

Psychologie heute 4: 64-69, 2006

Wer bestimmt, was krank ist?

Daniel Hell

Das westliche Verständnis von Krankheit ist eindeutig: Krankheit ist Leiden. Doch steckt wirklich hinter jedem Leiden eine Krankheit?

Wenn sich heute ein Mensch krank fühlt, so sucht er meist nach einer medizinischen Erklärung seines Zustandes. Er verbindet sein Leiden mit einer Krankheitsvorstellung. Das war nicht immer so. Im Mittelhochdeutschen hatte das Wort *kranc* ursprünglich die Bedeutung von schwach, gering, leidend. Es bezeichnete ein subjektives Empfinden – nämlich Leiden – und ein objektives Verhältnis zu anderen Menschen – nämlich Schwäche, Gebeugtsein. Das Wort krank war nicht an ein explizites Krankheitskonzept gebunden, sondern war eher Ausdruck eines zwischenmenschlichen Verhaltens.

Ein Blick in die Geschichte zeigt in aller Deutlichkeit, dass sich die Krankheitsvorstellungen von Epoche zu Epoche und von Kultur zu Kultur unterscheiden. Zwar kennen wohl alle Kulturen Ausdrücke für Gebrechen und Leiden, doch werden diese Phänomene höchst unterschiedlich interpretiert. Auch in unserer spätmodernen Zeit ist nicht immer klar, wie es zu einer bestimmten Krankheitsdefinition kommt. Fest steht aber, dass soziokulturelle, wirtschaftliche sowie medizinisch-technische und institutionelle Einflüsse dazu beitragen.

Das Krankheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt Krankheit mit Leiden gleich. Darin spiegelt sich die westliche und spätmoderne Hochschätzung von Glück. Eine solche Wertung wird nicht von allen Kulturen geteilt. Viele sehen im Leiden eher eine Herausforderung als eine Krankheit. Doch kommen über das globalisierte Krankheitsverständnis der WHO auch östliche und afrikanische Kulturen – und christlich-konservative Kreise in Europa – unter den Einfluss dieser Werthaltung.

Darin liegt nicht nur eine Chance, sondern auch eine Gefahr. Wenn Leiden reduktionistisch mit Krankheit gleichgesetzt wird, werden ebenfalls leidvolle Reaktionen auf Ungerechtigkeit, auf ein Trauma oder auf chronische Überlastungen pathologisiert. Wenn der Kult um die Gesundheit immer mehr die Stelle einnimmt, die früher die Kirche mit religiösen Ritualen innehatte, muss sich die Medizin auch die Frage stellen, wie sie vermeiden kann, angesichts wachsender sozialer Not als Opium des Volkes benützt zu werden.

Zweifellos bringt die generalisierte Pathologisierung des Leidens für die Gesundheitsindustrie, von der Medizin und Psychiatrie nur ein Teil sind, finanzielle Vorteile mit sich. Neben Lifestyledrogen finden Medikamente zur Beseitigung von depressiven und Angststörungen einen grösseren Markt. David Healy beschreibt in seinem Buch *The antidepressant era*, wie es der Pharmaindustrie gelingt, Einfluss auf die Formulierung von Krankheitsbildern und diagnostischen Kriterien zu nehmen. Es ist nicht nur wissenschaftlichen Entdeckungen und klinischen Fortschritten zu verdanken, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nacheinander die Diagnose der Depression, der Panik, der Zwangsstörung, der sozialen Phobie und schliesslich der bipolaren Störung in bestimmter Weise konzeptualisiert und dann – zuerst unter Ärzten, dann unter Laien – popularisiert wurde. War im Jahre 1980 die Panikstörung praktisch unbekannt, wird diese Diagnose heute bei ungefähr vier Prozent der Bevölkerung gestellt.

Es gehört zu den Gesetzmässigkeiten der freien Marktwirtschaft, dass Unternehmen versuchen, für ihre Produkte einen Markt zu schaffen. Dabei ist eine Marktstrategie häufig effektiver, wenn sie sich nicht nur auf den Verkauf eines bestimmten Medikamentes fokussiert, sondern wenn sie zunächst eine Krankheit bekannt macht und damit die Indikation zu einer bestimmten Behandlung verkauft. Nach der Entdeckung der Antidepressiva um 1957 wurde zunächst der Depression und ihrer Behandlungsindikation viel Aufmerksamkeit zuteil. Dann wurde in den 1980er Jahren die Diagnose der Panikstörung im Zusammenhang mit Alprazolam, die Zwangsstörung mit der Indikation zur Clomipramin-Behandlung und die soziale Phobie als Anwendungsgebiet unter anderem von reversiblen MAO-Hemmern popularisiert.

David Healy schreibt dazu: „Angesichts der vielen Revisionen der psychiatrischen Diagnostikmanualen in den letzten 30 Jahren ist es eindeutig ein Fehler zu glauben, dass psychische Erkrankungen etwas sind, das einer etablierten Wirklichkeit entspricht, und dass die Rolle eines pharmazeutischen Unternehmens darin liegt, den Schlüssel zu finden, der zu einem vorbestehenden Schloss passt, oder die Kugel, die ein objektives Ziel trifft. Obwohl es viele psychologische Inputs zu vielen psychiatrischen Störungen gibt, sind wir derzeit in einer Lage, wo industrielle Unternehmen nicht nur den Schlüssel zum Öffnen des Schlosses suchen, sondern ein grosses Stück weit diktieren können, welche Form das Schloss hat, in das der Schlüssel passen muss.“

Wenn Leiden nur als krankhaft oder pathologisch angesehen wird, ist Anteilnahme am Leiden unsinnig, ja ebenfalls krankhaft. Es herrscht dann eine aseptische Weltansicht vor, eine ausschliessliche Aussensicht, die jeden Sinnes beraubt ist. Paradoxerweise führt erst die mitfühlende Anteilnahme dazu, dem Leiden einen Sinn zuzuschreiben, nämlich jenen, das Leiden der Mitmenschen zu verringern. Ohne dieses Mitleid wird der Leidende zu einem Objekt der Besserung, zu einem fehlerhaft funktionierenden Organismus, der gemassregelt, repariert oder mit instrumenteller Vernunft behandelt werden muss.