



Leseprobe aus Dellwing und Harbusch, Pathologisierte Gesellschaft?,
ISBN 978-3-7799-6077-5

© 2019 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6077-5)
isbn=978-3-7799-6077-5

Martin Harbusch und Michael Dellwing

Pathologisierter Alltag und institutionelle Deutungsmacht

Pathologizing Everyday Life and
Interpreting Life Institutionally

Die kritische Auseinandersetzung mit der Psychiatrie und ihrer Deutungsmacht hat eine lange Geschichte in sozialwissenschaftlichen und psychologischen Thematisierungen. Dazu tritt in den letzten Jahren wieder eine verstärkte Auseinandersetzung von innen, nämlich vonseiten einer kritischen Psychiatrie selbst. Die klassischen sozialwissenschaftlichen Kritiken haben in psychiatrischen Zuschreibungen die Naturalisierung und damit ebenso eine Transformation wie eine Stärkung von hochkomplexen, historisch und gesellschaftlich kontingenten Normalerwartungen erkannt. Dass Psychiatrie ein Mechanismus zur Sicherung geteilter Realitäten ist – vulgo: dass sie Normen aufrechterhält und durchsetzt – ist derweil auch innerhalb der Psychiatrie nicht nachhaltig infrage gestellt worden. Dazu treten durch die kritische Psychiatrie jedoch auch vermehrt interne Kritiken, die herausstellen, dass die öffentlichkeitswirksamen Narrative der Psychiatrie – Hirnchemiebalance und der Nutzen von Psychopharmakologie – auch innerhalb der Psychiatrie keineswegs als so gesichert gelten können, wie dies im öffentlichen Diskurs angenommen wird.

Zeitgleich haben psychiatrische Beschreibungen, und insbesondere psychiatrische Krankheitsklassifikationen, auch im öffentlichen Diskurs verstärkt kritische Aufmerksamkeit erfahren. Ein Kristallisationspunkt einer neueren öffentlichen Debatte war die Einführung des neuen Diagnosekatalogs, des Diagnostic and Statistical Manual der der American Psychiatric Association in seiner fünften Auflage (DSM-5, 2013), gefolgt von der Überarbeitung des internationalen Klassifikationskataloges International Classification of Diseases der WHO in seiner 11. Auflage (ICD-11, 2018). Beständig steigende Fallzahlen psychiatrischer Diagnosen weltweit tragen ebenso zur verstärkten öffentliche Aufmerksamkeit bei.

In dieser Kombination hat die kritische Auseinandersetzung mit der Psychiatrie, die die Soziologie, die Kritische Theorie, die feministische So-

zialwissenschaft und die Soziologie sozialer Kontrolle – um nur einige, teils überlappende Teilnehmende am Diskurs zu nennen – eine Ausweitung ihrer Koalition erfahren. Waren die Sechziger- und Siebzigerjahre die erste Hochzeit der Psychiatriekritik, können so nun die 2010erjahre als ihre zweite Hochzeit gelten. Der vorliegende Band hat sich zum Ziel gesetzt, einige neue Linien dieser Kritik aufzugreifen und zu bündeln.

Normale Erscheinungen in spätkapitalistischen Welten

Psychiatrische Klassifikationen und ihre Diagnosekataloge kommen nicht ohne ein Verständnis aus, was als „normale“ Interaktion angesehen wird. Da es in der Sozialwissenschaft als banal und basal gelten kann, dass interaktionale Normalitätserwartungen nicht nur historisch, kulturell und sozial-positional kontingent sind, sondern Handlungen auch in kontextualen Situationen erst bewertet werden müssen, ist es eine einfache Selbstverständlichkeit, dass Psychiatrie aus diesen kontingenten und kontextualen Normalitätserwartungen eine stabile, biologisierte, naturalisierte Idee von Normalität vertreten muss, um sie als medizinisches Problem verstehen zu können. In diesem Rahmen kommt nicht nur die Frage auf, wer diese Normen setzen durfte und welche Normalitäten sie verteidigen, sondern auch, wer sie in einer konkreten Konfliktsituation interpretieren und wer damit seine Idee von Normalität mit diesen Mitteln verteidigen darf. Die Kritische Soziologie hat daher lange die politisch-historischen Prozesse untersucht, in denen die Kategorisierungen zustande kommen (z. B. Kirk/Kutchins 1992, Kutchins/Kirk 2003, Castel 1983, Shorter 1994). Dabei hat sie die Psychiatrie als Instrument sozialer Kontrolle verstanden (Laing 1969, 1972, Cooper 1978, 1979, Basaglia 1973, 1974a, b, etc.), und das häufig gegen Menschen, die ohnehin bereits prekäre Positionen innehaben. Mit der psychiatrischen biologisierenden Umdeutung von Lebenszusammenhängen von Seiten institutionalisierter Normsender wurden diesen Menschen nicht nur legitime Interessen und eigene Interpretationen abgesprochen. Letztlich wurden sie – durch die Verlagerung der Diskussion auf psychiatrische Diskurse – ihrer Sprache beraubt.

Vor allem die feministische Kritik an der Figur der Hysterie und der Herrschaft, die mit dieser Deutung und der „Behandlung“ der so Gedeuten ausgeübt wird, ist Kernbestand einer kritischen Herausforderung psychiatrischer Kontrolle (Showalter 1993, Ussher 1992, 1997). Dabei tritt die kritische Psychologie in dieser Debatte hervor, um die Wirkung bestehender Ungleichheiten in diesen Tabuisierungen und Kontrollen zu betonen, eine Leistung, die bereits klassische kritische Psychologie in Auseinander-

setzung mit der Hysteriediagnose erbracht hatte. Paula Caplan (1995) war hier Wortführerin des Widerstandes gegen die Aufnahme der Kategorie „Masochistic (Self-Defeating) Personality Disorder“ ins DSM, die Menschen – vor allem Frauen – eine Störung andefiniert hätte, wenn sie in Unterdrückungs- und Missbrauchsbeziehungen die Beziehungen zu den Tätern – zumeist Männern – nicht abbrechen. Ebenso umstritten war die (erfolgreich) Aufnahme der Premenstrual Dysphoric Disorder (landläufig PMS) in den Katalog depressiver Störungen.

Der Herrschaftsaspekt der Psychiatrie über Frauen, der in der frühen Geschichte der Disziplin aus der Distanz der Zeit heraus offensichtlich scheint, wird nachträglich zum vormodernen Fehler stilisiert (Cohen 2015: 11); dabei wird in der gegenwärtigen Psychiatrie besonders deutlich, wie weiterhin bestehende Herrschaftsordnungen sehr offensichtlich durchgesetzt werden. Wenn zum Beispiel Zuschreibungen wie ADHS oder, noch deutlicher, ODD (Oppositional Defiant Disorder) in den Blick gerückt werden, ist deutlich, dass dieses „Krankheitsbild“ Jugendliche medikalisiert, die sich gegen legitime Autoritäten auflehnen und schreibt ihnen eine Krankenrolle zu, wenn sie sich regelmäßig „widerspenstig“ geben. Das untermauert nicht nur die Normerwartungen der überlegenen Akteure und erklärt ihre Legitimität zu einer natürlichen Legitimität; es untermauert zudem ihre Autorität und naturalisiert diese ebenso. Cohen bemerkt, dass gerade die deskriptive Revolution der Psychiatrie (s. u.) dazu geführt hat, dass zunehmend Familien und vor allem Kinder und Jugendliche im DSM Erwähnung finden (2015: 118 ff.); „psychiatry has linked childhood mental illness to unwanted behavior and conduct in the classroom from the very first edition“ (121), und die Erwähnungen haben sich seither ausschließlich stetig erhöht (122). Wer sich gegen die legitimen Forderungen der legitimen Autorität wendet, wird in diesem Bild als bedauernswert krank markiert.

Die Frage nach der Konstruktion von Normalität ist damit in der kritischen Psychologie und Psychiatrie schon lange die Frage nach der Naturalisierung sozialer Machtpositionen, was soziale Konflikte und ihre verwobenen strukturellen- und Bedeutungsdynamiken aller Komplexität und Kontextualität entleert und in simplistische biochemische Erklärungsmuster verschiebt. Gegenwärtige Kritik greift diese Figuren auf, indem die Depression als Zuschreibung, die auch vorrangig Frauen trifft, in Linien klassischer Geschlechterpolitik und der medikalisierten Verteidigung herrschender Erwartungen, als Erbe der Hysterie thematisiert wird (Ehrenberg 2015).

Für die Konflikte um Handlungen, Gedanken und Gefühle, die die gegenwärtige Psychiatrie medikalisiert, ist häufig festgestellt worden, dass sie vor allem mit Blick auf die Leistungs- und Emotionserwartungen im Rahmen gegenwärtiger spätkapitalistischer Gesellschaften verständlich werden. Schon 1972 bemerkt Keupp, dass die Psychiatrie „einen rigorosen Zwang

zur Verinnerlichung der bürgerlichen Leistungsmoral“ beinhaltet (Keupp 1972: 16-7). In diesem Rahmen setzt die Psychiatrie eine Reihe von Tabus durch: Das Tabu, unglücklich zu sein (Levine 2007: 36; Jurk 2008: 14, 119), das Tabu, pessimistisch zu sein (Levine 2007: 87, Jurk 2008: 15) und das Tabu, unproduktiv zu sein (Levine 2007: 80). Das Pessimismus- und Unglückstabu ist Teil einer „culture that demands happiness.“ (36), und je weiter diese Pflicht zum Glück greift, desto weniger Raum bleibt für Szenen dunkleren Gemüts, vor allem, wenn das präsentierte Glück zur Emotionsregel in Situationen wird, d. h. wenn andere sich durch dunklere Emotionen in ihrem Alltag gestört fühlen; „Displays of negative affect can disrupt ordinary interaction,“ bemerkt Thoits (Thoits 1985: 237), aber dabei bleibt es selbstverständlich offen und kontextabhängig, welche Form des Affekts als „negativ“ und als „negativ genug“ wahrgenommen wird, um die Interaktion zu stören; was an einer deutschen Supermarktkasse normal ist, würde an einer amerikanischen Supermarktkasse dazu führen, dass Angestellte bei Managern angeschwärzt und gegebenenfalls entlassen werden.

„Depression wird zum Synonym für all das, was dem Gemüt unangenehm ist. Wer wäre da nicht depressiv?“ (Jurk 2008: 14) gerade in Kontexten, die politisch und ökonomisch belastend sind – d. h. in Kontexten, denen sich alle Menschen ausgesetzt sehen, aber in radikal unterschiedlichen Ausformungen und Stärken – ist Belastung normal, aber kann nicht als Leid thematisiert werden, ohne, dass das ein Problem schafft: „Weil das Leben nicht ohne subjektive Belastung verläuft, wird daraus ein Phänomen konstruiert, das nach ärztlicher Hilfe verlangt. [...] Das normale Unglück des Lebens wird zum gesundheitlichen Skandal,“ (123) der nach einer pharmakologischen Lösung verlangt, um das Leid nicht andauern zu lassen: „psychiatric treatment often concentrates on controlling or changing patients’ emotional states through the use of tranquilizing or mood-elevating drugs“ (Thoits 1985: 225).

Neben dem Tabu der Unzufriedenheit steht das Tabu der Unproduktivität (Levine 2007: 80). „Eine taugliche ‚Psyche‘ ist zum Produktionsfaktor geworden und beim Verkauf der Ware Arbeitskraft unbedingt vorzuweisen,“ (Jurk 2008: 13) und diese Sortierung beginnt bereits in Schulkontexten, wenn die mangelnde Konzentration auf die legitime Hauptinvolvierung Schule durch Konzentrationen auf andere Handlungen und Gedanken behindert wird und wenn „‘task-irrelevant activity’ (finger aping, fidgetiness, fine motor movement, off-task behavior during direct observation and classroom disturbance)“ (Whitaker 2010: 224) an ihre Stelle tritt. Whitaker betont hier, dass diese Kontrollen der Ordnung der Schule helfen; „Stimulants work for the teacher“ (224), und „this drug ... enhances performance on ‘repetitive, routinized tasks that require sustained attention‘“ (224). Auch Bruce Cohen bemerkt zur Psychiatrie sehr offen und direkt, „mental illness

designations are increasingly focused on the world of work and serve an important role in depoliticising employment relations; instead of recognizing power disparities in the work environment, new and/or changing diagnostic categories of mental illness encourage workers to problematise the self rather than the organization of wider society.“ (2015: 104)

Dazu tritt das Tabu, aufgrund anhaltender Verfehlungen verzweifelt zu sein oder sich gar in Scham zurückzuziehen, um den informellen Sanktionen aufgrund dieser anderen Verfehlungen zu entgehen. Wenn die ersten Tabus verletzt werden und eine emotionalisierte Selbstverurteilung aufgrund dieser Andersheit erfolgt, die sie verstärkt, ist das zunächst im Rahmen der ursprünglichen Ausgrenzung verständlich: Wenn diese Ausgrenzung jedoch vom Umfeld gezeugnet wird und der normative Aspekt der Situation gegenüber einer biologisierenden in den Hintergrund rückt, ist dieser Kontext nicht mehr offen thematisierbar, und die Scham hat kein öffentlich verhandelbares Objekt mehr. So aggregiert eine Form des sozialen Konflikts zu einer Scham, die auch von den Betroffenen schnell in sich selbst lokalisiert wird: „The pressure to be in a good mood can make people ashamed for not being in one,“ so dass schnell „‘pain over pain’“ resultieren kann, in dem „normal low moods becom[e] prolonged bouts of despair.“ (Levine 2007: 36).

Mit der Vertiefung des deskriptiven Klassifikationssystems haben sowohl kritische Psychiatrie als auch kritische Psychologie die Verengung des Raumes der Normalität durch die Ausweitung der Einzugsbereiche des Diagnosekatalogs bemerkt. Die Anzahl der Störungskategorien stieg von 180 im DSM-II, 1968, auf 292 im DSM-III, 1980 und auf 395 im DSM-IV, 1994 (dabei ist diese Zahl nicht abstrakt festzulegen, weil immer auch die Zahl der Alternativklassifikationen innerhalb einer Kategorie mitgezählt werden kann und Zahlen so unterschiedlich produziert werden können). Die neueste Auflage, DSM-5, zählt dagegen weniger Störungsdefinitionen, nachdem die APA die Kritik bemerkt hat und sich gegen weitere Skandalisierung wappnen wollte. Stattdessen betreibt DSM-5 die Vergrößerung des Feldes durch die innere Ausweitung in diesen Definitionen, zum Beispiel die Entfernung der Todesfallsausnahme aus der Diagnose Major Depressive Disorder. Gleichzeitig weitet sich der Einfluss psychiatrischer Behandlungen massiv aus (z. B. Whitaker 2010: 220), und damit erweitert sich auch der Zugriff dieser Normalisierungen zunehmend.

Diese Konstruktion medizinischen Wissens ist somit nicht unabhängig der sozial strukturierten und in Institutionen eingebundenen Kontexte dieser Leistung verständlich: sie ist nicht lediglich in Bezug auf den Körper der Person mit Krankheitszuschreibung entstanden, auch wenn die Krankheitskonstruktion ihre Außendarstellung um dieses legitimatorische Vokabular des „Auffindens reinen Wissens im Körper“ herum organisieren

muss. Die Produktion von institutionalisiertem Wissen ist in die Rahmen dieser Institutionen, ihrer Interessen, Zwecke und eingebauten Grundannahmen eingewoben; eine medizinische Betrachtung wird medizinisches Wissen konstruieren, sie kann nicht anders, und eine medizinische Betrachtung im Rahmen einer spätkapitalistischen Gesellschaft wird die Abweichung von Verhaltensnormen dieser Gesellschaft medikalisieren, da sie eben eine medizinische Linse auf Leid wirft.

Diese Linse ist zudem hochgradig kulturalisiert, und in ihrer Vereinheitlichung ist es eine spezifische Kulturalisierung, die hier dominiert: die amerikanische. Die hier verwendeten Listen finden sich international im ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation, in den USA im DSM-5 der American Psychiatric Association (APA); dabei folgt die internationale Klassifikation seit der deskriptiven Wende 1980 der Vorgaben, die im DSM gemacht werden. Das wirft zusätzlich zur Herausforderung durch die kritische Psychiatrie Kritik die Problematik auf: dass eine medikalisierte Regulierung von Interaktionserwartungen, die historisch, kulturell und sozialpositional divergieren, aus einer amerikanischen Einordnung heraus aufkommen, so dass Healy bemerken kann, „something of an American hegemony in psychiatry was created.“ (1999: 237), und Jurk spricht von einer „kategorischen ‚Weltpsychiatrie‘ unter amerikanischer Führung, [dem] Ende der Vielzahl von Konzepten verschiedener Länder zugunsten eines vereinheitlichenden Systems“ (Jurk 2008: 113), nachdem die WHO eine Angleichung verschiedener Klassifikationssysteme gefordert hatte – zu statistischen Zwecken, aber auch zugunsten der Pharmaindustrie, die dadurch dieselben Medikamententests weltweit zur Untermauerung von Zulassungsanträgen verwenden konnte. Denn verschiedene Klassifikationskategorien erfordern verschiedene Studiendesigns, mit denen die unterschiedlichen Kategorien abgeprüft werden können, und eine Vereinheitlichung senkt diese Kosten: „The creation of a discrete set of disorders, such as panic disorder, social phobia, obsessive-compulsive disorder, and other disorders gave the pharmaceutical industry a set of targets at which to aim its compounds.“ (Healy 1999: 237)

Dabei folgt die internationale Kodierung weitgehend den Vorlagen, die die amerikanische Klassifizierung vorgibt. Das wird an den Verhaltensweisen, die in ihnen pathologisiert werden, auch immer wieder deutlich, da sie durch und durch amerikanische Verhaltens- und vor allem Emotionserwartungen naturalisieren und in ihrer Transnationalisierung exportieren.

Normale Erscheinungen im Alltag

Dass psychiatrische Diagnosenormen soziale Erwartungen stützen, kann als erwiesen gelten. Das gilt jedoch nicht nur auf der Ebene der Störungs- und Symptomdefinition. Vor allem Erving Goffman hat dabei die interaktionalen Prozesse in den Vordergrund gerückt, in denen die Zuschreibung einer Störung im Kontext einer Situation aufkommt (Goffman 1961a, b, 1963a, b, 1967, 1971), ohne diese „merely as a labeling process“ (1971: 357) zu betrachten, denn genauso wenig, wie sich das Problem auf die Handlungen der Person limitieren lässt, die die Krankheitszuschreibung erhalten, erschöpft es sich nicht in der Handlung jener, die die Zuschreibungen machen: „in diagnosing mental disorder and following its hospital course, psychiatrists typically cite aspects of the patient’s behavior that are ‘inappropriate in the situation’... many of these delicts are petty, embarrassing, or messy“ (Goffman 1967: 3). Was aber „der Situation unangemessen“ ist, entscheidet sich nicht bereits in einem einfachen Vergleich von Normen mit Handlungen (Dellwing 2015); zu sagen, diese Probleme entstünden erst mit einem Regelbruch, ist soziologisch nicht haltbar, sondern reproduziert alltägliche Moralismen, vor allem jene der Normativität der Normativität, d. h. der normativen Erwartung, die Welt müsste normativ strukturiert sein – eine Erwartung, die vor allem in westlichen, und darunter vor allem in deutschen Zugriffen so häufig anzutreffen wie irreführend ist. Ein „Problem“ in der Interaktion ist vielmehr in einem situationalen, aufeinander bezogenen Spiel durchaus verhandlungsoffen. Was Psychiatrie kontrolliert, bemerkt Goffman, ist ein aus dem Ruder gelaufenes, eskaliertes „Auffallen“, das er als „Karriere des Geisteskranken“ untersucht (Goffman 1963): das langsame Wachstum einer Irritation, die sich an einer Person festmacht und zu einer langsamen Erweiterung von Koalitionen führt, in denen die umstehenden sich gegenseitig versichern, an dieser Irritation schuldlos zu sein, während sie der Person, die aus der *Teilnahme* an dieser Verhandlung ausgeschlossen ist (aber nicht aus der Verhandlung) die Rolle des Urhebers zuschreiben – und zudem eine Rolle, die im Sinne medikalierter Narrative diese Person nicht als Täter, sondern als Opfer rahmt.

Um die Situation in ihrer Kontextualität zu verstehen, muss die gesamte Irritation in den Blick genommen werden, nicht nur die Handlung der medikalisierten Person: „The sharp distinction between symptomatic and non-symptomatic improprieties is certainly part of our folk conceptual apparatus for looking at people; the trouble is that it does not seem to have any fixed relation to the actual behavior to which it is applied. There is no consensus [...] agreement typically comes after the fact, after the label ‘mental illness’ has been applied“ (Goffman 1967: 142). Das schließt jene ein, die sie

dadurch dramatisieren, dass sie irritiert sind: „It is this havoc that psychiatrists have dismally failed to examine“ (Goffman 1971: 357). Ein Bruch einer sozialen Erwartung hängt immer auch von der Handlung ab, etwas als Bruch offen zu deuten.

Psychiatrie löst, bemerkt, Castel, ein Verwaltungsproblem: es relegiert die Macht des Trennens von Personen voneinander, und die Zwangsbehandlung einiger dieser Personen, an medizinische Autoritäten, als die Macht des Königs nach der französischen Revolution nicht mehr ausreicht, Menschen aus ihren Familien zu entfernen (1983). Diese Entfernung „löst“ währenddessen Interaktionskonflikte, oder besser, sie löst sie durch die Trennung der Agenten *auf*: „hoffnungslose, unlösbare Konflikte“, in denen „Menschen Dinge tun, die mit legitimen Deutungen nicht einzuholen sind“ (Dellwing 2015); wie Goffman bemerkt, „To collapse the warfare of social place in a troubled family into such terms as ‘acting out’ or ‘manic’ keeps things tidy, but mostly what such terms accomplish is the splendid isolation of the person using them“ (1971: 386), eine Isolation von den Problemen, die nicht nur in der Person liegen, die diese Zuschreibungen erhalten hat.

Theorie und Praxis: Medizinisches Narrativ und deskriptive Revolution

Der Blick auf die sozialen Verwerfungen, die die Psychiatrie managt und die Herrschaftsordnungen, die sie in diesem Management stützt, ist klassische Soziologie. In dieser Linie ist zwar immer Aktualisierung und Erweiterung möglich, aber Arbeiten dieser Art führen eine klassische, wichtige und, wie wir denken, zutreffende Linie sozialwissenschaftlicher Forschung fort. Wie eingangs erwähnt, erweitert sich jedoch die Koalition des Skeptizismus gegenüber der Psychiatrie seit einigen Jahren deutlich, und das von innen des naturwissenschaftlich orientierten Medizinsystems. Das Narrativ, das die Psychiatrie offiziell, d. h. nach außen, verfolgt und das öffentliche Debatten untermauert, ist das des „broken brain,“ charakterisiert durch eine Idee der „unausgeglichene Hirnchemie,“ die für lange Zeit Grundlage der medizinischen Deutung der von der Psychiatrie bearbeiteten Situationen darstellte. Diese seit Jahrzehnten gebetsmühlenartig wiederholten Formeln des „kranken Gehirns“, so wird zunehmend deutlich, sind auch innerhalb des positivistischen Paradigmas der Medizin nicht haltbar: sie stimmen einfach nicht.

Bereits seit den Neunzigerjahren sind die hirnzentrierten Biologisierungen und die medikamentenzentrierte Praxis hochgradig umstritten, auch und gerade innerhalb der Psychiatrie. Das klassische Verursachungsnarrativ

postuliert, dass ein Ungleichgewicht von Botenstoffen im Gehirn Ursache der Störung sei. Es fußt auf der Tatsache, dass Psychopharmaka scheinbar Gefühlslagen verbessern, und da diese Medikamente Botenstoffe beeinflussen (tatsächlich: das Gehirn mit ihnen überschwemmen) erfolgt als Rückschluss aus diesem Umstand, dass diese Botenstoffe daher die *Ursache* gewesen sein müssen. Dieses Rückschluss-Hirnchemienarrativ ist bis heute eine unbelegte Hypothese (Levine, 2007, S. 23; Whitaker 2010, 2011; Chesney et. al. 2014) – und eine, die, wie oft bemerkt wird, die Form hat: Kaffee wirkt gegen Müdigkeit; Kaffee führt dem Körper Koffein zu; daher ist Müdigkeit eine Krankheit, die von einem Koffeinmangel ausgelöst wird.

Dieser Vergleich ist nicht nur offensichtlich gewählt, die Absurdität der Grundlage der Hirnchemiehypothese aufzuzeigen; er hinkt zudem an einem wesentlichen Punkt: Kaffee wirkt in der Tat gegen den Zustand, zu dessen Bekämpfung er zugeführt wird. Für Psychopharmaka ist das nicht unbedingt zu behaupten. Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka sind bestenfalls durchwachsen (Moncrieff 2008, Kirsch 2009); sicherer ist dagegen die Erkenntnis, dass mit ihnen in der Regel eine lebenslange Abhängigkeit geschaffen wird und sie die Lebenserwartung von psychopharmakologisch Behandelten um bis zu 20 Jahre mindern. (Whitaker 2010: 176.) Zudem existieren heute Befunde, dass Verläufe und Karrieren von Patientinnen vor der großflächigen Einführung von medikamentösen Behandlungen besser waren, d. h. weniger lebenslang chronische Betroffenheit vorlag; waren 1987 noch 1,25 Millionen Amerikaner aufgrund einer psychiatrischen Diagnose als behindert eingestuft, waren es 2007, nach der Explosion psychopharmakologischer Behandlung, bereits 4 Millionen; unter Kindern stieg die Zahl von 16000 auf eine knappe halbe Million (Whitaker 2010: 6). Whitaker bemerkt, dass auf keinem anderen Feld der Medizin eine putative Verbesserung der Versorgungslage mit einem Wachstum dieser Behinderungszahlen einhergeht; alle anderen Gründe für die Feststellung einer Behinderung fallen im selben Zeitraum (Whitaker 2010: 8.). In Ländern, in denen aus ökonomischen Gründen keine so weiträumige psychopharmakologische Behandlung vorgenommen wird, ist die Chronizität noch heute deutlich niedriger. Die öffentliche Darstellung psychiatrischer Praxis benötigt das medizinische Narrativ zu Hirnchemie und Psychopharmakologie jedoch, wie Bruce Levine bemerkt: „Pharmaceutical companies [...] have been so effective at marketing the neurotransmitter deficiency theory of depression that even though the NIMH has now retreated from this view, the general public and many doctors continue to believe it.“ (Levine 2007: 23) So wichtig diese Formen der Kritik sind, die zeigen, dass die Psychiatrie auch innerhalb ihrer eigenen Relevanzstrukturen nicht erfolgreich für sich in Anspruch nehmen kann, so wenig soziologisch sind sie letztlich. Sie gehen weiterhin von Körpern und biologischen Wahrheiten über sie aus und

stellen zu keinem Zeitpunkt die Frage nach den Kontexten, in denen die Krankheitszuschreibungen der Psychiatrie aufkommen. Jedoch finden sich in den Arbeiten der gegenwärtigen kritischen Psychologie und Psychiatrie auch genuin soziologische Erkenntnisinteressen, nämlich die nach der Konstruktion und Kontrolle von situationaler Normalität, die in der Pathologisierung sozialer Irritationen liegt.

Diese Theorie ist von der Praxis jedoch zugleich dezidiert getrennt, denn das biologische Narrativ strukturiert zwar die öffentliche Darstellung der Psychiatrie und untermauert die medikamentöse Behandlung, weist zugleich jedoch keine Verbindung zum diagnostischen Werkzeug auf. Diese stehen auf den Füßen einer rein deskriptiven, in ihrem Kern rechtsförmigen Begutachtung: Es gibt keine biologischen Tests, an denen psychiatrische Diagnosen erstellt werden, vielmehr begutachten Psychiaterinnen und vermehrt Professionelle in anderen Disziplinen wie der sozialen Arbeit, Erziehung etc. das Handeln, Fühlen und Denken von Menschen, die als potentiell „Betroffene“ auftauchen – in der Regel, weil sie in soziale Konflikte verwickelt sind, die andere oder sie selbst dazu bringen, ein „Problem“ zu sehen. Die Einzelkategorien sind bereits ausgesprochen offen kodiert: Das übliche Format erfordert es, z. B. „3 aus 7“ in der Regel handlungsorientierten Merkmalen zu erfüllen, um diagnostiziert werden zu können, die zuerst in der dritten Edition des DSM 1980 aufkam und dort psychoanalytische Kategorisierungen ersetzte. Dabei sollte diese neue Kategorisierung vor allem die Reproduzierbarkeit der Diagnose erhöhen, Medikamententests ermöglichen – da nun Vorher-Nachher-Checklisten geführt werden konnten – und die Abrechnung bei Krankenkassen erleichtern; während die letzten beiden, institutionellen Ziele erreicht wurden, gilt das nicht für das vorgebliche wissenschaftspolitische Ziel, denn die Begutachtung ihrer Klientel durch psychiatrische Beobachter ist weiterhin stark plural. Das ist nicht weiter überraschend, da es sich in den Diagnosekriterien fast ausschließlich um die Bewertung von Sozialverhalten handelt; anders als im Rest des medizinischen Betriebes gibt es keine Blut- oder Urintests, keine Röntgenaufnahmen oder sonstige Körpermerkmale, die das Vorliegen psychiatrischer Kategorien unterstützen können, und das DSM enthält keine Anleitungen zur medikamentösen Behandlung; es handelt sich lediglich um ein Handlungs-Klassifikations-Schema, das erst im Alltag aufkommt; das heißt, es erlaubt Menschen im Alltag, Zuschreibungen einer „Seltsamkeit“ zu machen, und die offiziellen Akteure, die aus einer verlängerten „Seltsamkeit“ eine Krankheitszuschreibung machen können, sind fest in etablierten, bürgerlichen Kontexten verankert.