https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/2152

Gen-ethischer Informationsdienst

Sanfte Zwänge und chemische Gewalt

Psychopharmaka und die Transformation der Psychiatrie

AutorIn
Viola Balz

Die Psychiatrie heute, heißt es, habe nichts mehr gemein mit gefängnisähnlichen Verwahranstalten. Auch der massive Einsatz von Psychopharmaka zur Ruhigstellung gehöre der Vergangenheit an. Doch wie tief greifend sind diese Veränderungen wirklich? Wie belastbar ist das Versprechen der Sozialpsychiatrie und der „neuen Generation" der Psychopharmaka, das Herausfallen „psychisch Kranker" aus ihrem sozialen Umfeld zu verhindern?

Enthospitalisierung und Reintegration - die Kernpunkte sozialpsychiatrischer Reformen sind aus dem „Bericht zur Lage der Psychiatrie", der Mitte der 1970er Jahre im Auftrag der Bundesregierung erstellt wurde, ablesbar. Dieser auch als Psychiatrie-Enquete bekannt gewordene Bericht kritisiert die weitgehend auf Krankenhausbehandlung und Anstaltsbetreuung ausgelegte psychiatrische Versorgung. Stattdessen solle sich die Psychiatrie den Erfordernissen des gesellschaftlichen Lebens öffnen und den Psychiatrisierten die Reintegration in ihr soziales Umfeld, die Gemeinde, ermöglichen.1 Infolge der Enquete wurden ambulante Betreuungsangebote sowie Sozialpsychiatrische Dienste geschaffen, die eine solche gemeindenahe Versorgung sicherstellen sollten. Doch was bedeutet diese Öffnung der Psychiatrie in der Praxis? Nach wie vor haben Betroffene wenig Entscheidungsmacht über ihre Behandlung. Auch nehmen Sozialpsychiatrische Dienste nach den psychiatrischen Ambulanzen am häufigsten Einweisungen in die Psychiatrie vor. Insgesamt ist die Zahl der Einweisungen nicht gesunken, sondern gestiegen.2 Zwar hat sich das Personal um SozialarbeiterInnen erweitert, die Angebote werden aber in der Regel weiterhin von ÄrztInnen geleitet. Damit geht einher, dass auf die psychiatrischen Denkschemata - die sich insbesondere in den Diagnosekategorien manifestieren - auch in der Gemeindepsychiatrie zurückgegriffen wird. Kaum verwunderlich also, dass die psychiatrische Versorgung ganz überwiegend darauf hinausläuft, Psychopharmaka zu verabreichen.3 Die zunehmende Pharmakologisierung in den ambulanten Einrichtungen hat allerdings ebenfalls keine Abnahme der Einweisungen in die psychiatrische Anstalt herbeigeführt; nur die Verweildauer in den Kliniken ist kürzer geworden.4 So entsteht ein Kreislauf von Einweisung und Entlassung, ein Phänomen, das als „Drehtürpsychiatrie" bezeichnet wird. Statt der Entinstitutionalisierung, die das Kernvorhaben sozialpsychiatrischer Reformen ist, findet eine „Transinstitutionalisierung" statt. Zu beobachten ist eine „Verschiebung von der Anstalt […] zu den offenen, multiformen, geschmeidigeren, ausdifferenzierten Institutionen“ so Gerd Hellerich. Diese Verschiebung ermögliche zwar eine enge Verbindung mit dem sozialen Leben der ‚Devianten', verfeinere aber gleichzeitig die Kontrollfunktionen der Psychiatrie.5 Robert Castel weist darauf hin, dass mit dieser Transformation die psychiatrische Anstalt keineswegs obsolet geworden ist: Die Psychiatrie habe vielmehr ihr früheres Außen, die Gemeinde,

inkorporiert.6 Entscheidend ist meines Erachtens, dass die Pharmakologisierung das Bindeglied dieses Transformationsprozesses darstellt, ja diesen sogar erst ermöglicht.

Psychopharmaka und Transformation der Psychiatrie

Um der sich wandelnden Funktion und Bedeutung der Psychopharmaka gerecht zu werden, muss man sie in einem weiten Kontext betrachten. Ihre Vorherrschaft beruht nicht nur auf ihrer Funktion als Brücke zwischen Anstalt und Gemeinde. Die Psychiatrie definiert mittlerweile anhand der Wirkungsweise von Psychopharmaka, was gesund und was krank ist beziehungsweise was als abweichendes Verhalten gilt. „Werden im Allgemeinen für bekannte Krankheitsbilder Medikamente gesucht, so werden hier [in der Psychiatrie] für interessante Substanzen Indikationen gesucht“, so Helmchen et al. „Solche ‚Indikationen' mögen durchaus außerhalb konventioneller psychiatrischer Nosologien liegen".7 Sie können deshalb optimal die Steuerung gesellschaftlich unerwünschter Abweichungen mit einschließen. Folgerichtig verzichtet auch die neueste Ausgabe des amerikanischen, aber auch weit über die USA hinaus gebräuchlichen „Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen" ausdrücklich auf eine Ausrichtung an „Krankheitsursachen". Zudem ist der Begriff der „Krankheit" durch den der „Störung" ersetzt worden. Die Autoren des Diagnostischen Manuals geben selbst an, dass die „Störungsbilder" deskriptive Konstrukte seien, die abbilden, was die Mehrheit der Psychiater als „psychische Störung" ansieht. Mithin sind diese Konstrukte durch gesellschaftliche Konventionen geprägt.8 Auf diese Weise kann sich die psychiatrische Diagnostik auf immer mehr gesellschaftliche Felder ausbreiten. Die geplante Revision des Manuals, das DSM-V, ist schon vor seinem Erscheinen umstritten. KritikerInnen monieren, dass verschiedene Krankheitsbilder noch stärker aufgeweicht werden als bisher - bis hin zur Aufnahme so genannter „abgeschwächter Psychose-Syndrome". Die so genannten Frühwarnsymptome, die keineswegs zwangsläufig in eine Psychose führen, zu Diagnosen zu erklären bedeutet, dass immer weitere Gruppen von Menschen als „psychisch krank" definiert werden. Auch ein präventiver Einsatz von Psychopharmaka gewinnt dadurch zunehmend an Gewicht.9 Ein Beispiel ist die Entstehung der Diagnose „Hyperkinetisches Syndrom". Sie hat sich im Laufe der Jahre zur häufigsten Diagnose im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt und zeigt, wie und wann abweichendes Verhalten von einem sozialen zu einem medizinisch-psychiatrischen Problem gemacht wird. Denn das Problem der „zappelnden Kinder" war bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts Thema. Auch stellte bereits 1937 der Psychiater Charles Bradley in einem Experiment eine beruhigende Wirkung von Amphetaminen auf diese Kinder fest. Erst in den 1950er Jahren entwickelte sich jedoch ein systematischer Umgang mit psychotropen Substanzen; gleichzeitig wurde ihre Synthetisierung technisch möglich beziehungsweise verbessert. Im Zuge dessen probierten Psychiater die Substanz Ritalin an den Zappel-Kindern aus. Zunächst handelte es sich bei diesen Kindern um eine hinsichtlich ihrer Verhaltens- und psychischen Merkmale heterogene Gruppe, eine einheitliche Krankheitsindikation für das Medikament fehlte also. Nach einigen Umbenennungen wurde schließlich der Begriff „Minimale Cerebrale Dysfunktion" in die diagnostischen Klassifikationssysteme aufgenommen. Dies ermöglichte erst den massenhaften Einsatz von Ritalin ab Beginn der 1960er Jahre.10

Psychopharmaka als Hybride

Als Interventionstechnologie der Psychiatrie entwickelt, haben Psychopharmaka eine Bedeutung erlangt, die weit über die Psychiatrie hinausreicht. Denn die psychiatrischen Medikamente sind nicht lediglich ein „chemischer Knebel" für Verrückte. Vielmehr ist ihre Wirkung immer auch gesellschaftlich und subjektiv vermittelt. Psychopharmaka wirken nicht eindimensional und uniform auf die Körper und Psyche ein, sondern sie verschieben die Grenze zwischen Technischem und Subjektiv-Authentischem. Dafür ist der Mythos der pharmakologischen Wirkung zentral. Denn Mythos und tatsächlicher Einfluss der Psychopharmaka auf das Erleben und Verhalten konstituieren sich gegenseitig. So erst kann sich die von Seiten der Psychiatrie gewünschte Wirkung entfalten. Das lässt sich an der Psychopharmakaforschung zeigen. Die Wirkung eines Medikaments auf spezifisches Erleben und Verhalten wird in der Regel mittels so genannter Doppelblindstudien getestet. Ziel dieser Studien ist, die Wirkungen eines Präparats gegenüber

Plazebos unabhängig von den Erwartungen und Annahmen der PrüfärztInnen und Testpersonen zu erforschen. Die neutrale Beobachtung scheint nach dem Motto ‚zwei Blinde sehen mehr als einer' gewährleistet. Auf dieser Grundlage wird versichert, die in Erprobungsstudien beobachtete Wirkung sei einzig den verabreichten Mitteln zuzuschreiben. Doch kaschiert die Behauptung, es handle sich um neutrale, objektive Prüfmethoden, die paradoxe Situation der Psychopharmakaforschung nur schlecht: Einerseits geht diese Forschung von dem Postulat aus, dass Psychopharmaka direkt auf das Denken und Fühlen einwirken und von unerwünschten Erlebnisweisen befreien. Andererseits fasst sie jedoch das subjektive Erleben als Störfaktor auf, dessen verzerrender Einfluss auf die Prüfergebnisse methodisch eliminiert werden muss.7 Keinesfalls kann diese Forschung dem subjektiven Erleben einen zentralen Einfluss auf die Wirkungsweise der Psychopharmaka zugestehen. Die vermeintlich objektive Wirkung der Mittel soll also durch die Negierung der subjektiven Empfindungen der ProbandInnen zustande kommen. Doch ohne subjektive Verarbeitungsprozesse kann sich das Versprechen der Psychopharmaka, das Fühlen und Denken positiv zu verändern, gar nicht erfüllen. Wer ein solches Medikament einnimmt, fragt sich vermutlich unwillkürlich: Bin ich noch ich selbst? Sind das noch meine Gedanken oder sind sie durch die Psychopharmaka und die psychiatrische Behandlung verändert? Die Rolle der Psychiatrie in der Psychopharmakabehandlung erschöpft sich nicht in einer rein äußerlichen medizinisch-technischen Funktion. Vielmehr entfalten die Psychopharmaka ihre Wirkmächtigkeit gerade durch das psychiatrische Setting. Die Psychiatrie funktioniert als Autorität, die die Hilfe suchenden Menschen davon überzeugt, dass sie „krank" sind. Auf dieser Basis fördert und fordert sie den Glauben an die heilende Wirkung von Psychopharmaka. Und sie arbeitet mit der Drohung, dass Schreckliches passiert, insbesondere ein „Rückfall", wenn die verordneten Medikamente nicht genommen werden. Die solchermaßen bei den Hilfe Suchenden induzierte Erwartung einer heilsamen Wirkung ist für die Funktionsweise von Psychopharmaka zentral. Die Psychopharmaka-Wirkung ist ein Hybrid aus technologisch-pharmakologischer Beeinflussung und dem Glauben daran. Die Wirkungsweise der chemischen Substanz auf die Neurotransmitter und Rezeptoren im Gehirn ist untrennbar verbunden mit den psychiatrischen Beschwörungen ihrer hilfreichen Wirksamkeit. Die psychiatrische Behandlungssituation, in der die Mittel verabreicht werden, wird zur sozialen und institutionellen Voraussetzung der Psychopharmaka-Wirkung. Dieser hybride Charakter macht die psychiatrischen Medikamente zu einem gesellschaftlichen Produkt. Weil der Wirkungsprozess sozial und subjektiv bedingt ist, ist er zugleich sehr labil. Er bietet Raum für widerständige Momente der Psychopharmaka-NutzerInnen, die sich dem Glauben an die suggerierte Wirkungsweise entziehen. Auch ein selbstbewusster Umgang mit Psychopharmaka ist möglich. Von einer wirklich selbst bestimmten Einnahme von Psychopharmaka kann aber keine Rede sein. Die Beschwörung der Heilwirkung von Psychopharmaka ist in unserer Gesellschaft so allgegenwärtig, dass sie von den meisten Menschen als Tatsache akzeptiert wird. Nicht zuletzt daher rühren auch die massiven Ängste und Krisensituationen, wenn Betroffene Psychopharmaka abzusetzen versuchen.

Die atypischen Neuroleptika als neue Heilsbringer

Seit der Einführung der neuen, sogenannten atypischen Neuroleptika, ist eine besondere Dynamik zu beobachten. Von den Professionellen werden sie in aller Regel positiv bewertet, obwohl sie weiterhin gesundheitliche Risiken wie Leberschäden und Blutbildveränderungen mit sich bringen. Auch in der Breite der Gesellschaft besitzen sie einen guten Ruf. Da atypische Neuroleptika häufig weniger offensichtliche Nebenwirkungen haben als die klassischen Psychopharmaka (vor allem im Bereich der massiven motorischen Störungen), lassen sich Betroffene leichter von der Einnahme überzeugen. In der Tat entfallen bei der Einnahme von atypischen Neuroleptika viele der von Betroffenen als besonders quälend empfundenen Wirkungen. Die Menschen wirken äußerlich „normaler", nicht so gelähmt und zombiehaft wie unter herkömmlichen Neuroleptika. Auch die Wirkung auf das Fühlen und Denken ist subtiler. Zwar machen längst nicht alle NutzerInnen gute Erfahrungen mit den neuen Psychopharmaka, aber viele fühlen sich tatsächlich nicht mehr dermaßen massiv gedämpft und eingeschränkt. Ein Problem ist jedoch, dass die Abgrenzung zwischen eigenem Erleben und den hybriden, teils suggerierten, teils materiellen Wirkungen der Psychopharmaka viel schwieriger ist. Atypische Neuroleptika geben vielen Betroffenen das Gefühl größerer Freiheit. Sie bleiben dennoch eine psychiatrische Interventionstechnologie, denn über ihre Vergabe entscheiden ÄrztInnen. Wo die Grenzen der Freiheit liegen, wird spätestens dann deutlich, wenn es um die

Frage des Absetzens geht. Unverständnis und Ablehnung durch Professionelle (und auch Angehörige) können nun argumentativ auch damit begründet werden, dass die neuen Medikamente ausgezeichnet wirkten und gleichzeitig gut verträglich seien, so dass es eigentlich keinen Grund mehr geben dürfte, diese Mittel nicht einzunehmen.

Von der Disziplinierung zur Manipulation

Solche Zwänge kommen heute in der Regel recht sanft daher. Zu früheren Zeiten bestimmten ausschließlich Disziplinierungsverfahren die Interventionen der Psychiatrie. Gerade wegen ihrer offensichtlichen Gewaltförmigkeit sind sie als Maßnahmen erkennbar, die dem Subjekt äußerlich bleiben. Zwischen „Ich" und Intervention gibt es eine klare Grenze. „Die körperliche Gewalt (Einsperren, Isolieren, Anschnallen) ist zwar in der Regel ungewohnt, entwürdigend und schmerzhaft, aber insofern erträglich, als sie eine Art von negativer, sinnlicher Erfahrung darstellt, die man in früher Erlebtes oder wenigstens Gehörtes oder Gesehenes einordnen kann“, so von Trotha. Auch heute wird noch weggesperrt, fixiert und elektrogeschockt. Die Psychopharmakologisierung hat die Disziplinartechniken nicht restlos ersetzt. Jedoch liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Verabreichung von Psychopharmaka, die direkter und weitaus nachhaltiger in das Denken und Fühlen der Betroffenen eingreifen: „Die chemische Gewalt, die von Neuroleptika ausgeht, ist ungleich destruktiver, da sie extrem unheimliche und verängstigende körperliche Wirkungen hervorruft und die gewohnte Wahrnehmung und das innere Erleben des Betroffenen einschneidend verändert".11 Die psychopharmakologische Manipulation ist ein wichtiger Bestandteil des Enthospitalisierungsprogramms der Sozialpsychiatrie. Propagiert als Möglichkeit für die Betroffenen, wieder ein „normales", eigenständiges Leben in der Gemeinde zu führen, bedeuten Psychopharmaka keine Entpsychiatrisierung. Sie sind nur eine weniger sichtbare biotechnologische und gleichzeitig kulturell geformte psychiatrische Interventionstechnologie.
Für Anregungen und redaktionelle Überarbeitungen dieses Textes dankt die Autorin ausdrücklich Ulrike Klöppel und Uta Wagenmann.

- 1Deutscher Bundestag: Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestags-Drucksache 7/42000 (1975), S. 408 ff.
- 2Bruns, Georg: Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle. Opladen 1993.
- 3In den letzten Jahren gab es einige kritische Stimmen zu dieser Entwicklung auch aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie, vgl. beispielhaft Stefan Weinmann: Erfolgsmythos Psychopharmaka. Warum wir die Medikamentenbehandlung in der Psychiatrie neu bewerten müssen. Bonn 2008.
- 4Lehmann, Peter; Stastny, Peter; Weitz, Don: Wege zum Ausstieg aus der Psychiatrie. In: Kempker, Kerstin; Lehmann, Peter (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin 1993, S. 449-484.
- 5Hellerich, Gerd: Hilfe und Herrschaft. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6 (Psychologie), Bd. 158. Frankfurt/Main 1985, S. 161.
- 6Castel, Robert: Die psychiatrische Ordnung. Frankfurt/Main 1979, S. 297.
- 7a7bHelmchen, Hanfried und Mueller-Oerlinghausen, Bruno (Hg.): Psychiatrische Therapieforschung. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Berlin/Heidelberg/New York 1978, S. 16 ff.
- 8Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, 1994, S. 946.
- 9http://kurzlink.de/GID_208_a.
- 10Vgl. Conrad, Peter: Die Entdeckung der Hyperkinese. In: Reinhard Voss (Hg.). Pillen für den Störenfried, München 1983. Inzwischen ist die „Minimale Cerebrale Dysfunktion" durch den Begriff „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom" ersetzt worden.
- 11Für beide Zitate vgl. Thilo von Trotha: Über die Unmöglichkeit, eine „Psychose" zu erfahren, oder, was mir nicht hilft, wenn ich verrückt werde. In: Bock. Thomas u.a. (Hg.): Abschied von Babylon - Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Bonn 1995, S. 186.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 208 vom Oktober 2011
Seite 19 - 22