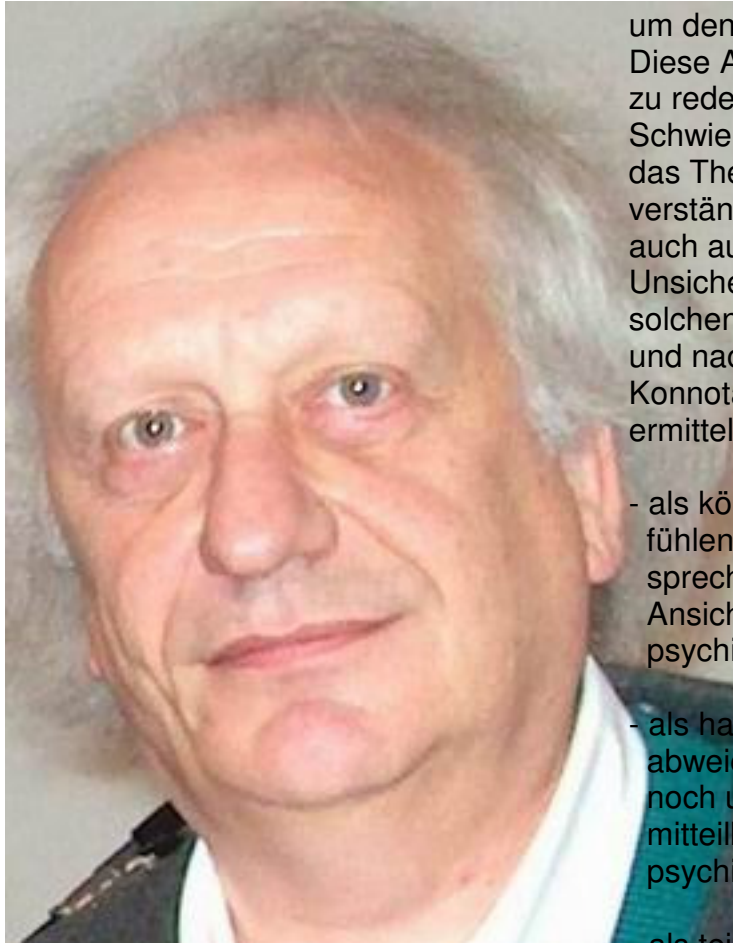


**VORBEMERKUNGEN ZUM
KRANKHEITSBEGRIFF IM
ENTWURF DER
INTEGRATIVEN THERAPIE
(1989/90)**



**1. Von Schwierigkeiten, einfach
über psychische Krankheit zu
reden.**

Im Alltag gehen wir in der Regel mit Begriffen psychischer Krankheit unbedacht und einfach um. Da kommt schnell einer als „neurotisch“, „total verrückt“ oder „irr“ oder „wahnsinnig“ vor. Im Gespräch mit Kollegen schlagen wir indessen merkwürdigerweise reflektiertere,

differenzierendere Töne an und geben uns weitaus vorsichtiger.

Dies sicherlich natürlich auch, weil es nur Ausdruck des Fachmannes, respektive der Fachfrau ist, sich eben reflektiert und differenzierend zu äußern und sich so zu erkennen zu geben. Vermutlich handelt es sich hierbei nur um einen Aspekt und nicht um den ausschlaggebenden. Diese Art, über psychische Krankheit zu reden, läßt vielmehr auf gewisse Schwierigkeiten schließen, sich über das Thema einfach und direkt zu verständigen, zudem immer wieder auch auf latente Angst und Unsicherheit. Wenn man dann in solchen Gesprächen genauer hinhört und nachfragt, lassen sich nicht selten Konnotationen oder Äußerungen ermitteln,

- als könne man nur mit Schuldgefühlen über psychische Krankheit sprechen oder, als herrsche die Ansicht vor, es gäbe eigentlich keine psychische Krankheit oder,
- als habe man eine eigene, abweichende, in der Regel aber noch unklare oder nur schwer mitteilbare Auffassungen von psychischer Krankheit oder,
- als teile man nicht den Fachjargon und sei nur leider gezwungen, etwas, über das man eigentlich anders denkt und sprechen müßte, weil man noch nicht anders kann, es notgedrungen vorläufig so zu benennen.

Dann wird gleichwohl fleißig das Vokabular der Psychoanalyse gebraucht, eventuell auch das der Psychiatrie, mit gehöriger Einschränkung und Distanz, versteht sich.

Diese Verhaltensweisen bedürfen zweifellos des besonderen Verstehens. Sie verweisen auf Hintergründe. Einen Hintergrund bildet wohl die Kenntnis, daß Begriffsbildungen im Bereich der Psychotherapie keineswegs als bereits ausgereift angesehen werden können. Oft genug bieten sie Anlaß zu Auseinandersetzungen und beinhalten insofern für denjenigen, der sie vorträgt, Unsicherheiten und Risiken. Dies durchaus aus guten Gründen. Nicht selten mangelt es diesen Begriffsbildungen z.B. an der fälligen erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Reflexion. Sie können deshalb leicht problematische Modellvorstellungen enthalten (Herzog 1986) die man, wenn man schon nicht darauf verzichten kann oder man zu Besserem nicht in der Lage ist, zumindest als solche ausweisen müßte. Ein anderer Hintergrund ist wohl in der problemreichen und deshalb immer wieder umstrittenen Art und Weise zu sehen, wie derzeit in unserer Gesellschaft die Behandlung psychisch Erkrankter (Keupp/Zaumseil 1978) organisiert ist und die es einfach verbietet, sich ohne weiteres mit ihr zu identifizieren.

2. Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Aspekte eines Begriffes von psychischer Krankheit

2.1 Immerhin spricht man heutzutage wieder einigermaßen offen und mit gewissem Erkenntnisinteresse über psychische Krankheit, dies war z.B. Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahre selbst in Fachkreisen

aufgrund der Heftigkeit der Auseinandersetzungen über das Thema nicht immer ohne weiteres möglich. Die Ansprüche an dieses Gespräch sind allerdings heute ungleich höher. Dies ist sicherlich auch ein positives Ergebnis jener Diskussionen, auf die wir noch ausführlicher zu sprechen kommen werden.

Maßgeblich für diese Niveau-Verschiebung waren nicht zuletzt erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Argumente, die klarmachten, daß man mit konventionellen Vorstellungen und Ansichtsweisen bei der Behandlung des Themas nicht zu angemessenen und weiterführenden Begriffsbildungen kommen konnte.

Es war wohl u. a. eine Auswirkung der erkenntnis- und wissenschaftskritischen Reflexions- und Differenzierungsangebote der „Kritischen Theorie“ der „Frankfurter Schule“ (Horkheimer/Adorno 1947),

- daß man auf der einen Seite davon abgehen konnte, ohne weitere Einschränkung mit unreflektierten, vergleichsweise naiv anmutenden Erkenntnis- und Wissenschaftsvorstellungen zu operieren, wie sie sich aus der naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Tradition des vorigen Jahrhunderts bis in unsere Tage erhalten hatten und,

- daß sich auf der anderen Seite der Rigorismus legen konnte, mit dem man versucht hatte, diese Auseinandersetzungen zu politisieren – letztlich vor allem mit dem Ergebnis, daß damit die notwendige, konkrete Befassung mit dem Gegenstand erschwert oder gar verhindert wurde.

Generell kann man wohl sagen, daß die Theorien über die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankung sich zunehmend mit sozialwissenschaftlichen Fragestellungen und Infragestellungen auseinandersetzen hatten, daß sie sich um diese Ansätze erweitern mußten.

2.2 Als stellvertretend für eine in diesem Sinne weiterführende neue Perspektiven eröffnende, gleichwohl kritisch reflektierende Position mag hier die Vorstellung einer eigenständigen „Logik der Sozialwissenschaften“ stehen, die Jürgen Habermas (1967) im Unterschied zu der formellen Logik der Naturwissenschaften postuliert hatte. Habermas, der u. a. auch Studien über die Psychoanalyse als Erkenntnisverfahren unter dem bezeichnenden Titel „Erkenntnis und Interesse“ (Habermas 1968) angestellt hatte, plädierte im Ergebnis für einen „hermeneutisch aufgeklärten und historisch gerichteten Funktionalismus“. Dieser Funktionalismus erlaube „die Analyse von Handlungszusammenhängen unter dem doppelten Gesichtspunkt des subjektiv bestimmenden und des objektiven Sinns“ (Habermas 1967, 192). Habermas beharrte zwar in seinem Wissenschaftsverständnis nach wie vor auf einer empirisch-analytischen Erfassung eines Systems, darüber hinaus meinte er aber, daß wir uns auf kommunikative Erfahrung einlassen und einen kategorialen Rahmen in Kauf nehmen müssen, der prinzipiell an das Selbstverständnis der handelnden Subjekte anknüpft und auch wieder in es eingehen kann (Habermas 1967, 192 f.).

Habermas' hermeneutisch aufgeklärter und historisch gerichteter Funktionalismus sollte nicht auf eine allgemeine Theorie im Sinne strenger Erfahrungswissenschaften hinzielen, sondern auf eine allgemeine Interpretation, wie er sie am Beispiel der Psychoanalyse untersucht hatte. Die Psychoanalyse war für ihn „das einzige greifbare Beispiel einer methodisch Selbstreflexion in Anspruch nehmende Wissenschaft“ (Habermas 1968, 262), auch wenn diese selbstkritische Möglichkeit durch das „szientistische Selbstmißverständnis der Psychoanalyse“ nicht realisiert worden sei. Die Psychoanalyse ziele nicht, wie die geisteswissenschaftliche Hermeneutik, auf das Verstehen symbolischer Zusammenhänge überhaupt, sondern, „der Akt des Verstehens, zu dem sie führt, ist Selbstreflexion“ (Habermas 1968, 280). Habermas meinte, diese Art von Theorie brauche sich weder dem Vergleich mit strengen Erfahrungswissenschaften zu stellen, noch hätten sie einen Makel zu verbergen, denn sie ziele nicht auf technisch verwertbare Informationen, sondern sei von einem emanzipatorischen Erkenntnisinteresse geleitet, das allein auf Reflexion zielt und Aufklärung über seinen eigenen Bildungsprozeß verlangt (Habermas 1967, 193). Habermas schloß überaus bedeutungsvoll: „Eine Geschichte hat Anfang und Ende. Der Anfang kann nur anthropologisch aus den fortdauernden Bedingungen der Existenz vergesellschafteter Individuen als ein Anfang der Menschengattung rekonstruiert werden. Das Ende kann nur situationsgebunden aus der Erfahrung der Reflexion vorweggenommen

werden. Deshalb behält der allgemeine Interpretationsrahmen, wie immer er durch vorgängige hermeneutische Erfahrungen gesättigt und wie sehr er in Einzelinterpretationen sich bewährt hat, ein hypothetisches Moment: Die Wahrheit des historisch gerichteten Funktionalismus bestätigt sich nicht technisch, sondern allein praktisch in der gelingenden Fortsetzung und Vollendung eines Bildungsprozesses“ (Habermas 1967, 194 f.).

2.3 Der Entwurf der Integrativen Therapie ist in einem solchen differenzierten und anspruchsvollen Erkenntnis- und Wissenschaftsprogramm, insbesondere dessen kommunikativ-diskursivem Charakter (Petzold 1991) verpflichtet. Und zwar in mehrfacher Hinsicht:
So soll der Entwurf der Integrativen Therapie kein irgendwie geartetes, dogmatisches Lehrgebäude objektiven Wissens darstellen oder einmal werden, sondern programmatisch ausdrücklich Entwurf bleiben: „Die Integrative Therapie hat keinen Vollkommenheitsanspruch. Sie vertritt vielmehr mit methodischer Konsequenz eine Unfertigkeit, die diejenigen die sich ihr zuwenden, zur Auseinandersetzung zwingt, zur Integration ihres eigenen persönlichen und durch Studium und Beruf erworbenen Vorwissens mit den Angeboten und Konzepten. Sie zwingt zur Weiterarbeit“ (Petzold 1987, 67 f.). Der Integrationsgedanke legt von vornherein ein multi-perspektivisches und dadurch erst der vielfältigen Realität gerecht werdendes Herangehen an die sowohl theoretischen als auch praktischen Probleme eines heilsamen Verfahrens in einer kranken Gesellschaft nahe.

Z.B. erfordert er die Einbeziehung erkenntniskritischer, wissenschaftstheoretischer, philosophischer, anthropologischer Positionen. Dabei soll im Entwurf der Integrativen Therapie ausgesprochen fließend („heraklitisch“) und elastisch verfahren werden: „Der heraklitische Weg der Integrativen Therapie, der Fluß von Integration und Kreation, verbietet die Fixierung eines starren Lehrgebäudes. Er strömt weiter, und sein einziges Dogma ist dieses Strömen und damit das Faktum, daß es keine endgültige Erkenntnis gibt, sondern das Leben, solange es sich lebt, progredierende Analyse, ein fortschreitender Erkenntnisprozeß ist – und dies gilt auf der ontogenetischen und phylogenetischen Ebene“ (Petzold/Sieper 1988/89, 26). Grundsätzlich gilt im Entwurf der Integrativen Therapie mit dem Satz „Von den Phänomenen zu den Strukturen“ ein unbedingtes Empirie-Gebot. In Rückbindung an die erkenntnistheoretischen und anthropologischen Grundkonzepte, an die ökologische und sozial-interaktionale Perspektive, muß im Entwurf der Integrativen Therapie der Begriff von Krankheit korrespondierend, d.h. im Prozeß intersubjektiver Bezogenheit und Korrespondenz bestimmt sein. Dieser Ansicht zufolge ist Wirklichkeit immer im Fluß und wird jeweils durch das wahrnehmende, reflektierende und kommunizierende Subjekt konstituiert (Petzold 1988, 176). Dazu weiter unten mehr.

2.4 Es ist, mit dem Blick auf diese ständig neu vorkommenden Aufgaben, deshalb weder zutreffend noch hilfreich, ausschließlich ein „Elend des Krankheitsbegriffes“ zu

konstatieren. Man könnte es mittlerweile durchaus auch interessant finden, sich immer wieder aufs Neue an die Arbeit zu machen, ein Verständnis von psychischer Erkrankung zu ermitteln, das ihrer sich differenziert darstellenden, subjektiven wie objektiven Realität angemessen vorkommt. Das oft beklagte „Elend“ besteht möglicherweise im Erleben der Schwierigkeit und, damit verbunden, der Unlust, ohne weiteres, einfach und direkt zu benennen, was, wie im folgenden weiterhin zu zeigen ist, eben leider keineswegs einfach, gleichwohl aber notwendig ist. Eines scheint bereits vorab klar zu sein: Nur durch die Anstrengung des Begriffs, insbesondere durch die Bildung sinnlicher Begriffe und durch begriffliche Sinnlichkeit – nach Heinrich Brinkmann (1973) die Bedingungen von Emanzipation (1973, 10) – wird diese Aufgabe zu lösen sein. Auf der Grundlage therapeutischer Evidenz, d.h. zuerst phänomenologisch vorgehend und unter Einbeziehung einer Vielzahl von Perspektiven und Reflexionsweisen könnte eine Erweiterung des Denkens und eine Optimierung der Praxis stattfinden. Dies erforderte allerdings ein wirklich offenes, weit gefächertes Erkenntnisinteresse, das die Bereitschaft sowohl zu Kritik als auch zur Preisgabe von Kategorien einschließt, die sich als borniert herausstellen – anstelle z.B. Machtpositionen zu behaupten oder auch nur liebgewonnenen Gewohnheiten zu folgen. Letzten Endes hätte es auf die Bejahung des Integrationsgedankens hinauszulaufen.

3. Gesundheit und Krankheit – normal und anormal.

3.1 In Diskussionen über psychische Krankheit erfahren wir regelmäßig, daß wir nicht über Krankheit reden können, ohne auch unsere Vorstellungen über Gesundheit miteinzubeziehen. Oft zeigt es sich schnell, daß die Begriffe von Gesundheit und Krankheit unmittelbar zusammenhängen: wenn man mit der Bestimmung der einen nicht weiterkommt, wechselt man auf die Bestimmung der anderen und umgekehrt. Zweifellos erweitert sich auf diese Weise der Gesichtskreis, vertieft sich das Verständnis komplexer Zusammenhänge, man zieht sozusagen einen hermeneutischen Zirkel um die Fragestellung. Die ernüchternde Erfahrung geht mitunter allerdings auch dahin, daß man auf diese Weise nicht unbedingt damit weiter kommt, psychische Krankheit als solche begrifflich genauer einzugrenzen und zu bestimmen. Jeder, der sich damit einigermaßen reflektiert befaßt hat, kennt das Ergebnis solcher Klärungsprozesse: Man landet schließlich bei der Erkenntnis, psychische Krankheit entziehe sich dem Verlangen nach einer einfachen, eindeutigen, gewissermaßen „handfesten“ Definition. Dies liegt offenbar in der Natur der Thematik.

3.2 Z.B. war bereits für den Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud (1916/17), der Begriff von psychischer Krankheit in hohem Maße relativ. In seinem Entwurf war die Neurose abhängig von dem jeweiligen Ausgleichs- und Vermittlungspotential des Individuums und bestimmte sich innerhalb eines internalisierten Konfliktfeldes von Trieben einerseits und auf unterschiedliche Weise

repräsentierten zivilisatorischen Erfordernissen andererseits. Dabei galt für Freud der Unterschied zwischen Neurose und Gesundheit „nur für den Tag“. Er schränkte sich ihm zufolge „aufs Praktische“ ein und bestimmte sich „nach dem Erfolg, ob der Person ein genügendes Maß an Genuß- und Leistungsfähigkeit verblieben ist“. Freud zufolge führte er sich „wahrscheinlich auf das relative Verhältnis zwischen den freigebliebenen und den durch Verdrängung gebundenen Energiebeträgen zurück und ist von quantitativer, nicht von qualitativer Art“ (Freud 1916/17, 359). Für Freud galt ausdrücklich: „Auch der Gesunde ist virtuell ein Neurotiker“ (Freud 1916/17, 359; vgl. insgesamt hierzu Schott 1979).

Der Psychoanalytiker Erich Fromm (1966), der das Freudsche Modell auf dem Hintergrund der „Kritischen Theorie der Gesellschaft“ u. a. um eine sozialpsychologische Perspektive (1936) erweitert hatte, kam zu weiteren bemerkenswerten Differenzierungen. Er sah sich z.B. gezwungen, scharf zwischen zwei Begriffen von „gesund“ zu unterscheiden: „Der eine ist durch soziale Notwendigkeiten bestimmt, der andere durch die Existenz des Individuums, seinen Wert und die ihm innewohnenden Gesetze“ (1966, S.139). Fromm kam zu dem Befund, daß „der Normale, d.h. der gesellschaftlich Taugliche, der Angepaßte“ in Ansetzung menschlicher Werte oft weniger gesund ist als der Neurotische: „Oft ist er nur besser tauglich auf Kosten seines Selbst, das er aufgab, um nach Möglichkeit so zu werden, wie man es, seinem Dafürhalten nach, von ihm erwartete“ (Fromm 1966, 139 f.).

Dem neurotischen Menschen wiederum konzidierte Fromm, daß er sich als ein Charakter herausstellen kann, der sich im Kampf um sein eigenes Selbst, wenn auch um den Preis der Neurose, nicht völlig zu ergeben bereit war und daß er, „vom Standpunkt rein menschlicher Wertung her gesehen“, kein solch „geistiger Krüppel“ ist „wie jener Normale, der seine ganze Persönlichkeit dreingab“ (Fromm 1966, 140).

Georges Devereux (1974) wies darauf hin, daß das „Normale“ und das „Anormale“ nach wie vor „das Grundbegriffspaar der Psychiatrie“ bilden und daß das zentrale Problem der Psychiatrie darin besteht, „den Ort – locus – jener Grenze zu bestimmen, welche die beiden Konzepte voneinander scheidet“ (Devereux 1974, 7). Hierin an Fromm anknüpfend, hielt er eine Theorie für unhaltbar, „welche die Anpassung zum Kriterium der geistigen Gesundheit macht“ (Devereux 1974, 9). Arno Gruen (1987) kritisierte in einer Studie mit dem bezeichnenden Titel „Der Wahnsinn der Normalität“ den modernen Realismus. Er sah die einseitige Ausrichtung auf gängige Normen als die verbreitete Form der Anpassung an gesellschaftliche Machtverhältnisse. Er führte ihn auf vielfältige Selbst- und Fremd-Unterwerfungsprozesse zurück und diagnostizierte ihn als Krankheit.

3.3 Im Entwurf der Integrativen Therapie, der, obgleich im Hinblick auf Hermeneutik (Ricoeur 1969), Aktive Psychoanalyse (Ferenczi) aber auch Gestalttherapie (Perls) in psychoanalytischen Traditionen stehend, nicht von der Freudschen Libido-Theorie, sondern u.a. insbesondere auch von existenz- und

leib-philosophischen Prämissen ausgeht, sind Gesundheit und Krankheit zwei Dimensionen menschlicher Existenz.

Mit dieser anthropologischen Prämisse wird auf die prinzipielle Zerbrechlichkeit der menschlichen Natur erkannt.

Gesundheit wird zu einer subjektiv erlebten und bewerteten sowie external wahrnehmbaren, genuinen Qualität der Lebensprozesse des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt. Gesundheit ist dieser Ansicht zufolge wesentlich dadurch gekennzeichnet, daß der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang von Kontext und Kontinuum wahrnimmt und sich entsprechend seiner Bewältigungspotentiale und Ressourcenlage zu regulieren und zu erhalten vermag, schließlich, daß er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann.

Krankheit wird zu einer möglichen Qualität der Lebensprozesse des Leibsubjekts und seiner Lebenswelt. Aus Sicht der Integrativen Therapie ist Krankheit demnach mehr und anders als bloß „Abwesenheit oder Beeinträchtigung von Gesundheit und der sie charakterisierenden Momente und Prozesse“.

Sie vermeidet dadurch eine pathologisierende Sichtweise. Sie ist mehr und anders als die Freudsche „Liebes- und Arbeitsfähigkeit“. Sie ist auch mehr und anders als lediglich das „gesunde Funktionieren des Organismus“, wie es Fritz Perls für seinen Entwurf von Gestalttherapie vorsah (Perls 1980).

Eine biologistische Gesundheitslehre, wie z.B. die der Perlschen Gestalttherapie greift nach unserer Ansicht zu kurz, denn der Mensch ist nicht nur ein „Organismus“ (Petzold 1988e). Es gibt erfahrungsgemäß viele Menschen, die trotz eines solchen „gesunden Funktionierens“ ihre Integrität verloren haben, und andere, die mit schwerer körperlicher Erkrankung psychisch gesund sind, weil sie im Zentrum ihrer Hominität „heil“ geblieben sind. Im Entwurf der Integrativen Therapie wurden daher andere Fundierungen als das Organismus-Modell gesucht und in einer phänomenologisch und hermeneutisch begründeten Theorie des Leibsubjektes gefunden (Petzold 1988, 186).

4. Perspektiven und Probleme eines Begriffes von psychischer Krankheit

4.1 Auch wenn es offenbar nicht einfach ist, über psychische Krankheit einfach zu reden, so wird sie doch täglich diagnostiziert, d.h., sie wird täglich in vielfältigen Prozessen ermittelt und mit dem Ergebnis wird gearbeitet.

Im folgenden Abschnitt skizzieren wir Elemente dieser vielschichtigen Ermittlungsprozesse, indem wir einige Ansichten und Fragestellungen anführen, wie sie vor allem Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre u. a. aus kritisch-theoretischen, gesellschaftskritischen sowie medizinisch-soziologischen und medizinisch-psychologischen Blickwinkeln zum Thema formuliert worden sind. Dieser Skizze ist vorauszuschicken, daß sie keineswegs Anspruch erhebt, die damaligen, außerordentlich

reichhaltigen, im wesentlichen politisch motivierten und sich auch als politisch verstehenden Diskussionen umfänglich zu referieren. Im Rahmen unserer Darstellung soll dem Hinweis auf sie der Stellenwert zukommen, den Problemhorizont jener Zeit anzudeuten, in der sich der Entwurf der Integrativen Therapie herausgebildet hat. Diese Ansätze sind in der Regel noch nicht im einzelnen in den Entwurf eingegangen, bzw. ausdrücklich berücksichtigt oder diskutiert worden. Ein zeitgeschichtlicher Problemhorizont allerdings, der sich in dem Entwurf der Integrativen Therapie deutlich reflektiert.

Unsere Hypothese lautet, daß es keine „psychische Krankheit an sich“ gibt, sondern daß die Subjekte ihre Erkrankungen in einem historisch zu verstehenden, komplizierten psychosozialen Prozeß konstruieren, bzw. realisieren. Hintergrund der folgenden Darstellung ist die Gedankenfigur einer Formierung psychosozialer Prozesse (Schuch 1983).

Um der Verfassung des Gegenstandes gerecht zu werden, bemühe ich mich, bereits in der Art meiner Darstellung insbesondere die Dynamik und Mehrdimensionalität sowie Relativität und Historizität der Prozesse durchscheinen zu lassen, in denen unsere Begriffe von psychischer Krankheit sich ermitteln und formieren.

4.2 Psychische Krankheit als psychosoziales Phänomen: Insbesondere die medizinische Soziologie bemühte sich in jenen Jahren gegenüber der sich vorwiegend naturwissenschaftlich verstehenden Medizin um die Anerkennung ihrer Ansichtsweisen. Z.B. Hans Ulrich Deppe (1976)

verstand medizinische Soziologie als Wissenschaft, die gesellschaftliche Beziehungen und Vorgänge der Menschen unter spezifischen Bedingungen – nämlich denen von Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung - zum Gegenstand hat (Deppe 1976, 81). Es handele sich um eine „spezielle Soziologie“, die namentlich unter zwei Aspekten mit den gesellschaftlichen Beziehungen der Menschen beschäftigte: Zum einen untersuche sie die gesellschaftlichen Beziehungen, die zur Verhinderung und Bewältigung von Krankheit entwickelt werden, und zum anderen befasse sie sich mit den gesellschaftlichen Bedingungen, die zur Krankheit führen (Deppe 1976, 81).

Hans Kilian (1970) sah die Erfüllung dieses Erkenntnisinteresses noch keineswegs als gesichert an. Er meinte, „die Erkenntnischancen der Sozialpathologie stehen und fallen mit der Frage, ob menschliche Krankheit statt als Naturereignis, welches nur die einzelnen Individuen betrifft, als mißlungene Form der Verarbeitung gesamtgesellschaftlicher Widersprüche und Konflikte verstanden und untersucht werden kann“ (Kilian 1970, 94 f.). Denn das zentrale Problem, von dem die Sozialpathologie auszugehen habe, liege in den Abwehrmechanismen, Widerständen und gesamtgesellschaftlichen Hindernissen, die einer progressiven Konfliktverarbeitung in der gegebenen ökonomischen Realitätsstruktur entgegenstünden (Kilian 1970, 95).

4.3 Psychische Krankheit als subjektives Befinden: Klar zu sein scheint, daß krank ist, wer sich so fühlt. Von einigen Ausnahmen

abgesehen, bei denen fehlendes Krankheitserleben und fehlende Krankheitseinsicht dem Krankheitsbild zugeschrieben werden, bildet in der Regel ein bestimmtes Erleben Grundlage und Ausgangspunkt von psychischer Krankheit. Am Anfang steht zumeist individuell erlebtes Leid. Ein Mensch fühlt sich z.B. voller Angst, bedrückt, gehemmt, eingeengt, von anderen Menschen abgeschnitten, verlassen und verloren, ohne spürbaren Lebenssinn, von Zwängen und Wahnvorstellungen geplagt etc. und befindet für sich, in der Regel auf Anraten oder gar Drängen anderer Menschen, daß er Hilfe in seiner Not braucht. Bezeichnenderweise macht auch die Rechtssprechung das subjektive Erleben des Patienten zum Kriterium der Urteilsbildung bei der Beantwortung der Frage, ob es sich bei einer Behandlung um eine Beratung handele, die ein jeder im Rahmen von Sorgfalts- und Fürsorgepflicht ausüben darf oder um die Ausübung von Heilkunde, zu der nur besonders Zugelassene, nämlich Arzt und Heilpraktiker berechtigt sind.

4.4 Psychische Krankheit als soziale Definition: Psychisch krank ist, wer so definiert wird. Wir haben oben gesagt, daß krank ist, wer sich so fühlt. Dieses persönliche Befinden reicht bekanntlich in unserer Gesellschaft nicht aus, um als krank anerkannt zu werden. Es bedarf vielmehr der gesellschaftlichen Legitimation, um in den Krankenstatus, mit den dazugehörigen Ansprüchen und Leistungen zu kommen. Hierdurch wird bereits eine spezifische Formierung (Schuch 1983) des Begriffes von Krankheit bewirkt. Das Wissen und die Entscheidung darüber, was im konkreten Einzelfall

als gesund oder krank angesehen wird und was in der zusammenfassenden Betrachtung aller Einzelfälle als das „Krankheitspanorama“ der Gegenwart bezeichnet wird, ist Christiane und Ludwig von Ferber (1978) zufolge drei verschiedenen Instanzen zugewiesen: der klinischen Medizin, der ärztlichen Erfahrung und der Alltagserfahrung der Bevölkerung (Chr. u. L. v. Ferber 1978, 71).

Die gesellschaftliche Legitimation von Krankheit als Krankheit kann demnach nur durch den dafür lizenzierten Arzt erfolgen. Der Arzt wiederum hält sich dabei an Kriterien, die einerseits den Ansichten und Erfahrungen seiner Profession folgen, seien sie aus seiner persönlichen oder der allgemeinen klinischen Erfahrung ermittelt, andererseits aber auch den Ansichtsweisen des gesellschaftlichen, bürokratisch organisierten Gesundheitssystems, insbesondere der Ärztekammern und der Krankenkassen.

An der Kontaktstelle zwischen Patient und Arzt konzentrieren sich demnach Aspekte des unmittelbaren, individuellen, leiblichen Krankheitserlebens mit gesellschaftlich formierten Prädispositionen, dies durchaus mit weitreichenden Konsequenzen. Nicht nur, daß der Patient sein Befinden sozusagen arztgerecht transponieren, d.h. insbesondere entlang der anamnestisch-diagnostischen Kriterien des Arztes formulieren müßte. Sein eigenes Bild von psychischer Krankheit, seiner Krankheit, ist in der Regel von medizinisch repräsentierten Sichtweisen von Krankheit vorgeformt, wenn denn nicht bereits verstellt. Wie oft kommt es vor, daß ein Patient die Sprechstunde aufsucht und bereits

eine verdinglichende medizinische Diagnose in Anschlag bringt, z.B. „ich habe eine Depression“ und erwartet, daß man etwas gegen seine Depression tue, als gäbe es die und ginge das so einfach. Wie erstaunt ist er nicht selten, wenn man ihn nach seinem Erleben befragt und sein Leid im Kontext seiner Lebenssituation, in den Begriffen seines Erlebens und seines lebensgeschichtlichen und szenischen Verstehens ermittelt. Auch in die Blickwinkel des Arztes sind spezifische Voreinstellungen eingegangen: Gleichgültig, wie er persönlich das psychische Leid seiner Patienten erlebt, bzw. miterlebt, und welches Bild er sich davon macht: Er hat für seine Definition von psychischer Krankheit erst Übersetzungsarbeit zu leisten. Denn er muß sich in seinem Gutachten nach den Vorgaben der Ärztekammer und der Krankenkasse richten, will er die Kostenübernahme für eine Psychotherapie bewilligt bekommen. Auf diese Weise gehen in jede Diagnose psychischer Krankheit spezifisch soziale Bestimmungen und damit auch ganz unmittelbar gesellschaftliche Macht- und Interessenverhältnisse ein. Denn die Richtlinien der Krankenkassen geben vor und bestimmen dadurch nachhaltig, welches Verständnis von psychischer Krankheit legitimationsfähig und abrechenbar ist und wirken damit letzten Endes darauf hin, welches Bild von psychischer Krankheit öffentlich gelten soll. Hierdurch wird erfahrungsgemäß eine strukturelle Spaltung erzeugt zwischen dem Krankheitserleben des Patienten und dem unmittelbaren Kontakt zu dem diagnostizierenden Arzt auf der einen Seite und dem, was gesellschaftlich davon verlauten soll und darf, will es gesellschaftlich

anerkannt werden und legitimationsfähig sein. Diesem Vorgang kommt überaus große Gestaltungs- und Subsumtionskraft zu. Als symptomatische Konsequenz mag hier beispielhaft die Reduktion der Psychoanalyse auf eine ärztliche Disziplin und, damit im Zusammenhang, die Anerkennung psychoanalytischer Therapieverfahren als Heilmethode durch Ärztekammer und Krankenkassen im Jahr 1967 gelten. Nicht „Neurosen“ wurden als Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung anerkannt, sondern nur die sogenannte aktuelle neurotische Störung, das meint das Symptom. Das war aber merkwürdigerweise nicht nur gänzlich un-psychoanalytisch gedacht, sondern widersprach darüber hinaus dem medizinischen Grundsatz, daß eine kausale Therapie einer symptomatischen vorzuziehen sei (Becker/Nedelmann 1980, 121). In der Verbindung der traditionellen Krankheitsvorstellungen der Ärztekammern sowie des Anliegens der Kassen, Ansprüche auf Kostenübernahme zu begrenzen, mit dem Anliegen der Psychoanalytiker, an die Töpfe des Gesundheitssystems zu kommen, setzte sich zuerst eine aus Sicht der Psychoanalyse kompromißhafte, symptomatische Lösung durch: Auch mit Zustimmung der Psychoanalytiker wurde eine, aus Sicht der Psychoanalyse, konventionelle, den Problemen unangemessene Sichtweise von psychischer Krankheit und ihrer Behandlung institutionalisiert und maßgeblich gemacht.

4.5 Professionalisierung und Dominanz der Experten:

Wenn man einmal von den durchaus beachtlichen und zweifellos

hochwirksamen Aktivitäten von Selbsthilfe-Gruppen (Moeller 1978; 1981) absieht, stimmt wohl die Aussage, daß der Umgang mit psychischer Krankheit heutzutage typischerweise weitgehend professionell institutionalisiert ist (vgl. Luhmann 1973). Die Heilkunde gilt als eine der „klassischen“ Professionen (Wilensky 1972). Der Prozeß der Professionalisierung selbst wirkt sich auf die Definition, Diagnose und Behandlung psychischer Krankheit aus.

Schuch/Schuch (1980) analysierten „professionell institutionalisierte Hilfe als spezifischen Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Desintegration“. Sie vertraten die Ansicht, daß sich mit der Zunahme funktioneller Differenzierungen auch die Formen änderten, in denen eine Gesellschaft mit psychosozialen Problemen umgeht. Im Zentrum ihres Begriffes von Professionalisierung stand, „daß Hilfe gegen Bezahlung geleistet, zur beruflichen Dienstleistung wird. D.h., daß das Prinzip des Kaufs und Verlaufs von Arbeitskraft, im Zusammenhang mit der Entwicklung der materiellen Produktion entstanden, weiter um sich greift, in einen bestimmten Bereich sozialen Verhaltens eindringt und diesen entsprechend strukturiert“ (Schuch/Schuch 1980, 42).

Herlinde Maindok (1977) legte am Beispiel der amerikanischen Soziologie dar, welche Faktoren Professionalisierungsprozesse generell kennzeichnen. Demnach steht im Vordergrund das Bemühen um die Konsolidierung der Profession. Hierzu zählen insbesondere Definitionen des Kompetenzbereichs sowie Abgrenzungen gegenüber Nachbarprofessionen und Bereichen von Laienhandeln. Bezeichnend sind

weiterhin Versuche, Mitglieder über standardisierte, möglichst gesetzlich anerkannte Ausbildungsgänge und die Formulierung einer Berufsethik zu integrieren. Ferner sind Bemühungen um die externe Anerkennung als Profession sowie organisatorische bzw. institutionelle Festigung der Profession durch die Gründung von Berufsverbänden zu nennen. Durch die Professionalisierung wird offenkundig eine radikale Umstrukturierung des Erlebens und des Umgangs mit psychosozialen Phänomenen bewirkt. Um nur einige Aspekte zu benennen: Sich unter den Bedingungen der professionellen Institutionalisation von Hilfe sich einem anderen Menschen gegenüber hilfreich zu verhalten, ist typischerweise nicht mehr primär durch Alltagserfahrung geleitetes, privat, durch Interesse, Solidarität und Mitgefühl begründetes und geleitetes mitmenschliches, hilfreich gemeintes Verhalten, sondern primär berufliches Handeln, an das dieser Anspruch seitens des Hilfsbedürftigen gestellt wird, das diesen Anspruch an sich selber stellt und letztlich diesen Ansprüchen genügen muß. Es ist die bezahlte Anwendung einer für diesen Zweck entwickelten und letztlich auch nur unter diesen Bedingungen sinnvollerweise funktionierenden psychosozialen Kompetenz. Diese Kompetenz definiert sich nach gewissen fachlichen Ausrichtungen und Regeln, die in speziellen Ausbildungen erworben werden und unterliegt gewissen professionellen Standards sowie Ethiken. Professionell institutionalisierte Hilfe ist Moment einer gesellschaftlichen Dynamik, in der sie zum Modell von Hilfe schlechthin wird. Auf diese Weise kann sie die Gefahr bewirken, unprofessionelle Hilfe schlecht

aussehen zu lassen oder zu denunzieren, unprofessionelle Hilfspotentiale zu schwächen oder gar von Hilfeleistungen auszuschließen, wenn es den Interessen der Profession dient.

Eine weitere dieser neuen Strukturen ist die Dominanz der Experten. Eliot Freidson (1975) sah diese Dominanz als einen Zustand, der gegenüber Nichtmitgliedern der Profession überhaupt, insbesondere aber gegenüber den Klienten der Profession gilt. Denn „das Bild des professionellen Experten beinhaltet, daß dessen Tätigkeit für den Laien nicht mehr beurteilbar ist, er der Hilfe des Professionals ausgesetzt ist und ihm zugleich vertrauen muß. M.a.W. An den Anfang der Hilfe durch den Professional ist im traditionellen Setting in der Regel eine Regression des Patienten gesetzt, die sich, aus anderer Perspektive gesehen als Übertragung gegenüber dem Therapeuten darstellen läßt und von diesem als die Anerkennung der Arbeitsbeziehung durch den Patienten bewertet und nicht selten sogar vorausgesetzt wird. Diese Regression gibt Material für erste diagnostische Erkenntnisse sowie für erste therapeutische Interventionen. Ein für den Professional zweifellos alltäglicher und insofern nicht mehr sonderlich auffälliger, auf gewisse Weise jedoch auch mysteriöser Vorgang. Michel Foucault (1969) erkannte, daß in dem Maße, wie sich der Positivismus der Medizin und insbesondere der Psychiatrie aufdrängte, deren Praxis „dunkler“ wurde, „die Macht des Psychiaters wunderbarer, und das Paar das Arzt und Kranker bilden“, „tiefer in eine fremde Welt“ eintritt (Foucault 1969, 533).

4.6 Stigmatisierung und neue Normalität:

Durch die Charakterisierung psychosozialer Phänomene als Krankheit, die Gegenstand eines professionalisierten, expertenhaften Handelns sein soll, werden diese Phänomene dem Alltagshandeln und –erleben desintegriert. Sie werden als besonders hervorgehoben von angeblich gesunden Phänomenen unterschieden, mit einer fachlichen Nomenklatur belegt und damit stigmatisiert. Dieser Vorgang ist immer wieder Gegenstand von Kritik und Auseinandersetzung gewesen. Kernpunkte der Diskussion über Stigmatisierung liegen vor allem darin, daß durch die stigmatisierende Form des Umgangs mit abweichendem Erleben und Verhalten diese Abweichungen festgeschrieben und verschärft werden, im Extrem sogar erst produziert werden. Denn dadurch, daß bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen in Form psychischer Erkrankung zur Angelegenheit spezieller Institutionen und bezahlter Experten werden, verändert sich strukturell ihr Charakter. Sie erscheinen nicht mehr als Bestandteile des Lebens, als „Widerfahrnis und Aneignung“, als Phänomene, die das Leben anerkannterweise mit sich bringt und mit denen deshalb ohne besondere Hervorhebung und Klassifikation, sondern in der Sympathie und Solidarität der Mitmenschen zu verfahren wäre. Die Zuweisung und Annahme der Rolle als psychisch Erkrankter führt sozusagen zu einem grundsätzlichen „Statuswechsel“ (Scheff 1973), in einen Zustand sozialer Besonderung. In der Diskussion über Stigmatisierung durch professionelle Diagnosen finden sich durchaus unterschiedlich

gewichtete Betrachtungsweisen. Jürgen Hohmeier (1975), der Struktur und Funktion von Stigmatisierungen untersuchte, setzte den Akzent mehr auf die gesellschaftliche Dimension. Ihm zufolge stehen Stigmatisierungen für „gesellschaftliche Prozesse der Ausgliederung, die durch soziale Definitionen geleistet werden oder in denen Definitionen eine wichtige Rolle spielen“ (Hohmeier 1975, 5). Stigmata seien soziale Vorurteile, die durch Komplexität und affektive Geladenheit auszeichnen. Ihre Struktur weise drei Dimensionen auf. Sie enthielten „Aussagen über Eigenschaften“ sowie „Bewertungen dieser Eigenschaften“ und gäben schließlich – explizit oder implizit – an, welches Verhalten einer Person mit diesen Eigenschaften gegenüber geboten ist (Hohmeier 1975, 7).

Z.B. Erving Goffman (1967), der die Stigmatisierungsdiskussion wesentlich in Gang gesetzt hatte, verstand unter Stigma sowohl einen sozial-relationalen Begriff als auch eine Eigenschaft einer Person und nahm insofern beide Aspekte in seine Betrachtung auf.

Auf der anderen Seite des Stigmas realisiert und etabliert sich die Vorstellung einer „neuen Normalität“. Weil bestimmte ursprünglich dem Leben integrierte psychosoziale Phänomene im skizzierten Formierungsprozeß als psychische Krankheiten realisiert, freigesetzt und stigmatisiert worden sind, verbleibt, gewissermaßen als Rest, die Vorstellung eines ungetrübten, reibungslosen, leidlosen, von unangenehmen Empfindungen weitgehend freien, letztlich sterilen Lebens und Erlebens. Normalität dieser Art ist von allen Problemen weitgehend befreit, von Leid, von vielem, was das Leben einfach

ausmacht und mit sich bringt, bereinigt. Gesundheit ist vor allem das Schweigen der Organe. Besondere Ausschläge im Erleben und Verhalten gelten per se als unnormal. Normal ist dagegen die durch die Exhaustion alles Problematischen realisierte Fiktion des ungetrübten, schönen, genüßlichen, wohlangepaßten Lebens.

Diese Art von Anpassung nannte Arno Gruen (1987) den „Wahnsinn der Normalität“, Erich Fromm (1979) charakterisierte sie u.a. als eine Form der Nekrophilie.

4.7 Das gesellschaftliche Verständnis von psychischer Krankheit:

Die Kritik des Verständnisses und des Umgangs mit psychischer Erkrankung hat sich vor allem auch auf die Individualisierung von psychischer Erkrankung konzentriert. Denn psychiatrische Symptome wurden lange Zeit als Anzeichen für einen Defekt angesehen, der im inneren des jeweiligen Individuums zu lokalisieren sei und dessen pathologischen Konsequenzen sich gleichsam naturgesetzlich entfaltet.

Nach Ansicht von Thomas Scheff (1973) teilen diese deterministische Auffassung die auf organische Ursachen konzentrierten Mediziner, Biochemiker und Genetiker mit den nach der Dynamik und Genese bestimmter mentaler Prozesse forschenden Psychologen, seien es Psychoanalytiker oder Lerntheoretiker. Soziale Faktoren würden allenfalls als Randfaktoren berücksichtigt. (Scheff 1973, V). Insbesondere wurde in dieser Kritik in Frage gestellt, ob die individualisierende Sichtweise von psychischer Erkrankung überhaupt in der Lage sei, diese Krankheiten zu verstehen und angemessen zu behandeln. Satt dessen wurde eine

gesellschaftliche Sichtweise von psychischer Krankheit propagiert, in der die Gesellschaft als Individuum krankmachend vorkam. Im Extrem konnte das bedeuten, daß die Erlebens- und Verhaltensweisen eines Kranken als sozusagen gesunde Reaktion auf eine kranke Gesellschaft hingestellt wurden.

Der gesellschaftlichen Sichtweise von psychischer Krankheit neigten vor allem Vertreter der Anti-Psychiatrie und des Interaktionismus zu. Eine extrem anti-psychiatrische Position aus politischer Perspektive nahm z.B. Giovanni Jervis (1974; 1978) ein. Jervis ging so weit, Neurose als „eine Form von politisch falschem Bewußtsein“ (Jervis 1974, 33) zu sehen. Er wollte den Problemen mit einer „politischen Optik“ begegnen, in der auch die „privateren“ Aspekte der Problematik und des Leidens des Patienten ihren „richtigen Platz“ finden können. Für ihn war jedenfalls klar, daß „die individuellen neurotischen Beschwerden und ihre Ursachen (...) weithin den Problematiken von kollektivem Interesse (die Gesundheit, die verschiedenen Aspekte der Lage der Arbeiter, die Unsicherheit und die Angst um die Arbeit usw.) untergeordnet werden“ müssen (Jervis 1974, 35), um sie systematisch in einer politischen Gruppe zu diskutieren und sie mit konkreten Themen und Problemen des Kampfes zu verbinden.

Eine anti-psychiatrische Position aus dialogisch-existenz-philosophischer Perspektive nahmen z.B. Ronald D. Laing (1969; 1972; 1973) und Francis A. Macnab (1975) ein. Bei der Untersuchung von Menschen, die als neurotisch oder psychotisch galten, kam Laing darauf, daß er „es nicht bloß mit der Untersuchung von Individuen zu tun hatte, sondern mit

der von Situationen“ (Laing 1969, 14). Laing verstand seine psychiatrischen Befunde im Kontext sozialen Geschehens, der wiederum „in einem räumlichen und zeitlichen Zusammenhang gesehen werden“ müsse. „Das gesellschaftliche Gefüge besteht aus untereinander verbundenen Folgen von Kontexten, von Subsystemen, die mit anderen Subsystemen verflochten sind, von Kontexten, verflochten mit Metakontexten und Metakontexten...“ (Laing 1969, 13).

Laing sah sich bei seinen Untersuchungen auf dreifache Weise behindert. Erstens würde das Verhalten dieser Menschen als Zeichen für einen Krankheitsprozeß angesehen, der ihnen vorging, und das erst in zweiter Linie möglicherweise für etwas anderes stand. Das Ganze würde in eine medizinische Metapher eingeschlossen. Als zweites beherrschte diese medizinische Metapher dann das Verhalten aller, die ein Teil von ihr geworden waren, Ärzte und Patienten. Als drittes könnte die Person, die in dem System der Patient war und vom System isoliert wurde, nicht mehr als Person betrachtet werden; folglich fiel es auch dem Arzt schwer, sich als Person zu verhalten. Laing kam zu dem drastischen Schluß: „Eine Person existiert nicht ohne sozialen Kontext. Man kann eine Person nicht aus ihrem sozialen Kontext reißen und sie weiterhin als Person ansehen oder als Person behandeln. Wenn man aber aufhört, den anderen als Person zu behandeln, dann hört man selber auf, Person zu sein“ (Laing 1969, 15). Thomas Scheff (1973) der eine soziologische Neudefinition psychiatrischer Symptome versucht hatte, vertrat dabei die Überzeugung,

daß das Phänomen psychischer Störung nur als das Ergebnis komplizierter sozialer Interaktionen zu verstehen sei und sich in solchen Prozessen überhaupt erst konstituiere. Die „Theorie, alle Neurosen seien nichts als Ausfluß des gegenwärtigen Gesellschaftssystems“, war jedoch „in dieser Vereinfachung“ unhaltbar (Richter 1970, 12).

Die „gesellschaftliche“ Sichtweise von Krankheit bedurfte einer inneren Differenzierung. Z.B. der Psychoanalytiker Hans Kilian (1970) machte im Hinblick auf die Entwicklung einer soziogenen Morbidität darauf aufmerksam, daß dieses Problem nur zur Hälfte gesehen werde, wenn man es lediglich auf soziogene Symptombildungen einzelner Personen reduziere. Es sei vielmehr davon auszugehen, daß namentlich funktionelle vegetative und psychosomatische Symptombildungen, die angesichts der vorherrschenden Mechanismen einer Subjektivierung und Verinnerlichung sozialer Widersprüche und Konflikte das Hauptkontingent aller Erkrankungen überhaupt ausmachten, nur die symptomatischen Folgen überindividueller pathogener Konstellationen ganzer sozialer Felder seien (Kilian 1970, 87). Kilians Standpunkt verwies darauf, daß die Perspektive des Begriffes psychischer Erkrankung konsequenterweise nicht bei dem kranken Individuum stehenbleiben dürfe, das als Symptomträger dem Therapeuten zur Behandlung vorkommt oder vorgeschoben wird. Er sprach sich vielmehr dafür aus, psychische Krankheit im Zusammenhang mit Faktoren zu verstehen, die in intersubjektiven pathogenen Beziehungen und Konstellationen zu

suchen waren. Im Rahmen eines Vortrags über „die Zukunft der Psychoanalyse und die Aufgabe einer Humanisierung der Wissenschaft“ äußerte Kilian sogar die Vermutung, daß die Nutzung des Instrumentariums der Psychoanalyse zur wissenschaftlichen Erforschung systempathologischer Symptombildungen gesellschaftlicher Institutionen „möglicherweise sogar der wichtigste Anwendungsbereich der Psychoanalyse“ sei, wenn man sie in die organisierte Wissenschaft einführt (Kilian o. J., 4).

Um noch einige Namen und Ansichten zu nennen, die in der damaligen Diskussion im deutschen Sprachraum hervortraten:

- Z.B. der Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter, vertrat die Ansicht, daß der psychoanalytische Denkansatz in der Tat „geradezu zu einer Einbeziehung soziokultureller Prozesse und Strukturen in den Bereich der Phänomene (verpflichtete), in denen irrationale Mechanismen der Verleugnung und andere Formen der Konfliktverdeckung zu enthüllen und zu beseitigen sind“ (Richter 1970, 11); mit seinen damals große Beachtung findenden Büchern „Eltern, Kind und Neurose“ (1969) sowie „Patient Familie“ (1970) wies er insbesondere auf pathogene Familienbeziehungen hin; er sah weitgehend „Die Gruppe“ (1972) als „Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien“ und formulierte das „Lernziel Solidarität“ (1974).

- Z.B. Jürg Willi (1975) analysierte pathogen kolludierende Paarbeziehungen und sprach sich im Anschluß daran für ein gemeinsames Wachsen, für Ko-Evolution aus (1985);

- Z.B. Stavros Mentzos (1977) machte auf überindividuelle, psychosoziale Abwehrkonstellationen aufmerksam und berücksichtigte neue Perspektiven beim Verständnis neurotischer Konfliktverarbeitung (1984).

Diese Aufzählung wäre fortzusetzen und auszuführen.

5. Historische Perspektiven psychischer Krankheit

5.1 Unser heutiges Verständnis von psychischer Krankheit ist geprägt durch eine Reihe von Faktoren, die als spezifisch historisch zu bezeichnen sind. Denn die Vorstellungen von gesund und krank haben sich gewandelt mit dem Wandel der Gesellschaftsstruktur (Chr. u. L. v. Ferber 1978). Die Beurteilung, ob gesund oder krank, geht von der Gesellschaft aus. Sie ist anders in primitiven Gesellschaften als in Epochen der Hochkultur, anders in vorwiegend religiösen Zeiten, als in solchen industrieller Entfaltung. Auch die Behandlung von Krankheit unterscheidet sich in der Geschichte. Es ist ein Unterschied, ob man Krankheit als persönliche Erfahrung begreift und ihr damit Sinn und Bedeutung verleiht, oder ob man Krankheit zum unverbindlichen Defekt macht, der durch Reparatur zu beheben sein soll (Lüth 1972, 21). Rückblicke auf die Entwicklung der Psychiatrie legen die Ansicht nahe, daß wir, in unserer Art wie wir psychische Krankheit verstehen und mit ihr umgehen, spezifische zeitgemäße Erfordernisse reflektieren, wenn denn nicht treffen.

5.2 Beiträge zur Geschichte der Psychiatrie

Michel Foucault (1969) versuchte in seiner Geschichte des Wahnsinns mit dem Titel „Wahnsinn und Gesellschaft“ u.a. jenen Punkt Null wiederzufinden, „an dem der Wahnsinn noch undifferenzierte Erfahrung, noch nicht durch eine Trennung gespaltene Erfahrung ist“ (Foucault 1969, 7). Er wollte eine „Geschichte dieser anderen Art von Wahnsinn schreiben, in der die Menschen miteinander in der Haltung überlegener Vernunft verkehren, die ihren Nachbarn eingesperrt, und in der an der gnadenlosen Sprache des Nicht-Wahnsinns einander erkennen“ (Foucault 1969, 7).

Klaus Dörner (1975) hatte wissenschaftssoziologisch in Bezug auf die Entwicklung der Psychiatrie und des ihr vertretenen Verständnisses von „Irre-Sein“ unter dem bezeichnenden Titel „Bürger und Irre“ u.a. dargelegt, wie die Herausbildung der Psychiatrie Hand in Hand einhergeht mit der Definition ihres Gegenstandes und Entstehung des entsprechenden Klientels. Auch die epidemiologische, speziell sozialpathologisch-historische Forschung macht deutlich, daß nicht nur die Begriffe von und die Umgehensformen mit psychischer Krankheit im Laufe der Geschichte Entwicklungen und Wandlungen unterzogen waren, sondern daß die einst vorherrschenden Typen psychischer Krankheit durch andere, neue Typen sich ersetzten. Dies verwies zum einen auf Veränderungen der Gesellschaft und der darin begründeten Veränderung der gesellschaftlichen Morbidität und zum anderen auf Veränderungen im Verständnis von Krankheit.

5.3 Einige Aspekte der Geschichte der Krankheitsvorstellung in der Psychoanalyse

Ausgehend von frühen psychoanalytischen Krankheitslehren erscheint am Ende des 19. Jahrhunderts die Neurose als vorherrschende psychische Erkrankung, neben dem damals ohnehin schon vorfindlichen Wahnsinn, der Psychose. Neurose war von dem Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud (1856-1938), nach dessen Abkehr von der „Verführungstheorie“ (vgl. Masson 1986) zunächst insbesondere als symptomatische Lösung eines individuums-internen Konfliktes beschrieben, der sich zwischen Trieben und internalisierten sozialen Forderungen im Kontext der ödipalen Situation ergibt. Auch wenn durchaus gesehen wurde, daß z.B. Konflikte zwischen konkurrierenden Trieben im neurotischen Geschehen eine Rolle spielen können, so lautete die allgemeine Formel, daß der neurotische Konflikt zwischen den Kräften des Es und des Ich stattfindet (Fenichel 1973, 141 f.).

Aus heutiger Sicht könnte man stark vereinfachend sagen, das große Thema der Neurose war die für jene Zeit bezeichnende bürgerliche Konvention und die darin eingeschlossene Hemmung des sexuellen Trieblebens. Dem wäre noch hinzuzufügen, daß diese Problematik, wie könnte es auch anders sein, zeitgemäß, d.h. innerhalb der Blickwinkel und mit Denkfiguren jener Zeit behandelt wurde. Dabei war es zweifellos Freuds hervorragender Verdienst, durch psychoanalytische Erfahrung und Reflexion u.a. auf die Bedeutung der Sexualität gekommen zu sein und auf das Verdrängungs-Schicksal der Triebe sowie auf das

dadurch begründete Unbehagen in der Kultur hingewiesen zu haben. Mit der Anerkennung dieser Erkenntnisse konnte nicht mehr einfach zur bürgerlichen Tagesordnung übergegangen und mit der Konvention fortgefahren werden. Freuds Kritik der Kultur war im wesentlichen eine Abrechnung mit der Lebensweise des Bürgertums am Ende des 19. Jahrhunderts. So gesehen war es keineswegs Zufall oder lediglich persönliche Präferenz (s. Schuch 1990a), daß z.B. sein leitender anthropologischer Gesichtspunkt unter dem er die Entwicklung des Menschen betrachtete, der eines von Triebwünschen bestimmten Wesens war, das seine Umwelt jeweils unter dem Blickwinkel von Befriedigung und Versagung erfährt (Schöpf 1982, 145). Und daß in Freuds Version von Psychoanalyse als „Archeologie des Subjekts“ (Ricoeur 1969) gerade der Kontext der ödipalen Situation als maßgeblich für die Entwicklung des Charakters bzw. die Entstehung von Neurose angesehen wurde. Die tiefgreifenden sozio-kulturellen Veränderungen seit den Tagen der Problemstellungen und der Herausbildung der klassisch psychoanalytischen Begriffe und Modellvorstellungen Freuds, insbesondere die Auflösung traditioneller Instanzen der Autoritätsvermittlung (Fromm/Horkheimer/Mayer/Marcuse et al. 1936),

- z.B. das Zurücktreten der Vaterrolle hinter anonyme und sachlich vorkommende Institutionalisierungen von Macht,
- die Schwächung der familiären Sozialisation zugunsten des Einflusses von konsumtiv und

medial vermittelten gesellschaftlichen Vorgaben,

- die Stiftung von Identität durch die Konkurrenz um den konsumtiven Besitz (Horn 1967; 1969) und, nicht zuletzt
- die zunehmende „Bürokratisierung der Welt“ (Jacoby 1969)

haben mittlerweile das Sozialisationsgeschehen nachhaltig verändert und dadurch neue und andere Sozialcharaktere kreiert, als sie zur Jahrhundertwende wohl mehrheitlich vorfindlich waren. Hinzukommt, daß die „sexuelle Revolution“ und, damit einhergehend, die Verringerung der Notwendigkeit, Sexualität zu verdrängen oder zu tabuieren, bestimmte typische Konfliktkonstellationen verändert hat. Die destruktive Problematik der gesellschaftsstrukturell sedimentierten Verdrängungen zeigte sich nicht zuletzt in dem Ausbrechen von zwei Weltkriegen, der Ausbreitung und Machtergreifung des Faschismus und insbesondere in der bürokratisch organisierten Judenvernichtung. Es ist zweifellos Ausdruck solcherart veränderter Lebensbedingungen, daß seit geraumer Zeit Gesundheitsschäden und Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung von Individuen und Gruppen in zunehmenden Maße auf sogenannte Identitätsstörungen der Menschen zurückgeführt werden, die mittlerweile offenbar in epidemischen Ausmaßen auftreten. Es scheint keineswegs nur Modeerscheinung oder Ausdruck von diagnostischer Ratlosigkeit zu sein, daß die Diagnose „narzißtischer Neurosen“ zunahm, daß vermehrt „Borderline“-Problematiken (Kernberg

1978; Rohde-Dachser 1979) in das Zentrum der Aufmerksamkeit rückten. Lasch (1979) ging so weit, von einer „Kultur des Narzißmus“ zu sprechen. Diese Arten psychischer Erkrankung haben heute die gleiche Bedeutung oder fallen sogar noch mehr ins Gewicht als die Störungen der Sexualität um die Jahrhundertwende (vgl. Kilian 1970, 100 f.). So gesehen war es ebenfalls weder Zufall noch lediglich persönliche Präferenz, daß z.B. Sándor Ferenczi (1873-1933), der als Pionier (Lorand 1966) die Indikation der Psychoanalyse erweitern und sie zu einem zukunftsweisenden, wirksamen Heilverfahren entwickeln wollte (Balint 1933; 1949; 1966; Gedo 1966; Cremerius 1983; 1989; Schuch 1989; 1990a; 1990b), vor allem auch aufgrund der therapeutischen Erfahrung mit „aussichtslosen“ Fällen maßgebliche Vorarbeiten geleistet hatte, den von Freud gesetzten Rahmen zu überwinden. Ferenczi hatte sich experimentell mit den Bedingungen der Behandlung von beschädigter oder unterentwickelter Identität befaßt – im Unterschied zur Freudschen Analyse der bereits einigermaßen gesicherten Identität. Von heute aus gesehen erscheint es nur konsequent, daß Ferenczi davon abkam, (wie Freud) Heilung durch Anamnese zu suchen, sondern statt dessen die Beachtung der Gegenwart des therapeutischen Geschehens einforderte, dabei überwiegend prägenitale Perspektiven einnahm, u.a. mit kindanalytischen Techniken bei Erwachsenen experimentierte und bestimmte Ausprägungen seelischen Leidens (wieder) auf dem Hintergrund real erlebter, früh-kindlicher Not zu verstehen begann (Masson 1986; Schuch 1989; 1990b).

Die Aktive Psychoanalyse ist eine der Quellen der Integrativen Therapie (Petzold 1969; 1980; 1988).

6. Schluß

Auf dem Hintergrund des bisher Gesagten könnte es so erscheinen, als habe sich durch die Diskussion und Beiträge Ende der sechziger und in den siebziger Jahren, die wir hier nur skizzieren konnten, mittlerweile eine differenzierte und reflektierte Betrachtung von Krankheit bereits durchgesetzt.

Kilian (1970) z.B. äußerte gar die Ansicht, die naturwissenschaftliche Medizin sei bereits „inmitten ihres Siegeslaufes vom sozialstrukturellen Wandel des Forschungsgegenstandes der menschlichen Krankheit überholt worden“ (Kilian 1970, 90).

Dies mag vielleicht für die Ansichten und das unmittelbare therapeutische Handeln eines kleinen Teils modern denkender, sozialkritisch eingestellter Psychotherapeuten auch schon zutreffen.

Die Praxis der Psychotherapie als Ganzes ist jedoch noch lange nicht auf dem Stand jener Erkenntnisse gesellschaftlich institutionalisiert.

Vielmehr läßt sich in ihr nachweisen, auf welche Weise kritisch-reflektierte Ansichten von psychischer Krankheit auf nach wie vor resistente Strukturen treffen, die diese Ansichten eher verwalten als einarbeiten, eher umdeuten als wahrnehmen.

Die Psychoanalytikerin Christa Rohde-Dachser (1990) hat auf dem Hintergrund Foucaultscher Gedanken am Beispiel der Feindbilder in der Psychoanalyse und in psychoanalytischen Gesellschaften die Bedeutung von Verboten, Ausgrenzungen und Verwerfungen im

Diskurs der Psychoanalyse untersucht und Vermutungen über deren Bedeutung für die Absicherung psychoanalytischer Identität angestellt. Es sieht so aus, daß auch die Praxis der Psychotherapie, die sich eigentlich anderes vorgenommen hatte, ebenso bezeichnender- wie paradoxerweise als psychosoziale Abwehrkonstellation (Mentzos 1977) institutionalisiert ist.

Nach wie vor scheint also das Wort des Narren aus Werner Filmers „Orion und 41“ zu gelten: „Die Pein zehrt auch den Wahrhaftigen“.