



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

herausgegeben von Wulf Bertram

Wulf Bertram, Dipl.-Psych. Dr.med, geb. in Soest/Westfalen, Studium der Psychologie, Medizin und Soziologie in Hamburg. Zunächst Klinischer Psychologe im Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf, nach Staatsexamen und Promotion in Medizin Assistenzarzt in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in der Provinz Arezzo/Toskana, danach psychiatrische Ausbildung in Kaufbeuren/Allgäu. 1986 wechselte er als Lektor für medizinische Lehrbücher ins Verlagswesen und wurde 1988 wissenschaftlicher Leiter des Schattauer Verlags in Stuttgart, 1992 dessen verlegerischer Geschäftsführer. Im gleichen Jahr gründete er zusammen mit Thure von Uexküll und medizinischen Fachkollegen die Akademie für Integrierte Medizin, deren Vorstand er seitdem angehört. Aus seiner Überzeugung heraus, dass Lernen ein Minimum an Spaß machen müsse und solides Wissen auch unterhaltsam vermittelt werden kann, konzipierte er 2009 die Taschenbuchreihe »Wissen & Leben«. Bertram hat eine Ausbildung in Gesprächs- und Verhaltenstherapie sowie in Psychodynamischer Psychotherapie und arbeitet neben seiner Verlagstätigkeit als Psychotherapeut in eigener Praxis.

Für sein Lebenswerk, seine »wissenschaftlich fundierte Verlagstätigkeit im Sinne des Stiftungsgedankens«, wurde Bertram 2018 der renommierte Wissenschaftspreis der Margrit-Egnér-Stiftung verliehen, deren Ziel es ist, zu einer humaneren Welt beizutragen, in welcher der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht.

Peter Schneider

Normal, gestört, verrückt

Über die Besonderheiten
psychiatrischer Diagnosen

Peter Schneider

www.peterschneider.info

ps@peterschneider.info

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © adobe stock/Dmytro Panchenko

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Maren Klingelhöfer, Heidelberg

ISBN 978-3-608-40031-1

Auch als E-Book erhältlich

Für Pat und Laszlo

*People are strange
when you're a stranger.*

Jim Morrison

Vorwort

Dieses Buch handelt von der Besonderheit psychiatrischer Diagnosen. Es geht darin um die Fragen, auf was sie sich eigentlich beziehen und warum sie sich über die Jahre hinweg ändern. Ich betrachte deshalb an einigen Beispielen (wie der Schizophrenie, der Depression, dem Burnout, der Aufmerksamkeitsdefizitstörung, den Störungen der sexuellen Identität) den historischen Wandel in der Diagnostik, der sich nicht – wie häufig in der somatischen Medizin – wissenschaftlichem Fortschritt im Sinne neuer Erkenntnisse über die Ursachen der Krankheiten und die Möglichkeiten ihrer Heilung verdankt. So ist die noch gar nicht so lange zurückliegende Entpathologisierung (und damit auch Entstigmatisierung) der Homosexualität sicherlich ein bedeutender gesellschaftlicher Fortschritt, aber diesem liegt nicht eine prinzipiell neue wissenschaftliche Erkenntnis zugrunde. Dieses Buch beschäftigt sich demzufolge auch damit, wie Psychotherapien, Mutmaßungen über die Ursachen von psychischen Störungen, Zeit- und Gesellschaftsdiagnosen, Medikamente und veränderte soziale Stimmungslagen auf die Systematik der Diagnosen einwirken. Der Standpunkt, den ich dabei einnehme, ist der eines Beobachters, der innerhalb dieser Veränderungen steht und sie gleichwohl mit der Neugier eines Ethnographen untersucht und beschreibt, ohne sogleich für die eine oder andere Seite in den zahlreichen geschilderten Auseinandersetzungen Partei zu ergreifen. Wer Entwicklungen in der Psychiatrie und insbesondere in der psychiatrischen Diagnostik kritisieren will, sollte zuvor ihre historische und gesellschaftliche Dynamik verstanden haben. Oder, um es in einem Vergleich zu formulieren: Dies ist nicht das

Buch eines psychiatrischen Theologen, der sich einer bestimmten Glaubensrichtung verschrieben hat, sondern das eines psychiatrischen Ethnologen, der die religiösen Systeme zu verstehen versucht, indem er ihre Geschichte beschreibt und sie zu anderen Feldern des gesellschaftlichen Lebens in Beziehung setzt.

Zürich, im April 2020
Peter Schneider

Inhalt

1	Dr. House und Dr. Frances	1
2	Modediagnosen, Eichhörnchen und die Schizophrenie	11
3	Eugen Bleuler und die Schizos	21
4	Krankheit als Metapher: Psychosomatik und Gesellschaftskritik	33
5	Reste von Moral	40
6	Therapie und Heilung der Homosexualität	45
7	Sexuelle Identität und Konversion	65
8	Plastische Chirurgie – Psychotherapeutikum oder Selbstfindung mit dem Skalpell?	74
9	Die kranke Gesellschaft und ihre zappeligen Kinder	85
10	Pillen schlucken – Geschichte der Antidepressiva	94
11	Wenn Gefühle täuschen – der unwissende Patient	100
12	Depressiv, erschöpft und ausgebrannt	106
13	Die gesellschaftliche Konstruktion von Psychopharmaka	114
14	Ganzheitlichkeit	120
15	Symptom von was? Aufstieg und Niedergang der Psychoanalyse in der Psychiatrie	128
16	Vom Hirn zum Smartphone	143
17	Greta, Rainman und die Zukunft des Autismus	157
18	Diversität und soziale Depathologisierung – ein gesellschaftlicher Ausblick	171
	Literatur	180
	Sachverzeichnis	190
	Dank	195

1 Dr. House und Dr. Frances

Diagnosen stellt man sich gerne nach dem Doktor-House-Modell vor: Ein Mensch ist krank, und fieberhaft sucht der Experte nach der richtigen Diagnose. Denn um jemanden heilen zu können, muss man erst einmal wissen, unter welcher Krankheit er leidet. Es funktioniert wie im Märchen von Rumpelstilzchen: Ist der richtige Name für die Krankheit gefunden, ist deren Macht (hoffentlich) gebrochen. Die Diagnose vermittelt zwischen der Tatsache der Krankheit auf der einen und den Verfahren der Therapie auf der anderen Seite. Sie macht die Krankheit, die unabhängig von Diagnose und der Möglichkeit einer Therapie besteht, erst zugänglich für die Behandlung.

Viele somatische Diagnosen entsprechen diesem Modell. Gallensteine und Beinbrüche sind ziemlich einfach zu diagnostizieren und somit recht handfeste medizinische Tatsachen. Multiple Sklerose oder Epilepsie sind es weniger, wenngleich sie für die Betroffenen eine sehr gravierende Beeinträchtigung darstellen. Verlassen wir aber das Feld der somatischen Diagnosen und betreten das der psychiatrischen, verliert dieses Modell *Krankheit – Name – Therapie* an Überzeugungskraft.

Besonderheit psychiatrischer Diagnosen

Psychiatrische Diagnosen sind rein klinische Diagnosen. (Lediglich im Moment noch, verspricht die biologische Psychiatrie schon seit langem.) Epilepsie war einmal eine psychiatrische Diagnose, mit dem Aufkommen der EEG-Diagnostik wurde sie eine neurologische. Für die Schizophrenie, die Aufmerksamkeitsdefizitstörung, die Autismus-Spektrum-Störung, die soziale Phobie, die Palette der

Persönlichkeitsstörungen und der Angst- und Zwangsstörungen fehlen die Möglichkeiten, sie durch Biomarker, also Laborwerte, genetische oder neurologische Befunde dingfest zu machen. Dieses Fehlen ist das, was eine klinische Diagnose kennzeichnet.

Anders als bei den somatischen klinischen Diagnosen können psychiatrische Diagnosen nicht durch eine biologische Diagnostik ergänzt, verifiziert oder über den Haufen geworfen werden. Ein Dr. House, der am Ende einer Serienepisode nach langem Hin und Her herausfindet, dass es sich bei der vermeintlichen Zwangsstörung in Wirklichkeit um eine veritable Angststörung handelt und die bisherige Behandlung deshalb vom Kopf auf die Füße gestellt werden muss, wäre so unfreiwillig komisch wie eine Notfallsituation im Flugzeug, bei der die Stewardess über den Lautsprecher aufgeregt fragt, ob ein Psychoanalytiker an Bord ist.

Ist das Spektrum somatischer Diagnosen ausgereizt, bleibt oft die psychiatrische Diagnose als Restdiagnose übrig: Es könnte eben alles auch *psychisch* sein. Was immer dieses *Psychische* genau sein mag. Psychiatrische Diagnosen werden deshalb oft so missverstanden, als seien sie »eigentlich« gar keine richtigen Diagnosen und das, was sie diagnostizieren, gar keine richtigen Krankheiten. Diesem Missverständnis dadurch zu begegnen, dass man psychische Störungen zu Krankheiten »wie alle anderen auch« erklärt, führt allerdings ebenso in die Irre. Psychiatrische Störungen und deren Diagnosen sind weder das eine noch das andere, sondern etwas Eigenständiges.

Diagnosen und Krankheitsverlauf

Viele Diagnosen enthalten sowohl Aussagen über die Vergangenheit, die Entstehung einer Krankheit, als auch über

die Zukunft, den (wahrscheinlichen) Ausgang einer Krankheit. »Syphilis« ist z.B. eine solche Diagnose. Sie enthält Wissen über die Entstehung dieser Krankheit, über die Formen der Ansteckung sowie über ihren Verlauf in vier zeitlich voneinander getrennten und symptomatisch unterschiedlichen Phasen. Die letzte tritt nach einer weitgehend beschwerdefreien Latenzperiode erst viele Jahre nach der Infektion ein. Dabei wird das zentrale Nervensystem des Infizierten angegriffen. Dieses Stadium endet meist tödlich. Die Diagnose impliziert auch eine Therapie: Syphilis wird durch eine Infektion mit dem Bakterium *Treponema pallidum* verursacht, die Krankheit kann also durch ein Antibiotikum geheilt werden (Fleck 1980) – allerdings nicht mehr in ihrem letzten Stadium. Ohne das Wissen über die Ätiologie der Syphilis gäbe es keine brauchbare Diagnose; wahrscheinlich nicht einmal eine Vorstellung davon, dass all die Stadien Phasen einer einzigen Krankheit sind.

Beweglicher Charakter von Diagnosen

Bluthochdruck kann das Symptom verschiedener Erkrankungen sein; er ist jedoch auch unabhängig von seiner Entstehung behandlungsbedürftig, weil er zu vielen weiteren Folgeerkrankungen führen kann. Von Zeit zu Zeit ändert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Werte, ab denen hoher Blutdruck als behandlungsbedürftig erscheint. Wird dieser Wert gesenkt, gelten mehr Menschen als krank im Sinne von behandlungsbedürftig, wird er erhöht, werden zuvor kranke Menschen gesund. Dabei handelt es sich nicht um bürokratische Wunderheilungen oder neue »wissenschaftliche« Erkenntnisse über das *Wesen* des Bluthochdrucks, sondern um Anpassungen, die sich aus neuen Studien zum statistischen Zusammenhang von Blutdruckwer-

ten und, sagen wir, Herzinfarkten ergeben. »Zu hoch« ist ein Blutdruck also aufgrund dessen, was er in der Zukunft mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit anrichten wird.

Für die Diagnose Bluthochdruck bedarf es allerlei: nicht zuletzt des Wissens um den Blutkreislauf des Menschen, die Funktionsweisen des Herzens und der Blutgefäße, Instrumente, die den Blutdruck messen – und, last but not least, einer Institution, die Werte für einen normalen Blutdruck festsetzt und Behandlungsrichtlinien vorgibt. »Blutdruck« an sich ist weder eine Diagnose noch ein Symptom, sondern eine der Bedingungen für das Funktionieren des menschlichen Organismus.

Man sieht an diesem Beispiel gut, dass Diagnosen aufgrund mehrerer Faktoren zustande kommen. Sie sind nichts, was man an und für sich erkennen kann, wenn man nur mit dem richtigen Gerät in den Menschen hineinschaut. Im Fall der Diagnose Bluthochdruck handelt es sich um eine Mischung aus natürlichen Tatsachen (dem Blutkreislauf), technischen Dingen (Messgeräten für den Blutdruck) und Institutionen (der WHO). Erst mit der Erfindung unkomplizierter und darum massenhaft verfügbarer nichtinvasiver Messmethoden unter Verwendung einer Gummimanschette Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts konnte der Bluthochdruck zu einer wichtigen Diagnose werden.

Man muss sich den *hybriden* Charakter von Diagnosen vor Augen halten, um einerseits den falschen Respekt vor ihnen zu verlieren und andererseits neuen und besser begründeten Respekt vor den Mechanismen zu gewinnen, die Diagnosen möglich machen und hervorbringen, aber auch wieder verschwinden lassen können.

DSM-5: Inflation psychiatrischer Diagnosen?

Als 2013 die fünfte Auflage des von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebenen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* erschien, kurz DSM-5 genannt, meldete sich der Psychiater Allen Frances zu Wort und prangerte die Inflation psychiatrischer Diagnosen an (Frances 2013). Frances' Intervention wurde nicht zuletzt deshalb besonders beachtet, weil er der Vorsitzende der Arbeitsgruppe war, welche die Herausgabe der vorherigen Auflage, des DSM-IV, verantwortet hatte. Zuvor hatte er bereits an der dritten Auflage und deren Revision (dem DSM-III-R) mitgewirkt. Die englische Originalausgabe seines Buches trägt den dramatischen Titel *Saving Normal. An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, wortgetreu übersetzt: »Das Normale bewahren. Der Aufstand eines Insiders gegen außer Kontrolle geratene psychiatrische Diagnostik, DSM-5, die pharmazeutische Großindustrie und die Medizinalisierung des alltäglichen Lebens.« In der deutschen Version wurde dieser epische Titel verkürzt und entdramatisiert: *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*.

Frances' Buch trifft ein zentrales Unbehagen, das psychiatrische Diagnosen in der Öffentlichkeit wecken: Was ist eigentlich noch normal? Werden unsere Kinder nicht überdiagnostiziert (auf die Diagnose ADHS werden wir später noch zu sprechen kommen) und übertherapiert (z. B. mit Ritalin)? Erfinden die Pharmakonzerne Krankheiten, für die sie noch ein paar Medikamente in der Pipeline haben? Ist heute nicht schon jede Missstimmung eine behandlungswürdige Depression? Wird das Netz der Normierung nicht immer engmaschiger? Werden immer mehr gesellschaftliche Phänomene pathologisiert? Macht eine

krankte Gesellschaft die Menschen zunächst krank, um sie anschließend mit Medikamenten zu »heilen«?

Die erste Auflage des DSM, die 1952 erschien, enthielt eine Aufzählung von 60 psychiatrischen Krankheitsbildern, in der fünften Auflage hat sich diese Zahl mehr als verfünffacht. Es sind nun 312 »disorders«, die im DSM-5 aufgelistet sind. Mit der Vermehrung der Störungen geht die massive Zunahme der Verschreibung psychotroper Medikamente einher. »We are becoming a society of pill poppers«, sagt Frances (2013, S. 11), und manche würden allenfalls korrigieren: Aber wir sind doch schon längst eine Gesellschaft von Pillenschluckern. Neue Diagnosen, wie das »psychosis risk syndrome«, mit dem das erhöhte *Risiko* von Jugendlichen diagnostiziert wird, an einer Psychose zu erkranken, oder die Diagnostizierbarkeit einer Depression bereits zwei Wochen nach dem Verlust eines geliebten Menschen erweitern – so die Kritik – die Möglichkeiten der Pharmaindustrie, nicht nur die wehrlosen Patienten in den psychiatrischen Kliniken mit Pillen vollzustopfen, sondern auch eigentlich völlig Gesunde.

Frances' Anklage wurde gerade deshalb so ernsthaft rezipiert, weil sie nicht aus einer grundsätzlich antipsychiatrischen Perspektive kam, sondern aus der Mitte der Psychiater selbst. Frances ist jemand, von dem man zu sagen pflegt, dass er weiß, wovon er spricht – aus langer Erfahrung und ohne ideologische Verblendung. Es geht ihm nicht um die Abschaffung der Psychiatrie. Die Normalität zu retten und die Psychiatrie zu bewahren sind für Frances nur die zwei Seiten einer Medaille (2013, S. 19). Was also ist falsch gelaufen in den knapp 20 Jahren zwischen 2013, als das DSM-5 erschien, und 1994, dem Jahr der Publikation des DSM-IV?

DSM-III: Symptome statt Ätiologie

Möglicherweise ist die 2013 beklagte Diagnoseninflation der Effekt einer noch weiter zurückliegenden Änderung. Seit 1980 mit der Veröffentlichung von DSM-III hat sich die American Psychiatric Association nämlich davon verabschiedet, psychiatrische Erkrankungen nach deren (mutmaßlichen) Entstehung zu kategorisieren. Die vormalig weitgehend psychoanalytisch beeinflusste ätiologische Beschreibung von psychischen Erkrankungen wurde ersetzt durch ein Kategoriensystem, das sich am Vorhandensein von Symptomen orientierte. Die Frage, mit deren Hilfe nun eine »Störung« bestimmt wurde, lautete: Wie viele Symptome von welchen möglichen Symptomen liegen über welche Zeitspanne vor?

Man muss nicht alle möglichen Symptome einer Depression haben, um als depressiv zu gelten. Doch je mehr der möglichen Symptome jemand aufweist, desto schwerer gilt seine Depression. Aber es reicht auch nicht aus, diese Symptome nur für wenige Tage zu zeigen, sie müssen über einen gewissen Zeitraum andauern, damit eine Depression diagnostiziert werden kann. Es gilt außerdem, den Unterschied zu einer gewöhnlichen Trauer dadurch zu markieren, dass die Symptomatik über einen bestimmten Zeitraum nach einem Verlust anhielt. Die Anzahl der Symptome, deren Dauer und die Zeit des Auftretens nach einer Verlusterfahrung sind somit die Stellschrauben, mit denen man die Diagnose einer Depression verändern kann.

Mit dem DSM-III sollte die Diagnostik von psychiatrischen Schulen unabhängig werden. Nicht mehr die unterstellten innerpsychischen Konflikte etwa sollten über eine Diagnose entscheiden, sondern allein die klinisch zu beobachtenden Symptome. Eine Krankheit wurde also fortan nicht mehr aufgrund ihrer Entstehung diagnostiziert,

sondern anhand ihrer symptomatischen Erscheinung. Die Ätiologie wurde zur Blackbox erklärt; was symptomatisch wie eine Depression aussieht, *ist* auch eine Depression. Dieses *blackboxing* hatte durchaus einen Sinn: Die Diagnosen wurden schulübergreifend vergleichbar; und trotzdem behielten die psychiatrischen Schulen weiterhin die Freiheit, jene Entstehungsgeschichten in die Blackboxes zu packen, die sie für richtig hielten und an die sie glaubten. Natürlich war damit auch die Hoffnung aufgegeben worden, psychiatrische Krankheiten durch verallgemeinerbare ätiologische Annahmen oder gar durch objektivierbare Merkmale charakterisieren zu können. Um es in einer biologischen Analogie zu beschreiben: Wenn die Anatomie und die Physiologie zweier Tiere allzu unterschiedlich sind, dann handelt es sich eben nicht um verwandte Tiere, sondern um Exemplare ganz unterschiedlicher Arten. Aber der äußere Eindruck kann täuschen, und erst eine Analyse des Genoms verschafft mehr Klarheit über Unterschiede und Verwandtschaften. Doch wir kennen die DNA psychiatrischer Störungen so wenig wie Darwin die DNA der Tiere kannte. (Wir werden in Kapitel 14 noch auf die problematische Anlehnung der psychiatrischen Diagnostik an die biologische Taxonomie zu sprechen kommen.) Die genetische oder neuronale Bestimmung psychischer Störungen steht weiterhin in den Sternen: als großes und weiterhin uneingelöstes Versprechen. Seit dem DSM-III versucht man aus dieser Situation das Beste zu machen: einen pragmatischen Kompromiss. Solange es keine »Genetik« der psychiatrischen Störungen gibt, bleibt uns immerhin ein phänomenologisch plausibles Kategorisierungssystem.

Aus Freuds Sicht war alles Psychische ein Symptom – ein Kompromiss aus widerstreitenden psychischen Tendenzen; und nur als ein solches Symptom war etwas der

dekonstruktiven Deutungsarbeit der Psychoanalyse zugänglich. Sowenig die Psychoanalyse ein genuines Konzept von Krankheit hat, hat sie eines von Gesundheit oder Normalität. Wir haben alle strukturell gleiche Konflikte; bei manchen Menschen wirken sie sich allerdings so aus, dass ihr alltägliches Leben durch sie bedeutsam eingeschränkt wird. In diesem Fall ist eine Psychoanalyse indiziert; einer besonderen Diagnose dafür bedarf es nicht. (Wir kommen in Kapitel 15 auf dieses Thema zurück, wenn wir über Aufstieg und Fall der Psychoanalyse im psychiatrischen Denken sprechen.) Für den psychiatrischen Alltag war dieses Modell auf die Dauer nicht hilfreich. Die Konzentration auf spezifische Symptome statt auf die allgemeine Symptomhaftigkeit des Lebens schien vielversprechender. Doch welche Symptome gehören zu einer Störung?

Die Mill'sche Krankheit

Die Geschichte des DSM ist eine Geschichte von Abstimmungen unter Psychiatern, die darüber diskutiert haben, welche Störungen mit welchen Symptomen genug Trennschärfe aufweisen, um aus ihnen eigene diagnostische Kategorien zu machen. Dabei kann man zu zurückhaltend sein, und die Diagnosen werden unscharf. Oder man ist zu forsch (oder, wie manche Kritiker meinen, zu sehr beeinflusst von der Pharmaindustrie, die neue Pillen gegen neue Krankheiten verkaufen möchte), und es kommt zu einer Inflation der Symptome und Störungen. Das, so Frances, sei mit dem DSM-5 geschehen.

Auf den englischen Ökonomen und Philosophen John Stuart Mill geht die Beschreibung einer allzu menschlichen Neigung zurück, die man als »Mill's disease« bezeichnet hat:

Die Tendenz war schon immer stark zu glauben, dass was auch immer einen Namen erhält, eine Entität oder ein Wesen mit eigenständiger Existenz sein müsse. Und wenn keine Entität gefunden werden konnte, die auf den Namen hörte, entschieden Menschen deswegen nicht etwa, dass es keine gab, sondern bildeten sich ein, dass es sich um etwas besonders Abstruses und Mysteriöses handeln musste (Fußnote von J. S. Mill in J. Mill 1869, S. 5).

Die Mill'sche Krankheit besteht darin, dass Namen und Begriffe ein Eigenleben führen, sind sie erst einmal in die Welt gesetzt. Man kennt dergleichen aus der Philosophie: Wenn man sagen kann, dass etwas »ist«, dann wird es ja wohl auch ein »Sein« geben – und eben nicht nur Seiendes, also letztlich triviale Dinge. In der Psychiatrie geht es etwas weniger mysteriös zu; aber auch hier können Bezeichnungen für menschliches Missbefinden, wenn sie sich nur genug verbreitet haben, beanspruchen, auf etwas ganz Reales zu verweisen. Man nennt das für gewöhnlich Mode-diagnosen.

2 Modediagnosen, Eichhörnchen und die Schizophrenie

Die Diagnose, dass etwas eine Modediagnose sei, ist ihrerseits selbst immer eine Modediagnose. Anders formuliert: »Modediagnose« ist ein historisch variabler Kampfbegriff. Während die einen behaupten: XY gibt es gar nicht, XY sei ein sich selbst verstärkender, medial angefeuerter Hype (zum Beispiel die »multiple Persönlichkeitsstörung« oder das »Schleudertrauma«), insistieren deren Gegner: XY gibt es sehr wohl, in Skandinavien sei XY längst als Krankheit anerkannt, und das sei eine sehr fortschrittliche Haltung der Skandinavier. In diesem Streit um Modediagnosen erwartet man von *der Wissenschaft*, dass sie das Machtwort über Schein und Sein spricht.

Modediagnose oder nicht?

Die Schwierigkeit liegt freilich darin, dass dieser Streit kein Kampf aufklärerischer Wissenschaft gegen dumpfe Medien- und Laiennaivität ist, sondern dass es sich dabei um eine Auseinandersetzung in den Wissenschaften selbst handelt. Dieser *science war* wird mit zahlreichen Betroffenen als einfachem Fußvolk geführt. Die einen bestätigen, wie erleichtert sie sich fühlen, seit ihnen attestiert wurde, dass sie tatsächlich an realem XY leiden; während die anderen bekunden, wie froh sie sind, nicht mit dem Etikett XY stigmatisiert zu werden. Man entkommt dieser Zwickmühle gegenteiliger Zeugenaussagen nicht. Jedenfalls dann nicht, wenn man auf die Zweidimensionalität der Frage »Modediagnose – ja oder nein« fixiert bleibt. Der Ausweg liegt in der dritten Dimension, einer sowohl historischen als auch erkenntnistheoretischen.

Bevor wir uns nun also weiter mit psychiatrischen Diagnosen im Speziellen beschäftigen, müssen wir zunächst einen umfassenderen Blick auf die Probleme von Kategorisierungen im Allgemeinen werfen.

Die Kategorien und die Dinge

Once upon a time ..., nachdem Gott die Tiere geschaffen hatte, brachte er sie zum Menschen, damit dieser ihnen je einen (Gattungs-)Namen gebe. Seither heißen die Tiere so, wie sie eben heißen: Sperling und Kamel, Wal und Löwe. Die Erstellung des tierischen Inventars dürfte einige Zeit in Anspruch genommen haben, aber – wir befinden uns schließlich in der goldenen Ära vor dem Sündenfall – Gott und der neugeschaffene Mensch hatten ja alle Zeit der Welt. Der Akt einer analogen Benennung der Pflanzen ist biblisch zwar nicht überliefert, es gibt aber keinen Grund anzunehmen, dass Gott und der Mensch mit ihnen anders als mit den Tieren verfahren sind.

Die Autoren der Genesis geben mit dieser Geschichte eine Antwort auf die Fragen: Wie kommen die Dinge dieser Welt eigentlich zu ihrem Namen? Was ist zuerst da, der Begriff oder der Gegenstand?

Man könnte die biblische Darstellung, dass das Kategorisierte seiner Kategorisierung vorausgeht, einen realistischen Nominalismus bzw. nominalistischen Realismus nennen. Die Begriffe Nominalismus und Realismus bilden dabei – wir reden von der Zeit *vor* dem Sündenfall – noch keinen Gegensatz, sondern sind nur die jeweilige andere Seite *einer* Medaille. Die Realität wird *erkannt*, indem man über sie ein sprachliches Raster von Begriffen legt, das die Gegenstände der Welt und deren Ordnung adäquat repräsentiert; doch die Realität entsteht nicht erst durch ihre sprachliche Kartierung.

Ein Gegensatz zwischen Nominalismus und Realismus tritt erst dann auf, wenn es (wie beim späteren »Universalienstreit« in der Philosophie) um die Frage geht, ob universelle Kategorien von Natur aus existieren oder nicht. In unseren Tagen ist daraus die Auseinandersetzung um die Frage nach der sozialen Konstruktion von wissenschaftlichen Gegenständen geworden (s. dazu Berger & Luckmann 2003; Hacking 2000). Wir werden uns gleich noch eingehender mit dieser Frage beschäftigen.

Linnés *Systema Naturae*

Der schwedische Naturforscher Carl von Linné schuf mit seinem *Systema Naturae* ein Raster für die drei Reiche der Natur: Tiere, Pflanzen und Mineralien. Die erste Auflage seines Buches erschien 1735. Das System wurde in zahlreichen späteren Auflagen erweitert und bildet als »Linné'sches System« bis heute die Grundlage der modernen biologischen Taxonomie des Pflanzen- und Tierreichs in Klasse, Ordnung, Gattung, Art und Varietät. Auch wenn Linné von der durch Darwin überholten Annahme ausgeht, dass die existierenden Arten stabile Produkte eines einmaligen Schöpfungsaktes sind (und nicht das über die Zeit variierende Ergebnis eines evolutionären Prozesses), so hat sich sein System der Klassifizierung als erstaunlich brauchbar erwiesen – selbst nach der Entdeckung und Entzifferung des genetischen Codes. Die biologische Taxonomie des 18. Jahrhunderts wurde durch die Genetik zwar reformiert, aber nicht revolutioniert.

Man muss nicht Kreationist sein, um diesem Nominalismus-Realismus etwas abgewinnen zu können: Gänseblümchen existieren nicht nur »in unserem Kopf«, sondern stehen ziemlich realistisch auf der Wiese herum, und sie täten dies auch, wenn wir keinen Namen für sie hätten.

Soziale Konstruktion psychiatrischer Diagnosen

Die Gegenposition zu dieser realistischen Auffassung des Verhältnisses von Kategorien zum Kategorisierten ist der radikale Nominalismus, eine extreme Spielart des sozialen Konstruktivismus. Dieser extremen Auffassung zufolge agiert der Mensch gleichsam selbst als Gott: Aus einem gestaltlosen Chaos einer Mischung aus nichts und irgendetwas (schwierig zu beschreiben, aus *was* dieses Konstruierte eigentlich konstruiert ist) schaffen erst die Begriffe die Gegenstände.

What's the difference between squirrels and schizophrenia?, schlug einer meiner englischsprachigen Studenten¹ als Titel für eine Arbeit über die Eigenart psychiatrischer Diagnosen vor. Eichhörnchen sind zwar sehr bewegliche Tiere, aber als biologische Kategorie doch ziemlich stabil, stabiler wahrscheinlich als die »Schizophrenie«, wenngleich auch diese schon eine vergleichsweise stabile psychiatrische Kategorie darstellt. In erkenntnistheoretischer Sicht sind Eichhörnchen gerade nicht das, was Ian Hacking »moving targets« nennt.

Wir fassen viele Menschen als Objekte der wissenschaftlichen Untersuchung auf. Manchmal tun wir das, um sie zu kontrollieren, wie im Fall von Prostituierten, und manchmal, um ihnen zu helfen, z. B. um potentielle Suizide zu verhindern. Manchmal ist es das Ziel, zu ordnen und zu helfen und dabei die Gesellschaft zu bewahren, wie wenn reiche Menschen oder der Staat den Armen oder Obdachlosen helfen [...]. Wir nehmen diese Menschen als gegeben hin, als eindeutige Klassen, definiert durch eindeutige Eigenschaften. Indem wir mehr über

1 Danke, Hugo Kemball.

diese Eigenschaften erfahren, können wir ihnen besser helfen, sie kontrollieren, verändern oder nachahmen. Aber das stimmt nicht ganz. Es handelt sich um bewegliche Ziele, weil unsere Untersuchungen mit ihnen interagieren und sie verändern. Und sobald sie verändert wurden, sind sie nicht mehr ganz dieselben Menschen wie noch zuvor. Das Ziel hat sich verschoben. Das ist der Looping-Effekt. Manchmal erschaffen unsere Wissenschaften Menschenarten, die es in gewisser Weise vorher nicht gegeben hat. Das ist die Erfindung von Menschen (Hacking 2006b).

Ein Buchtitel wie »Die soziale Konstruktion von Eichhörnchen« würde vermutlich als ein überspannter soziologischer Versuch erscheinen, Eindruck und Aufmerksamkeit beim Publikum zu schinden. Man könnte sich allenfalls eine Untersuchung darüber vorstellen, wie erst – ich phantasie frei – zur Mitte des 19. Jahrhunderts in Nordamerika der Name »squirrel« auftauchte, nachdem diese nunmehr so genannten Nager zuvor in der Masse jagdbarer Felltiere namenlos untergegangen waren. Die von der industriellen Produktionsweise überrollten und zunehmend überflüssig werdenden Jäger hätten in der typischen Wintervorratshaltung dieser Tiere ihre eigene Trappervergangenheit wiedererkannt und nostalgisch verklärt und dadurch das »Eichhörnchen« als Inbegriff eines putzigen Nagers, den man weder jagt noch isst, erst hervorgebracht. Solange eine solche »Kulturgeschichte des Eichhörnchens« nicht behaupten würde, Eichhörnchen existierten erst seit der Industrialisierung Nordamerikas, wäre sie nicht von vornherein Unfug.

Ein Buch über die »Soziale Konstruktion der Schizophrenie« zu schreiben (was immer man im Detail darunter

versteht) ist bereits ohne umständliche Umdeutung des Titels ein seriöses Unterfangen. Vergleichbare Bücher über die gesellschaftliche Konstruktion von Männlichkeit, Homosexualität, Fremden etc. sind Legion (Hacking 2000).

Wenn wir etwas als sozial konstruiert betrachten, dann leugnen wir damit nicht seine Existenz, sondern behaupten nur, dass es in dieser Weise nicht ohne menschliches Zutun in der Natur vorkommt. Dieses Zutun kann sowohl ein realer Schöpfungsakt als auch eine begriffliche Konstruktion sein. Der Eiffelturm ist zugleich real und konstruiert. Eiffeltürme sind keine natürlichen Gegenstände. Nierensteine hingegen sind natürliche Dinge, soziale Phobien sind es vermutlich nicht. Man kann eine soziale Phobie auch als Schüchternheit beschreiben, und schon stellt sie keine Krankheit mehr dar. Was bleibt, ist das Gefühl, nicht gerne in Gegenwart fremder Menschen zu sein. Aber dieses Gefühl haben viele Menschen. Das zu wissen, führt immerhin dazu, dass manche Menschen weniger unter ihrer Schüchternheit leiden. Nierensteine haben auch viele Menschen; doch das ist für keinen Betroffenen ein Trost. Der Schmerz bei einer Nierenkolik ist wohl kaum dadurch zu beeinflussen.

Die Medizin kann ihre Anschauungen über die Entstehung von Nierensteinen oder Altersdiabetes ändern und demzufolge auch die Richtlinien zu deren Behandlung. Solche Änderungen der Sichtweise gehören zum medizinischen Alltag. In der Regel führt der geänderte Blick auf eine Krankheit aber nicht zu deren Verschwinden. Doch in einzelnen Fällen ist sogar dies möglich, etwa wenn eine neue Behandlungsrichtlinie neue Grenzwerte festlegt, die das Verhältnis von normal und pathologisch verändert. Aber dies ist eher die Ausnahme, die die Regel bestätigt, dass sich somatische Krankheiten über die Zeit betrachtet

als ziemlich robust erweisen. Ja, die messbare Blutdruckhöhe ist in einem sehr simplen Sinne sozial konstruiert; und nein, dies ändert nichts an der tatsächlichen Gefahr, die ein zu hoher Blutdruck für die Gesundheit bedeutet. Epidemiologische Studien verschieben die Grenzen zwischen gesund und krank, aber sie heben sie grundsätzlich nicht auf.

Der Hinweis auf eine soziale Konstruktion psychiatrischer Diagnosen hingegen stellt nicht selten die Krankheit selbst in Frage. Psychiatrische Diagnosen kommen nicht im Zuge eines Fortschritts medizinischer Forschung auf die Welt, sondern durch ein pragmatisches Kalkül sinnvollerer Kategorisierung, die den beobachteten, neu auftauchenden (und auch wieder verschwindenden) Formen psychischen Missbefindens und pathologisch anmutender Verhaltensweisen eher Rechnung zu tragen und für die Behandlung psychischer Störungen besser geeignet zu sein scheinen als die bisherige Systematisierung.

Lokale Unterschiede psychiatrischer Diagnosen

Damit sind wir wieder bei der Frage nach den Modediagnosen.

Psychiatrische Krankheiten entstehen, verändern sich und verschwinden. Sie sind auch nicht gleichmäßig über die Welt verteilt, manche existieren in lokal begrenzten Nischen – an einem Ort gilt als Wahn, was woanders als spirituelle Erfahrung gesehen wird. Es gibt freilich auch so etwas wie einen nivellierenden psychopathologischen Imperialismus. Der US-amerikanische Wissenschaftsjournalist Ethan Watters (2010) hat in seinem Buch *Crazy like us. The Globalization of the American Psyche* an den Beispielen von Anorexie, posttraumatischer Belastungsstörung, Schizophrenie und Depression (in Hongkong, Sri Lanka,

Sansibar und Japan) gezeigt, wie ein westliches Krankheits- und Therapieverständnis lokale Auffassungen von psychischen Krankheiten gleichsam überrollt und die westliche Psyche zum generalisierten Modell wird. Spricht das alles nicht dafür, dass psychiatrische Diagnosen eigentlich immer Modediagnosen sind?

Dynamischer Nominalismus

Ich glaube, dass der Schluss von der Beweglichkeit psychischer Störungen auf deren »bloß« modischen Charakter ein Fehlschluss ist. Der Ausweg aus der Sackgasse des Gegensatzes von realer versus bloß sozial konstruierter Krankheit heißt »dynamischer Nominalismus« (Hacking 2006a). Dieser Begriff wurde von Ian Hacking geprägt, der damit seine Position innerhalb einer historischen Ontologie (Hacking 2006a; Foucault 1990) beschreibt. Vereinfacht formuliert ist es das Erkenntnisziel einer historischen Ontologie, zu erforschen und zu beschreiben, wie »Dinge, Klassifikationen, Ideen, Arten von Personen, Personen und Institutionen« (Hacking 2006a, S. 12) in die Welt kommen und wie sie sich entwickeln, etwa auch die Vorstellungen von einer natürlichen Ordnung (Daston & Vidal 2003, Daston 2018). »Dynamischer Nominalismus« bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Phänomene und Begriffe sich gleichzeitig entwickeln: Ein zunächst wenig bestimmtes Etwas und eine neue modisch erscheinende und zunächst wenig präzise Kategorie dafür entstehen gleichzeitig und stabilisieren sich wechselseitig, bis aus einem Phänomenkomplex mit unscharfen Rändern eine eigenständige Störung und aus der diffusen Kategorie eine Diagnose geworden ist.

Psychiatrische Diagnosen sind in diesem Sinne *Teil einer historischen Ontologie*, sie bilden kein auf ewig sta-

biles natürliches Kategoriensystem; doch das heißt keineswegs, dass es nicht »etwas« gibt, das diese Kategorien zugleich repräsentieren und erzeugen. Es ist diese *Wechselbeziehung* zwischen Begriff und Begriffenem, Tatsachen und Kategorie, die Hacking *dynamischen Nominalismus* nennt. An diesen Wechselwirkungen ist nichts Mysteriöses. Wissenschaftliche Begriffe, Konzepte und Ideen haben in ihren Anfängen oftmals etwas Vages und wenig Zwingendes an sich und stabilisieren sich erst mit der Zeit.

Betrachten wir als Beispiel das Burnout: Menschen fühlen eine Art von Erschöpfung und Lähmung, deren Ursache sie in ihrer Arbeitswelt lokalisieren und die sie nicht mit einer Depression verwechselt wissen wollen. Aus einem anderen Zusammenhang, der spezifischen Erschöpfung von Menschen in helfenden Berufen, taucht der Begriff des *Burnout* auf und wird auf diesen »neuartigen« Zustand übertragen, der sich durch Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und andere depressive Symptome auszeichnet und sich dennoch nicht wie eine Depression anfühlt (s. Kapitel 12).

Der neue, erheblich erweiterte Begriff gibt Menschen, die einen ähnlichen Zustand bei sich erleben, die Möglichkeit, ihr Befinden besser zu benennen, als es der Begriff der Depression erlaubt. Wechselseitig verdichten sich nun Begriff und Zustand zu immer kompakteren Gebilden – das Burnout als Diagnose ist geboren. Je schärfer der Begriff geworden ist, desto eher ist es nun auch möglich, ihn von der Depression abzugrenzen, oder auch einen Zustand, der zunächst als Burnout erschien, als Anpassungsstörung zu diagnostizieren. Aber es wird schwieriger zu sagen, Burnout gäbe es nicht. Allenfalls kann man behaupten, die bessere Diagnose für sogenanntes Burnout sei die einer Depression mit einer gleichzeitig vorliegenden Anpassungsstörung. Aber irgendwann ist das nur noch Wortge-

klingel, und die neue Diagnose hat sich etabliert. Vielleicht kann man in einem gewissen Sinne trotzdem noch behaupten, Burnout sei eine Modediagnose geworden. Denn nur die Hälfte aller diagnostizierten Burnouts seien tatsächlich welche. Aber man wird kaum mehr behaupten können, Burnout sei einfach eine Erfindung aus dem Nichts. Burnout zeigt durchaus etwas Neues, das mit den alten diagnostischen Schemata so nicht zu fassen gewesen ist.