ersetzung des eigentlich werthaltigen Konzepts der ›Krankheit‹ durch vermeintliche Seins- und Geschehensbegriffe gesprochen werden: die Ergebnisse der Organisations- und Attributionsprozesse, die diagnostischen Normen, werden von den Taxonom*innen als empirische Tatsachen verkauft, die »durch ihre Operationalisierbarkeit den Anschein eines besonders hohen wissenschaftlichen Ranges« (Wulff 2014, 22) suggerieren. Letztlich ist dies aber eine *Pseudoexaktheit*, da sich die von Taxonom*innen beanspruchte Exaktheit lediglich auf die Ebene der Begriffe, »nicht aber auf das Verhältnis dieser Begriffe zu der von ihnen angeblich erfassten Realität bezieht« (ebd.). Es ist der Versuch, »durch Reglementierung des Wortgebrauchs Wirklichkeit zu beschwören« (ebd., 24), statt sie abzubilden.

Mit dem Konzept der ›Krankheit‹ hängt zudem zusammen, dass psychiatrische Diagnosen personalisieren und naturalisieren. »Personalisierung bedeutet allgemein von den Lebensumständen der Menschen derart zu abstrahieren, dass gesellschaftliche Beschränkungen in subjektive Beschränktheit uminterpretiert werden« (Markard & Kaindl 2014, 199). So wird in den Diagnosekriterien lediglich eine subjektive Beschränktheit, nicht aber gesellschaftliche Beschränkung beschrieben. Mit dieser Personalisierung geht die Gefahr der Individualisierung und Klinifizierung gesellschaftlicher Probleme ein-

her. Die diese psychischen Probleme verursachenden gesellschaftlichen Beschränkungen sind dabei mit den psychiatrischen Diagnosen nicht thematisierbar. Dies ist vom Gegenstand her betrachtet, wie auch aus herrschaftskritischer Sicht, unhaltbar.

4. Die problematische Vorstellung des abstrakt-isolierten menschlichen Individuums

In den beschriebenen Konzeptionen von ›psychischer Krankheit‹ schlägt sich die in der Psychologie übliche »Verkehrung von Konkretheit und Abstraktheit [im Verständnis] menschlicher Verhältnisse« nieder (Holzkamp 1970, 110): Menschliche Lebensäußerungen erscheinen in »praller‹ Konkretheit« (Markard & Kaindl 2014, 199), denn sie werden »subjektiv ›unmittelbar‹ vorgefunden« (Holzkamp 1970, 115). Diese »Konkretheit« ist allerdings lediglich als »Pseudokonkretheit‹ der bürgerlichen Alltagsrealität« (Holzkamp 1985, 395) zu charakterisieren: Menschliche Lebensäußerungen sind keine ahistorischen, »ursprüngliche[n]‹ phänomenale[n] Gegebenheiten« (Holzkamp 1970, 114), die dem Individuum »naturhaft« innewohnen. Ebenso sehr, wie menschliche Lebensäußerungen dem Subjekt unmittelbar – »konkret« – vorgegeben sind, sind sie »objektiv‹ vermittelt« (ebd., 115). Sämtliche Lebensäußerungen sind Resultat von durch Menschen hergestellten historisch-konkreten Gesellschaften und nicht (durch Abstraktion der Gesellschaftlichkeit) »den individuellen Menschen als konkrete empirische Letzttheit« (ebd., 113) zuschreibbar. Aus diesem Umstand wird deutlich, dass auch die Gesellschaft in ihrer jeweiligen historischen Ausprägungsstufe keine vom Menschen unabhängige Entität ist, die diesem gegenübersteht: »Die gesellschaftlichen Verhältnisse sind vielmehr die Form, in der sich notwendigerweise menschliches Leben realisiert, wobei konkrete, lebendige Menschen immer in einer besonderen historischen Form solcher Verhältnisse stehen« (ebd., 111). Jedwede vorfindliche und beobachtbare Subjektivität ist immer eine Konkretisierung in bestimmten historisch-konkreten gesellschaftlichen Verhältnissen. Die »Durchbrechung der Unmittelbarkeit‹ personalisierenden Denkens ist also kein theoretischer Luxus, sondern das einzige Mittel, alltäglichen Denkformen nicht ›auf den Leim zu gehen‹« (Markard & Kaindl 2014, 200).

Die »Abstraktion von der konkreten historisch-gesellschaftlichen Lage des Menschen« (Holzkamp 1970, 11), die sich in der Konzeptionalisierung des Menschen als *abstrakt-isoliertes menschliches Individuum* zeigt, führt zu Personalisierung: einerseits in psychiatrischen Diagnosen, andererseits auch allgemein im Konzept der ›psychischen Krankheit‹. Markard und Kaindl (2014) konstatieren, dass die Konsequenz personalisierenden Denkens das »Denken in Merkmalen oder Eigenschaften« (200) ist. Menschen werden damit darauf »festgenagelt« (ebd.) »narzisstisch«, »manisch«, »hyperaktiv« etc. zu sein. Die Diagnosekriterien in den Klassifikationssystemen nehmen solche Vereigenschaftenungen und Seinsunterstellungen vor und abstrahieren damit von den »Handlungsgründen und Handlungsprämissen der Individuen« (Markard & Kaindl 2014, 200).

Das Konzept der ›psychischen Krankheit‹ muss als eine Form der Seinsunterstellung angesehen werden. Lebensäußerungen werden dadurch nicht in Prämissen begründet angesehen, sondern durch das ›Sein‹ erklärt (Markard & Kaindl 2014, 201). In

ihm werden Lebensäußerungen »isoliert von lebensweltlichen Situationen« (ebd.) als ›Symptome‹ einer ›Krankheit‹ vereignschaftet. Es wird kein Begründungsdiskurs über die Prämissen geführt, aus denen die Lebensäußerungen für das Individuum begründet sind. Der Mensch erscheint als passiver »Träger« einer ›psychischen Krankheit‹. Nicht gesehen wird dadurch, dass für das Individuum »seine Lebenswelt als Inbegriff sachlich-sozialer Weltgegebenheiten [existiert], die in den in ihnen enthaltenen Bedeutungszusammenhängen Handlungsmöglichkeiten repräsentieren« (ebd.). Die Klärung des individuellen Verhältnisses von gesellschaftlichen Handlungsmöglichkeiten und -behinderungen in ihrer Vermitteltheit mit Herrschafts- und Machtverhältnissen, ist essentiell zum Verständnis menschlicher Lebensäußerungen allgemein und damit auch psychischer Probleme. Gerade dies wird aber in der Praxis durch das Denken in psychiatrischen Diagnosen und ›psychischen Krankheiten‹ behindert. Die Vorstellung vom abstrakt-isolierten menschlichen Individuum im Krankheitskonzept erfüllt dabei die gesellschaftspolitische Funktion, die bestehende Problematik in der Person zu verorten, damit die Frage nach gesellschaftlichen Handlungsmöglichkeiten und -behinderungen, durch die das psychische Phänomen vermittelt ist, abzuschneiden und schließlich systemstabilisierend zu wirken.

Die Psychologisierung problematischer Lebensumstände führt dazu, einen kurzfristigen Lösungsversuch eines konkret erscheinenden (psychischen) Problems vorzunehmen, während die strukturellen Ursachen als Risiko erhalten bleiben und damit auch die kurzfristige Lösung immer wieder neu bedrohen. Ein solcher Problemlöseversuch kann mit Holzkamp als *restriktiv* bezeichnet werden (vgl. Holzkamp 1985, 376f.). Markard und Kaindl (2014) bezeichnen diese Vorstellung, durch das Krankheitskonzept psychologisierte oder auch tatsächliche psychische Probleme »ohne Veränderung von Lebensumständen ändern zu können« (208), als *psychologische Illusion*.

Unter Verwendung eines abstrakt-isolierten Menschenbildes kann es also lediglich zu Kriseninterventionen (Psychotherapie) kommen, da etwaig behindernde Verhältnisse durch die in diesem Menschenbild vollzogene Personalisierung nicht thematisiert werden können. Durch die Thematisierung gesellschaftlicher Handlungsmöglichkeiten und -behinderungen kann hingegen auf gesellschaftspolitischer Ebene dahingehend präventiv gegen psychisches Leid gearbeitet werden, als dass sie »zur Selbstaufklärung des Menschen über seine gesellschaftlichen und sozialen Abhängigkeiten beiträgt und so die Voraussetzung dafür schaffen hilft, dass der Mensch durch Lösung von diesen Abhängigkeiten seine Lage verbessern kann« (Holzkamp 2009 [1970], 37). In diesem Sinne kommt der Frage des Menschenbildes – abstrakt-isoliert oder gesellschaftlich vermittelt gedacht – also eine »emanzipatorische Relevanz« (ebd.) zu. Mit der Frage nach Emanzipation ist auch die Frage des ideologischen Gehalts der Menschenbilder gestellt, womit wir auf die im Sinne der Funktionalität des Menschenbildes in einer komplex-kapitalistischen Gesellschaft bestehende Notwendigkeit der falschen Vorstellung vom abstrakt-isolierten Individuum im bürgerlichen Denken kommen. Damit sind Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie – wenn auch unreflektiert – politisch und parteilich im Sinne der bestehenden Verhältnisse.

Literatur

- Brensell, A. (2012). Biomedizin und strukturelle Gewalt: Wie sich das ökonomisierte Menschenbild in einem Krankheitsverständnis spiegelt. *Medico Rundschreiben*, 2, 31-34.
- Buxbaum, O. (2015). *Neues Wissen über Grundfragen der Psychiatrie: Diagnose, Ätiologie, Prävention, neurowissenschaftlich fundierte Psychotherapie*. Wiesbaden: Springer.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge to Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fleischhacker, W. W. & Hinterhuber, H. (2012). *Lehrbuch Psychiatrie*. Wien: Springer.
- Groten, S. (2017). *Zur Problematik der Dethematisierung gesellschaftlicher Handlungsmöglichkeiten und -behinderungen in der Psychopathologie am Beispiel adulter ADHS*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Marburg.
- Harland, R., Antonova, E., Owen, G. S., Broome, M., Landau, S., Deeley, Q. & Murray, R. (2009). A study of psychiatrists' concepts of mental illness. *Psychological Medicine*, 39(6), 967-976.
- Herzog, G. (1999). Testpsychologie und Große Diagnostik: Klinische Klassifikationssysteme: ICD und DSM. In S. Grubitzsch (Hrsg.), *Testtheorie – Testpraxis: Psychologische Tests und Prüfverfahren im kritische Überblick* (244-262). Eschborn bei Frankfurt/M.: Klotz.
- Herzog, W. (2012). *Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Holzcamp, K. (1970). Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen kritisch-emanzipatorischer Psychologie. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 1(1), 5-21 und 109-141.
- Holzcamp, K. (1985). *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt am Main: Campus.
- Holzcamp, K. (1996). Psychologie: Selbstverständigung über Handlungsbegründungen alltäglicher Lebensführung. *Forum Kritische Psychologie*, 36, 7-112.
- Holzcamp, K. (2009 [1970]). Zum Problem der Relevanz psychologischer Forschung für die Praxis. In F. Haug, W. Maiers & U. Osterkamp (Hrsg.), *Schriften V: Kontinuität und Bruch. Aufsätze 1970-1972* (15-40). Hamburg: Argument.
- Holzcamp, K. (2009 [1972]). Verborgene anthropologische Voraussetzungen in der allgemeinen Psychologie. In F. Haug, W. Maiers & U. Osterkamp (Hrsg.), *Schriften V: Kontinuität und Bruch. Aufsätze 1970-1972* (41-82). Hamburg: Argument.
- Jaspers, K. (1920). *Allgemeine Psychopathologie* (2., neubearb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Keupp, H. (1972). *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten: Zur Soziogenese psychischer Störungen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1974). Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: »Medizinisches Modell« und mögliche Alternativen. In C. Kraiker (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie* (117-148). München: Kindler.
- Keupp, H. (2013). Von der Re-Sozialisierung von Normalität und Abweichung: eine persönliche Rückschau auf das biopsychosoziale Modell. *Resonanzen – E – Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 47-64.
- Markard, M. & Kaindl, C. (2014). Diagnostik zwischen Merkmalszuschreibungen und Begründungsdiskurs. Probleme und Möglichkeiten subjektwissenschaftlicher Diagnostik. In A. Brensell & K. Weber (Hrsg.), *Störungen* (193-221). Hamburg: Argument.
- Paulitsch, K. (2009). *Grundlagen der ICD-10-Diagnostik*. Wien: UTB.
- Read, R., Moberly, N., Salter, D. & Broome, M. (2017). Concepts of Mental Disorders in Trainee Clinical Psychologists. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 441-450.
- Scharfetter, C. (1996). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.

Schneider, F. (2012). *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113-118.

Szasz, T. S. (1973). Mental illness as a metaphor. *Nature*, 242, 305-307.

Tölle, R. & Windgassen, K. (2014). *Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie*. Berlin: Springer.

Wankerl, B., Hauser, J., Makulska-Gertruda, E., et al. (2014). Neurobiologische Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizit – /Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 82(1), 9-29.

Wulff, E. (2014). Der sozialpsychiatrische Krankheitsbegriff. In A. Brensstell & K. Weber (Hrsg.), *Störungen* (11-32). Hamburg: Argument.

Zeelen, J. (1983). *Zum Problem von Arbeit und Therapie in einer psychiatrischen Anstalt: eine Rekonstruktion dreijähriger Handlungsforschung in der holländischen Psychiatrie*. Köln: Pahl-Rugenstein.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.