

LMU

LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT FÜR KULTURWISSENSCHAFTEN
INSTITUT FÜR ETHNOLOGIE



STUDIEN AUS DEM MÜNCHNER INSTITUT FÜR ETHNOLOGIE, Band 4
WORKING PAPERS IN SOCIAL AND CULTURAL ANTHROPOLOGY, LMU MUNICH, Vol 4
Herausgeber: **Eveline Dürr, Frank Heidemann, Thomas Reinhardt, Martin Sökefeld**

JULIA GÖLLNER

„POLICIES OF MENTAL HEALTH“
PERSPEKTIVEN EINER ANTHROPOLOGIE
DER EXPERTISE

MÜNCHEN 2012

ISBN 978-3-9809131-4-0

LISTE DER VERWENDETEN ABKÜRZUNGEN

AAA	American Anthropological Association
CIDI	Comparative International Diagnostic Interview
DALYs	Disability adjusted life years
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
GHSM	Department of Global Health and Social Medicine, Harvard University
HMS	Harvard Medical School
HSPH	Harvard School of Public Health
ICD-10	International Classification of Diseases X
NGO	Non-governmental Organization
NTT	Number needed to treat
PSE	Present State Examination
RCT	Randomized controlled trial
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors
UN	United Nations
WB	Worldbank
WHO	World Health Organization
WHOCCs	World Health Organization Collaboration Centres
YLDs	Years lived with disability

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung

Wissen – Macht – Wissenschaft	1
-------------------------------------	---

2. Psychiatrische Expertise

im System der globalen Gesundheitspolitik

2.1 Entstehung der World Health Organization	6
2.2 Transnationale Antipsychiatrische Bewegung	7
2.3 Psychiatrische Epidemiologie	7
2.4 Globalisierende klinische Forschung	9
2.5 Diagnostische Standardisierung	11
2.6 Epidemiologie und Rassismus	12
2.7 Zentrale Kooperationszentren	13
2.7.1 Alcohol, Drug and Mental Health Administration	14
2.7.2 Internationales diagnostisches Interview	15
2.7.3 Internationales Klassifikationssystem	16
2.7.4 Global Burden of Disease Study	16
2.7.5 Harvard Medical School	17
2.7.6 Weltbank	17

3. Ethnologie und globaler Humanitarismus

3.1 Globale Einheitssemantiken	19
3.2 Zwischen Globalität und Lokalität	21
3.3 Fiktion eines "bounded objects"	21
3.4 Magisches Denken	22
3.5 Weltsystemnarrative	23
3.6 Praxeologische Erkenntnisweise	23
3.7 Dichte Beschreibung	25
3.8 Zusammenhang von Repräsentation und Perspektive	26
3.9 Ethnologie der eigenen Kultur	28

4. Michel Foucault –

Eine Genealogie der psychiatrischen Expertise

4.1 Strukturierte Formen der Erfahrung	29
4.2 Wahnsinn als Entfremdung	30
4.3 Thomas Hobbes – Zusammenhänge zwischen Biopolitik und Souveränitätspolitik	31
4.4 Künstlichkeit der Politik – Natürlichkeit der Gesellschaft	34
4.5 Produktivitätssteigerung als Maxime der Regierung	36
4.6 Behandlung der Irren durch moralische Zwänge	36
4.7 Wurzeln der Humanwissenschaften	39
4.8 Meister des Wahnsinns – Wahnsinnige Meister	41
4.9 Technologien der Selbstkonstitution	47

5. Psychiatrische Expertise

im Konnex von Imperialismus und Kolonialismus

5.1 Das koloniale Labor	51
-------------------------------	----

6. Biomedizinische Psychiatrie

6.1 Homo neurobiologicus	55
6.2 Transformative Substanzen	56
6.3 Das soziale Leben von Medikamenten	57
6.4 Kultur aus dem Labor	58
6.5 Psychotrope Medikamente	60
6.6 Interaktionen zwischen chemischen Substanzen, psychiatrischer Expertise und gesundheitspolitischen Entwicklungen	61
6.7 Standardisierung der psychiatrischen Praxis	62

7. Biomedizin im Kontext

7.1 Pharmazeutische Vernunft	63
7.1.1 Souveräne Verwaltung individueller Risiken	63
7.1.2 Diagnostische Anpassung an Medikamente	64
7.1.3 Prämisse eines globalen epidemiologischen Raums	65

7.1.4 Diagnostische Liquidität	66
7.1.5 Pathologische menschliche Beziehungen und widrige soziale und politische Bedingungen	66
7.1.6 Suggestivwirkung von Medikamenten	69
7.2 Soziotrope Wirkungen psychotroper Medikamente	70
7.2.1 Hierarchisierung von Evidenztypen	71
7.2.2 Narrative Organisation der medizinischen Praxis	72
7.2.3 Verbindung von Marketing und Wissenschaft	72
7.2.4 Kausalitätsketten	73
7.2.5 Evidenzbasierte Medizin	74
8. Psychiatrie und Ethnologie	77
8.1 Kooperation zwischen Medizin und Ethnologie	77
8.2 Intersubjektive Schaffung von Krankheitserfahrungen	77
8.3 Native's Point of View	78
8.4 Category Fallacy	79
8.5 Arthur Kleinman – Psychiater und Ethnologe in Personalunion	79
8.5.1 Stigmata	80
8.5.2 Konsumenten- und Familienbewegungen	80
8.5.3 Policies of Mental Health	80
9. Schlussbetrachtung	84
10. Literaturverzeichnis	90
11. Abbildungsverzeichnis	101

1. EINLEITUNG

WISSEN – MACHT – WISSENSCHAFT

"Entzauberung" - derart lautete die Diagnose, die Max Weber der modernen Lebenswelt stellte (Weber 1973: 594). Im Zentrum des analytischen Blickes des Ökonomen und Soziologen standen Prozesse mit tiefgreifenden Auswirkungen auf die Lebensverhältnisse, die Zusammensetzung und Stabilität des sozialen Umfeldes, sowie auf die Wahrnehmung des Lebensraumes der Menschen. Die seinerzeit beobachtete Verdiesseitigung von Weltbildern und Glaubensinhalten war für Weber Symptom eines universalhistorischen Rationalisierungsprozesses, den er in der europäischen Geschichte der Aufklärung, der Nationen-Bildung und der modernen Industriegesellschaft verortete (ebd.: 525). Im Gegensatz zu dem Wilden, so Weber, müsse der moderne Mensch nicht mehr zu magischen Mitteln greifen, um geheimnisvolle Mächte zu beeinflussen und auf diese mittelbare Weise Herr seiner Lage werden zu können (Weber 1947: 8). Technische Mittel und rationale Berechnung ermächtigen im Prinzip den Menschen selbst, den Lauf der Dinge zu bestimmen. Während Natur kognitiv von Gesellschaft getrennt und produktiv genutzt werde, fasse man Geschichte nun als etwas von Menschen Gemachtes und Veränderbares auf. Wissenschaft bilde das Mittel zum Erkennen und Gestalten der Welt und etabliere sich als wirkmächtiges Wahrheitsmonopol. Der moderne Mensch scheint von der Zuversicht getragen zu sein, dass Wissenschaft in kürzester Zeit sämtliche Gesundheitsprobleme wie auch soziale und politische Probleme beseitigen wird.

Webers prominenter Zeitgenosse Rudolf Virchow, ein erfolgreicher Naturwissenschaftler, Mediziner und Wissenschaftspolitiker, pries in einer Rede 1883 den geglückten Übergang vom philosophischen in das naturwissenschaftliche Zeitalter. Gegen die aus seiner Sicht spekulativen spiritualistischen Tendenzen der Naturphilosophie setzte er die präzise empirische Arbeit im naturwissenschaftlichen Labor.

„Seitdem wir wissen, dass Leben Zellenthätigkeit ist und seitdem wir in der Zelle das lebende Wesen unmittelbar sehen und zum Versuch zwingen können, [...] spricht niemand mehr von Lebenskraft.“ (Virchow 1893: 26)

Die auf systematischer Beobachtung und Messung beruhenden Lebenswissenschaften Biologie und Medizin bildeten seiner Ansicht nach zugleich eine soziale Wissenschaft, während die Politik nichts weiter als Medizin im Großen sei.

Dieses Selbstbewusstsein ist nach Weber jedoch nicht gleichbedeutend mit einer zunehmenden Kenntnis der allgemeinen Lebensbedingungen, denen der Mensch ausgesetzt ist. Der Komplexitätszuwachs und die sich ausdifferenzierende wissenschaftliche Spezialisierung auf immer eingeschränktere Teilbereiche trennen die Fachkundigen von den Laien. Mit ihrem nahezu esoterischen Wissen scheinen die Experten unsere Welt zu bewegen. Wer sich von uns in der Straßenbahn fortbewegt, so Weber, weiß kaum, aufgrund welcher Mechanismen sie uns diese Mobilität ermöglicht. Die zunehmende Intellektualisierung bedeute indes „das Wissen davon oder den Glauben daran, daß man, wenn man nur wollte, es jederzeit erfahren könnte“ (Weber 1947: 8). Die gegenwärtige Durchdringung weiterer Gesellschaftsteile durch das Internet, respektive Phänomene wie Open-Posting-Informationssites,

dürften heute diese Gewissheit nähren. Die magische Pille, die ich zu mir nehme, wenn ich Kopfschmerzen empfinde, lässt sich durch eine kurzweilige Recherche im World Wide Web demystifizieren, wenn auch deren genaue Wirkungsweise ohne Fachkenntnisse nicht derart schnell zu verstehen ist. Entfaltet das Heilmittel nicht die erwünschte Wirkung, suche ich meinen mich *behandelnden* Arzt auf. Mein *Inneres* vertraue ich den Experten, den modernen Zauberern an. Ihre Stellung ist ambivalent, denn ihre Kompetenzen stellen gleichermaßen Ressource wie auch Abhängigkeit dar. Meine Souveränität erscheint durch sie eingeschränkt und gleichzeitig erst ermöglicht zu werden.

Darüber hinaus variiert die Diagnose von Problemen, die Zuschreibung von Verantwortlichkeiten oder die Umsetzung des Problembewusstseins in konkrete Handlungsschritte je nach Standpunkt und öffentlicher Legitimität erheblich.

Ulrich Beck, einer der einflussreichsten Personen in der zeitgenössischen deutschsprachigen Soziologie, diagnostiziert eine bruchhafte Änderung der Wegerichtung der Modernitätsentwicklung in Gestalt einer reflexiven Modernisierung, die auf der Radikalisierung und dem Erfolg von Mechanismen und Einflüssen der ursprünglichen industriegesellschaftlichen Moderne beruhe (Beck 2005: 4). Weitgehend unbewusst werde die Moderne konfliktträchtig mit ihren eigenen Ansprüchen und der Eigendynamik wissenschaftlich-technischer und wirtschaftlicher Innovationen konfrontiert. Die Industriemoderne zeige ihre zerstörerischen Potenziale in Formen zivilisatorischer Selbstgefährdungen neuartiger Qualität und ungeahnten Ausmaßes, die mit den herkömmlichen Basisinstitutionen nicht zu bewältigen seien (Beck 1996: 27). Konflikte von globaler Dimension überschreiten nach Becks Ansicht das Potenzial konventioneller Sicherheitssysteme. Meta-Identitäten wie Nation und Gesellschaft lösen sich ihm zufolge in ihrer raum- und zeitgebundenen Beschaffenheit auf, und neuartige Grenzziehungen wie Gesellschaftsformationen konfigurieren sich. Die Lebensführung der Menschen löse sich aus historisch vorgegebenen Versorgungsbezügen und Kollektividentitäten. Indessen gäbe es immer weniger soziale Milieus, die Sicherheitsvorstellungen liefern. Das Leben in Unsicherheit bilde sich zu einer Basiserfahrung heraus und Uneindeutigkeiten erreichten den Status eines Normalzustandes. Dabei komme es zu einem Verlust von traditionellen Gewissheiten, Eindeutigkeiten, Handlungssicherheiten und vor allem zu einer Pluralisierung von Subjektgrenzen. Das Individuum sei nicht mehr als festes, unverwechselbares Subjekt zu begreifen, vielmehr als „*Quasi-Subjekt*“, welches unentwegt gelenkt und unterschiedlich gearteten Informationsflüssen ausgesetzt sei (Beck 2001: 44). Gleichzeitig führten technische, soziale und intellektuelle Entwicklungen zu einem Zuwachs an individueller Handlungskapazität und mithin zu einer größeren Zerbrechlichkeit von Gesellschaften. Zur Kompensation der „*Isolation der gegeneinander verselbstständigten Privatexistenzen*“ (Beck 1983: 68) im Zuge der funktionalen Differenzierung der industriegesellschaftlichen Moderne kehrten jedoch auch verbindende Potenziale askriptiver Merkmale wie Hautfarbe, Geschlecht und Alter zurück. Mit zunehmender Individualisierung würden diese *natürlichen* Kennzeichen wieder an Gewicht gegenüber den erworbenen Merkmalen gewinnen (Beck 1986: 159f.). Ihre vergemeinschaftenden Kräfte stellen gemäß Beck Ressourcen gegenmoderner Tendenzen dar. In der Konkurrenz von Moderne und Gegenmoderne vollziehe sich der ambivalente Übergang zu einer anderen, noch unbekannteren Moderne, die es dringend politisch zu gestalten gelte.

In Reaktion auf dieses Erfordernis entwirft Beck das Modell eines Transnationalstaats im Kontext des Ideals einer kosmopolitischen Weltgesellschaft. Staatenbündnisse sollten seiner Meinung nach entstehen, die sich in die Weltgesellschaft horizontal einordnen und deren Institutionen den jeweiligen Gesellschaften integral sind. Werde die Vorstellungswelt exklusiver Souveränität im Rahmen eines staatlichen Zusammenschlusses durch die Vorstellungswelt inklusiver Souveränität abgelöst, so eröffne dies den Einzelstaaten neue Handlungsfähigkeit, welcher sie bei einem nationalen Alleingang ermangeln würden.¹ Nationalstaatliche Akteure würden wieder politische Gestaltungsräume in dem Maße gewinnen, in dem es ihnen gelingt, durch transnationale organische Kooperationen den wirtschaftlichen und öffentlichen Reichtum zu mehren und auf diese Weise ihre Besonderheit und regionale Souveränität erneuern. Jenseits von Nationalität und Internationalität würde auf diese Weise eine „Welt-Innenpolitik“ entstehen „im Gegensatz zu einzelnen oder vernetzten Außenpolitiken“ (Beck 2001: 44).

Diskursive Konstruktionen globaler Bedrohungsszenarien einer *Weltrisikogesellschaft* (Beck 2007) führen gegenwärtig dazu, dass in der Konsequenz Lösungsstrategien vor allem auf internationaler Ebene entwickelt werden. Auf diese Weise kommt es zu einer deutlichen Aufwertung der wissenschaftlichen Expertisen, der internationalen Regierungspolitik, der Lobbystrukturen und des Engagements von Nichtregierungsorganisationen, die in der Lage sind, sich auf internationaler Ebene zu artikulieren.

Einer der prominentesten und größten zwischenstaatlichen Zusammenschlüsse, die global agierende *"United Nations Organization"*, definiert die *„Epidemie psychosozialer Notlagen und psychischer Erkrankungen“* (WHO 2006: ix) aufgrund der Zunahme von Unsicherheiten und Risiken als eine der größten Bedrohungen für das Wohlbefinden der Menschen und mithin für das *„humane, soziale und wirtschaftliche Kapital“* (WHO 2006: 11) von Gesellschaften. Den Prognosen der UN-Sonderorganisation für Gesundheitsfragen zufolge werden depressive Störungen im Jahr 2020 zum zweitgrößten Gesundheitsproblem weltweit erwachsen sein (WHO 2001: 61). Zu Beginn dieses Jahrhunderts veröffentlichte die *"World Health Organization"* (WHO) einen umfangreichen Bericht über den Zustand der globalen psychischen Gesundheit, sowie Ausblicke auf deren zukünftige Handhabung (WHO 2001). Die mit *"New Understanding, New Hope"* betitelte Schrift präsentiert eine Synthese aus zahlreichen Forschungsprojekten über psychische Störungen in sogenannten *"entwickelten"* und *"unterentwickelten"* Ländern. Durchweg wird darin der Zusammenhang zwischen Armut, psychischer Erkrankung und Wirtschaft betont. Armut führt in dieser Sichtweise zu einem stärkeren Vorkommen psychischer Störungen, die ohne Behandlung schwerwiegende Krankheitsverläufe annehmen können und in der Folge negative Wirkungen auf die Wirtschaft als Ganzes ausüben (ebd.: 27). Psychisch Kranke sind demnach in ihrer Produktivität eingeschränkt und erfüllen eine stark verminderte wirtschaftliche Leistung. Durch diese Produktivitätsverluste entstünden volkswirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe. Die Verringerung des Bruttonationaleinkommens erschwere es wiederum, erkrankte Menschen angemessen zu behandeln. Da ökonomische Prosperität die Häufigkeit von psychischen Störungen zu reduzieren verspreche, plädiert der Bericht für Investitionen in den globalen wirt-

¹ Die EU ließ nach Ansicht von Beck bisher Erfolg und Anerkennung in der Bevölkerung der Mitgliedsstaaten missen, da ihre supranationalen Institutionen als der Gesellschaft extern empfunden werden, auf die nicht unmittelbar Einfluss gewonnen werden kann.

schaftlichen Wachstum. Zudem tritt die Organisation für eine umfassende Nutzung der modernsten Medikamente ein, deren größerer Kostenaufwand gegenüber älteren Modellen durch die Verringerung des Bedarfs an anderen Betreuungs- und Behandlungsformen ausgeglichen werde (ebd.: 61). Eine neue Generation von Psychopharmaka, die erfolgreich von Ländern des globalen Nordens verwendet werde, ermögliche die Abkehr von der Institution der psychiatrischen Anstalt und eine wahre Ermächtigung der Menschen (ebd.: 50).

Nach Angaben der WHO weisen die eruierten nationalen Ausgaben für die Behandlung von psychischen und substanzbezogenen Störungen auf eine beträchtliche Behandlungslücke hin. Während 56% aller Depressionen unbehandelt blieben, würden insgesamt 75% der unter psychischen Störungen Leidenden keine therapeutische Behandlung erfahren (WHO 2008: 13). Die große Mehrheit der Menschen mit psychischen oder substanzbezogenen Störungen erhalte nicht einmal die grundlegendste Zuwendung und Betreuung, obwohl eine Behandlung relativ kostengünstig und leicht zu erbringen wäre. Diesbezügliche Fürsorge sei essenziell, „*if we are to offer hope to some of the most marginalized people in the world, especially in developing countries, to live their lives in dignity*“ (UN 2010: 1).

Das 2004 erschienene und in normativem Duktus verfasste "*Mental Health Policy and Service Guidance Package*" propagiert als Reaktion auf die wahrgenommene weltweite Unterschätzung, Unterdiagnostizierung und Untertherapierung psychischer Störungen vor allem Folgendes (WHO 2004: 12):

- weltweite epidemiologische Studien
- die Nutzung existierender Ressourcen zur Erzielung der bestmöglichen Ergebnisse, insbesondere die Verbesserung der Verfügbarkeit von psychotropen Medikamenten
- die Förderung der Reintegration psychisch Kranker in allen Aspekten des Gemeinschaftslebens, und somit die Verbesserung ihrer allgemeinen Lebensqualität

Im Einklang mit der biomedizinischen Wissenschaft² und der psychopharmazeutischen Industrie vermittelt die WHO offensiv die Überzeugung, dass psychotrope Medikamente in Verbindung mit psychosozialen Interventionen die Fähigkeit innehaben, das leidende Individuum aus dessen sozialen Marginalität zu befördern und psychische, physische und wirtschaftliche Integration herzustellen. Der Begriff der Marginalität bedeutet in diesem Kontext zweierlei: Zum einen weist dieser auf eine unzulängliche Integration in das soziale Umfeld hin, und zum anderen auf eine mangelhafte Einbindung in moderne biomedizinische Netzwerke. Diesen Missständen gilt es aus Sicht der WHO zu begegnen. *De-Marginalisierung* bildet die umfassende Zielsetzung und das paradigmatische Stich- und Schlagwort der *humanistischen* Tätigkeit (WHO 2010: 3).

Die Verquickung der Souveränitäten verhandelnden "*Global Governance*" und den sogenannten "*Psy- and Life-Sciences*" ergibt ein facettenreiches Prisma, das ich in der folgenden Arbeit zum Gegenstand einer kritischen Anthropologie der Expertise machen möchte. Das Ziel dieser Arbeit ist es, aktuelle Prozesse des zuvor skizzierten Aspekts der Globalisierung zu historisieren und zu kontextualisieren.

² Biomedizin bildet eine Teildisziplin der Humanbiologie im Grenzbereich von Medizin und Biologie. Im Zentrum steht die wissenschaftliche Erforschung der molekularen und zellbiologischen Grundlagen des Lebens und deren krankhaften Veränderungen. Das Ziel besteht in der kausalen Behandlung und effektiven Vorbeugung von Krankheiten.

AUFBAU DER ARBEIT

1. Zunächst sollen historische und institutionelle Voraussetzungen umrissen werden, auf denen die globale Gesundheitspolitik beruht. Der Akzent wird hierbei auf den zentralen Politikbereich der Psychohygiene gelegt, die zunehmend als Grundlage für Wachstum und Stabilität gilt. Dieses Problembewusstsein hat zu einer wachsenden Anzahl von Akteuren und Initiativen geführt, wobei die Weltgesundheitsorganisation in diesem expandierenden Umfeld eine Führungsrolle spielt und aus diesem Grund hier vorrangig behandelt wird.
2. In einem zweiten Schritt untersuche ich die Verknüpfungen der Ethnologie mit einem globalen Humanitarismus und thematisiere zur Klärung des eigenen Vorverständnisses zentrale Begriffe der Arbeit.
3. Anschließend wird Michel Foucaults' Auseinandersetzung mit dem politischen Status der Wissenschaften und ihren ideologischen wie subjektivierenden Effekten ein umfangreiches 3. Kapitel gewidmet. In diesem Rahmen finden zwei Exkurse statt, die uns mit rituellen und spirituellen Aspekten der Wirklichkeitsbewältigung in Kontakt bringen werden.
4. Nachdem die europäische Geschichte der Psychiatrie skizziert wurde, soll im darauffolgenden 4. Kapitel dem Blick der kolonialen Psychiatrie gefolgt werden. Zum einen ist das Aufkommen einer Experimentalkultur eng mit kolonisatorischen Projekten verbunden und zum anderen findet in dieser Zeit ein reger weltweiter Austausch von Heilmitteln und Heilsystemen statt.
5. Experimente bilden eine maßgebliche Erkenntnisquelle in der Psychiatrie. Fortwährende Bemühungen um eine naturwissenschaftliche Legitimierung gingen mit einer verstärkten neurowissenschaftlichen und biomedizinischen Ausrichtung der Disziplin einher. Die Zusammenhänge zwischen biomedizinischer Expertise, psychotropen Medikamenten und gesundheitspolitischen Entwicklungen sind Gegenstand des 5. Kapitels.
6. Daran anknüpfend werden im 6. Kapitel Kontexte der Biomedizin beleuchtet. Der Ethnologe Andrew Lakoff hat ausgehend von einer ethnografischen Forschung im Milieu psychiatrischer Praktiken in Buenos Aires die Globalisierung einer neuen biomedizinischen Psychiatrie erkundet und dabei Konflikte und Allianzen zwischen psychoanalytischen und biologischen Modellen der Krankheit und des Heilens beschrieben. Seine Arbeit erfährt hier eine eingehende Betrachtung. Im Anschluss daran wird ein Einblick in eine weitere ethnografische Forschung vermittelt. Der Medizinanthropologe Stefan Ecks untersucht die Karriere von psychotropen Medikamenten in Indien und befasst sich in dem hier vorgestellten Ausschnitt mit der Handhabung von Anti-Depressiva und wissenschaftlichen Evidenzformen durch Psychiater und Allgemeinpraktiker im westbengalischen Kolkata.
7. In einem weiteren Kapitel kommen prominente Exponenten der WHO zur Darstellung. Insbesondere der Psychiater und Medizinanthropologe Arthur Kleinman erfährt in diesem Rahmen Aufmerksamkeit.
8. In der Schlussbetrachtung erfolgt die Bemühung einer kritischen Aufarbeitung von zentralen Prämissen der kosmopolitischen Psychiatrie und Medizinanthropologie.

2. PSYCHIATRISCHE EXPERTISE IM SYSTEM DER GLOBALEN GESUNDHEITSPOLITIK

2.1 ENTSTEHUNG DER WORLD HEALTH ORGANIZATION

Die Konzeption einer globalen Gesundheitskontrolle nahm insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg Gestalt an. In einer Zeit offensichtlicher Unruhen, verbunden mit der Dekolonialisierung sowie mit der Ambition der Siegermächte, *Entwicklung* durch soziale und ökonomische *Modernisierung* in die Wege zu leiten, wurde im Jahre 1948 die World Health Organization gegründet. Als UN- Koordinationsbehörde für das internationale öffentliche Gesundheitswesen gründet diese auf dem Nationalstaatsparadigma und mithin auf der Auffassung, dass alle Menschen Bürger eines Staates sind, und der Staat die Verpflichtung hat, dafür Sorge zu tragen, dass dessen Bürger in gesundem Zustand verweilen.

Gleichwie die *Universal Declaration of Human Rights* und der *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* konstatiert die Verfassung der World Health Organization den Genuss des höchstmöglichen Gesundheitsstandards als eines der fundamentalen Rechte eines jeden Menschen (WHO 1946: 1). Der erste Generaldirektor der WHO, der kanadische Psychiater und Veteran des Ersten Weltkriegs, George Brock Chisholm, definierte Gesundheit als einen Zustand des vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, und nicht allein als die Abwesenheit von Krankheiten oder Gebrechlichkeiten (WHO 1948b: 100). Diese Verfasstheit soll es dem Individuum ermöglichen, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.

Die von den zunächst 61 Mitgliedsstaaten der WHO erbrachten Steuern wurden in großem Maße in biomedizinische Forschungen investiert. Da während des Kalten Krieges wissenschaftliche Institutionen keine privaten Geldmittel annehmen durften, ließen sich Forschungstätigkeiten nur dann finanzieren, wenn diese politisch legitimiert und die angestrebten Ergebnisse patentierbar waren. Gleichsam eröffnete dies ein spezifisches Handlungsfeld, in dem es im darum ging, Leben als ein auf dem Spiel stehendes biologisches Faktum wahrzunehmen; Menschen beizubringen, sich als biologische Wesen zu erfahren und Recht auf Gesundheit einzufordern; solide Gesundheitsstrukturen aufzubauen und durch Medikamentenentwicklung Krankheiten einzudämmen. Die Organisation zählt derzeit 194 Mitgliedsstaaten und verfolgt die zentrale Aufgabe, „*Leitlinien, Standards und Methoden in gesundheitsbezogenen Bereichen zu entwickeln, zu vereinheitlichen und weltweit durchzusetzen*“ (WHO 1978: 25-30).

Bereits in der Gründungsphase der WHO initiierte Chisholm gemeinsam mit dem britischen Militärpsychiater John Rawling Rees die Gründung der *World Federation of Mental Health* (WFMH). Als eine internationale Nicht-Regierungsorganisation war diese mit der Aufgabe bedacht, die Organe der Vereinten Nationen mit Basisorganisationen der psychischen Gesundheitsversorgung in Verbindung zu bringen (WFMH 1971: 202).

2.2 TRANSNATIONALE ANTIPSYCHIATRISCHE BEWEGUNG

In den 1950er Jahren begann sich die Psychiatrische Pflege in Nordamerika, Westeuropa und Australien von krankenhauses- zu gemeinschaftsbasierten Betreuungssystemen zu wandeln (Lakoff 2005: 44). Der politische Vorwurf der Inhumanität, sowie die innerhalb der psychiatrischen Disziplin ausgeübte Kritik an der Ineffektivität der therapeutischen Einrichtung "Klinik", bildeten die Motive dieser institutionellen Reformbewegung. Deren Prinzipien basierten auf einem Modell des sozialen Individuums, dessen Charakter durch soziale Einflüsse geformt wird, und dessen psychisches oder geistiges Wohlbefinden sich in Abhängigkeit von den sozialen Beziehungen der umgebenden Gruppe entwickelt (Rose 1999: 133). Die Reform führte auch zu einer Neudefinition des Wissensobjektes und der Interventionsziele der Psychiatrie. Während schwerwiegende psychische Krankheiten zuvor in der Regel als unabänderliches Schicksal und als Grund für einen lebenslangen stationären Aufenthalt wahrgenommen wurden, galten diese nun als potenziell transformierbar (Lakoff 2005: 46). Forschungen zeigten die Effektivität von Interventionen auf, welche die soziale Isolation der stationären Betreuung umgingen und auf eine Reintegration in die Gemeinschaft abzielten. Die Reformer waren bestrebt, das Terrain der Psychiatrie außerhalb des Krankenhauses zu erweitern, indem sie ambulante Praktiken zur Behandlung von mildereren Formen psychischer Erkrankungen entwickelten und ein Präventionsprogramm in der allgemeinen Bevölkerung lancierten. Diese Aktivitäten führten einerseits zu einer Zunahme von Patienten, die Betreuung und Behandlung ambulant erhielten. Andererseits konnte damit auch der Klinikaufenthalt von *chronisch psychisch Kranken* durch den Kapazitätsgewinn verlängert werden. Fortan erachteten die entsprechenden Experten gesellschaftliche Wohlfahrtspolitiken als essenziell für den Erfolg von Interventionen. Als transnationale soziale Bewegung fanden die damit verbundenen Veränderungen vielerorts mit der Assistenz der WHO statt (Lakoff 2005: 46).

„Yet, the development and success of community-based services in the wealthier nations makes their absence all the more noticeable and disturbing in poorer nations - where ineffective and often deleterious systems of institutionally-based services continue to consume a large proportion of the scant funds that are available for mental health.“ (Kleinman et al. 2002: 3)

2.3 PSYCHIATRISCHE EPIDEMIOLOGIE

Für die Etablierung einer Epidemiologie psychischer Störungen berief die WHO 1959 ein Expertenkomitee ein, welches epidemiologische Aktivitäten in zahlreichen Ländern der Welt methodologisch fundierte, initiierte und koordinierte (Gruenberg et al. 1959: 7-13). Eine Reihe von Studien wurde publiziert, die Techniken der Beobachtung, Klassifizierung, Aufzeichnung und Evaluation zur Verfügung stellten. Zunächst unternahm die WHO nach Regionen und Bevölkerungsgruppen aufgeteilte Quantifizierungen krankheitsbedingter Sterbefälle und arbeitete in diesem Rahmen mit der Maßeinheit der sogenannten "Years of life lost"

(YLL)³. Die Ermittlungen schufen den Fundus für eine maßgebliche Erweiterung internationaler Klassifikationsstandards.

„A key role of WHO is to produce, maintain and implement international health information standards, to provide a consensual, meaningful and useful common language for use by governments, health care providers and consumers. Internationally agreed classifications facilitate the storage, retrieval, analysis, interpretation and comparison of health and health-related data.“⁴

Dieses Bemühen manifestiert sich vor allem in den ICD- und ICF-Taxonomien.

Das Akronym ICD ist die Abkürzung für *International Classification of Diseases* und bildet das international standardisierte diagnostische Klassifikationssystem für die epidemiologische und klinische Praxis. Das System entwickelte sich aus einer Todesursachenklassifikation, welche der Leiter des Statistischen Amtes der Stadt Paris 1891 im Auftrag des Internationalen Statistischen Instituts erarbeitete und die eine Synthese englischer, deutscher und schweizerischer Vorläufer darstellt. Bereits 1948 gestaltete die WHO die 6. Ausgabe des ICD-Systems (Lopez 2006: 95).

Neben dieser Unternehmung der Definition von Krankheitszuständen, werden bei dem System *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* Gesundheits- und Behinderungsbedingungen in das Visier genommen. Der entsprechende Index nennt sich "Years lived with disability" (YLD).⁵ Eine Klassifikation erfahren in diesem Kontext Körperfunktionen und -strukturen, körperliche Aktivität und soziale Partizipation, sowie soziale und ökologische Umweltfaktoren.

„The ICF puts the notions of ‘health’ and ‘disability’ in a new light. It acknowledges that every human being can experience a decrement in health and thereby experience some degree of disability. Disability is not something that only happens to a minority of humanity.

The ICF thus ‘mainstreams’ the experience of disability and recognizes it as a universal human experience.

By shifting the focus from cause to impact it places all health conditions on an equal footing allowing them to be compared using a common metric – the ruler of health and disability.“⁶

³ Lopez 2006: 78

$YLL = N(c,a,s) \times L(a,s)$; $N(c,a,s)$ bezeichnet die Anzahl von Todesfällen im Falle der Ursache c , dem Alter a und dem Geschlecht s ; L gibt die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Todesalter des Personentyps und dem tatsächlichen Todesalter wieder.

⁴ WHO <http://www.who.int/topics/classification/en/>

⁵ Ebd.: 78

$YLD(c,a,s) = I(c,a,s) = DW(c,a,s) \times L(c,a,s)$

$I(c,a,s)$ ist die Anzahl der ereigneten Fälle mit der Ursache c , dem Alter a und dem Geschlecht s ; DW gibt die Schwere der Behinderung auf einer Skala zwischen 0 (perfekte Gesundheit) und 1 (Tod) wieder; L bezeichnet die durchschnittliche Dauer des Krankheitsfalls bis eine Remission oder der Tod eintritt.

⁶ WHO <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Das ICF-System drückt den Anspruch aus, über die Erfassung von medizinischen oder biologischen Funktionsstörungen hinaus, den Einfluss der sozialen und ökologischen Umwelt auf das Funktionieren der Person zu registrieren.

In den frühen 1960er Jahren engagierte sich die WHO mit dem *Mental Health Programme* explizit für eine *Verbesserung* der Diagnose und Klassifikation von psychischen Störungen. In diesem Rahmen veranstaltete die WHO eine Serie von Treffen, die Repräsentanten verschiedener Disziplinen und Denkrichtungen der Life-Sciences aus unterschiedlichen Teilen der Welt einbezog und in einem Netzwerk von Individuen und Institutionen resultierte, das fortwährend an der Elaborierung von psychiatrischen Klassifikationen arbeitete.

„Progress towards better health throughout the world also demands international co-operation in such matters as establishing standards for biological substances, pesticides and pharmaceuticals; formulating environmental health criteria; recommending international nonproprietary names for drugs; administering the International Health Regulation; revising the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; and collecting and disseminating health statistical information.“
(WHO 1993: 2)

2.4 GLOBALISIERENDE KLINISCHE FORSCHUNG

Um die Frage zu erörtern, wie am besten Programme für die psychische Gesundheit in der *Entwicklungswelt* zu organisieren seien, wurde 1974 innerhalb der WHO ein weiteres Expertenkomitee geschaffen. Thomas Adeoye Lambo, ein nigerianischer Psychiater und damaliger stellvertretender Generaldirektor der WHO, eröffnete die erste Tagung mit dem Verweis auf die Verfügbarkeit effektiver Behandlungsmöglichkeiten für eine Reihe an psychischen Störungen und deren unverhältnismäßig begrenzten Anwendung in armen Ländern (Kleinman et al. 2002: 1). Selbst wenn öffentliche Ressourcen der psychischen Gesundheitsversorgung gewidmet werden würden, wären diese größtenteils institutionell basierten Interventionen oftmals unsachgemäß und gar schädlich. Über Gebühr verschlechterte sich dadurch die Situation.

Lambo wuchs in der britischen Kolonie Nigeria auf, besuchte eine baptistische Schule und studierte in Birmingham Medizin (Oyebode 2004: 469). Bekannt wurde er durch seine Arbeiten in der Ethnopsychiatrie und psychiatrischen Epidemiologie, sowie durch die Gründung des Aro-Village, einem ambulanten Behandlungsdienst der neuropsychiatrischen Klinik Aro in Abeokuta.

Lambos frühe Publikationen "*Neuropsychiatric Observations in the Western Region*" (Lambo 1956: 1388-1394) und "*Further Neuropsychiatric Observations in Nigeria. With comments on the need for epidemiological study in Africa*" (Lambo 1960: 1696-1704) beschrieben die Ergebnisse seiner Recherchen über die Muster psychiatrischer⁷ Störungen in Abeokuta und Ibadan. Er bestätigte das Vorkommen von Schizophrenie, affektiven Psychosen und Neurosen, beobachtete jedoch eine vergleichsweise schnelle Besserung, das Fehlen von Chronizi-

⁷ Der Begriff "psychiatrisch" findet an dieser Stelle Verwendung, da Lambo Kategorien der Disziplin "Psychiatrie" als Werkzeuge nutzt, um als "psychische Erkrankung" verstandene Phänomene zu untersuchen.

tät und bessere therapeutische Resonanzen von schizophrenen Patienten. Diese positiven Entwicklungen schrieb er „den günstigen sozialen und umweltbedingten Faktoren“ (Lambo 1956: 1393f.) zu, die den dortigen afrikanischen Gemeinschaften inhärent seien. Soziales Lernen, Umerziehung und Bestätigung, wie auch das Gefühl der Sicherheit könnten in einer normalen Gruppe auf dynamischerer Weise vermittelt werden als in einer Klinik. Die Gemeinschaft wiederum habe so die Möglichkeit, den sukzessiven Prozess der Besserung zu beobachten, und dabei ihre Auffassung von der vermeintlichen Verursachung und dem Verlauf der psychischen Krankheit zu verändern. Die Einflüsse der Gemeinschaft des Dorfes seien von großem therapeutischen Wert und müssten erschöpfend definiert werden. Zudem gelte es auch, die durch sozio-kulturelle Wirkungen bedingten Expressionen von psychiatrischen Störungen wie auch die *rassischen* Veranlagungen für spezifische Erkrankungen zu erfassen.

Lambos Beobachtungen wurden später von der WHO aufgrund der Resultate ihrer *International Pilot Study on Schizophrenia* bekräftigt. Die Heilungserfolge seien in Ibadan, ähnlich wie in anderen Entwicklungsländern, wesentlich höher als in Zentren entwickelter Länder (Leff 1992: 131-145). Das schlechteste Ergebnis wurde in Aarhus erzielt, wo eine annähernd gleiche Definition von Schizophrenie angewandt wurde wie in Ibadan. Die WHO schlussfolgerte daraus, dass es wohl kaum die diagnostischen Praktiken der Psychiater gewesen sein könnten, die für die merklich besseren Ergebnisse verantwortlich waren (Leff 1992: 132). Als Erklärung der positiveren Bilanzen wurden soziale und kulturelle Faktoren wie die Toleranz der Angehörigen oder der niedrige Grad an soziodemografischem Wandel im Gegensatz zur rapiden Urbanisierung und Industrialisierung der Industriegesellschaften angeführt. Ein ursächlicher Unterschied betreffe jedoch *rassische* Unterschiede in der Manifestation von psychischen Krankheiten. Ein Forschungsziel sei deshalb die Bestimmung von und Unterscheidung zwischen permanenten *rassischen* oder psychobiologischen Elementen einerseits und wandelnden soziokulturellen Faktoren andererseits. Um die psychologischen Reaktionen der Afrikaner zu verstehen, müsse man vor allem die Veränderungen der cerebralen Struktur und Funktion, sowie deren psychologischen Implikationen untersuchen und diese mit den kulturellen und sozialen Faktoren in Beziehung setzen (Leff 1992: 145).

Im Rahmen der Untersuchung *"Psychiatric Disorders among the Yoruba"* replizierte Lambo die sogenannte *Sterling County Study*⁸. Diese Studie eruierte in ihrem Präzedenzfall die Verteilung klinischer Depressionen und Angststörungen im kanadischen Landkreis Sterling. Der wichtigste Befund dieser Wiederholungsstudie unter den Yoruba war die erwiesene Ähnlichkeit zwischen den beiden Bevölkerungen in Hinblick auf die Muster und die Häufigkeit der besagten Störungen. „In view of the contrast between the cultures and life situations, this is truly remarkable“ (Oyebode 2004: 469). In der Rezeption der Ergebnisse wurden die Differenzen zwischen den Bevölkerungen durch die ermittelten Übereinstimmungen deutlich in den Schatten gestellt. Die Yoruba unterschieden sich durch eine größere Bandbreite an individuellen Symptomen, die jedoch gleichzeitig nur relativ schwach ausgeprägt zu sein schienen. Zudem zeigten die Yoruba vermehrt jene psychiatrischen Symptome, die nach Ansicht der Wissenschaftler primär psychische Folgereaktionen auf organisch bedingte Beschwerden darstellten. Dieser Umstand wurde mit dem hohen Grad endemischer physischer Krankheiten und der Mangelernährung unter den Yoruba begründet. Ein weiterer Unterschied in den Ergebnissen betraf das Geschlecht der Betroffenen. Während in Sterling County hauptsäch-

⁸ Murphy 1988: 534-540; Murphy 2000: 505-514

lich Frauen eine Erkrankung aufwies, war der umgekehrte Fall unter den Yoruba zu verzeichnen.

2.5 DIAGNOSTISCHE STANDARDISIERUNG

Die im vorigen Abschnitt erwähnte komparative *International Pilot Study on Schizophrenia* war eine groß angelegte transkulturelle psychiatrische Untersuchung von 1202 Patienten in neun Ländern – Kolumbien, Tschechoslowakei, Dänemark, Indien, Nigeria, China, Sowjetunion, Vereinigtes Königreich und die Vereinigten Staaten von Amerika (Leff 1992: 131). Das Sample wurde aus städtischen Krankenhauspatienten zusammengesetzt, die sich wiederholt in stationärer Behandlung befanden. Vier operative Einheiten waren in die Studie integriert: die "*Present State Examination*" (PSE); die "*Follow-up Psychiatric History schedule*" (FUPH), bei der über fünf Jahre hinweg Informationen über den Verlauf der Krankheiten zu sammeln und eine Darstellung jeglicher beeinflussender sozioökonomischer Veränderungen zu erbringen waren; die "*Follow-up Social Descriptions schedule*" (FUSD); sowie die "*Follow-up Diagnostic Assessment schedule*", welche eine Überarbeitung der ursprünglichen Diagnose auf Grundlage der Gesamtheit der zuvor ermittelten Informationen vorsah (WHO 1973: 24f., 81ff.). Die erste Erhebungsphase der Studie demonstrierte aus Sicht der WHO par excellence die Umsetzbarkeit einer großformatigen internationalen und kollaborativen Forschung (ebd.: 145). Trotz der linguistischen Diversität konnte laut WHO zufriedenstellende "*Interraterreliabilität*"⁹ für die operativen Abläufe erreicht werden. In allen Forschungssettings wiesen Patienten ein charakteristisches Muster von Symptomen auf, die von der WHO mit Schizophrenie assoziiert wurden. Das auswertende Computer-Programm CATEGO fungierte als Klassifikationsreferenz, mit welchem die diagnostischen Praktiken in den Einrichtungen verglichen wurden. Es basiert auf dem ICD-System und ist nach Aussage der Autoren des Bedienungshandbuches ein Ausdruck dessen „*how much the subjective element of psychiatric diagnosis may be brought under control*“ (Wing et al. 1974).

Die Ergebnisse der ersten operationalen Phase versetzten die Expertenwelt in größeren Aufruhr als es die Selbstdarstellung der WHO vermittelt. Wie ließ sich das extrem hohe Vorkommen von Schizophrenie in den USA erklären? Dieser Auffälligkeit ging ein Forschungsteam unter Leitung von J.E. Cooper von dem Institut für Psychiatrie der University of London mittels einer komparativen Studie nach (Cooper et al. 1972, Kramer 1969). Im ersten Teil der Studie wurden amerikanischen und britischen Psychiatern filmische Aufzeichnungen von Patienteninterviews dargeboten. Im Anschluss daran sollten die Psychiater den gefilmten Patienten eine Diagnose stellen. Ein Drittel der amerikanischen Psychiater diagnostizierte Schizophrenie, jedoch kein einziger britischer Fachkollege tat es ihnen gleich. Es stellte sich heraus, dass die amerikanischen Psychiater *Schizophrenie* als eine allgemeine Bezeichnung für eine schwere psychische Krankheit auffassten. Indessen war die diagnostische Rate der manischen Depression in britischen Krankenhäusern fast 20 mal so hoch wie in amerikanischen. In den USA würden, so die Schlussfolgerung, Psychiater manische Depressionen schlichtweg nicht sehen (Gurland 1974: 96). Symptome wie Wahnvorstellungen oder Hallu-

⁹ Maß der Messgenauigkeit, das über Urteilerübereinstimmungen berechnet wird. Urteilerübereinstimmungen geben i. d. R. Konkordanzen in Korrelationskoeffizienten zwischen zwei oder mehr Urteilern an.

zinationen würden dort nicht als manische Episoden wahrgenommen werden, hingegen als Symptome einer Schizophrenie. Die Autoren der Studie führten dies auf die damalige Vormachtstellung psychodynamischer Modelle in der US-Psychiatrie zurück. Da im Zentrum einer psychodynamischen Sichtweise die Aufdeckung ungelöster und unbewusster Konflikte steht, die durch Symptome angedeutet werden, gelten die Inhalte von Wahnvorstellungen als Schlüssel zur Krankheit. In Europa hingegen spielten psychodynamische Modelle zu dieser Zeit kaum mehr eine Rolle. Die frappierende Inkongruenz kommentierten die Autoren der Studie mit einer Reflektion über die Verfassung ihrer Disziplin:

„Because of the lack of objective or quantifiable data, there is no doubt that of all branches of medicine, psychiatry is most prone to this hazard.“ (Cooper et al. 1972: 12)

Um eine konstruktive disziplinäre Kommunikation zu ermöglichen, müsse eine straffere Standardisierung von Krankheitsdefinitionen erfolgen. Dringend brauche die Psychiatrie eine gemeinsame Sprache.

„This disastrous effect of differences in diagnostic concepts on communication overshadows all the other consequences – the creation of spurious disparities in prevalence and admission rates, misguided arguments about which illness the patient is 'really' suffering from, and so on.“ (Cooper et al. 1972: 130)

2.6 EPIDEMIOLOGIE UND RASSISMUS

Ein wichtiger Aspekt findet in der obigen Studie keine Beachtung. Wir erfahren nicht, wie es sich zu der Zeit in Amerika mit der Beziehung zwischen Rassismus und Expertise verhielt. In den 1960er Jahren veröffentlichte das *Nationale Institute of Mental Health* der USA in Populärmedien des Landes regelmäßig Studien, die einen starken Zusammenhang zwischen afrikanischer Herkunft und Schizophrenie verlautbarten. Schwarze US-Bürger wiesen demnach eine etwa 65% höhere Schizophrenie-Rate auf als weiße Bürger.¹⁰ Die wachsenden kulturellen Spannungen im Kontext der Bürgerrechtsbewegung führten, wie Jonathan M. Metzl¹¹ in seinem Buch *"The Protest Psychosis"* argumentiert, zu einer psychiatrischen Pathologisierung der Agitation schwarzer US-Bürger. Den neuen psychochemischen Technologien der Kontrolle stand die *unkontrollierte Natur* urbaner Unruhen gegenüber, die man sodann psychiatrisch zu erklären wusste. In den öffentlichen Medien wurde Schizophrenie zunehmend *gewaltsamen, rohen schwarzen Männern* zugeschrieben, während innerhalb der Psychiatrischen Wissenschaft die ersten Schritte unternommen wurden, die Krankheit als eine Störung der biologischen Hirnfunktion zu definieren. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeichneten Berichte in Zeitungen und Magazinen das Bild der unter Schizophrenie leidenden *reizempfindlichen Frau* oder des schizophrenen *eigen- und feinsinnigen Intellektuellen* (Metzl 2009: 37). Die Auffälligkeiten der Betroffenen wurden als Ausdruck einer psychologischen Reaktion auf das Aufspalten der grundlegenden Funktionen der Persönlichkeit erachtet. Psy-

¹⁰ Simon 1973: 509-512, Liss 1973: 475-481

¹¹ Jonathan M. Metzl ist Direktor des Programms 'Culture, Health, and Medicine' und Assistenzprofessor am Department für Psychiatrie der Universität of Michigan.

chiatrische Autoren versicherten die Harmlosigkeit dieser psychisch Kranken und empfahlen gemeinhin, sie nicht anders zu behandeln als eigensinnige Kinder.¹² Die zahlreichen als schizophoren diagnostizierten Männer und Frauen, die in sogenannten "Negro-Hospitals" lebten, fanden keine öffentliche Beachtung.

Eine wachsende Anzahl von Forschungsartikeln in führenden Zeitungen und psychiatrischen Fachjournalen machte jedoch zu Beginn der 1960er Jahre geltend, dass Schizophrenie ein Krankheitszustand ist, der auch *negro men* erfasst, sich in schwarzen Körpern jedoch als Raserei, Aggression und Sprunghaftigkeit manifestiert. Die weiße fragile Frauen- und Intellektuellengestalt wurde durch den Typus des ungestümen Schwarzen als Inbegriff der Krankheit abgelöst.

In dem prestigeträchtigen Journal *Archives of General Psychiatry* beschrieben Psychiater Schizophrenie als eine "Protest-Psychose" (Metzl 2009: 100ff.), durch welche schwarze Männer im Nachhall der Litaneien von Malcom X und anderen Sprachrohren der Bürgerrechtsbewegung feindselige und aggressive Gefühle, sowie eine paranoide Anti-Weißseindoktrin entwickelten. Da sich diese Männer in der Regel Aktivistengruppen wie den Black Panthers, der Black Power oder Nations of Islam und damit einer sie stark bestätigenden Umwelt zuwendeten, benötigten sie nach Ansicht der Autoren dringend psychiatrische Behandlung. Denn über die Gefährdung ihrer geistigen Gesundheit und Zurechnungsfähigkeit hinaus stellten die Symptome eine Gefährdung für die soziale Ordnung Amerikas dar.

Dieses Narrativ wurde wiederum von Bürgerrechtsaktivisten aufgegriffen, welche erwiderten, dass Raserei und Rage keinen Defekten in schwarzen Körpern geschuldet seien. Vielmehr seien diese eine Konsequenz der gewaltsamen rassistischen Ideale, welche jene weiße Gesellschaft auslebe, in welcher diese Körper leben und arbeiten.

Ungeachtet dessen schlug sich in der zweiten Edition des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)* der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung eine rassistische Haltung nieder (Metzl 2009: 95). Der Definition von Schizophrenie wurde nun ein *paranoider Subtypus maskulinisierter Kampfeslust* zugefügt. Wissenschaftliche Dogmen vermengten sich mit der Empfindung gesellschaftlicher Unsicherheit.

2.7 ZENTRALE KOOPERATIONSZENTREN

In der öffentlichen Repräsentation der WHO wird nachdrücklich deren "neutral status", "nearly universal membership", "impartiality" und "strong convening power" belobigt. Dem Selbstverständnis nach, fördert die Organisation die Entfaltung von evidenzbasierten Debatten und betreibt mit ihrer regionalisierten Struktur zahlreiche formelle und informelle Netzwerke. Sie führt 147 Länderbüros, sechs Regionalbüros und über 800 Partnerinstitutionen.

„In everything we do, WHO relies on the expertise of hundreds of formal WHO Collaborating Centres, in your countries, and thousands of the best brains in science, medicine, and public health, in your countries. They give us their time freely and it is my

¹² Metzl 2009: xiii, Martin 1947: 758-760, Noyes 1927:127-128

2. Psychiatrische Expertise im System der globalen Gesundheitspolitik

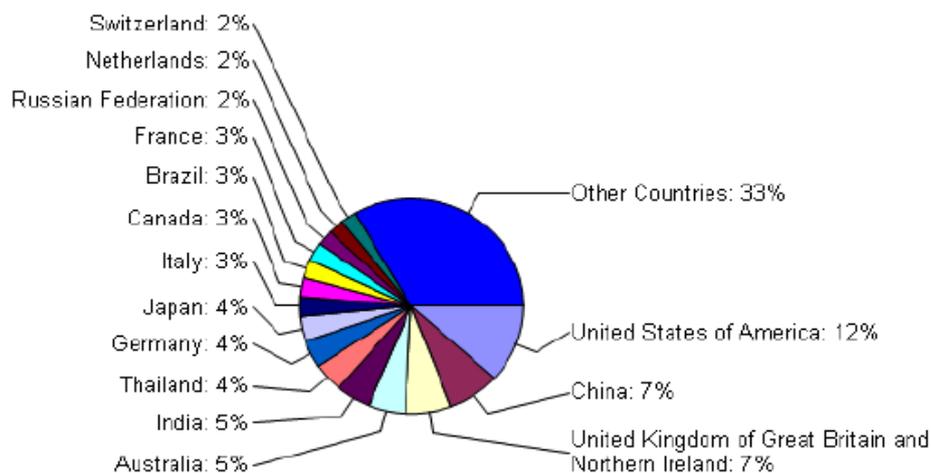
strong impression that they do so with pride.“¹³ (Dr Margaret Chan, Director-General, 16 May 2011)

Die *WHO Collaborating Centres* (WHOCCs) bilden einen *Kooperationsmechanismus*, welcher die Implementation der strategischen Zielvorgaben der Organisation auf regionalen und globalen Levels bewirkt, die wissenschaftliche Validität der globalen Gesundheitsengagements erhöhen, sowie die institutionelle Kapazität der Länder und Regionen entwickeln und stärken soll.

„Through these global networks, the Organization is able to exercise leadership in shaping the international health agenda.“¹⁴

Unter den designierten Institutionen befinden sich Fakultäten und Universitäten, Laboratorien und Abteilungen nationaler Forschungsinstitute, Krankenhäuser oder Ministerien. Die Mitgliedstaaten mit den meisten Kooperationszentren lassen sich der folgenden Abbildung entnehmen.

Abb. 1



2.7.1 ALCOHOL, DRUG ABUSE AND MENTAL HEALTH ADMINISTRATION

Im Jahr 1978 trat die Organisation einem massgeblichen kooperativen Projekt mit der *Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration* (ADAMHA)¹⁵ in den USA bei (WHO 1993: 2).

Das Motiv für diese Zusammenarbeit bildete die fortwährende Anstrengung, die Klassifikation und Diagnose von psychischen Krankheiten, sowie von alkohol- und substanzbezogenen

¹³ <http://www.who.int/collaboratingcentres/en/>

¹⁴ http://www.unostamps.nl/subject_who_collaborating_centres.htm

¹⁵ Die ADAMHA wurde 1992 abgeschafft und deren Aufgaben an die neu organisierte *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) des Gesundheitsministeriums der USA delegiert.

Störungen entsprechend wissenschaftlicher Erkenntnisse zu modifizieren. In einer Reihe von Workshops diskutierten Experten unterschiedlicher psychiatrischer Provenienz ihr Wissen. Um eine Bilanz aus den Arbeitskreisen zu ziehen, wurde 1982 in Kopenhagen eine internationale Konferenz veranstaltet, die dem Entwerfen von Klassifikations- und Diagnosestandards, einer Forschungsagenda und Arbeitsrichtlinien gewidmet war.

2.7.2 INTERNATIONALES DIAGNOSTISCHES INTERVIEW

Zur Umsetzung der Kopenhagener Empfehlungen trat eine Vielzahl von Programmen in Kraft. Eines dieser Projekte hatte die Entwicklung des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) zum Ziel (WHO 1990: 614). Dabei handelt es sich um ein umfassendes, vollstrukturiertes Interview zur Durchführung von epidemiologischen Studien durch geschulte Laien-Interviewer im Kontext der WHO WMH Survey Initiative. Letztere ist ein Projekt der Assessment, Classification, and Epidemiology Group (ACE) der WHO, welche die Ausführung und Analyse von Bevölkerungsumfragen in allen Ländern der WHO-Regionen koordiniert. Das CIDI dient der Einschätzung des Vorkommens psychischer Krankheiten, der Beurteilung von Risikofaktoren, der Untersuchung von Mustern und Barrieren der Hilfesuche und der Evaluierung der Behandlungsqualität, sowie der Ermittlung von Behandlungslücken und der gesellschaftlichen Belastung durch psychische Krankheiten. Bisher wurden über 200.000 Interviews in 28 Ländern durchgeführt (Kessler et al. 2008: 94). Aufgrund von methodologischen Problemstellungen ist das CIDI stetiger Veränderung unterworfen. Da beispielsweise viele Fragen des Interviews potenziell schambehaftete oder stigmatisierende Erfahrungen thematisieren, sorgen sich die Verantwortlichen um die Wahrhaftigkeit der Aussagen ihrer Auskunftspersonen. Desweiteren ist das emotionale Erleben oftmals schwierig begrifflich zu fassen und zu beschreiben. In sogenannten "interviewer-based"-Befragungen (Kessler et al. 2008: 97) verfügen die Interviewer über ein vertieftes Wissen über die zu evaluierenden Kriterien. Deshalb sind sie erstens in der Lage, die Bedeutung der Fragen unter Umständen zu spezifizieren und zweitens, die Kommunikation mittels Rede und Gegenrede zu forcieren. Vollstrukturierten psychiatrischen Interviews, wie das CIDI, liegt definitionsgemäß kein interviewer-based-Ansatz als Prinzip wirkende Idee zugrunde, da Erstere derart gestaltet sind, dass das Ermessen und die Wertung des Interviewers möglichst keine Rolle spielt. Diese "respondent-based"-Interviews (ebd.) beinhalten gänzlich strukturierte Fragen und Antwortoptionen. Der Problematik begegnet man in der Folge mit detaillierteren und evokativeren Fragen, sowie mit stetigen Nuancierungen der Antwortmöglichkeiten des Templates.

Ein weiteres Projekt im Nachhall der Kopenhagener Konferenz fokussierte auf die Entwicklung eines für die Nutzung von Ärzten adäquaten Messwerkzeugs für neuropsychiatrische Störungen ("Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry").¹⁶ Für die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen über Ländergrenzen hinweg wurde in einer wiederum anderen Arbeitsgruppe ein eigenes Instrument kreiert, welches sich "International Personality Disor-

¹⁶ WHO 1994, Wing 1990: 189-593, Brugha 2001: 1001-1013

der Examination" nennt (Loranger 1994: 215-224). Darüber hinaus erarbeiteten Experten mehrere Lexika zur Bestimmung von Termini.

2.7.3 INTERNATIONALES KLASSIFIKATIONSSYSTEM

Die Ergebnisse dieser verschiedenartigen Bemühungen flossen in die zehnte Revision des *International Classifications of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) ein. Die Konvertierung diagnostischer Kriterien in Algorithmen, die in die Erfassungsinstrumente eingearbeitet sind, erwiesen sich laut WHO für die Aufdeckung von Überlappungen und Uneindeutigkeiten als zweckdienlich und erlaubten deren Beseitigung. Das ICD-10 bildete 1987 die Grundlage für Feld-Untersuchungen in 40 Ländern.

„The ICD-10 proposals are thus a product of collaboration, in the true sense of the word, between very many individuals and agencies in numerous countries. They were produced in the hope that they will serve as a strong support to the work of the many who are concerned with caring for the mentally ill and their families, wide.“ (WHO 1993: 6)

2.7.4 GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY

Die von der WHO, der Weltbank und der Harvard Universität 1992 durchgeführte "*Global Burden of Disease Study*" (Murray 1996) eruierte erstmals über den Faktor der Mortalität hinaus auch die weltweite "*psychiatric morbidity*" und "*functional disability*". Vereint wurden diese Komponenten in der Maßeinheit für *Lebensqualität*, der "*Disability Adjusted Lifeyears*" (DALYs).¹⁷ Der Erhebung zufolge machten neuropsychiatrische Störungen 15.4 % der gesamten "*burden of disease*"¹⁸ (WHO 1993: 78) aus. Damit stellen sie nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweitgrößte Gefahr für die Gesundheit dar.

„With the onset of approximately half of all adult mental health disorders occurring before the age of 14, it is estimated that 20 percent of children aged 9 to 17 have a diagnosable mental health condition that impairs their ability to function. [...]

Among persons aged 15 to 44 years, a particularly active and productive age group, six of the leading causes were neuropsychiatric conditions; depressive disorders alone comprised 8.6% of the burden of disease for this age group.“ (Harvard Medical School 2011: 1)

Die Aussagen der Studie bündeln sich in der Botschaft, dass psychische Störungen in großem Ausmaße undiagnostiziert wie auch unbehandelt bleiben und deren Auswirkungen auf die gesamte Gesundheit und Produktivität weltweit hochgradig missachtet werden. Dem ICD wurde aufgrund dieser alarmierenden Ergebnisse und in Folge von biomedizinischen Er-

¹⁷ DALY = YLL + YLD

¹⁸ „Burden of disease“ wird als terminus technicus im Bereich „Public Health“ auch im Deutschen verwendet und wird nur selten übersetzt als „Krankheitslast“

kenntnissen ein Kapitel mit detaillierten Klassifikationen zu über 300 Geistes- und Verhaltensstörungen beigefügt (*"ICD-10 classification of mental and behavioural disorders"*). In Abgrenzung von dem ebenfalls global etablierten *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, setzt die WHO ihren Schwerpunkt betont auf eine interkulturelle Perspektive und Anwendbarkeit vor allem in den sogenannten Ländern der Dritten Welt.

2.7.5 HARVARD MEDICAL SCHOOL

Die Resultate der *Global Burden of Disease Study* veranlassten das *"Departement for Global Health and Social Medicine"* der Harvard University zur Gründung eines Forschungsprojekts, das die Belastung durch psychische Störungen in der *Entwicklungswelt* genauer als zuvor untersuchen sollte. Das Ergebnis bildete zunächst das Schriftwerk: *"World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries"* (Desjarlais 1996). In diesem wird die Natur neuropsychiatrischer Konditionen dargelegt, sowie die biologischen, sozialen, politischen und kulturellen Kräfte, die zu Störungen derselben beitragen. Desweiteren lassen sich dem Buch Forschungsempfehlungen und Muster für die Ausbildung von Professionellen im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie für die Bereitstellung von Dienstleistungen und Politiken entnehmen. Den Vereinten Nationen 1995 offiziell vorgelegt und bei regionalen Sitzungen in Neu Delhi, Montreal, Cape Town, San Cristobal de las Casas, Arusha und Bologna dargeboten, lenkte der Bericht die Aufmerksamkeit der internationalen Gemeinschaft auf die als *"Mental-Health-Crisis"* bezeichnete Gesundheitslage in *einkommensschwachen Ländern*.

Darauf aufbauend, etablierte die WHO im darauffolgenden Jahr das Programm *"Nations for Mental Health"*, welches Demonstrationsprojekte in als *unterversorgt* wahrgenommenen Bevölkerungen in Ländern wie Mongolei, Sri Lanka, Argentinien, Zanzibar oder den Marshall Islands unternimmt und hauptsächlich durch die amerikanischen und weltweit tätigen Pharmafirmen Eli Lilly und Johnson & Johnson, sowie durch die Regierungen von Italien, Japan, Norwegen und Australien finanziert wird (WHO 2002: 2). Die öffentliche Darstellung dieser Programme nimmt eine sehr reduzierte Form an, weshalb es sich als schwer herausstellte, diese zum Untersuchungsobjekt zu machen.

2.7.6 WELTBANK

Auch die Weltbank, als weltweit größter Sponsor von Gesundheitsprojekten, schuf im Rahmen des *Health, Nutrition and Population Sector* eine Position für die professionelle Entwicklung von *Mental Health*-Projekten, die eine Komponente der Strukturanpassungsprogramme bilden.

Die prominente Rolle der Weltbank im Gesundheitswesen ist zum Teil ein Reflex auf die Folgen früherer Strukturanpassungsmaßnahmen. Deren negativen Einflüsse auf die Gesundheit der sogenannten *"vulnerable sections"* von Bevölkerungen wurden von anderen internationalen Akteuren wie die UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*), die WHO oder NORAD (*Norwegian Agency for Development Cooperation*) stark kritisiert. Besonders die UNICEF betonte die Notwendigkeit, Investitionen in den sozialen Sektor zu

tätigen, und forderte eine strukturelle Anpassung mit *humanem Antlitz*. Dies veranlasste die Weltbank zu einem Wandel von allgemeinen Privatisierungsmaßnahmen hin zu "*Selective state interventions*", wie im World Development Report 1993 berichtet wird (World Bank 1993). Die Kreditgewährung wurde fortan an finanzielle und strukturelle Reformen des Gesundheitswesens gebunden. Die Vorschriften für den Gesundheitssektor beinhalteten die Neuverteilung von Ressourcen, die Ausweitung der Versorgung und die Schaffung einer kompetitiven Umwelt durch Wettbewerbsstrukturen, sowie die Einführung von Aufzeichnungstechniken. Mit der Entwicklung eines Gesundheitsmarkts, argumentierte die Weltbank, würden nicht nur die Kosten gesenkt werden, sondern die Qualität der Gesundheitsdienste durch Wettbewerb verbessert werden. Dieser Argumentation liegt die Annahme zugrunde, dass man zahlreiche Therapien in Bezug auf deren Kosteneffizienz vergleichen kann. Um einen derartigen Vergleich möglich zu machen, musste eine Übereinkunft darüber herrschen, was als eine psychische Störung und was als Gesundheit gilt. Viele biomedizinische Reformer sahen darin die Chance, innerhalb von ineffizienten und ineffektiven Gesundheitssystemen Rechenschaftspflicht, Transparenz und Verantwortlichkeit durchzusetzen. Die in dem Bericht vorgelegte Aktionsagenda (World Bank 1993: 156) für Reformen der Gesundheitspolitik sollte auf eine Vielzahl von Entwicklungsländern mit variierenden Geschichten und *Entwicklungslevels* anwendbar sein.

3. ETHNOLOGIE UND GLOBALER HUMANITARISMUS

3.1 GLOBALE EINHEITSEMANTIKEN

Die Sprache der zahlreichen veröffentlichten Dokumente der WHO, Weltbank oder Harvard University evoziert das Bild einer globalen Schicksalsgemeinschaft, welches auf der Vorstellung der Gleichheit aller Menschen beruht. Diese Idee des Universalismus findet den wohl deutlichsten Ausdruck in den Menschenrechten. Während die Declaration of Human Rights 1948 zunächst nur eine nicht gesetzliche Übereinkunft darstellte, wurde 1966 mit dem Internationalen Pakt über bürgerlich-politische und wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR*) ein erstes juridisches Dokument verabschiedet, welches allerdings erst zehn Jahre danach genug Staaten unterzeichnet hatten (Henkin 1990: 193). Der Kalte Krieg machte es noch unmöglich, die Menschenrechte auszuleben (Randeria 2001: 44). Jede Art von Intervention und Überschreitung der nationalen Souveränität wurde in der Regel als Aggression verstanden. Die Charta selbst trägt Spuren der Geschichte. Im Zentrum derselben steht dezidiert die Freiheit des Individuums im Kontrast zu der Vision von Freiheiten im Ostblock. Im *Osten* erschien die Befreiung des Individuums sekundär zur Befreiung der Gesellschaft. Deshalb konnten die Rechte des Individuums auch beschränkt werden, wenn es im Dienste der Gesellschaft geschah. Mit dem Zerfall der Sowjetunion schien sich der Sozialismus als große Idee von Gerechtigkeit leer gelaufen zu haben. Der US-amerikanische Politikwissenschaftler Francis Fukuyama sprach 1989 gar von „*The End of History*“ (Fukuyama 1989: 3-18) und vermittelte die Idee, dass es jetzt nichts mehr Neues geben würde, nichts was dem Liberalismus und der Marktwirtschaft ideologisch gegenüber stehen könnte. Kurz darauf brachen viele ethnische Kriege aus. Nach dem Fall der Eisernen Mauer konnte nun die Staatssouveränität überschritten oder missachtet werden. Während sich in Jugoslawien noch zeigte, dass das Mandat sehr beschränkt war, wurden die Befugnisse nach dem dortigen Krieg erheblich ausgeweitet. Fortan durften im Zuge von humanitären Interventionen Waffen getragen und konnten militärische Eingriffe realisiert werden. Damit wurden die Menschenrechte in der *Post-Cold-War-Phase* militarisiert (Günther 2001: 47). Gleichzeitig entstand eine zunehmende Verrechtlichung von sozialen Themen. Bereiche, die vorher kaum in rechtlichen Termini gedacht wurden, erfuhren eine Behandlung als Rechtsfragen: Recht auf saubere Luft, Recht auf gesunde Lebenswelt etc.

Von Anfang an war die Ethnologie recht politisch gegen Menschenrechte gestellt und wehrte sich gegen derlei Universalismen. Die *American Anthropology Association* verfasste ein Statement, das extrem die relativistische Tradition Franz Boas reflektierte (1947: 539-543). Kulturelle Werte gibt es demnach in jeder Kultur, diese müssten nur aufgerufen werden. Ein starker Relativismus indes geht von Kultur als geschlossenem Ganzen aus, schreibt dieser einen inhärenten Wert zu und glorifiziert den Anderen als radikal anders (Kuper 1999a: 38-39). Während sich heute viele Ethnologen von einer derartigen essenialisierenden und romantisierenden Einstellung distanzieren, wird jedoch allseits anerkannt, dass der Relativis-

mus eine Sensibilität für die Untrennbarkeit der Menschenrechte von ihrem kulturellen Ursprung schafft.

Die Vorstellung, dass alle Menschen gleich sind, gründet auf einer Art transzendentalen religiösen Idee. Um Rechte aus der Natur des Menschen abzuleiten, muss man eine spezifische Vorstellung vom Menschen haben. Um nur drei der unzähligen Theorien über die Natur des Menschen zu nennen: während für Hobbes der Mensch ursprünglich fragil, roh und gewalttätig ist, erweist sich für Rousseau der Mensch nur im Naturzustand noch gut. Für anthropologische Relativisten wiederum stellt die radikale Verschiedenheit der Menschen ihre einzige Gemeinsamkeit dar. Außerhalb der sozialen Erfahrung gäbe es nichts Menschliches. Dem Standpunkt der Letzteren wird vor allem eine Relativierung des Leidens und eine zu starke Unterscheidung zwischen Normativität und Empirie vorgeworfen - Normurteile seien schließlich dennoch möglich.

Wenden wir uns den normativen Debatten ab und konfrontieren uns mit sozialer Realität, dann erfahren folgende Fragen größere Relevanz: Wie wandert diese spezifische Idee der Menschenrechte respektive des Rechts auf "*mental health*"? Wie kommt sie von 1949 nach 2011? Wie kommt sie von Genf nach Buenos Aires, von New York nach Indien? Wie kommt es, dass Menschen von Menschenrechten oder Krankheiten reden, die vorher ihre Wünsche, Bedürfnisse und Leiden womöglich in völlig anderen Termini ausgedrückt haben?

Die Dokumente der WHO, Weltbank oder Harvard Medical School sind in einer Expertensprache verfasst, die emotionale Konflikte in etwas gänzlich Unemotionales übersetzt. Die Sprache als *Expertise* ist nicht nur eine Übereinkunft, sondern markiert darüber hinaus soziale Differenz. Wie auch die juristische Sprache, ist sie nur durch eine bestimmte Bildung zu eröffnen. Was nicht unbedingt heißt, dass akademische Kategorien nicht auch diffundieren und zu emischen Begriffen werden können. Der Klassenbegriff ist ein prominentes Beispiel für eine solche Karriere einer etischen analytischen Kategorie. Desweiteren sind das Pidgin-English bzw. die Kreol-Sprachen ein Inbegriff des ungleichen Treffens, bei dem das Vokabular von einer dominanten Sprache übernommen wird, während die Syntax der eigenen Sprache beibehalten wird. Durch diese Synthese entstehen unweigerlich semantische Bewegungen. Obwohl mit dem Ausdruck "*mental illness*" unterschiedliche Bedeutungen verknüpft werden und eine deutsche Übersetzung als "*psychische Störung*" bereits eine einseitige Lesart darstellt, habe ich in dieser Arbeit darauf nicht verzichtet, da es der Translation durch die WHO und der kosmopolitischen Psychiatrie selbst entspricht.

Auch die Begriffe "*westlich*", "*nicht-westlich*", "*Erste Welt*" und "*Dritte Welt*", sowie "*Entwicklungsländer*" tragen die Spuren ihrer Geschichte. Die Bezeichnung "*nicht-westlich*" verweist zum einen auf die große Definitionsmacht des "*Westens*" als Referenz, und zum anderen darauf, dass die Einteilung in Erste, Zweite und Dritte Welt spätestens nach dem Zerfall der Zweiten Welt an Gültigkeit verloren hat. Die Kategorie "*Entwicklungsländer*" setzt ebenso einen "*entwickelten Westen*" als Bezugsrahmen voraus und ebnet die Heterogenität der damit bezeichneten Länder, sowie die Unterschiede zwischen ihnen ein. Selbst "*lokal*" versus "*global*" bilden meiner Ansicht nach problematische Ausdrücke. "*Lokal*" wird in vielen Entwicklungsdiskursen mit Partikularität, sowie mit einem Mangel an Mobilität und an Kosmopolitismus assoziiert. Im Gegensatz dazu tritt das "*Globale*" als allgemeingültig und kosmopolitisch auf. Vernachlässigt wird, dass auch das Globale eine Kultur hat, dass auch das Globale lokal ist.

3.2 ZWISCHEN GLOBALITÄT UND LOKALITÄT

Die in (post-)kolonialen Feldern verwurzelte Ethnologie bewegt sich seit jeher an Dreh- und Angelpunkten der Interaktion des Lokalen mit übergeordneten Strukturen. Mit einem ethnologisch geschulten Blick erscheinen die im öffentlichen Diskurs gängigerweise vertretenen Annahmen, es handle sich bei der Globalisierung und der Entstehung einer transnationalen Weltordnung um eine mechanisch durchführbare Rationalisierung, einem unvermeidbaren ökonomischen Prozess oder einer amerikanischen hegemonialen Flutwelle à la "*The Globalization of the American Psyche*" von Ethan Watters, als nicht haltbar (Watters 2010). Arjun Appadurai stellt diesbezüglich fest:

„What the arguments fail to consider is that at last as rapidly as forces from various metropolises are brought into new societies, they tend to become indigenized.“ (Appadurai 1996: 32)

Demnach werden globale Einflüsse stets lokal neu verhandelt. Menschen treten kaum als passive Konsumenten auf, vielmehr als aktive Rezipienten, die interpretieren, aneignen, ablehnen etc. Auch der Ursprung und die Wirkung von kulturellen Phänomenen sind angesichts des dichten Netzes von Austauschbeziehungen in vielen Fällen nicht mehr örtlich festzumachen. Bereits zu Beginn des *Entdeckungszeitalters* und der kolonialen Epoche stellte Europa keine autonome Entität dar, sondern „*ein Produkt des Austauschs mit afrikanischen und asiatischen Kulturen*“ (Randeria 2002: 11). Die Globalisierung vollzog sich darüber hinaus nicht-linear in vielen Schüben und Rückzügen und gestaltete sich in ganz unterschiedlicher Art und Weise, sowie zu unterschiedlichen Zwecken.

Die Prozesse der Vernetzung haben in den vergangenen Dekaden eine Beschleunigung erfahren und eine Intensität erreicht, die früher nicht in diesem Ausmaß für die soziale Welt kennzeichnend waren. Appadurai nennt neben Migration und Medien, den Waren- und Kapitalverkehr als Impuls und Eigenschaft dieses Wandels. Grenzen werden durchlässiger und Kapital, Menschen, Waren, Bilder, Informationen und Ideologien zirkulieren in zunehmender Bewegung in der Welt. Dem Umstand, dass sich Fragestellungen in der Regel nicht mehr an einem lokalen Ort erforschen lassen, tragen viele zeitgenössische Ethnografien Rechnung. „The ethno in ethnography takes on a slippery, nonlocalized quality“, drückt es Appadurai aus (Appadurai 1996: 48).

3.3 FIKTION EINES 'BOUNDED OBJECTS'

Bis zu den 1970er Jahren fand die ethnografische Forschung nach dem traditionellen Feldforschungsschema statt, in dessen Rahmen Zugang zu als "*fremd*" konnotierte Lebenswelten gesucht wurde. In der Folge von Malinowskis idealtypischer Forschung ging man jahrzehntelang von einer Deckungsgleichheit zwischen Volk, Kultur und Raum aus und dominierte ein holistisches Verständnis von Kultur als ein geschlossenes, homogenes Ganzes. Bronislaw Malinowski lebte drei Jahre lang während des Ersten Weltkrieges auf den Trobriandinseln, die für ihn eine isolierte Sphäre darstellten, ohne eine Verbindung zur Außenwelt und abgekapselt von einer größeren wirtschaftlichen und politischen Struktur (Malinowski 1984: 26). Ethnologen wie Max Gluckman oder Victor Turner kritisierten mit Vehemenz diese Fiktion

eines "*bounded objects*", bei der die Interaktion zwischen Lokalgesellschaften und dem Kolonialapparat vollkommen ausgeblendet wird (Petermann 2004: 930). Jene Schüler von Malinowski untersuchten in den 1930er Jahren Industrialisierungsprozesse im damaligen Britisch-Nordrhodesien und heutigen Sambia. Wie auch andere Vertreter der Manchester School of Anthropology verwarfen sie das Paradigma von lokalen funktionalen sozialen Einheiten zugunsten eines stärker prozessualen Modells von Lokalgesellschaften.

3.4 MAGISCHES DENKEN

Darüber hinaus wies der ethnologische Strukturalist Claude Levi-Strauss nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem mit seinem Text "*Race et histoire*" 1952 auf die Verquickung von Ethnologie und Rassismus hin. Mit der Schrift, deren Veröffentlichung zugleich einem politischen Akt entsprach, verkündete er die Möglichkeit, mit konzeptuellen Werkzeugen Dinge nachzuvollziehen, die zunächst unverständlich oder gar unverantwortlich und absurd wirkten. Levi-Strauss zeigte Analyse-Operationen auf, mit denen die am meisten stigmatisierten Dinge wie Rituale, Heiratspraktiken oder sexuelle Traditionen der Absurdität entzogen wurden. Er war bestrebt, „*hinter der empirischen Vielfalt der menschlichen Gesellschaft*“ (Petermann 2004: 869) Gleichheiten zu ermitteln und erteilte dem Konzept der *Andersartigkeit* eine entschiedene Absage. Das menschliche Gehirn sei überall gleich beschaffen, was jedoch nicht meine, dass der menschliche Geist eine invariante Größe darstellt. Nach Levi-Strauss stellen die unterschiedlichen Gegebenheiten der Lebenswelt den Menschen ganz unterschiedliche Probleme und bedingen in großem Maße die Historizität des Geistes. Beschränke man sich auf den gegenwärtigen Augenblick des Lebens einer Gesellschaft, so sei man „*Opfer einer Illusion*“ (Levi-Strauss 1958: 25).

„Wildes Denken ist für uns nicht das Denken der Wilden, noch das einer primitiven oder archaischen Menschheit (...), sondern das Denken im wilden Zustand, das sich von dem zwecks Erreichung eines Ertrages kultivierten oder domestizierten Denken unterscheidet. (...) Heute begreifen wir besser, dass beide Formen nebeneinander existieren und einander durchdringen können (...), obwohl die Existenz der letzteren – gerade aufgrund ihrer Entwicklung und der allgemeinen Bedingungen, die sie erheischt – jene andere mit Ausrottung bedroht.“ (Levi-Strauss 1962: 255)

Das *magische* oder *mythische* Denken kommt gemäß Levi-Strauss einem „*Drang nach objektiver Erkenntnis*“ (Levi-Strauss 1962: 255) gleich und vollzieht sich in logischen Schritten. Es sei jedoch einer steten Reorganisation unterworfen und verbinde das, was im Denken der rationalen westlichen Wissenschaft feinsäuberlich getrennt sei: Religion, Politik, Recht, Soziales, Wirtschaft, Kunst etc. Vor allem geschehe dieses wilde Denken im konkreten Kontext der sinnlichen Wahrnehmung (Petermann 2004: 866). Und letztlich sind es auch, so Levi-Strauss, die tiefen Wahrheiten des Organischen, des Körpers, die das Modell für den Geist bilden (Levi-Strauss 1971: 814/15). Der cartesianischen Trennung des einzelnen Menschen von der Gesellschaft („*Cogito, ergo sum*“) sei die Reintegration in die Gesamtheit alles Lebendigen zu entgegnen. So widmet Levi-Strauss seine Aufmerksamkeit nicht dem individuellen Handeln, sondern kulturellen Vorstellungssystemen. Sein Interesse gilt den verschiedenen Erscheinungsformen der grundlegenden Struktur des menschlichen Geistes, wie z.B.

Regeln und abstrakte Modelle, die für ihn mit kosmologischen und mythologischen Strukturen korrespondieren.

3.5 WELTSYSTEMNARRATIVE

Eine anders gestaltete Fokussierung auf übergeordnete Strukturen erfolgte rund um die kritischen Bewegungen und Revolten der 1960er Jahre. Im Zuge des Kalten Krieges und der ideologischen Meta-Narrative des Kapitalismus und des Sozialismus entwickelte sich in der anthropologischen Forschung der Trend, Makro-Konstruktionen einer größeren sozialen Ordnung, wie das kapitalistische Weltsystem, zum Studienobjekt zu machen. Dabei kam es vor allem zu historischen Archivarbeiten, mittels derer existierende ethnografische Porträts kontextualisiert werden sollten. Ethnografische Forschung wurde eingebettet in den Kontext eines historischen und gegenwärtigen Weltsystems der kapitalistischen politischen Wirtschaft. Der Sozialwissenschaftler, Sozialhistoriker und Marxist Immanuel Wallerstein lieferte mit der Publikation „*The modern system*“ 1974 ein großes systematisches Narrativ der Weltgeschichte, welches einlud, mit regionalen und mikrogeographischen Sozialgeschichten und Ethnografien gefüllt zu werden. Drei verschiedene Ebenen galt es nach Wallerstein zu erfassen: die Peripherie, die Semi-Peripherie und das Zentrum des kapitalistischen Systems (Wallerstein 1976: 229-233). Dabei betonte er die relationale Dimension der Entstehung des kapitalistischen Weltsystems, das als Formation immer auf Kräfte von außerhalb angewiesen war.

Den Verlust der Perspektive der Subalternen befürchtete der Anthropologe Eric Wolf und artikulierte 1982 mit dem Werk "*Europa und die Völker ohne Geschichte*" eine spezifisch anthropologische Version des großen Weltsystemnarrativs. Wolf beschrieb, wie bestimmte Gegenden und Völker in die kapitalistische Herrschaft involviert wurden und zeigte auf, dass es bereits lange vor dem Zeitalter des Kolonialismus aufgrund großer Fernhandelssysteme nur wenige isolierte Lokalgesellschaften gab, die von überregionalen Einflüssen isoliert waren (Wolf 1984: 393). Im Zentrum dieser analytischen Geschichtsbetrachtung steht die Welt als gesamtheitliches System. Auch Wolf bedient sich wie Wallerstein stark des marxistischen Vokabulars und konzentriert sich auf eine historische Ethnografie und politische Ökonomie.

3.6 PRAXEOLOGISCHE ERKENNTNISWEISE

Der Soziologe Pierre Bourdieu richtete sich explizit gegen die *grande theories* des Strukturalismus und strukturellen Marxismus und bemängelte die Vernachlässigung der Praxis. Bourdieu war daran interessiert, was Menschen *tun*. Um das Spiel zu verstehen, so Bourdieu, ist es nicht genug, die Regeln zu verstehen. Ebenso wichtig sei es, die Karten zu kennen und den verwendeten Strategien gewahr zu werden (Bourdieu 1999a: 83). Aus diesem Grund bemühte er sich um eine gesamthafte Sicht auf Strukturen, Akteure und Praxis, sowie um einen Einblick in den Verteilungskampf um verschiedene Kapitalsorten in einem Feld (Bourdieu 1983a: 183). Er hält zwar eine objektivierende Haltung und Außenbetrachtung für wichtig, doch dürfen dabei seiner Meinung nach die sozialen Akteure und ihre Erfahrungswelten und Erkenntnisse nicht ignoriert werden. Zwischen Objektivismus und dem Subjektivismus radikal hermeneutischer und phänomenologischer Ansätze entwickelt Bourdieu einen dritten Arbeits-

3. Ethnologie und globaler Humanitarismus

modus, den er die praxeologische Erkenntnisweise nennt und welcher die dialektischen Beziehungen zwischen dem von der objektivistischen Erkenntnisweise entworfenen System der objektiven Relationen und den strukturierenden Dispositionen zum Gegenstand hat.

„[...]mit anderen Worten der doppelte Prozess der Interiorisierung der Extorialität und der Exteriorisierung der Interiorität.“ (Bourdieu 1976: 147)

Die Systeme strukturierenden Dispositionen nennt Bourdieu „*Habitusformen*“. Als Produkt von Erfahrungen, Existenzbedingungen und gruppen- bzw. klassenspezifischen Konditionierungen produziert der Habitus gleichsam individuelle und kollektive Praktiken. Er ist für die aktive Präsenz früherer Erfahrungen verantwortlich, die sich in dem Organismus als Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata manifestieren (Bourdieu 1999a:101). Eine Gruppe kann einen gemeinsamen Habitus teilen, seine Nutzung erfolgt jedoch individuell. Denn nur jene Gedanken, Wahrnehmungen und Handlungen können aus dem Habitus frei geschöpft werden, die sich innerhalb der besonderen Bedingungen seiner eigenen Hervorbringung befinden.

„Da der Habitus eine unbegrenzte Fähigkeit ist, in völliger (kontrollierter) Freiheit Hervorbringungen – Gedanken, Wahrnehmungen, Äußerungen, Handlungen - zu erzeugen, die stets in den historischen und sozialen Grenzen seiner eigenen Erzeugung liegen, steht die konditionierte und bedingte Freiheit, die er bietet, der unvorhergesehenen Neuschöpfung ebenso fern wie der simplen mechanischen Reproduktion ursprünglicher Koordinierungen.“ (Bourdieu 1999a: 102-103)

Der Habitus stellt eine Quelle von begrenzten Möglichkeiten dar, die den Rahmen der möglichen Praktiken bestimmt, nicht aber die Praktiken an sich. Neue Erfahrungen werden einerseits durch die vorhandenen Habitusstrukturen interpretiert, üben allerdings andererseits eine Wirkung auf seine Struktur aus und können diese allmählich verändern. Da sein Träger jedoch dazu neigt, ein seine Prägungen bestätigendes Umfeld aufzusuchen, ist der Habitus nur bedingt wandelbar. Diese Wechselwirkung von objektiver äußerer Struktur und Habitus vermittelt zwischen dem Individuum und der Gesellschaft. Die objektiven Strukturen bilden soziale Felder, in denen soziale Interaktionen praktiziert werden. Jedes Feld hat seine Regeln, die aber nicht die Spielzüge der Mitspieler determinieren. Die Verhaltensweise eines Spielers im Feld gründet in seinem Habitus und seinem praktischen Sinn für das Spiel. Letzterer bedeutet das Verständnis für die Legitimität des Spiels und der damit verbundenen Interessen und Bedingungen. Der Spieler hat jedoch generell die Strukturen seiner Umfeldler verinnerlicht und empfindet diese als natürlich und selbstverständlich (Bourdieu 1974: 125-158).

Die jeweiligen Spieleinsätze bezeichnet Bourdieu als "*Kapitalien*" (Bourdieu 1983a: 183). Diese können den Status, die Profitmöglichkeiten und Chancen im Feld steigern. Als essenzielle Formen von Kapital gelten ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Kapital. Ersteres meint materiellen Reichtum und Verfügungsgewalt über finanzielle Ressourcen. Kulturelles Kapital kann als Fähigkeiten und Wissensformen in inkorporiertem Zustand vorkommen oder als externer Ausdruck von Kompetenz und Wissen erscheinen. Beide Kapitalformen können Zugang zu sozialem Kapital vermitteln. Dieses geht aus der die Nutzung „*eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitig*

gen Kennens und Anerkennens“ (Bourdieu 1992: 63) hervor und kann auch der Zugehörigkeit zu einer Gruppe entspringen. Aus dem Einsatz der bisher genannten Kapitalformen entwickelt sich oft gesellschaftliche Anerkennung, d.h. symbolisches Kapital. Sie sind nicht in allen Feldern gleich gültig und nach schwankenden Kursen konvertierbar. Mitspieler, deren Position in einem Feld stark ist, verfolgen in der Regel Erhaltungsstrategien, während andere Mitspieler tendenziell die etablierte Ordnung eher in Frage stellen, wenn sie unter den bestehenden Regeln nur schwerlich Kapital erwerben können. Symbolische Systeme bilden Instrumente des Wissens und der Herrschaft und definieren als solche den sozialen Raum.

3.7 DICHTER BESCHREIBUNG

Der Wahrung der ethnologischen close-up-Perspektive galt das Engagment der zentralen Figur der symbolischen Ethnologie, Clifford Geertz. Mit "*The Interpretation of Culture*" tritt Geertz 1973 nachdrücklich für eine Ethnografie ein, die sich detailliert auf das Lokale richtet und sich in der intimen face-to-face-Interaktion entfaltet. Er ist bestrebt, den ideellen Gehalt von Ereignissen im sozialen Diskurs zu erfassen, die Bedeutungen aus den jeweiligen Handlungszusammenhängen zu isolieren, um diese dann zu anderen extrahierten Bedeutungen in Beziehung zu setzen und in den sich allmählich abzeichnenden Gesamtzusammenhang eines Bedeutungssystems einzuordnen.

„Believing with Max Weber, that man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of law but an interpretive one in search of meaning.“ (Geertz 1973: 5)

Mit Hilfe eines historisch überlieferten Systems überkommener Vorstellungen, die sich in symbolischen Formen ausdrücken, teilen die Menschen nach Geertz ihr Wissen vom Leben und ihre Einstellungen zum Leben mit, erhalten diese und entwickeln sie weiter (Geertz 1987: 46). Um eine "*Dichte Beschreibung*" (ebd.: 7-439) dieses Bedeutungsgewebes zu erreichen, müsse man es wie einen von vielen Autoren hergestellten Text lesen und in einem hermeneutischen Zirkel interpretieren. Da die Bedeutungen nicht individualpsychologisch codiert sind, sondern in externen Symbolen vorliegen, scheint die Qualität und Authentizität der Beschreibung von der Tiefe der technisch wirkenden Erschließung des sozialen Kontextes abzuhängen (Petermann 2004: 999). Aus der Symbiose verschiedener Formen von Binnen- und Außendeutungen generiert sich dann die Interpretation des "*soziokulturellen Textes*" durch den Ethnografen. Dessen Übersetzung des Kontexts in einen eigenen Text manifestiert sich im literarischen Werk der Ethnografie. Die Möglichkeit, den *soziokulturellen Text* einer Gemeinschaft zu lesen, liegt in der von Geertz angenommenen Gleichartigkeit des menschlichen Geistes begründet. Verschiedene Kulturformen seien letztlich symbolische Gewänder von universellen Themen und damit potenziell einseh- und übersetzbar. Die vermittelnde Kapazität der Sprache, Kulturen übersetzen zu können, wird von Geertz jedoch ohne Reflexion vorausgesetzt. Geht man von Michel Foucaults Annahme einer *Episteme* (Foucault 1981: 272) - einer kognitiven Ordnung - aus, auf deren Grundlage von *ihr abhängige Wahrheit* entsteht, dann ist zu vermuten, dass verschiedene Kulturen von verschiedenen Epistemem und somit von sich möglicherweise ausschließenden Wahrheiten ausgehen. Wobei Foucault nicht davon ausging, dass es feste Wahrheiten und Grundsätze gibt, die keiner Wandlung unterlie-

gen. Möchten wir andere Wahrheiten in unseren Worten ausdrücken, dann wäre das eine Transformation, die diese Wahrheit so verändern müsste, dass sie in unsere kognitive Ordnung passt. Das würde unweigerlich eine Sinntransformation mit sich bringen.

3.8 ZUSAMMENHANG VON REPRÄSENTATION UND PERSPEKTIVE

Die von Geertz stillschweigend vorausgesetzte Analogisierbarkeit von kulturellem Wissen und Sprache (Petermann 2004: 1004), sowie seine Beschreibungen von Kulturen als relativ homogene, nach außen abgrenzbaren Einheiten, bildeten für Wissenschaftler/innen wie George Marcus, James Clifford oder Donna Haraway Anlass zu Kritik. Vornehmlich aus der Generation der 68er stammend, weiteten diese den zunächst politisch ausgedrückten Kampf gegen den Vietnam-Krieg, Rassendiskriminierung und Kolonialismus nun auch auf die Wissenschaft aus. Warum können sich Ethnologen anmaßen, etwas über andere Kulturen zu sagen? Auf was gründet deren Autorität? Warum können sie derartige Wissensansprüche machen? Die Produktion von Wissen zur Beherrschung und Ausbeutung von Gesellschaften durch die Kolonialmächte sah man auch im derzeitigen politischen Kontext am Werk. Die USA schickten Anthropologen ins Feld, um etwa herauszufinden, wie *die Iraker funktionierten*. Diese Offensichtlichkeit des Zusammenhangs zwischen Wissen und Macht stürzte die Ethnologie in eine politische und epistemologische Krise. Die Infragestellung der ethnologischen Praxis fand 1986 in dem Sammelband *"Writing Culture"* ihren Höhepunkt. Ethnografie wurde als ein an den Naturwissenschaften orientiertes Medium dargelegt, das dem Anspruch dient, universelles Wissen zu schaffen. Problematisiert wurden die Methoden zur Erhebung dieses Wissens, sowie die autoritäre Darstellungsform desselben in Form einer Monographie. Die Repräsentation und damit Reduktion von lebendigen Menschen besteht demnach in einer Festlegung auf sprachliche oder visuelle Bilder, die von dem jeweiligen Autor autoritär erschaffen wurden. Ein Wissenschaftsobjekt bildet in der Konsequenz nicht etwas schlichtweg im Feld Vorgefundenes, sondern ein Konstrukt, das wir schaffen, weil wir eine bestimmte Frage haben. Der Ruf nach einer Alternative zu dem alten *"ethnographic realism"* (Marcus 1982: 31-37), d.h. der Nutzung von Authentizitätsstrategien, und nach einer neuen *"experimental ethnography"* (Marcus 1986:48) wurde laut. Im Zuge dessen entstand eine Reihe von dialogischen, polyphonen oder indigenen Ethnografien. *„Es geht nicht darum für jemanden zu sprechen, sondern mit jemandem“*.¹⁹ Doch in wessen Sprache und für wen sprechen diejenigen, die zu Wort kommen? Auch diese Formen des kooperativen Erzählens befreien nicht von der Problematik der Repräsentation und der Epistemologie und werden der Beweglichkeit von Menschen in einem eventuell von allen anders wahrgenommenen Raum kaum gerecht, wie die postmoderne Ethnologie es uns durchexerzierte.

George Marcus empfand ein großes methodologisches Unbehagen hinsichtlich der etablierten Arten von Ethnographie. Welches Ganzes, so fragte Marcus, könne man bei solch einem fragmentierten Vorgehen erfassen (Marcus 1995: 100)? Das Objekt zerinne uns in Anbetracht der Untauglichkeit der Kontrastierung von *lokal* und *global*. Die Zirkulation von Identi-

¹⁹ Pollesch 2009: 302 in Bezug auf Donna Haraway

täten in einer diffusen Raum- und Zeitstruktur und die unvorhersehbaren Wege, in denen neue Kulturformationen entstehen, lässt die Unterscheidung zwischen Lebenswelt und System offensichtlich inadäquat erscheinen. Nach Marcus kann ein Feld aus einer Vielzahl an "sites" bestehen, deren Verbindungen ethnographisch zu erfassen seien. Das Studium weltweiter Netzwerke, in welche miteinander verbundene sites eingebettet sind, bietet eine Annäherung an die Pluralität, die unser Feld ausmacht. Für George Marcus ergibt sich eine Vielzahl möglicher „*modes of- constructing multi-sited spaces of investigation*“: „*follow the people*“, „*follow the thing*“, „*follow the metaphor*“, „*follow the plot, story, or allegory*“, „*follow the life or biography*“ und „*follow the conflict*“ (Marcus 1995: 105). Komplexe Überlagerungen in der globalisierten Welt lassen Vorbehalte gegen die ethnografische Prämisse eines *von außen* einwirkenden Weltsystems entstehen.

Für Menschen zu sprechen, deren Erfahrungen kaum bekannt sind und deren Meinungen kaum erhört werden, ist eine von der Ethnologie üblicherweise vertretene Maxime. Diesen Personen ein Gehör zu verleihen, bleibt nach Meinung von George Marcus wichtig. Durch die Einnahme eines *multi-sited approach* jedoch, könnten den vielen Faktoren, die mit einem gewählten Objekt oder Phänomen der Untersuchung verbunden sind, Rechnung getragen werden. Das bedeute auch die Perspektiven von Experten und Regierungsverantwortlichen miteinzubeziehen. Marcus warnt indessen vor der Tendenz, Schlüsselkategorien, die dem allgemeinen Verständnis zu entsprechen scheinen, nicht ausreichend zu hinterfragen und unreflektiert zu verwenden. So nutzen beispielsweise die UN-Peacemaker politische Wörter, von denen man meint sie zu kennen und zu verstehen. Die Annahme, dass eine Translation hier einfach oder vielleicht gar nicht notwendig ist, erweist sich rasch als Trugschluss. Denn was genau heißt es, wenn die Vereinten Nationen proklamieren „*We are not political*“ (Sugino 1998)? Hier ist ebenso eine Übersetzungsleistung und das Erstellen eines semantischen Feldes notwendig, obwohl uns der Kontext nicht fremd erscheint. Wir können Beschreibungen des Gegenübers nicht ohne Weiteres als unsere annehmen. Ein Verfremdungseffekt ist in diesem Fall nicht gegeben, sondern muss hergestellt werden. Auch Wissenschaftler, politische Entscheidungsträger und Organisationen sind in verschiedenen kulturell informierten Realitäten beheimatet.

Die Frage stellt sich unweigerlich, ob denn eine an multiplen sites erfolgte Feldforschung die gleiche Tiefe erreichen kann, wie die einer im gleichen Zeitraum an einem einzigen Ort durchgeführte Forschung. Es scheint gerade notwendig, die von der globalen Dimension unzähliger kultureller, sozialer und politischer Phänomene provozierten Makroperspektiven vieler akademischer Ansätze mit der ethnologischen Mikroperspektive zu ergänzen. Will jedoch an der ethnologischen Orientierung an konkreten Erfahrungen von Menschen festgehalten werden, so ist unter Umständen eine der jeweiligen und mehr oder weniger abgegrenzten Gruppe von Menschen besser angepasste, transnationale Form angemessener als die single-sited Variante.

„[anthropology’s] special purchase on lived experience“ (Appadurai 1996: 65)
„[...] embedding large-scale realities in concrete life-worlds“ (ebd.: 55)

George Marcus „*tracking strategies*“ (Marcus 1995: 106) und Appadurais Vorstellung von „*imagination as a property of collectives*“ (Appadurai 1996: 8) führen zu gewissermaßen „*tribes*“ des 21. Jahrhunderts, wie es Tobias Bernet auf dem Ethnologie-Symposium 2006

ausdrückte. Bernet zitierte den Slogan „*Nur Stämme werden überleben*“ der linksradikalen, dadaistisch inspirierten Bewegung der Züricher Jugendunruhen von 1980. Dieser sei als Absage an die verwaltete und einengend empfundene Lebensweise ihres bürgerlichen Umfeldes gedacht. Eine bestimmte Form von „*Stämmen*“ stellt heute ein zentrales Moment sozialer Verortung dar, „*jedoch keineswegs auf eine "dem System" entgegengesetzte Art, sondern als inhärenter Bestandteil einer von den Widersprüchen eines "disorganized capitalism" geprägten globalen Gesellschaft*“. Seien es transnationale Bewegungen, Experten und - Berufsgruppen verschiedenster Art oder Diaspora-Gemeinschaften. Wobei diese Neo-Stämme nicht leicht zu kategorisieren sind, da sie intensiv auf verschiedensten Ebenen miteinander interagieren und einander überlagern.

3.9 ETHNOLOGIE DER EIGENEN KULTUR

Als *Ethnologie der eigenen Kultur* machte Michel Foucault den modernen westlichen Staat zum Objekt der Ethnografie. Was sind die politischen Techniken, mit denen der Staat die Sorge um das Leben der Individuen übernimmt und in sich integriert? Mittels welcher Technologien des Selbst vollzieht sich der Subjektivierungsprozess, der die Individuen dazu bringt, „*sich an die eigene Identität und zugleich an eine äußere Kontrollmacht zu binden*“ (Agamben 2002: 15)? Wie wird über Subjekte ein *wahrer* Diskurs gehalten? Und welche „*historischen Formen jener Zwangsverhältnisse gibt es, die das Subjekt dazu bringen, die Wahrheit über sich selbst auszusprechen*“ (Sarasin 2005: 23)? Diese Forschungsfragen nehmen in Foucaults Studien eine zentrale Stellung ein. Mit seiner Analyse der konkreten Formen, „*in denen Macht selbst den Körper der Subjekte und ihre Lebensformen durchdringt*“ (ebd.: 15), kehrt Foucault der theoretischen Privilegierung des Gesetzes und der Souveränität den Rücken zu. Während Max Weber - in seiner juristisch-institutionellen Zugangsweise zum Machtproblem - Macht negativ, als juristisch legitimiert und repressiv denkt, ist Macht für Foucault nicht nur in einer politischen Autorität lokalisiert und damit kausal abzuleiten aus einem Herrschaftsapparat oder ökonomischen Interessen. Vielmehr ist diese durch ihr produktives Vermögen dezentriert, plural und in allen Arten von Beziehungen immanent. Die gängige Suche nach einer souveränen Macht in Form einer kontrollierenden, verbietenden und überwachenden Unterdrückungsmacht beschränkt Foucault zufolge unser Verständnis der europäischen Moderne und ihrer Rationalität. Ihm zufolge ist nicht vorherzusagen, wo und wie Macht ausgeübt wird. Deshalb seien Praktiken des Regierens allein ethnografisch aufzuspüren. Mit dem Begriff der *Gouvernementalität* (Foucault 2004(1): 174), einer Zusammenführung von *Gouvernement* und *Mentalität*, betont Foucault die besondere Machtform der Regierung, wie sie in der modernen europäischen Gesellschaft ihre kapillarische Wirkung entfalte. Indes bezeichnet er ein spezifisches Gefüge von Institutionen, das Zusammenwirken von kodifizierten Verfahren, formalen Gesetzen und unbewussten Gewohnheiten. Äußere Fremdführung und Disziplinierung einerseits und innere Selbstführung, Selbstdisziplin und Selbstmanagement der Individuen andererseits, vereinen Foucault zufolge in bisher ungekanntem Maße „*objektive Prozeduren der Totalisierung*“ und „*subjektive Techniken der Individualisierung*“ (Agamben 2002: 15).

4. MICHEL FOUCAULT – EINE GENEALOGIE DER PSYCHIATRISCHEN EXPERTISE

4.1 STRUKTURIERTE FORMEN DER ERFAHRUNG

Ursprünglich Absolvent eines Studiums der klinischen und experimentellen Psychologie, wurde Michel Foucault 1970 Inhaber des Lehrstuhls *"Geschichte der Denksysteme"* am College de France.²⁰ Dieser selbstgewählte Titel weist auf seine Sympathie für die *Annales Schule* hin, deren Vetreter die Struktur- und Mentalitätsgeschichte in die französische Geschichtswissenschaft einführten, unkonventionelle Quellen erschlossen oder herkömmliche Quellen gegen den Strich lasen, um mehr über das Leben der Subalternen herauszufinden. Im Zentrum von Foucaults Interesse stand die Subjektivierung der Menschen, das heißt ihre Konstituierung als *"sujets"*, als Untertanen, Subjekte und Gegenstände des Wissens (Foucault 1977: 78). Mit großer Intensität untersuchte er, wie Wissen entsteht, wie sich Wissen Geltung verschafft, wie Macht ausgeübt wird und wie dieses Wissen mit der Ausübung von Macht zusammenhängt.

„Wie Dumezil dies für die Mythen tat, habe ich versucht, strukturierte Formen der Erfahrung zu entdecken, deren Schema sich, mit Modifikationen auf verschiedenen Ebenen wiederfinden lässt.“ (Foucault 2001b: 235f.)

Jene strukturierten Formen der Erfahrung haben nach Foucault ihren gemeinsamen Nenner in der *„Struktur der sozialen Trennung, die Struktur der Ausschließung“* (ebd.). Es handle sich um *„Erfahrungen an der Grenze unserer Kultur, die zugleich eine ursprüngliche Abgrenzung bedeuten“*, konstitutive Trennungen, *„die ihr den Ausdruck von Positivität“* verleihen (Sarasin 2005: 25). Unter dem Eindruck des Algerienkrieges arbeitete Foucault folgende konvergente Trennungslinien heraus:

1. Der **Orient**, der einmal von der kolonisatorischen Vernunft des Abendlandes als das Andere konstituiert, ausgeschlossen und zum Schweigen gebracht wird.
2. Der **Traum**, dem der Mensch im Grunde genommen keinen Ernst beimisst und *„in die Lächerlichkeit der Traumdeutung zurückdrängt“* wird (Foucault 1969: 8ff.).
3. Die **Sexuellen Verbote**, deren Geschichte man formulieren müsse, um *„als Genre der abendländischen Welt und als Ursprung ihrer Moral die tragische Abtrennung der glücklichen Welt der Lust an den Tag zu bringen“* (Foucault 1973: 8ff.).
4. Der **Wahnsinn**, jenen den die Psychologie und die Psychiatrie beschreiben, und der als das verstoßene und eingesperrte Andere der Vernunft historisch entstanden ist.

Die einsperrende Vernunft ist für Foucault im Kern bürgerlich, da sie sich von ihrer Nützlichkeit her definiere. Wahnsinn hingegen sei all das, was die bürgerliche Ratio nicht ist. Er

²⁰ In einem Interview im Juli 1971 bekannte Foucault, dass er jeder Insitution *„feindlich gegenüber steht“* und drückte seinen Missfallen an der Bezeichnung *"Geschichte der Denksysteme"* aus. *„Auch ich habe mich früher mit so abstrakten und fern liegenden Dingen wie der Wissenschaftsgeschichte befasst. Heute möchte ich wirklich davon loskommen.“*

bringt kein einem Individuum zurechenbares Werk hervor, er ist weder produktiv noch bewusst und verweigert sich der intersubjektiven Syntax eines vernünftigen *normalen* Sprechens (Sarasin 2005: 26). Rahmt Foucaults Überlegungen in der Arbeit *"Maladie mentale et Personnalité"* noch ein selbstverständlich vernünftiger „*Homme reel*“ (Foucault 1954: 2/104) als Referenzgröße, wird Foucault später *Vernunft* als ebenso konstruiertes Produkt erfassen, welches in einem konstitutiven Verhältnis zur *Unvernunft* steht.

4.2 WAHNSINN ALS ENTFREMDUNG

Zunächst sei „*der Wahnsinn noch undifferenzierte [...], noch nicht durch eine Trennung gespaltene Erfahrung*“ gewesen, „*das obstinate Gemurmel einer Sprache, die von allein spricht, ohne sprechendes Subjekt und ohne Gesprächspartner*“ (Foucault 1973: 12). Sinn und Unsinn waren noch nicht voneinander geschieden. Doch nach der großen Angst vor dem Gespenst des Todes, vor den Apokalypsen und den Schrecken des Jenseits habe die Renaissance in dieser Welt eine neue Gefahr aufgespürt: der aus dem Inneren hinaufdrängende Irrsinn, der die jenseitige und die diesseitige Welt auf dieselbe Ebene stellte. Strukturen der Ablehnung haben, so Foucault, Mitte des 17. Jahrhunderts eine kalte beobachtende und überwältigende Vernunft und die beunruhigende Unvernunft als getrennte historische Produkte entstehen lassen. Die Unvernunft, als eine der Möglichkeiten des Menschseins, sei schließlich von der Vernunft zum Schweigen verurteilt worden. Mit den Meditationen von Descartes (1641)- „*die sind eben von Sinne, und ich würde selbst als nicht weniger verrückt erscheinen, wenn ich deren Beispiel auf mich übertragen würde*“ (zit. nach Foucault 1973: 69) - und der Internierung der Irrsinnigen zusammen mit den Arbeitsscheuen, Gesetzesbrechern und Libertins, wurde dieses Schweigen endgültig. Der Irrsinn sei damit entfremdet (*aliéné*) und zugleich auf diese Weise erst als „*aliénation*“, als Wahnsinn hergestellt worden. Diese Entfremdung stelle die formale Bedingung dar, die bewirkt, dass das durch die Ausgrenzung Eingegrenzte überhaupt Sinn und Bedeutung hat. Letztere sind nicht einfach immer schon da, existieren vielmehr aufgrund der historischen Genese von bestimmten formalen Bedingungen.

„Die Art, wie man den Irren entfremdet, wird vergessen, um als Natur der Alienation widerzuerscheinen. Die Internierung ist im Begriff, sich nach den Formen zu ordnen, die sie hat entstehen lassen.“ (Foucault 1973: 455)

Das Unvermögen, an der Produktion, Zirkulation oder Akkumulierung von Reichtümern teilzunehmen, bildete die gemeinsame Kategorie, unter der alle Internierten zusammengefasst wurden. Denn das Hauptlaster in der Welt des Handels war gemäß Foucault nicht mehr der Stolz oder die Begierde wie im Mittelalter, vielmehr der Müßiggang (Foucault 1961: 81). Demnach ist die Internierung ursprünglich an die Umstrukturierung des sozialen Raums gebunden. Sie stellte das Verhältnis der Gesellschaft zu sich selbst in Frage, zu dem, was sie im Verhalten der Individuen anerkannte oder nicht anerkannte und drückte Übermacht wie auch Übereinkommen aus.

4.3 THOMAS HOBBS – ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN BIOPOLITIK UND SOUVERÄNITÄTSPOLITIK

Der britische Mathematiker, Staatstheoretiker und Philosoph Thomas Hobbes regte 1651 mit seiner staatstheoretischen Schrift "*Der Leviathan*" einen einflussreichen Reflexionsprozess über die prekäre Relation zwischen Übermacht und Übereinkommen, Sicherheit und Freiheit, sowie der Gesamtgesellschaft, der Masse und dem Subjekt an. Im französischen Exil hatte der Autor dieses Werk vor dem Hintergrund des blutigen englischen Bürgerkrieges 1642-1649 und der Hinrichtung von King Charles I. verfasst (Blum 1997: 103). Deutlich setzte sich die Schrift von den zuvor prominenten Fürstenratgebern ab. Nicht die schlechte Regierung eines politischen Souveräns ist bei Hobbes der Gegenspieler der guten Regierung, sondern die chaotische Interaktion zwischen den Einzelnen, der Bürgerkrieg.

Mit einer Analyse von Bürger- und Rassekriegstheorien des 17. und 18. Jahrhunderts ging Foucault in "*Der Wille zum Wissen*" seiner Hypothese nach, dass der Krieg als ursächliche Wurzel aller Machtverhältnisse betrachtet werden kann. Der Krieg ist für ihn der Kontext, in dem der Staat die Bevölkerung als Ressource entdeckt und diese in qualitativer Hinsicht reguliert.

„Es war nichts Geringeres als der Eintritt des Lebens in die Geschichte – der Eintritt der Phänomene, die dem Leben der menschlichen Gattung eigen sind, in die Ordnung des Wissens und der Macht, in das Feld der politischen Techniken.“ (Foucault 1977: 169)

Das von Hobbes seiner staatstheoretischen Schrift vorangefügte Titelblatt artikuliert meiner Ansicht nach auf anschlussfähiger Weise den von Foucault skizzierten Übergang von dem Prinzip der Souveränität (mit dem Territorium und dem Volk als Machtobjekte), zum Prinzip der Staatsräson und der Polizei (mit den individuellen Körpern als Machtobjekt) und schließlich zu dem der Gouvernementalität (mit der Gesamtheit der Bevölkerung als Objekt der Macht). Gleichzeitig weist es auf ein spezifisches mechanistisches Menschenbild.

Als Sinnbild organisierender und strukturierender Prinzipien hat sich in der Geschichte fortwährend der menschliche Körper als Leib-Seele-Dualismus dargeboten. Bereits in der Antike diente dieser mit seinen Erfahrungsmöglichkeiten für den Betrachter als Metapher für verschiedene Formen sozialer Gefüge, des zwischenmenschlichen Verkehrs und der Statuszugehörigkeit (Leggewie 2000: 233). Eine bis heute effektvolle Körpermetapher und gleichsam der Ausdruck und Prägstock einer politischen Gemeinschaft, ist der Hobbesche Leviathan, jener Gigant des modernen Staates, dessen Teile wir Menschen als *Bürger* sind. Als Bild der Neuzeit, in welcher der Versuch der Integration von mythologischem, historischem und philosophischem Wissen zur wesentlichen Praxis des Kunstschaffens wurde, ist es mit dem Anspruch angefertigt, bestimmte Erkenntnisse zu vermitteln und affektive wie kognitive Effekte auszulösen. Nach Horst Bredekamp hegte Thomas Hobbes die Absicht, das Titelblatt seiner staatstheoretischen Schrift zum Ausdruck von politischen, psychischen und sozialen Energien zu machen. Gleichzeitig zielte er darauf ab, die Assoziationen und die Denktätigkeit der Be-

trichter durch die starke Geometrisierung des Bildes zu aktivieren und zu lenken, und diese dazu anzuregen, sich mit den dargestellten Energien furchtlos auseinanderzusetzen, sie zu neutralisieren und beherrschbar zu machen (Bredenkamp 2003: 133). Im Folgenden möchte ich das Bild des Leviathans zum Gegenstand einer konzentrierten Betrachtung machen.



Abb. 2

Die Assoziationen angesichts der Erscheinung des Leviathans mögen je nach sozialem, zeitlichem und sachlichem Kontext des betrachtenden Subjekts unterschiedlich sein. Eine Wahrnehmung und Gedanken justierende Kraft durch bewusste Lenkung des Blickes und der Bändigung von Affekten lässt sich jedoch kaum absprechen. Der im Bildzentrum befindliche und den Betrachtern frontal zugekehrte Oberkörper eines Riesen, der über eine Weltlandschaft

bis zum Himmel ragt, wirkt gewaltig und bedrohlich. Seinem Blick ist augenscheinlich nicht auszuweichen. Er trägt am Kopf eine Krone, in seiner rechten Hand ein erhobenes Schwert und in seiner Linken einen Bischofsstab. Die Insignien von Justitia und Fides überspannen schützend Stadt und Land und treffen an der oberen Bildgrenze auf ein Bibelzitat aus dem Buch Hiob, das die mächtige Kraft des Seeungeheuers Leviathan schildert: „*Keine Macht ist auf Erden, die ihm zu vergleichen ist.*“ Bis auf den Schattenwurf des Leviathan, der nach links bis zu einer Kirche in der Stadt hinab verläuft, gibt es keine physische Wechselwirkung zwischen der Bildhälfte des durch den Leviathan eingenommenen Himmels und Horizontes, und der Hälfte der Landes- und Stadtdarstellung. Während der untere Teil der Raum des *natürlichen* Sehens ist, wirkt der obere phantastisch und artifiziell. Zu einer kognitiven Verbindung lädt die Darstellung jedoch ein: Rumpf und Gliedmaßen des Riesen sind mit einer dichten Ansammlung von Menschen durchsetzt, die der menschenleeren Stadt zu entstammen scheinen. Die durch den Schatten des Leviathan geschaffene Spur verweist auf ihre Herkunft und eigenständige Existenz als Bürger der Stadt. Die Stadtarchitektur ist sorgfältig geordnet und streng geometrisch aufgebaut. Ausschließlich ein paar Soldaten beziehen dort ihre Stellung als Hüter der Ordnung und Sicherheit vor dem ungewissen *Außen*. Alle anderen Bürger sind nunmehr Konstituenten eines synthetischen Körpers. Im Gegensatz zum heteromorphen Rumpf, weist der Blickfänger des Bildes, der Kopf des Koloss, einen konsistenten Charakter auf und ist in seiner Totalität als Individuum wahrzunehmen. Es entsteht ein Vexierbild mit drei semantischen Feldern. Das eines metaphysischen Körpers, das eines natürlichen Körpers, sowie eines durch die Gebundenheit an die synthetische Leistung von Menschen vermittelten Sozialkörpers. Die Menschen als Fragmente haben sich aus ihrem *"natürlichen"* Sinnzusammenhang gelöst, um zum Material einer neuen Lebenskonzeption, einer *Wirklichkeit* mit eigenem Recht zu werden. Der politische Körper beseitigt jede Unvollkommenheit der natürlichen Körper. Ihre Schwächen werden gegenseitig ausgeglichen. Die Riesengestalt schafft nicht nur eine Atmosphäre der Übermacht und Bedrohung, sondern spricht auch Erwartungen und Bedürfnisse des Adressaten an. Die Evokationen von Gemeinschaft, Schutz, Sicherheit und Ordnung kontrastieren mit denen von Unterwerfung und der Reduktion des Einzelnen zu Materie und Material eines übergeordneten Ganzen.

Die Darstellung des Korpus zeigt keine Binnendifferenzierung nach Organen, weshalb die Teile in einem gleichberechtigten Nebeneinander gesehen werden können und deren freiheitliches Verhältnis zueinander betont wird. Die Personen sind nicht untereinander verschränkt, als ob sie solidarisch einander gesinnt sind, sondern orientieren sich starr an dem passionsfreien und von menschlichen und zeitlichen Leidenschaften befreiten Kopf des Souveräns. Gleichwohl treten das im Oberkörper kognitiv verortete Herz mit dem Haupt in Konkurrenz darum, die verschiedenen Glieder der ganzen menschlichen Gestalt zu beleben und zu regieren. Als symbolischer Mittelpunkt wurde das Herz vor allen Teilen geschaffen und führt allen anderen Gliedern lebensspendende Kraft zu. Einmal jedoch zum Leben erweckt, wird der Körper in nicht geringem Maße zu einem perpetuum mobile, zu einem Automaten.

Von allen Standorten aus wenden sich die Menschen synchron dem Kopfe des Leviathans zu. Letztlich dienen die Teile dem herrschenden Geist mit dem Kopf als Träger versinnbildlichter machtpolitischer Bedeutung. Dieser stellt den Sitz der vitalen Kräfte dar, die den Gesellschaftskörper erhalten, sowie der organisierenden Fähigkeiten, die ihn zusammenhalten, seine Aktivitäten zu *"sinnvollen"* Handlungen umsetzen und Richtung, Rhythmus und Ziel

seiner Bewegungen anregen. Der leitende Kopf mit seinem Gewaltapparat hat dafür Sorge zu tragen, das im Kontinuum des Sozialkörpers keine Lücken entstehen, da in diesen Leerstellen sich der potenziell die Gesellschaft irritierende Streit darüber, was denn in Wahrheit verbindlich sei, entfachen könnte. Er repräsentiert Einheitlichkeit und Gemeinschaft. Die Dichte, in der die Bürger aneinander gedrängt sind, ebenso die Einheitlichkeit des Lichteinfalls und der perspektivischen Raumkonstruktion sind bildhafter Ausdruck dessen. Das Subjekt als Zelle im übergreifenden Kosmos muss seine Einbindung in einen gesellschaftlichen Sinnzusammenhang mit einer Abgabe an Verfügungsgewalt und einer Distanz zum *"natürlichen"* Dasein bezahlen. Da sich der Leviathan jedoch durch den koordinierten sozialen Verkehr der Bürger konstituiert, bleibt er tief an diese gebunden. Er steht mit ihnen in einem natürlichen und notwendigen Verhältnis, das nicht aufgelöst werden kann, ohne dass der ganze Körper empfindlichen Schaden erleidet oder in seinem Leben bedroht ist. Nur durch die besondere Beschaffenheit, die Funktionsweise, die Lebensbewegungen und die Mechanik seines Körpers wird ihm Handlungskompetenz ermöglicht, wie auch die Menschen von einer ordnenden und strukturierenden Instanz abhängig zu sein scheinen.

An die Stelle einer auf einen sakralen Ursprung zurückgehenden, in alle Ewigkeit unverrückbaren und menschlichem Eingriff unverfügbaren Ordnung, die im göttlich eingesetzten Monarchen ihren Repräsentanten fand, tritt die Idee der Selbstinstitutionalisierung der Gesellschaft. Nach Hobbes setzt der moderne Rationalismus und Empirismus eine realistische, mechanistische und materialistische, auf das Herstellen gerichtete Denkform an die Stelle einer symbolischen und mythologischen, die einen Ursprung deutet. *„Statt sich aus einem mythischen Ursprung abzuleiten und auf ihn bezogen zu bleiben, entwirft sich die Gesellschaft auf einen offenen Horizont der Zukunft hin“* (Klinger 2002: 220). So gesehen, müsste die Konstruktion der Bürger ontologische Transparenz besitzen. Ihre Froschperspektive im politischen Körper weist jedoch darauf hin, dass die Bildbetrachter eine unheimlich privilegierte Position besitzen. Die der nach logischem Konzept gegliederten Welt vorausgesetzte Formen sind gemäß Hobbes nicht schlicht wahrnehmbar wie die Dinge der sinnlichen Wahrnehmung. Die rationale Einrichtung lässt den Staat unsinnlich erscheinen. Aufgrund der Größe und Anzahl und dem natürlichen Austausch von Konstituenten kann die verbale Beschwörung von Ganzheit und Einheit die Kriterien unmittelbarer Präsenz und Partizipation nicht erfüllen. Die Einheit des Gemeinwesens bleibt an Sinnlichkeit gebunden, an die Vorstellung von Natur, Organismus und Leiblichkeit des *body politic*. Sie muss positiviert und materialisiert werden.

4.4 KÜNSTLICHKEIT DER POLITIK – NATÜRLICHKEIT DER GESELLSCHAFT

Mit Foucault gesprochen entsteht bei Hobbes dargestellter feierlicher Vereinigung eine Kultur der Ordnung, der Mathematisierung und des Tableaus, der vernünftig gegliederten Ordnung der Zeichen (Foucault 1978: 81). War im 16. Jahrhundert das Wissen noch nach der Logik der Ähnlichkeit organisiert, in der die Wörter und Zeichen als analoges Abbild der bezeichneten Dinge galten, garantiert seit Mitte des 17. Jahrhunderts die rationale Ordnung der Zeichen die Erkennbarkeit der Welt. Die Sprache gewinnt an Souveränität und bildet nicht mehr ab, sondern repräsentiert, teilt, verknüpft und entknüpft. Was zu sagen möglich ist, kann jedoch nur im Rahmen der Zeichenordnung liegen, die dem Bewusstsein vorgängig ist (Ebd.:

101). Phänomene wie Wörter, Pflanzen, Tiere, Werte und Krankheiten etc., gilt es in einem Tableau der Taxonomien einzuordnen, das die Welt lückenlos erschließen soll. Dieser auf die Erscheinungen, ihre Häufigkeit und Chronologien gerichtete Blick schwebt über den Phänomenen und fragt nach den in einem Tableau einordenbaren Identitäten und Differenzen von Dingen, um die Synthesen, das heißt die Einheit der Dinge denkbar zu machen. Die Serie und der Vergleich bilden die Werkzeuge, welche in der Auslegung des Phänomens in der Fläche das Individuelle auflösen. Dieser Umgang mit Objekten war ein vornehmlich kommentierender und bezog sich auf jederzeit in Sprache übersetzbare Wahrnehmungsschichten.

Das Messen von Regelmäßigkeiten zeigte indessen, dass es sich bei einer Bevölkerung nicht nur um eine Ansammlung von Individuen handelte, sondern um eine eigene Wirklichkeit mit eigenständigen Effekten. Indem es die Statistik möglich machte, diese Effekte zu quantifizieren, lieferte sie gleichsam das Material für den Entwurf einer statistischen Normalität der Ereignisse und Bewegungen innerhalb einer Bevölkerung. Die *"politische Ökonomie"* entstand - als Wissenschaft, die die Verflechtungen und Beziehungen von Bevölkerung, Territorium und Wohlstand erfasst und analysiert (Foucault 2003: 97f). Sie stellte der *„Künstlichkeit der Politik“* die *„Natürlichkeit der Gesellschaft“* und die Spontaneität des freien Marktes gegenüber.

Die Erschütterung der feudalistischen Strukturen, die Auflösung von bis dato einheitlichen religiösen Zusammenhängen durch die Reformation und Gegenreformation, sowie die Bevölkerungsexpansion bewirkten Foucault zufolge, *„dass die Dinge plötzlich nicht mehr auf die gleiche Weise perzipiert, beschrieben, genannt, charakterisiert, klassifiziert und gelernt werden“* (Foucault 1978: 269). Demnach entsteht Wandel in der Wissenschaft durch letztlich kontingente und bruchartige Diskontinuitäten und nicht durch einen kontinuierlichen Prozess der sukzessiven Entdeckung von Neuem entlang von Traditionslinien. Keine Theorie gäbe es, die sich nicht in die Historizität aller Formen des Wissens einrücken ließe. In diesem Fall waren es hauptsächlich ökonomische und demografische Prozesse, die sich den Regierenden als Probleme stellten und das Regierungsobjekt in einem neuen Licht erscheinen ließ. Die Schaffung von territorialen, administrativen und kolonialen Staaten ging mit dem Streben nach einer Kontinuität der Regierungspraxis, einer *"policy"*, sowie nach einer ökonomischen Leitung einher. Regieren wurde nun als etwas verstanden, was der Gesellschaft grundsätzlich immanent ist und nicht nur die Tätigkeiten des politischen Souveräns betrifft. Auch der Familienvater ist ein Regent, indem er eine Familie bzw. einen Haushalt führt und umsorgt. Sein gutes Regieren auf unterster Ebene bildet die Voraussetzung für das Regieren größerer Einheiten. Mit der Verallgemeinerung der politischen Souveränität müssten nun, argumentiert Foucault, *„die Rechtssubjekte selbst wie eine Souveränität erscheinen, die eine Regierung leiten muss“* (Foucault 2002: 42-45). In diesem Zusammenhang verweist Foucault auf die Metapher des Schiffes, auf welchem sich der Kapitän mit einer Vielzahl von Einflüssen menschlicher und sächlicher Natur auseinandersetzen muss, um seine Ladung sicher in den Hafen bringen zu können (Foucault 1991: 46). Wie der Kapitän seine Mannschaft führt, für sie sorgt und sie in diesem Sinne regiert, bedeutet die Regierung die Führung und die Sorge um eine Menge von Menschen. Die Geschicke der Bevölkerung sind zu verbessern und ihr Wohlstand, ihre Gesundheit und ihre Lebensdauer zu steigern (Foucault 2000: 158). Denn an der *Optimierung* des Lebens und der Herstellung von Sicherheit im gesamten Territorium bewährt sich die Macht und aus ihr gewinnt sie Legitimation. Das bedeutet auch, die Eigeninteressen und Begehren der Subjekte zu berücksichtigen, da diese sich gesamtgesellschaft-

lich positiv auszuwirken verheißen. Dieses Verständnis führte zusammen mit der Wahrheitsfunktion des Marktes zu einer inneren Begrenzung der staatlichen Macht. Der liberale Staat, wie dieser sich im 18. Jahrhundert auszubilden beginnt, ist auf die Schaffung einer Ordnung bedacht, innerhalb derer die Gesellschaft funktioniert und sich die systemnotwendige Freiheit des Marktes und des Individuums entfaltet. Die Handhabung mit den aus den Freiheiten einer gesamten Bevölkerung erwachsenden Risiken besteht in der Errichtung eines Sicherheitsdispositivs, welches die Interessen reguliert und die Bedingung für die Realisierung der individuellen Freiheit darstellt.

„Ich werde dir die Möglichkeit zur Freiheit bereitstellen.

Ich werde es so einrichten, dass du frei bist, frei zu sein.“ (Foucault 2002: 97)

4.5 PRODUKTIVITÄTSSTEIGERUNG ALS MAXIME DER REGIERUNG

Das staatliche Risikomanagement der liberalen Gouvernmentalität ist darauf angewiesen, die relative Undurchdringlichkeit der Gesellschaft zu respektieren (Foucault 2005: 327). Denn ein zu starkes Regieren würde die notwendige Freiheit beeinträchtigen. Zur Maxime der Regierung wird nicht die Disziplinierung der Individuen, vielmehr die Erhöhung der Produktivität der Bevölkerung, aufgrund derer sie den Bürgern staatliche Wohlfahrt zukommen lässt. Diese liberale Macht- und Verwertungslogik hat nach Foucault zur Konsequenz, dass das Subjekt im Wesentlichen zum „*homo oeconomicus*“ (Foucault 2004: 112ff) wird.

Gleichsam beginnt sich eine soziale Ökonomisierung abzuzeichnen. Gerade als Verwalter der Körper, des Lebens und des Überlebens hätten viele Regierungen in unzähligen Kriegen massenhaft Menschen töten lassen. Die Selektion von als „*krank*“, als „*fremd*“, als „*unrein*“ oder als „*rassisch anders*“ vorgestellten Teile der Bevölkerung resultiere in ihrer sozialen Ausgrenzung, ihrem sozialen Tod, oder in ihrer tatsächlichen Tötung. Nach Ansicht von Foucault hat diese elementare Entscheidung zwischen „*dem, was leben soll und dem, was sterben muss*“ (Foucault 1999: 295), um das Überleben der Mehrheit zu sichern, in großem Maße die Geschichte des Liberalismus und des liberalen Staates geprägt.

4.6 BEHANDLUNG DER IRREN DURCH MORALISCHE ZWÄNGE

Auch in den Irren sprach etwas von Unterschied und rief Unterscheidung hervor. Da die Irren eben diese Eigenheit hatten, für ihre Familie oder die Gruppe, in der sie lebten, irritierend zu sein, erfuhren die als *desorganisiert* Verstandenen im 18. Jahrhundert eine ordnungsstiftende Behandlung. Die Konstituierung des Wahnsinns als Geisteskrankheit, unter dessen gelehrten Beobachtung, Einsperrung und ärztlichen Behandlung, ließ den Wahnsinn dann nur noch als Krankheit erscheinen, als von der Vernunft beschreibbares, in die Strukturen der Institutionen und des Wissens eingeschlossenes Objekt (Sarasin 2005: 19). Bis ins 19. Jahrhundert war „*Manie*“ der Begriff für Wahnsinn, während und „*Melancholie*“ – hier noch nicht als

trauriger Affekt verstanden – einen Subtypus bildete (Lakoff 2005: 33). Esquirol führte das Konzept der *"Monomanie"* oder auch *"partiellen Irrsinns"* ein, um einen weiteren Subtypus von der Manie zu unterscheiden, in welchem nicht alle ihre Eigenschaften impliziert waren. Dieser partielle Irrsinn sei mehr eine Dysfunktion des Affekts oder des Willens, als eine Störung des Intellekts, was erkläre, warum manche, die rational schienen, dennoch nicht für ihre Aktionen bzw. Passionen verantwortlich gehalten werden könnten.

Foucault beschreibt die klinische Praxis der Irrenbehandlung zugespißt als Ersetzung der physischen Zwänge durch moralische Zwänge, als Unterordnung unter eng gefasste soziale Normen, als Verantwortlichmachung des Wahnsinnigen für seine soziale Abweichung und als Spiel sozialer Rollen nach dem Muster der bürgerlichen *„heiligumartigen Familie, die eine institutionelle Parodie darstellt, aber eine wirklich psychologische Situation ist“* (Foucault 1973: 513). Der Wahnsinn sei in der neuen Welt der Anstalt etwas geworden, was wesentlich eine menschliche Innerlichkeit, die Seele, ihr Schuldgefühl und ihre Freiheit betrifft *„und dadurch wird der Wahnsinn zum erstenmal in der abendländischen Welt nach Status, Struktur und Bedeutung psychologisch“* (Foucault 1968: 112). Die ununterbrochene Unterwerfung unter eine moralische und gesellschaftliche Kontrolle sollte dem wahnsinnigen Subjekt die Gefühle der Abhängigkeit, der Ergebenheit, der Schuld und des Dankes wieder einprägen, die das moralische Rückgrat des Familienlebens seien. Der Irre wurde entmündigt, rechtskräftig dem Kind gleichgestellt und mit Schuld behaftet.

„Die Geltung des Patriarchates, repräsentiert durch den allmächtigen Arzt im Asyl, belebt alles um ihn herum in der bürgerlichen Familie. Diese historische Sedimentierung wird die Psychoanalyse später an den Tag bringen und ihr in einem neuen Mythos die Bedeutung des Schicksals geben, das die abendländische Kultur und vielleicht jede Zivilisation durchfurchen soll.“ (Foucault 1973: 512)

Die patriarchalische Praxis, welche Heilung durch die Identifikation mit dem Vater-Arzt versprach, sei vergessen und von Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse, in die *"Tiefe"* der Psyche projiziert worden (Foucault 1973: 533). Das nach dem Drama *"König Ödipus"* von Sophokles *"Ödipus-Komplex"* benannte psychische Verhältnis des männlichen Kindes zum gleichgeschlechtlichen Elternteil nimmt für Freud eine zentrale Bedeutung *„für das Verständnis der Menschheitsgeschichte“* ein (Freud 1900: 270).

„In *"Totem und Tabu"* ist mir die Vermutung nahegekommen, dass vielleicht die Menschheit als Ganzes ihr Schuldbewusstsein, die letzte Quelle von Religion und Sittlichkeit, zu Beginn ihrer Geschichte am Ödipus-Komplex erworben hat.“ (Freud 1916/17: S. 344)

Gemäß Freud gründet der Komplex in der unbewussten Sehnsucht des männliche Kindes nach einer Wiedervereinigung mit der Mutter und den damit verbundenen Hassgefühlen gegenüber dem um die Gunst der Mutter rivalisierenden Vater. Ein notwendiger Schritt in der Entwicklung des Kindes besteht in der vom äußeren Zwang durch den Vater abhängigen Zähmung der aggressiven Triebe. Mit der Akzeptanz der Autorität des Vaters und der Verdrängung des auf die Mutter gerichteten sexuellen Begehrens erfährt der ödipale Konflikt den günstigsten Ausgang. Aus dem infantilen Wunsch nach Inzest und der Bekämpfung des

Vaters wird idealerweise der reifere Wunsch, dem Vater nachzueifern und außerhalb der eigenen Familie eine andere Frau zu begehren. Durch die Identifikation mit dem vorbildhaften Vater wächst das Kind in seine Geschlechterrolle hinein und findet eine Identität. Diese individuelle Funktion der Überwindung des Ödipuskomplexes sah Freud durch die soziale Institution des Inzestverbots bestätigt. Claude Levi-Strauss wiederum machte die soziale Funktion jenes Tauschakts in der Öffnung der Familie gegenüber ihrer sozialen Umwelt aus und erhob diesen zur Nahtstelle von Natur und Kultur (Levi-Strauss 1967: 238).

„Künftig und für einen Zeitraum, dessen Ende wir noch nicht fixieren können, werden die Diskurse der Unvernunft unlösbar mit der halb realen, halb imaginären Dialektik der Familie verbunden sein.

So wird in der modernen Welt das, was einst die unaufhebbare Konfrontation der Vernunft mit der Unvernunft war, zum stummen Schlagen der Instinkte gegen die Festigkeit der Institution Familie und gegen ihre archaischen Symptome werden.“ (Foucault 1973: 513)

Auch der neue Star der Psychoanalyse und Zeitgenosse von Foucault, Jacques Lacan, der basierend auf den strukturalistischen und linguistischen Theorien der Zeit eine neue Lesart von Freuds Theorien vorschlug, blieb bei einer sehr mechanistischen Erklärung des Menschen. Er interpretierte den Ödipuskomplex metaphorisch und argumentierte, dass die psychischen Konflikte des Kindes durch den schmerzvollen Übergang von der sinnlich binären Beziehung zur Mutter in eine tripolare Welt strukturiert sind (Lock 2012: 172). Die Tripolarität besteht bei Lacan in der Konfrontation mit der Sprache und der Macht des paternalen Gesetzes. Die kindliche Identität werde durch den beschwerlichen Eintritt in die Sprache und Kultur genauso geformt wie durch die primäre Beziehung zu der Mutter. Wie auch Levi-Strauss konzipierte Lacan die Dezentrierung des Subjekts als ein durch die Exteriorität der Sprache strukturiertes Unbewusstes. Das Subjekt werde mit dem *"non-du-pere"* (Lacan 1966: 575), dem Nein des Vaters, einer symbolischen und normativen Ordnung unterworfen, welche auf diese Weise das Unbewusste wie auch das Begehren, das heißt die tiefsten Antriebe des Subjekts forme (Foucault 1977: 101).

Die Entdeckung des psychoanalytischen Triebkonzepts verortet Foucault gleichsam in der Entstehung einer spezifischen Unterwerfungsmethode (Foucault 1975: 173f). Die Wandlung von der öffentlichen Bestrafung von Straftätern zur psychiatrischen Normalisierung im Gefängnis habe zur *"Entdeckung"* einer morbiden Dynamik der affektiven Triebe durch die Gerichtspsychiater geführt. Verborgene menschliche Triebe schienen jene Taten plausibel zu erklären, denen offensichtlich ein rationaler Grund fehlte. Darüber hinaus wurde die Geisteskrankheit als Störung des Entwicklungsablaufs der menschlichen Natur betrachtet, die infantile Verhaltensweisen oder archaische Formen der Persönlichkeit hervorruft. Foucault betont, dass derartige pathologische Fixierungen und Regressionen nur in einer bestimmten Kultur möglich sind. Damit Verhalten als regressiv und als eine irreduzible pathologische Tatsache angesehen werden kann, *„muss die Kultur die Vergangenheit nur als eine zum Verschwinden gebrachte integrieren können“* (Foucault 1968: 122).

4.7 WURZELN DER HUMANWISSENSCHAFTEN

Wie sich Wissen im Raum organisiert und Räume strategisch von Wissen besetzt werden, zeigte sich für Foucault fest umrissen in den architektonischen Strukturen des Panopticons (Foucault 1976: 257). Diese seien vergleichbar mit jenen Ordnungsstrukturen, die einen Diskurs errichten und gliedern. Beide schaffen Ordnung in einem rohen Aggregat von unregelmäßigem Reden und unorganisierten Menschenmassen, beide organisieren Sichtbarkeit durch Raumgliederungen und beide haben die Funktion des Sinnstifters demokratisiert. Jeder, der es vermag sich an der richtigen Stelle in der Struktur zu positionieren, könne Deutungs- und Verfügungsmacht ausüben.

Topologische und räumliche Untersuchungen charakterisieren Foucault gemäß die spezifische Wissensordnung seit dem frühen 19. Jahrhundert (Foucault 1991: 19). Die ersten anatomischen Untersuchungen des toten Körpers sprengten den alten Zeichenraum und das formale Tableau der Repräsentation (Ebd.: 139). Die Akteure der Anatomie misstrauten der Sprache, öffneten den endlichen und reglosen Körper, ergründeten die Gewebe und Strukturen, zerlegten diese in Elemente und klassifizierten sie nach der jeweiligen Lebensfunktion (Ebd.: 143). Erst auf diese Weise konnte auch die Biologie als eine Geschichte der Entwicklung organischer Funktionen verstanden werden.

Die Isolation eines eigenen Gebietes des Menschen und die Sprengung des alten Zeichenraumes geschah für Foucault ebenso deutlich bei Immanuel Kant (Foucault 1978: 305). Kant erblickte in den apriorischen Strukturen der reinen Vernunft, das heißt in einem jeder Erfahrung vorausgesetzten transzendentalen *"Ich"*, den Fixpunkt jeder Erkenntnis. Bisher hatte die Vorstellung des *"Menschen"* keine für das Wissen konstitutive und maßgebende Rolle gespielt. Das Denken war auf die Abhängigkeit von der Gnade Gottes und die Idee der Ewigkeit ausgerichtet. Mit Kant aber wird der Mensch zur Grundlage, zum Maßstab und zum Ziel des Denkens und Wissens. Denn *„die Vernunft kann nur das an der Natur erkennen, was sie vorher in sie hineindenkt“* (Kant zitiert nach Ludwig 1995: 32). Infolgedessen wird auch der Sprache nicht mehr lediglich die Funktion der Repräsentation der Welt zugesprochen, vielmehr ein eigenes geschichtliches Sein mit einer eigenen grammatikalischen Totalität (Foucault 1978: 344/360).

Die historische Mächtigkeit der Sprache, genauso wie die Kraft des Lebens und die Fruchtbarkeit der Arbeit, zieht jedoch die Gewissheit des cartesianischen Cogito wie auch des kantischen transzendentalen Ich in Zweifel (Foucault 1978: 344/360). Wie kann ich meiner selbst gewiss werden, fragt Foucault, wenn mein Bewusstsein vom System und der Geschichte der Sprache, von der Entfremdung der Arbeit, von der Unausschöpflichkeit des Lebens und der Lebendigkeit meines Körpers durchkreuzt wird (Ebd.: 389)? Das einerseits als endlich verstandene Subjekt muss andererseits ins Unendliche transzendieren. Die Bemühung, diesem Dilemma durch unentwegt weitergetriebene Reflexion und Wissensvermehrung zu entkommen, bezeichnet Foucault als den *"Willen zur Wahrheit"* (Ebd.: 17). Das anthropozentrische Ideal vollständiger Selbsttransparenz, das alles Unbewusste, Hintergründige, Körperliche und Bedürfnishaftes selbstdurchsichtig zu machen gedenkt, schlägt jedoch in Zwang und Selbstversklavung um. An die für das moderne Denken konstitutive Bemühung, *„das Ungedachte zu denken“*, um nicht nur die Endlichkeit des Menschen auszumessen, sondern sie von der Sprache, der Arbeit und des Lebens her in Frage zu stellen, hätten die Humanwissenschaften (Anthropologie, Soziologie, Psychologie etc.) keinen Anschluss gefunden. Die

junge Erfindung *Mensch* werde wieder verschwinden „wie am Meeresufer ein Gesicht im Sand“ (Foucault 1978: 462).

„Es gab drei Wege, um aus dieser Sackgasse herauszufinden:
entweder mittels einer objektiven Erkenntnistheorie;
die war sicher in der analytischen Philosophie oder dem Positivismus zu suchen;

oder durch eine neue Analyse der signifikanten Systeme;
hier waren die Linguistik, die Soziologie, die Psychoanalyse usw.
die Entstehungsorte dessen, was Strukturalismus genannt wird;

oder indem man versucht, das Subjekt wieder im historischen Bereich jener Praktiken
und Prozesse anzusiedeln, in denen es nie aufgehört hat, sich zu wandeln.“
(Foucault 2004: 640)

Mit der Beschreitung des oben skizzierten dritten Weges begibt sich Foucault auf die Suche nach möglichen „*Immanenzformen des Subjekts*“ (Ebd.). Von der Perspektive der *Subjekt-konstitution* durch den Ausschluss der Anderen wendet er sich der *Selbstkonstitution* zu. Die iranische Revolution im Jahr 1978 war es, die Foucault den Impuls zum Verfolgen dieser Fährte gab. Denn im Aufbegehren der iranischen Massen gegen den Schah von Persien sah Foucault ein neues Subjekt *aufstehen*, dessen Vokabular bezeichnenderweise nicht aus dem Feld der Macht käme. Ihre tiefgreifende Spiritualität sei es, die ihrem Aufbegehren eine Kraft und eine Form gebe. „*In den Straßen von Teheran wurde kollektiv und im Rahmen religiöser Riten ein politischer und staatsrechtlicher Akt vollzogen: die Absetzung des Herrschers*“ (Foucault 2003: 935).

Die Revolte der Iraner stellt für Foucault keine Revolution im wörtlichen Sinne dar. Vielmehr sei diese die Anstrengung, unter der Last der Ordnung der ganzen Welt aufzustehen und sich aufzurichten. „*Das ist vielleicht die erste große Erhebung gegen die weltumspannende Systeme, die modernste und irrsinnigste Form der Revolte*“ (Ebd.: 897).

Mit bloßen Händen bäumten sich Ölarbeiter und Bauern aus den Teheraner Vorstädten gegen eine mit Maschinengewehren bewaffnete Staatsmacht auf. Niemand müsse zwar glauben, dass die wirren Stimmen die letztgültige Wahrheit sagten. Es genüge jedoch, dass die Stimmen erhebt werden und alle versuchen sie zum Schweigen zu bringen, damit es sinnvoll sei sie anzuhören und verstehen zu wollen, was sie sagen (Foucault 1979c). Foucault warnt allerdings auch vor dem Potenzial dieser spirituell inspirierten Volksbewegung, in eine reaktionäre islamische „*Ordnung*“ umzukippen, was mit dem Prinzip zusammenhänge, wonach die Macht, die ein Mensch über den anderen ausübt, stets gefährlich ist (Foucault 2003: 855). Was Foucault fasziniert, ist die Tatsache, dass sich Menschen erheben, und auf diesem Wege nicht die Subjektivität der großen Männer, sondern die jedes beliebigen Menschen in die Geschichte gelange und ihr Leben einhauche. In der bisherigen foucaultschen Sichtweise, ist dieses radikale „*Außen*“ der religiösen Spiritualität schlicht „*Wahnsinn*“ (Sarasin 2005: 188).

4.8 MEISTER DES WAHNSINNS – WAHNSINNIGE MEISTER

"*Les Maitres Fous*" - der Titel des vielbeachteten und kontroversen Films des Ethnologen Jean Rouch aus dem Jahre 1955 kündigt ambivalent von "*Meistern des Wahnsinns*" und "*Wahnsinnigen Meistern*". Die im Wortarrangement durchschimmernde, wechselseitige Inklusion von Anordnung, Ordnungsmacht und *geistiger Unordnung* vermag es, an die ein Jahr zuvor mit dem Werk "*Maladie et Personnalite*" publizierte Theorie des Wahnsinns von Michel Foucault zu erinnern, deren Überarbeitung sich 1961 in dem Buch "*Histoire de la folie à l'âge classique – Folie et déraison*" manifestierte. In *Maladie et Personnalite* hatte Foucault die gesellschaftliche Bedingtheit von Geisteskrankheiten als Formen der *Entfremdung* des Menschen herausgearbeitet. Dementsprechend weist die Mehrdeutigkeit des Titels *Les Maitres Fous* und das Spiel mit Perspektivität darauf hin, dass der Zugang zur Materie in der Regel über externe Interpretationsmodelle erfolgt. Auch im Zuge des Films spielt Rouch mit gemeinhin populären ethischen und ästhetischen Wertungen, die er so drastisch miteinander konfrontiert, dass schnell klar wird, dass wir es nicht mehr mit Bildern von der Welt, sondern mit Bildern von der Beschreibung der Welt zu tun haben. Diese Verfremdung steht im Gegensatz zu anderen zeitgenössischen ethnografischen Filmen, die auf jene oder andere Weise versuchen, sich mit dem beständig einstellenden Gefühl der Andersheit auseinanderzusetzen.

Im Vorspann des Films wird das Publikum zunächst schriftlich vor der Gewalt und Grausamkeit bestimmter Szenen des Filmes gewarnt. Es folgt der Appell, vollständig an einem Ritual teilzunehmen, das vor allem eine Antwort auf das Problem der Eingliederung in die Gesellschaft sei und welches indirekt zeige, wie bestimmte Afrikaner „*unsere okzidentale Zivilisation*“ erfahren. Eine *vollständige Teilnahme* könnte bedeuten, das Ritual nicht von einem ethnozentrischen Standpunkt aus zu *betrachten*, sondern das Gefilmte *mitzuerleben*.

Der Film beginnt. Es ertönt laute militärische Marschmusik, einen Augenblick später erscheint das Bild eines Zirkels ausgestreckter schwarzer Arme, deren Hände einen gefüllten runden Kochtopf im Bildzentrum berühren, und wir erhalten die schriftlichen Informationen:

„Die jungen Menschen, die mit einer mechanistischen Zivilisation kollidieren, kommen aus den Städten im Buschland Schwarzafrikas. Aus dieser Kollision entstehen Konflikte und neue Religionen. Darin gründet die seit 1927 entstehende Sekte der Hauka. Der Film stellt eine Episode des Lebens der Hauka in der Stadt Accra dar. Er ist auf Wunsch der Priester Mounyebte und Moukayla gedreht worden, die stolz auf ihre Kunst sind.“²¹

Die ersten bewegten Bilder zeigen die Rückenansicht eines in weißem und langem Hemd-
kleid gekleideten schwarzen Mannes, der sich mit Hilfe eines Gehstockes auf die Gleise einer
Eisenbahn zubewegt, deren Anrollen bereits zu hören ist. Die Kamera folgt dem Mann eben-
so wackelnd und bringt mit der Bewegung einen ausgestreckten Arm mit roter Signalfolge

²¹ Letzte Tafel des Vorspanns von *Les Maitres Fous*.

4. Michel Foucault – eine Genealogie der psychiatrischen Expertise

in das Bild. Die Kamera stoppt mit dem Mann, welchem von der einfahrenden Eisenbahn Einhalt geboten wurde. Wir sehen: den wartenden Mann, einen Arm mit roter Flagge im Vordergrund, und eine bleiernde, wuchtige und bewegte Eisenbahn im gesamten Hintergrund. Mensch, Maschine, maschinisierter Arm mit Flagge. Die Flagge, die wie andere Flaggen auch zur visuellen Übertragung von Informationen über eine größere Distanz dient, signalisiert uns demonstrativ unsere eigene Distanz und weist gleichzeitig auf die Präsenz der britischen Kolonialmacht, die aufgrund zahlreicher Straßenverkehrsunfälle mit Dampfwagen und Lokomobilen den *"Red Flag Act"* eingeführt hatte. Der die Flagge haltende Arm deutet vor allem aber die Figur des *Uniformierten* an.

In seiner Schrift *"Überwachen und Strafen"* führt Foucault die Disziplinierung der Körper-Bewegungen im soldatischen Drill nach einem exakt vorgeschriebenen Schema als einer der ersten Elemente einer Machttechnologie an, die sich den Körper als Gegenstand und Zielscheibe wählte (Foucault 1976: 173). „[...] aus einem formlosen Teig, aus einem untauglichen Körper macht man die Maschine, derer man bedarf.“ Dabei ging es zunehmend weniger um die äußere Erscheinung des Körpers als Zeichen, als um seine Kräfte, um die *„Ökonomie und Effizienz der Bewegungen und ihrer inneren Organisation“* (Ebd.: 174). Zeit, Raum und Bewegungen wurden bis ins kleinste codiert.

„Das Verhältnis des Zuchtmeisters zum Zögling läuft über Signale: es geht nicht um das Verstehen des Befehls, sondern um die Wahrnehmung des Signals und die alsbaldige Reaktion darauf entsprechend einem vorgegebenen code.

Der Körper befindet sich in einer kleinen Welt von Signalen, denen jeweils eine einzige obligatorische Antwort zugeordnet ist.“ (Foucault 2003.: 214)

Kommandos von fremden Stimmen und Formationen äußerer Bilder dirigieren die Bewegungsabläufe des Militärs, die selbst weniger Handlungen sind, als die Effekte fremder Handlungen. Drill erscheint als Einübung des Zugriffs in eine fremde Handlungsfähigkeit (Schüttpelz 2005: 294).

Das Militär funktionierte wie Maschinen aufgrund von Isometrie, einer Bewegung, die immer in sich aufgeht und daher im Vergleich zu anderen Bewegungsformen relativ bewegungslos bleibt (Schüttpelz 2005: 293). Das Einüben von Verhaltensregeln und Normierungen im Korps-Geist der Truppen hat sich nach Foucault im frühen 19. Jh. in Europa in immer weitere Teile der Bevölkerung ausgebreitet (Foucault 1976: 268). Grundsätzlich war das Ziel jeder Übung und jeder Erziehung eine durch Codes definierte Norm, der die Körper angeglichen werden sollten, und nicht länger ein moralisch verstandenes *"richtig"* oder *"falsch"* (Sarasin 2005: 136).

„Hinter den Disziplinarmaßnahmen steckt die Angst vor den 'Ansteckungen', vor der Pest, vor den Aufständen, vor den Verbrechen, vor der Landstreicherei, vor den Desertionen, vor den Leuten, die ungeordnet auftauchen und verschwinden, leben und sterben.“ (Foucault 1976: 254)

Nachdem im Film *Les Maitres Fous* die Eisenbahn aus dem Bild gefahren ist, überquert der Mann in ein paar Sprüngen die Gleise, wie es auch die dicht gedrängte Menschenmenge tut,

die ihm entgegenkommt. Der Bildraum öffnet sich. Es folgt eine Reihe an Sequenzen im kolonialen und touristischen Jargon: „*Accra, die Hauptstadt der Goldküste, ein Babylon Schwarzafrikas[...]*“ Die Betriebsamkeit, das Laute und Anstrebende der Stadt werden mit der Kamera *eingefangen*. Mit der lebhaften Bewegung kontrastieren die unbeweglichen Polizisten in ihren schwarzen Uniformen. Sie verkörpern den Anspruch auf Regulierung der kolonialen Mobilität. Dann wird uns ein Einblick in die Geschäftigkeit der Stadtbewohner geboten und die Berufsgruppen der Hauka-Anhänger werden in Kürze vorgestellt: „*Grass Boys*“, „*Cattle Boys*“ und „*Hygiene Boys*“ etc.

Das angekündigte Ritual findet weit weg von der Stadt im Buschland statt. Wanderarbeiter aus der französischen Kolonie Niger, die zum Arbeiten jedes Jahr an die britische Goldküste im heutigen Ghana reisen, Migranten im mehrfachen Sinn, machen sich auf den Weg dorthin. Der beim Auszug aus der Stadt ertönende Gesang enthält die Zeilen „*Le Houka, qui n'a pas peur du feu, n'a pas peur du Tyarkaw*“ (Rouch 1960: 134) und geht leise in ein Waldgeräusch über. Wer keine Angst vor Feuer hat, so kann man die Zeilen übersetzen, hat keine Angst vor dem Exorzisten. Wer furchtlos bleibt, ist immun gegen Hexerei. Und wer immun ist gegen Hexerei, ist es auch gegen Hexereiverdacht,

„[...] gegen jede soziale Kontrolle, die insbesondere von den Älteren durch Hexereiverdacht ausgeübt werden konnte. Die Hauka waren ein Jugendkult. Die Immunität ließ sich durch Armulette übertragen, und sie verlieh diesem angefeindeten Kult Autorität, da die Hauka mit dem Versprechen auftreten konnten, Hexerei und Hexereianklagen – also das, was gerade die Dorfgesellschaft bei kolonialen Umbrüchen im Innersten der Familie auseinanderriß – zu beenden.“ (Schüttpelz 2005: 312f)

Am Ort der Ausübung des Rituals kehrt Rouch ab von der zuvor herrschenden hierarchischen Filmweise, die von niemand Rechenschaft schuldigen Intellektuellen dominiert wird, und wechselt zu einer zunehmend esoterischen Fassung. Der sprachliche Kommentar erweckt den Eindruck, es handle sich um eine Art Drehbuch, das einem Experten des Geschehens nachgesprochen ist, „*der auch noch das durchschaut, was kein Laie sehen oder hören te.*“ (Schüttpelz 2005: 290). Den verwirrendsten Vorkommnissen weist die sprechsichere Stimme einen genauen Platz im rituellen Ablauf zu. Die Mitglieder der Hauka-Sekte tanzen zu eindringlicher, hypnotischer Musik und scheppern mit ihren hölzernen Gewehren. Denn Klänge sind es, die den eigenen Geist öffnen und die Hauka-Geister einladen. Diese präsentieren sich durch die Körper ihrer Medien. Der Körper, den sie besetzen, ist nicht mehr den physischen Begrenzungen eines Menschen ausgesetzt, sondern ist tatsächlich ein Hauka-Geist. Um das Bewusstsein den Geistern zugänglich zu machen, verbrennen sie ihre Haut mit Feuerflammen oder heißem Wasser und zeigen durch die offensichtliche Unberührtheit ihre tatsächliche Verwandlung und Furchtlosigkeit an. Die Fremdbestimmtheit der Besessenheit und ihre Unkontrollierbarkeit durch das alltägliche Bewusstsein wird von der kommentierenden Stimme „*wie eine Regieanweisung im Idiom der Kontrolle*“ in Worte gefasst (Ebd.). Die Priester sind es, die den Austausch zwischen Geistern und Besessenen durchschauen, und das Geschehen souverän im Auge haben. Was wir von den in Trance gefallen Besessenen zu sehen bekommen, ist die „*Äußerlichkeit eines Bewegtwerdens*“ (Ebd.: 294). Aber die wahrzunehmenden Bewegungen haben nichts von den fließenden und eleganten Bewegungen anderer Geister der Songhay, der westafrikanischen Gruppe, die ursprünglich von

der Hauka-Götter-Familie in den 1920er Jahren heimgesucht wurde. Von den im Film zu sehenden eckigen Bewegungen gehen starke sinnliche und aggressive Impulse aus. Das Medium Guerba, die Lokomotive, zeichnet sich durch eine besonders hektische Trance aus. Als die ersten Hauka rufen: „*nous sommes les Europeens, nous sommes la force*“ werden wir gewahr, dass die fremdgesteuerten Bewegungsformen ein Ausdruck kolonialen Willens sind und wir einer rituellen Inszenierung kolonialer Fremdgeister beiwohnen. Auch die Beichte, in deren Verlauf Geständnisse abgelegt werden, deutet darauf hin: „*Ich habe mich über die Hauka lustig gemacht, ich habe gesagt, dass es keine Hauka gibt*“, „*Ich habe mit der Frau eines Kameraden geschlafen*“, „*Ich wasche mich nicht, ich bin schmutzig*“.

Das erste Geständnis beruht auf den religiösen und sozialen Zerwürfnissen, die das Erscheinen der Hauka-Geister auslöste. Denn die lokalen Besessenheitspriester weigerten sich, diese als echte Geister zu akzeptieren. Die separatistischen und anarchischen Kräfte der Hauka-Anhänger wiederum resultierten in der Verbannung des Kultes durch die Kolonialmacht (Ebd.: 296). Ein französischer Kommandant ließ sie zusammentreiben und einsperren und zwang sie zur Leugnung der Existenz der Geister. Die letzten beiden Geständnisse beziehen sich auf verletzte Verbote, die insbesondere für Angehörige des britischen Militärs galten. Die Tradition des Geständniszwangs ist, so Foucault, fundamental für das christliche Europa bis zur Psychoanalyse. Sie gründet auf dem

„ungeheuerlichen Gebot unserer Zivilisation..., sagen zu müssen, was man ist, was man getan hat, wessen man sich erinnert und was man vergessen hat, was man verbirgt, woran man nicht denkt und was man nicht zu denken denkt.“

„[...]ein ungeheures Werk, zu dem das Abendland Generationen gebeugt hat, während anderen Formen von Arbeit die Akkumulation des Kapitals bewerkstelligten: die Subjektivierung der Menschen als Untertanen/subjekte (sujets)“ (Foucault 1977: 78)

Es sei das Geständnis und der Zwang zum Geständnis, die jenen subjektiven „*Innenraum*“ und jene Psyche erst in das Leben riefen, die später als jenes Unbewusste auftreten, das die Psychoanalyse entdeckt. Auch die „*Sexualität*“ sei mit der Entdeckung der Bevölkerung als Ressource und Reichtum im 18. Jh. zu einer Angelegenheit des Zwangs geworden. Damit meint Foucault die Regulation des Fortpflanzungsverhaltens, z.B. durch dessen Sozialisierung zu einem verantwortlichen Handeln gegenüber dem „*Gesellschaftskörper*“ aufgrund von ökonomischen, medizinischen und moralischen Anreizen (Sarasin 2005: 158ff). Viele „*Elemente der adeligen Standeswahrung*“ finden sich im Bürgertum des 19. Jh. als „*biologische, medizinische oder eugenische Vorschriften wieder*“ (Foucault 1977: 149f). Zudem verbanden sich in dieser Zeit der Verschiebung von geistlichen zu medizinischen Experten die alten Technologien der Beichte mit neuen medizinischen Untersuchungs- und Klassifikationstechniken. Ärzte haben, so Foucault, die Geständnisprozedur adaptiert und mittels Befragungstechniken, Fragebogen und Hypnose eine „*Klinische Kodifizierung des Sprechens-Machens*“ entworfen (Foucault 2003: 419). Auch die Wirkungen des Geständnisses wurden medizinisiert, „*indem der Sex, der neu als ein Feld hoher pathologischer Anfälligkeiten erscheint*“, dadurch zu therapieren ist, dass er ausgesprochen wird (Foucault 1977: 84-87).

4. Michel Foucault – eine Genealogie der psychiatrischen Expertise

Die Aufhebung der Grenzen des "normalen" Menschsein beweisen die Hauka-Medien durch den Bruch eines gravierenden Tabus der europäischen Kolonialmächte. Sie vollführen den Akt des Hundeeopfers, den die Europäer als einen der barbarischsten ablehnten.

„Warum ein Hund? Weil es sich um ein absolutes Nahrungsverbot handelt. Wenn die Hauka Hunde töten und essen, beweisen sie damit, dass sie stärker sind als alle Leute, seien sie schwarz oder weiß.“ (Schüttpelz 2005: 307)

Die Bilder von den Eingeweiden des Hundeeopfers im Kochtopf, deren Tötung und Zerstückelung nicht gezeigt wird, mögen für viele Zuschauer barbarisch sein, was sie jedoch gleichzeitig das Barbarische dieser Geister erfahren lässt. Die Immunität der Medien gegen Schmerz zeigt sich auch als die Indifferenz der kolonialen Fremdgeister. Die Einstellung mit dem Hund im Kochtopf wird akustisch von ruhigen und erholsamen Waldgeräuschen begleitet. Wenn das Fell des Hundes wie eine Fahne durch das Bild geschwenkt wird und der Hund verzehrt ist, nimmt das Ritual ein Ende. In Abkehr von dem "Exerzierplatz" wendet sich Rouch dem am nächsten Tag folgenden städtischen Alltagsleben der Anhänger der Hauka zu, um dieses mit Rückblenden auf ihren Zustand der Besessenheit zu kontrastieren. Im Gegensatz zu der anfänglichen Aufzählung ihrer Arbeitsgebiete wird nun der Beruf eines jeden individuellen Darstellers in das Feld geführt und ihre gelungene Integration in das urbane Leben betont.

„Welch ein Zufall! Direkt vor dem psychiatrischen Krankenhaus...“

...vor dem durch die kolonialen Meister verwalteten Wahnsinn, ließen sich der Führungsstab, der LKW-Fahrer und die Lokomotive der Hauka - die "verrückten Geister" - finden und filmen. In dem Augenblick, indem uns der der muntere und heitere junge Mann Guerba aus einem Graben heraus anzublicken beginnt, die Augen noch gesenkt, erscheint er in einer plötzlichen Rückblende als Lokomotive in Trance, wie sie sich das Blut des Hundes von den Lippen leckt und die Augen wild verdreht. Dann kommt wieder ein Schnitt und der zuvor angedeutete Augenaufschlag und das Lächeln Guerbas wird vervollständigt (Schüttpelz 2006: 310). Ein Schnitt, der die Bannung des Schreckens suggeriert. Guerba hat den Wahnsinn gemeistert. Wer das kann, was er kann, braucht nicht in die Psychiatrie.

„Wenn man diese lachenden Gesichter, diese vielleicht besten Wasserwerksarbeiter mit den Fratzen von gestern vergleicht, fragt man sich unwillkürlich, ob diese Afrikaner irgendwelche Gegenmittel haben, die sie inmitten der anderen ganz normal erscheinen lassen, Mittel die uns völlig unbekannt sind.“ (Rouch 1955)

Zwischen den Zeilen mögen Zuschauer geneigt sein zu lesen:

„Die Hauka meistern den Wahnsinn. Die kolonialen Meister sind wahnsinnig. Wer das kann, was die Hauka können, braucht nicht in die Psychiatrie.“ (Schüttpelz 2005: 318)

Wie der Vorspann des Filmes bekannt gab, ist das Ritual auf Wunsch der Besessenheitspriester auf die Leinwand gebannt worden. Vermutlich waren diese bestrebt, das virtuelle Ritual zum Impuls für weitere Rituale zu machen. Demgemäß informiert uns im Zentrum des Filmes

der Kommentar: „*Unter diesen Zuschauern sind Hauka, die nach einem Vorbild suchen.*“ Von Bourdieus Kapitaltheorie ausgehend könnte man von kurativem und spirituellem Kapital sprechen, welches die korrekte Ausführung eines Kultes und die Befolgung ritueller Vorschriften im Sinne des lateinischen *„religio“* birgt (Strässle 2007: 138). Das *„sich Öffnen“* für die Geister, das *„sich Anvertrauen“* gegenüber den Meistern und das *„sich Einlassen“* auf ihre Rituale bleibt eine zu erbringende Eigenleistung und beruht auf einer Art praktischen Bereitschaft (Strässle 2007: 137). Viele Beschwerden, die Ärzte mit einer psychischen Erkrankung identifizieren, werden für Ritualheiler durch Geister oder Schadenszauber verursacht. Wenn Psychiater den Begriff der Ritualheilung verwenden, ist damit oft die Überzeugung verbunden, dass es sich dabei um rein suggestives Heilen psychologischer Art handelt, indem die Selbstheilungskräfte des Patienten aktiviert werden (Ebd.: 135). In dieser ethischen Sichtweise wird der wahre Charakter von Geisterkrankheiten als Geisteskrankheit erachtet. In der Praxis handelt es sich nicht allein um konfligierende Konzepte, die sich mitunter überlappen und vermischen, vielmehr auch um eine Auseinandersetzung um Deutungsmacht und Zuständigkeit (Ebd.: 14, 132, 154ff.). Der Glaube an Geister oder andere überweltliche Kräfte ist im rationalisierenden Diskurs der Moderne ein Diskursobjekt, welches sich auf einen *„Aberglauben“* bezieht (Ebd.: 71ff.). Als Wissende distanzieren sich Mediziner damit vom glaubenden Anderen. Diese psychologischen Erklärungen implizieren das Postulat, dass die Psychiatrie als rationale Wissenschaft an sich keinen Glauben braucht, um zu funktionieren. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Glauben keinem universellen inneren Zustand entspricht und der eigene Glaubensbegriff nicht ohne weiteres auf andere Gesellschaften übertragen werden kann. Byron Good argumentiert, dass Glauben in vielen Kulturen nicht als Gegensatz zu Wissen und Wahrheit erscheint, sondern oft für *„sich einer Sache Anvertrauen“* stehe (Good 2008: 12). Jean Pouillon weist darauf hin, dass in der Glaubenspraxis die Existenz des Geglaubten einem Wissen gleichkommt, da nicht an die Existenz von Gott oder Geister geglaubt, sondern diese wahrgenommen werde (Pouillon 1982: 1-9). Für jeden Gläubigen seien diese so wirklich und erfahrbar wie ein Mensch. Da sich der Gläubige jedoch bewusst ist, dass das eigene *„Wissen“* umstritten ist, bekennt dieser in einem relationalen und diskursiven Akt aufgrund der Anzweiflung eines Gegenübers seinen Glauben. Beim Glauben als Ritualvollzug handelt es sich nach Pouillon um einen Akt des Dienens und Huldigens im Vertrauen auf den reziproken Erhalt von z.B. Schutz oder Seelenfrieden (Strässle 2007: 138). Die *„Wahrhaftigkeit“* der Hauka-Geister ist auch für den Zuschauer von *„Les Maitre Fous“* wahrnehmbar. Die rituellen Objekte sind die Symbole der britischen Kolonialmacht, während die Geister koloniale Figuren darbieten. Clifford Geertz schreibt in Bezug auf heilige Symbole:

„Ursprünglich repräsentierten die heiligen Symbole für jene, denen sie heilig waren, ein Bild von der Struktur der Welt und ein Programm für das menschliche Verhalten, die einander völlig entsprachen.“ (Geertz 1988: 141)

Rouch bemühte sich 1971, seine filmische Arbeit über das Besessenheitsritual in eine lokale Sozialpsychologie oder Theorie der Person zu übersetzen und stellte fest:

„Wenn der Begriff der Person wirklich einer der Schlüssel zum Verständnis religiöser Tatsachen ist, die auf der Trance (Besessenheitstanz, Magie, Hexerei) beruhen, dann müsste man ehrlicherweise weitergehen und die Person des Beobachters, der mit solchen Phänomenen konfrontiert wird, ebenfalls einer kritischen Prüfung unterziehen,

vor allem, wenn dieser Beobachter visuelle und tönende Bilder von Darstellern in Trance aufnimmt und auswertet, Bilder, die die gefilmten Menschen als ein Abbild ihrer selbst oder ihrer Gottheit betrachten, das heißt als ein Teil der Person von Menschen oder Göttern.“ (Rouch 1982 : 2)

Nehmen wir diese Aussage ernst, dann dürfen wir nicht glauben, uns ein Bild von den religiösen Besessenheitsritualen im Film *Les Maitres Fous* machen zu können, wenn wir nicht die Theorie des Besessenen, des Filmemachers, des Adressaten des Films und des Zuschauers kennengelernt haben.

4.9 TECHNOLOGIEN DER SELBSTKONSTITUTION

Durch das Erlebnis der religiösen *politischen* Spiritualität erhielt Michel Foucaults Denken einen neuen machtkritischen Impuls. Er glaubte, im Iran spirituelle Selbstverhältnisse zu erkennen, in welchen das Subjekt sich in ein bestimmtes Verhältnis zu selbst zu setzen vermag, es bewusst handeln und sein Leben gestalten kann. Die iranischen Massen „strebten durch den Islam nach einer radikalen Veränderung ihres subjektiven Daseins“ und zeigten den politisch-religiösen „Willen ihr ganzes Dasein zu erneuern“ (Foucault 2003: 937). Ihr Vokabular entspringe nicht aus dem Feld der Macht, wie es bei dem christlichen Widerstand gegen das kirchliche Pastorat der Fall sei (Foucault 2004: 291-311, 333). Denn die Askese, mystische Frömmigkeit und Spiritualität des Christentums verhielt sich lediglich widerständig gegenüber der Macht, indem es deren Gesetz exzessiv anwendete. Jede politische Bewegung blieb immer Teil des Machtnetzes und vermochte nichts anderes zu sein.

„Als die Iraner sich erhoben, sagten sie, und das ist vielleicht die Seele dieser Erhebung: Natürlich müssen wir das Regime wechseln und diesen Mann loswerden. Aber vor allem müssen wir uns selbst verändern. Wir müssen unsere Lebensweise, unser Verhältnis zueinander, zu den Dingen, zur Ewigkeit, zu Gott usw. vollkommen verändern. Nur bei solch einer radikalen Veränderung unseres Erlebens wird es eine echte Revolution geben.“ (Foucault 2003: 936)

Die Verhältnisse im Iran zeigten Foucault die Möglichkeit einer Selbstsubjektivierung jenseits des Gesetzes und eines *Außen*, das nicht Wahnsinn ist. Sie regten ihn dazu an, die Frage nach dem Subjekt in einem neuen Licht zu sehen, die eigenen Arrangements noch tiefgründiger in Frage zu stellen und nach historischen Alternativen zu den christlichen und psychoanalytischen Formen der Subjektivierung zu suchen. Hatte Foucault zuvor untersucht, wie sich *wahre* Aussagen über das Subjekt historisch einstellten, wie es dieser bestimmten *Wahrheit* unterworfen und dazu gebracht wurde, diese über sich selbst auszusprechen, wendet er sich nun der Frage zu, wie das Subjekt selbst sich in ein Verhältnis zur Wahrheit setzen kann (Sarasin 2005: 191). Der suchende Blick fällt auf die griechische und römische Antike. In dieser macht Foucault eine geistige Haltung ausfindig, die das Subjekt dazu veranlasst, sich selbst zum Erkenntnisgegenstand und Handlungsbereich zu nehmen, sich umzubilden, zu verbessern und zu läutern.

„Das Subjekt bildet sich nicht einfach im Spiel der Symbole. Es bildet sich in realen und historisch analysierbaren Praktiken. Es gibt eine Technologie der Selbstkonstitution,

die symbolische Systeme durchschneidet, während sie sie gebraucht.“ (Foucault 1987b: 289)

Im Rekurs auf die Arbeit des Altertumswissenschaftler Pierre Hadot erkennt Foucault die griechisch-römischen Praktiken der Selbstsorge als eine Form der ästhetischen, nicht-moralischen Selbstkonstitution. Um in der antiken Kultur Freiheit zu erlangen und sich der Polis annehmen zu können, musste das Subjekt sich um sich selber kümmern, sich selbst gerecht werden und beherrschen können. Indem es sich an sich selbst wendet, sich mit sich selbst beschäftigt, sich „*verändert, wandelt, einen Weg zurücklegt*“, nimmt es ein neues Verhältnis zu sich selbst ein und gewinnt Zugang zu der Wahrheit, die sein Heil bedeutet (Foucault 2003: 32). Durch gewusste und gewollte Praktiken erfährt das Subjekt, wie es sich nach Bedarf und Gebühr den eigenen Fähigkeiten bedienen kann, um einen Zustand zu erreichen, in dem es nichts provoziert, was unabhängig von diesem und folglich der eigenen Souveränität entzogen wäre. Denn das Subjekt, das zu sich selbst umkehrt, vermag einen unverstellten und freimütigen Bezug zum Wahrsprechen, zur "*parrhesia*" zu gewinnen (Sarasin 2005: 199). Entscheidend dabei ist, dass das Subjekt „*auf gar keinen Fall Gegenstand einer wahren Rede*“ wird, da es keine allgemeine Wahrheit geben kann (Foucault 2004: 305). Dementsprechend kannten die Griechen auch kein Einzelwort für das „*Leben*“, sondern unterschieden zwischen „*zoe*“ und „*bios*“. Während *zoe* die schlichte Tatsache des nackten Lebens bedeutet, benennt *bios* die qualifizierte Form des Lebens, die einem Einzelnen oder einer Gruppe eigen ist (Agamben 2002: 6). Die Vermeidung aller Abhängigkeiten und Knechtungen (durch die Polis, die Mitmenschen, die Regierenden und die eigenen Passionen) und das bewusste Handeln bilden die Voraussetzung dafür, sich als ein Objekt der Freude erfahren zu können, das man zugleich in Besitz und vor Augen hat. Diese Sorge um sich selbst geht jedoch unbedingt mit der Sorge um das Leben in der Polis-Gemeinschaft einher, denn die einem selber gewidmete Tätigkeit bildet nicht eine Übung in Einsamkeit, sondern ist mit der Verständigung mit dem Anderen verbunden. Wenn man sich im Verfolg der Sorge um sich an einen Anderen wendet, dem man zutraut, dass er Hilfe zu stellen weiß, so übe man ein Recht aus. Eine Pflicht erfülle man wiederum, wenn man seine Hilfe einem anderen angedeihen lässt oder wenn man dankbar die Lehren, die er einem erteilen kann, annimmt (Foucault 2008: 1418).

„Die Sorge um sich – oder der Anteil, den man an der Sorge nimmt, die die anderen um sich selbst haben sollen – erscheint somit als eine Intensivierung der gesellschaftlichen Beziehungen.“ (Foucault 2008: 1418)

Im Unterschied zur Moderne, die seit Descartes kognitives Wahrheitsstreben von Lebensprozessen voneinander trennt, war die Erkenntnis in das Leben selbst integriert. Descartes schrieb dem Subjekt per se die Fähigkeit zu, die Wahrheit zu erkennen und verdrängte mit dieser Überzeugung die Idee der "*Konversion*". Der Sinn und das Sein des Subjekts erscheinen bereits gegeben und sind hermeneutisch zu verstehen. Es bleibt dem Subjekt einzig die Möglichkeit, die Differenz zwischen sich und dem, was es sein soll, zu erkennen (Sarasin 2005: 196). Dies ist eine Subjektivierung, die darauf beruht, sich einer allgemeinen Norm zu unterwerfen. Es wird nicht mehr danach gefragt, welchen Preis das Subjekt für das Aussprechen der Wahrheit zu zahlen und welche Wirkung diese Artikulation auf das Subjekt hat, „*die Wirkung der Tatsache, dass es die Wahrheit über sich selbst gesagt hat und sagen kann*“.

Demgegenüber war das antike „*Erkenne Dich selbst*“, der Ausspruch des Orakel von Delphi, der Sorge um sich selbst untergeordnet (Foucault 2004: 95f). Weil dies in der Antike und im Christentum stets eine Frage nach dem *Seelenheil* des Subjekts war, zweifelt Foucault daran, dass eine solche *Ethik des Selbst* heute noch möglich ist, wenn doch die Vorstellung des Bewusstseins des Subjekts selbst ein Machteffekt darstellt. Der Mensch trage die Spuren wandelnder Subjektivierungen und Machtrelationen allein schon in seiner Physiologie: „*Herkunft schreibt sich selbst in das Nervensystem, in das Temperament und in den Verdauungsapparat ein*“ (Foucault 1984: 82). Zusammen mit der Ablehnung eines substanziellen, unveränderlichen Subjekts, weist Foucault ebenso die Idee des *Körpers* als konstante und stabile Basis des Denkens ab. Der Körper, seine Organe, seine Prozesse seien Effekte von Diskursen und historischem Wandel unterworfen.

Bereits in der Spätantike begannen sich Verlagerungen, Ablenkungen und unterschiedliche Gewichtungen in der *Ethik des Selbst* abzuzeichnen. Die Praktiken bezogen sich mehr und mehr auf allgemeine Grundsätze der Natur oder der Vernunft, in die sich alle gleichermaßen einfügen mussten, was immer auch ihr Stand sei. Das Sublimieren der Seele nahm zunehmend medizinische Farben an. Auch zuvor stand zwar die Sorge um sich in enger Verbindung mit einem medizinischen Denken und Handeln, da es das Verhalten möglichst gut in das Leben des Körpers und in eine feinfühlig Beachtung der körperlichen Gesundheit zu integrieren galt (Foucault 2008: 1236). Der Impetus der ärztlichen Problematisierung von Verhalten war allerdings noch mehr „*diätisch*“ als „*therapeutisch*“. Es ging weniger darum, pathologische Formen zu beseitigen, als die für die Gesundheit wichtigen Aktivitäten zu regulieren (Ebd.: 1237). Der Ethik der antiken Medizin, argumentiert Foucault, liege die Maxime zugrunde, den Individuen eine Reihe an Regeln an die Hand zu geben, die sie befähigt, selbst für ihre Gesundheit zu sorgen. Sie ziele darauf, die individuelle Autarkie und maximale Unabhängigkeit von medizinischer Intervention zu fördern.

Mit den Stoikern jedoch wurde die Betonung immer stärker auf die Schwäche des Individuums gelegt, auf dessen Zerbrechlichkeit und Schutzbedürftigkeit (Foucault 2008 1424). In diesem Kontext nimmt die Vorstellung des „*Pathos*“ eine Schlüsselstellung ein. Der Begriff bezeichnet zum einen *die Leidenschaft* und zum anderen *die physische Krankheit*. Beide Fälle, die unfreiwillige Regung der Seele und die Störung des Körpers, stellen einen Zustand von Passivität dar und entstehen dann, wenn die Seele über das hinausgeht, was der Körper verlangt und dessen Bedürfnisse diktiert, oder wenn der Körper sich ohne das Gegenstück in der Seele erregt. Das Gefährliche an den Krankheiten der Seele ist nach Plutarch, dass diese unbemerkt geschehen und oberflächlich für Tugenden gehalten werden können, wie etwa der Zorn für Mut oder der Neid für Wetteifer (Ebd.: 1423). In den Übungen zur Zügelung und Beherrschung nimmt die Selbsterkenntnis nun einen wichtigeren Platz ein. Anstatt individuelle Praktiken der Selbstsorge zu fördern, zielten festgelegte Übungen und ausgeprägte Prüfungsformen auf das Erforschen, das Entziffern und das Diskutieren des „*wahren*“ Selbst. Die Aufgabe, sich zu erproben, sich zu überprüfen und zu kontrollieren, verlegt die Frage der Wahrheit ins Zentrum der Konstitution des Moralsubjekts. Die Bestimmung der Arbeit, die man an sich selber zu leisten hat, erfährt somit eine deutlich einseitige Ausrichtung, die sich laut Foucault weiter vertiefen und in jene zuvor beschriebene Subjektconstitution durch den Ausschluss Anderer übergehen wird.

5. PSYCHIATRISCHE EXPERTISE IM KONNEX VON IMPERIALISMUS UND KOLONIALISMUS

Foucaults veränderte Sichtweise auf die Geschichte der abendländischen Subjektivierung wurde nicht unwesentlich durch seine Erfahrungen der iranischen Revolution angestoßen, deren naher Beobachter er wurde (Sarasin 2005: 185). Im Herbst 1978 reiste er zweimal nach Teheran, um die politische und sozioökonomische Lage des Landes und den Widerstand der Bevölkerung zu analysieren. Bereits im *"Wille zum Wissen"* hatte Foucault eine kulturvergleichende Spur aufgenommen, als er konstatierte, dass das Abendland zwar eine *"scientia sexualis"* betreibt, jedoch nie eine *"ars erotica"* entwickelt hat. In vielen östlichen Gesellschaften finde man eine Reihe von Diskursen und *"Künsten"*, welche die Möglichkeit der Körperbeherrschung und der Intensivierung angenehmer Körperempfindungen zum Gegenstand haben. Meiner Kenntnis nach richtet Foucault hier erstmals seinen Blick auch auf *nicht-westliche* Gesellschaften, wodurch sich sein Denken auf neue Weise zu konturieren scheint. In einem Gespräch mit japanischen Zen-Meistern verlautbarte er:

„Wenn es eine Philosophie der Zukunft gibt, dann muss sie außerhalb Europas entstehen, oder sie muss als Folge von Begegnungen und Erschütterungen zwischen Europa und Nicht-Europa entstehen.“ (Foucault 2003: 781)

In diesem Sinne las er Texte der griechischen Antike in einem neuen Licht.

Was Foucault jedoch dem Vernehmen nach nicht interessierte, das war die multiple Moderne. Ist seine Forschungsausrichtung zwar deutlich von einer eurozentrischen und diffusionistischen Perspektive zu unterscheiden, so teilt er mit dieser die Ausblendung des Umstands, dass die *westliche* Moderne wesentlich durch Entwicklungen außerhalb des transatlantischen Westens mitgeprägt wurde und dass *Moderne* stets auch außerhalb Europas entstand. *"Entangled histories of uneven modernities"* bilden nach Shalini Randeria einen transnationalen Prozess der *"Koproduktion"* (Randeria/Conrad 2002: 26).

Die ungleiche Beschaffenheit der modernen Welt kann auch als Auswirkung heterogener Auswirkungen der kolonialen Begegnung auf verschiedene Bereiche des sozialen Lebens gelesen werden. Die Verflechtung zwischen Politik, Wissenschaft, Medizin und Wirtschaft hat eine lange Vorgeschichte in den ehemals kolonisierten Ländern. Imperialismus und Kolonialismus, die seit dem 19. Jahrhundert die Beziehungen innerhalb einer kapitalistischen Weltordnung prägten, haben Spuren ganz unterschiedlicher Beschaffenheit gesetzt. Ann Laura Stoler spricht von epistemischen Einschnitten, die in Kolonie und Metropole komplexe Prozesse der Neueinschreibung und Umstrukturierung ausrichteten (Stoler 1995: 79). Die vielfältigen Interaktionen produzierten nicht nur eine gemeinsame Geschichte, sondern zugleich Grenzziehungen und Brüche. Auch die sogenannten *"Psy-Sciences"* (Rose 1998: 18-19), in denen das Selbst als ein Wesen von bestimmter Art und Weise konstituiert wird, tragen Spuren dieser wechselvollen Geschichte.

5.1 DAS KOLONIALE LABOR

Psychiatrische Kolonialbeamte trafen in den kolonialisierten Gebieten auf ein verwirrendes Aufgebot an "*Pathologien*", die nicht mit dem Repertoire korrespondierten, das sie zu diagnostizieren und zu behandeln erlernt hatten (Lock 2010: 170). Die klassische Psychiatrie der Anstalts-Ära hatte auf einem Verständnis von psychischen Krankheiten als relativ statische und unterscheidbare Entitäten beruht (Lakoff 2005: 95). Die Kategorie der "*Psychose*" machte schwerwiegende Krankheitsverfassungen kenntlich, die dem Verständnis nach eine lebenslange Betreuung in psychiatrischen Krankenhäusern erforderten. Klassische Psychiater kontrastierten die Psychose mit den "*Neurosen*", die potentiell behandelbar waren. Die Polarisierung von Neurose und Psychose definierte eine scharfe Grenze zwischen Menschen mit als umgänglich erachteten Pathologien einerseits und jenen Kranken andererseits, denen man nur durch deren Isolation und Verwaltung in Anstalten beizukommen wusste. Während die Muster einer Psychose gemeinhin als universal galten, wurden empirische Varianten des psychologischen Funktionierens angenommen, die der Rasse, der Religion, dem Geschlecht oder der Klasse zugeschrieben werden konnten. Im Kontext des ersten expliziten interkulturellen Vergleichs im Jahre 1904 schlussfolgerte der deutsche Krankenhauspsychiater Emil Kraepelin nach einem Besuch auf Java, dass jene Krankheiten, die universell auffindbar waren, wahrscheinlich einen biologischen Ursprung hätten, der ihre generelle Form determiniert (Wohlfart 2006: 22). Die lokale Kultur liefere allein den variablen Inhalt, durch welche die Krankheiten manifestiert werden, wenngleich Kraepelin große Differenzen zwischen den Kategorien der westlichen Medizin und lokalen Konzeptionen, wie beispielsweise die Geisterbesessenheit, festgestellt hatte (Barnard 1996: 303).

Das Gros der militärischen Ärzte der europäischen Kolonien war überzeugt, dass sie das Universale von dem Partikularen zu trennen vermochten, wenn sie eine *atypische Krankheit* einer *geringeren evolutionären Entwicklung* zuschrieben (Ebd.). Lokale wahrzunehmende Muster, die an eine psychische Krankheiten erinnerten, wurden als "*culture-bound syndromes*" und als Repräsentation des Charakters einer Gesellschaft beschrieben: die "*maligne Angst*" als die individuelle Manifestation der immerwährenden Befürchtung von Hexerei bei den Yoruba; das "*dhat*"-Syndrom der übermäßig um Reinheit besorgten Hindus; "*witiki*" als ein kannibalischer Impuls angesichts von Nahrungsknappheit und abruptem Abstillen der Objiwa Kinder (Barnard 1996: 303).

Frantz Fanon berichtete von disziplinarischen Arretierungspraktiken und betrüblichen Lebensbedingungen psychiatrischer Klinikpatienten in der französischen Kolonie Algerien (Lock 2010: 171). Fanon (1925-1961) wuchs als Nachkomme afrikanischer Sklaven in Martinique auf. Nachdem er im Zweiten Weltkrieg für die französische Armee gekämpft hatte, studierte er Medizin und Psychiatrie in Paris und Lyons. In dieser Zeit wurde die französische Psychiatrie vom psychoanalytischen Ansatz dominiert, den Sigmund Freud 50 Jahre zuvor entwickelt hatte. Auch jene europäischen Ethnologen, die in klinischer Psychiatrie oder Psychologie ausgebildet waren, wie Rivers, C.G. Seligman oder Fortes, folgten in der Regel dem psychoanalytischen Modell bei der Untersuchung von psychischen Krankheiten (Barnard 1996: 303). Die Standardprozedur bestand darin, psychoanalytische Maßstäbe der Persönlichkeitsent-

wicklung auf Gesellschaften anzuwenden und die Befunde mit lokalen Ängsten wie Hexereivorwürfen zu verbinden.²² Nach Ansicht von Freud gibt es universale psychische Prozesse, wie die Auflösung des Ödipus-Komplexes, die das menschliche Selbst strukturieren. Diese gesunden Prozesse können jedoch durch persönliche Erlebnisse erheblich gestört werden. Eine psychische Erkrankung ist demnach das Resultat einer kontextualisierten persönlichen Erfahrung und kann lediglich durch hoch individualisierte Methoden behandelt werden (Lock 2010: 171).

Frantz Fanon begann 1953 auf einer psychiatrischen Station für die koloniale Verwaltung in Algerien zu arbeiten. Zu dieser Zeit wurde die aufkeimende algerische Unabhängigkeitsbewegung brutal durch die Französische Armee unterdrückt. Auch an seinem Arbeitsplatz sah sich Fanon mit Ressentiments der Ärzte gegenüber den Patienten konfrontiert. Rassistische Ideen, welche die kolonialen Subjekte als unreife Versionen der entwickelteren Europäer definierten, schienen dort Normalität zu sein. Fanon bemühte sich, die Arretierung der Patienten mittels Gruppen- und Sozialtherapien offener zu gestalten und aufzuzeigen, wie rassistische Gewalt die Psyche der Kolonisierten wie auch der Kolonisatoren versehrt. Er beschäftigte sich mit der Internalisierung der kolonialen Differenz, sowie mit der Möglichkeit einer psychischen Dekolonialisierung (Lock 2010: 171). Bald schloss sich Fanon der Algerischen Befreiungsbewegung an und beendete seine Arbeit als Psychiater. Um die *Wunden* des Kolonialismus zu heilen, sah er sich gezwungen, einen revolutionären und anti-imperialistischen Kampf aufzunehmen.

Die psychoanalytische Vorstellung einer universalen Psyche, die auch Fanon vertrat, wurde in den 1960er Jahren im Französisch-Westafrika herausgefordert, als der französische Militärpsychiater Henri Collomb in Dakar ein kulturpsychologisches Experiment initiierte (ebd.). Wie Fanon lehnte Collomb das repressive Anstaltsmodell, in welchem Rahmen Psychatriepatienten ausschließlich biomedizinische Behandlung erfuhren, entschieden ab. Anders als Fanon jedoch wehrte sich Collomb gegen die Annahme, dass europäische Modelle der psychischen Erkrankung mechanisch angewendet werden können, um psychische Beschwerden in nicht-europäischen Kontexten zu verstehen. Der Idee des Universalismus begegnete er mit großer Skepsis. Collomb gründete eine klinische Forschungs-, Behandlungs- und Ausbildungsstätte, in der französische und afrikanische Forscher, Ärzte, Anthropologen und Psychoanalytiker gemeinsam psychische Beschwerden analysieren sollten. Teil des Forschungsteams der sogenannten Dakar School waren die Psychoanalytiker Edmond und Marie-Cecile Ortigues (ebd.: 172). Unter dem Einfluss von Jacques Lacan begannen sie ihre afrikanischen Patienten auf die Konturen des Ödipuskomplexes hin zu untersuchen. Wie auf Seite 45 beschrieben, distanzierte sich Lacan von Freuds Fokus auf biologische Triebe und widmete sich vor allem der Frage, wie die Gesellschaft und ihre Struktur das individuelle Leben beeinflussen. Mit dem Austritt aus der symbiotischen Beziehung zur Mutter und dem Eintritt in die symbolische Ordnung bzw. in das Soziale vollzieht sich ihm zufolge die Konstitution des Subjekts als imaginäre Einheit und des Unbewussten. Mit dem Spracherwerb übernimmt das Individuum gesellschaftliche Normen und Gesetze und wird auf diese Weise einer normativen Ordnung unterworfen, die das Ich aufspaltet und das Unbewusste entstehen lässt.

²² Ausgenommen Marcel Mauss' Beschäftigung mit kognitiven und neurophysiologischen Prozessen

„Das Unbewusste ist nicht mehr gleichsam einer verborgenen Hölle zuzuordnen, die es zu erkunden gälte, sondern es wird an der Oberfläche der Wörter, im Straucheln des Sagens greifbar.“ (Dosse 1999: 186)

Wird das Unbewusste bei Freud noch durch diachrone Stadien konstituiert, liegt diesem bei Lacan eine von zeitlichen und räumlichen Kontingenzen unabhängige ödipale Grundstruktur zugrunde. Die primäre Struktur des sogenannten Spiegelstadiums, indem sich das Kind außerhalb seiner Selbst im Spiegel mit dem Blick des Anderen als ein integriertes Ganzes wahrnimmt, ist unumkehrbar und kann allenfalls auf unterschiedliche Weise verwaltet werden. Diese mechanistische Erklärung des Menschen wurde oft benutzt, um rassistische Behauptungen der kulturellen Überlegenheit rechtfertigen. Die Ortigues sprachen sich nachdrücklich gegen derartige Dogmen aus.

„Human existence demands a minimal social setting (of three people) and the ability to locate oneself within this setting (that is, the ability to use and understand the pronouns „I,“ „you“ and „he“ / „she“) precludes the possibility that whole societies could live in a state of pre-Oedipal development.“ (Bullard 2005: 187)

Der Ödipuskomplex stelle nur ein partielle und keineswegs universale Theorie dar. Sie könne für die Arbeit mit individuellen Patienten handlungsleitend sein, nicht aber die Idee einer universalen Psyche rechtfertigen. Die Dakar School korrelierte mit der transkulturellen Psychiatriebewegung in Europa, die begonnen hatte, sich mit der Beziehung zwischen Kultur, Migration und psychischer Krankheit zu befassen. Dieser Bewegung steuerten auch die psychologische und psychiatrische Anthropologie wichtige Beiträge bei. Bereits die amerikanische Ethnologin Ruth Benedict hatte in ihrer Schrift "*Anthropology and the Abnormal*" auf die kulturelle Bedingtheit von deviantem Verhalten hingewiesen (Benedict 1959: 262-283). Verhalten ist demnach nur in einem bestimmten Kontext unangemessen und nicht unangemessen per se. Der Soziologe Emile Durkheim argumentierte, dass die Regeln und Standards, die das Pathologische definieren, vor allem der Bekräftigung von Normen und Werten einer Gesellschaft dienen (Busfield 2001: 2). Konzepte der psychischen Gesundheit und Störung konstituieren demnach den Charakter des akzeptablen Verhaltens innerhalb der Gesellschaft, und umgekehrt. Auch Talcott Parsons vertrat eine ähnlich funktionalistische Auffassung und betrachtete Krankheit als eine Form von Devianz, die motivationale Elemente beinhaltet.

Wie ist diese besondere Art von Differenz am besten zu verstehen? In Relation zu normativen Verhaltensvorstellungen und -erwartungen, in Hinblick auf Abhängigkeit, Individualismus, Ökonomie oder Politik, Familie, Nationen oder ein globales Weltsystem? Oder aber im Rahmen einer *universellen* Neurowissenschaft und Genetik? Die Vorstellungen davon, was eine psychische Krankheit, psychische Probleme, psychiatrische Beschwerden oder Geisteskrankheiten überhaupt sind, differieren in einem solchen Maße, dass diese nur schwer zu versöhnen scheinen. Die Wahl der Experten besteht in der Regel zwischen Kultur und Sprache auf der einen Hand, Wirtschaft und Gesellschaft auf der anderen, und Biologie und Psychologie auf einer dritten (Cohen 1998: xvi). Meistens fällt eines der Dreien aus der expliziten Betrachtung. Relevanzhierarchien – das Verhängnis der Neuronen versus dem lokalen Wissen der psychisch kranken Person und der entsprechenden Familie versus der politischen Ökonomie des kranken Geistes – bieten nur eine trügerische Klarheit.

Die Sprache ist hier entscheidend. Eine Art von Differenz eine Krankheit zu nennen – ein klinischer Begriff - setzt einen hierarchisierenden Fokus auf ein Ensemble an physiologischen Veränderungen voraus, die in einem bestimmten neuroanatomischen Bild resultieren. Die Ursachen von Beschwerden in der individuellen Psyche, Persönlichkeit und Neuroanatomie zu lokalisieren, ist jedoch das Produkt spezifischer kultureller und historischer Traditionen.

„The very notion of "mental illness" as a domain of behavioral and medical experience is a product of specific cultural and historical traditions which regard certain forms of behavioral dysfunctions as essentially psychological and medical in nature.“ (White/Marsella 1982: 5)

6. BIOMEDIZINISCHE PSYCHIATRIE

Das Aufkommen einer biomedizinischen Psychiatrie ist die jüngste einer langen Serie an Bemühungen, die Psychiatrie in die Medizin zu integrieren und damit als Naturwissenschaft zu legitimieren (Lakoff 2005: 5). Die Assoziierung mit einer vormundtschaftlichen Verwaltung von Devianz hatte die an Orten der Exklusion entstandene psychiatrische Wissenschaft stets in Diskredit gebracht.

So warnte der Wissenschaftsphilosoph Georges Canguilhem einst die Studenten der Sorbonne und gleichsam angehende Experten des menschlichen Verhaltens vor der psychiatrischen Tendenz zur sozialen Kontrolle: beim Verlassen der Sorbonne könne man entweder bergauf zu den Unsterblichen des Pantheons gehen oder bergab in die Richtung der Polizeipräfektur (Canguilhem 1968 in Lakoff 2005: 5). Die eine Richtung führt demnach zum Elfenbeinturm der gebildeten Elite, die andere zum Inbegriff der sozialen Kontrolle. Canguilhems Kritik richtete sich vor allem gegen die behavioristische Psychologie. Seiner Ansicht nach versäumten es Vertreter dieser spezifischen Konzeption, menschliches Verhalten in Relation zu den historischen Umständen und dem sozialen Milieu zu betrachten, in welchen sie ihre Methoden und Techniken einzuführen beabsichtigen. Das Konzept würde lediglich als ein Instrument begriffen werden, ohne dass gefragt werde, von wem oder was es ein Instrument ist.

6.1 HOMO NEUROBIOLOGICUS

Die fortwährende Debatte über die Definition der psychiatrischen Aufgabe deutet auf den mehrdeutigen epistemischen Status des Studienobjektes, der *"Psyche"* oder *"Seele"*.

Die einflussreiche Schizophrenieforscherin Nancy Andreasen definiert ihre Disziplin folgendermaßen:

„Psychiatry is the medical speciality that studies and treats a variety of disorders that affect the mind – mental illnesses. Because our minds create our humanity and our sense of self, our speciality cares for illnesses that affect the core of our existence...Psychiatry is defined by its province, the mind.“ (Andreasen 1997: 592)²³

Das Zitat drückt eine deutliche Orientierung an der menschlichen Kognition aus, d.h. an den mentalen Prozessen und Strukturen eines Individuums, wie Gedanken, Meinungen, Einstellungen, Wünsche und Absichten. Was wir Psyche oder Geist nennen, ist gemäß Andreasen das Resultat der Gehirnaktivität. Und deren Modulation stellt ihrer Auffassung nach die Aufgabe der psychiatrischen Disziplin dar. Dies geschehe mittels stofflicher Medikamenten, die den Geist beeinflussen, und/oder durch Psychotherapien, die ebenso das Gehirn einwirken. Mit dem Ziel, ein normales Funktionieren des Gehirns zu gewährleisten, versuche die psychiatrische Forschung organische Korrelate für Verhaltensstörungen zu finden und spezifische pharmazeutische Interventionen durchzuführen.

²³ Zit. nach Lakoff 2005: 6

„Wenn ich mit ihnen spreche“, sagt der Neurowissenschaftler Eric Kandel, der im Jahr 2000 mit dem Nobelpreis für Physiologie oder Medizin ausgezeichnet wurde, „dann bewirkt das bei ihnen eine anatomische Veränderung“ (Greffrath 2010: 81). Ein junger Forscher in einem Artikel mit dem Titel "Gehirn, Gemüt, Genom" umschreibt dies folgendermaßen:

„Sie müssen sich das Gehirn wie eine Landschaft vorstellen, in der wir herumfahren und mit jeder Fahrt die Straßen und Wege verändern. Und nicht nur die Straßen und Wege, sondern auch das Licht, die Niederschläge und die Höhe der Berge.“ (Greffrath 2010: 81)

Jeder Gedanke, den wir denken, jedes Erlebnis, jede soziale Erfahrung, jedes Bild, das wir sehen, jedes Medikament und jede Psychotherapie transformieren beständig die Chemie und die Struktur unseres Gehirns. Magnetresonanztomographie und chemische Sonden machen die neuronalen Korrelate dieser Einflüsse augenfällig. Insbesondere die frühe Lebensgeschichte, in der ein Subjekt sich bildet, die soziale Umgebung, in welcher eine Person Beziehungen unterhält und die neurochemischen Fluktuationen, die das Verhalten eines Organismus modifizieren, sind demnach maßgeblich für die Beschaffung des Gehirns. Das Vermögen, Realität wahrzunehmen und empathisch zu sein, entsteht nach Kenntnis der Hirnforschung in sozialen Situationen der "joint attention", d.h. der gemeinsamen Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf ein Drittes. Auf diese Weise entwickeln sich die kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten eines Individuums - „oder, wenn es misslingt, eben nicht“ (Greffrath 2010: 81).

6.2 TRANSFORMATIVE SUBSTANZEN

Biomedizinische Medikamente sind Substanzen, denen von sozialen Akteuren die Fähigkeit zur Transformation von Körpern zugeschrieben wird. Gebete oder Ruhe mögen ebenfalls mit therapeutische Kräften attribuiert werden, erscheinen aber nicht derart objektifiziert, hergestellt oder kommodifiziert wie es Medikamente tun. Gleichzeitig sind sie dadurch, dass wir sie in unseren Körper einführen, die wohl intimsten materiellen Objekte (Van der Geest 2003: 3). Als Ding kann es zwischen sozialen Akteuren ausgetauscht werden, Bedeutungen objektifizieren und von einem Bedeutungsmilieu in ein nächstes übergehen. Sie sind Waren von wirtschaftlicher Bedeutung und Ressourcen mit einem politischen Wert. Sijaak van der Geest betont, dass Medikamente vor allem aber potente Symbole und Zeichen der Hoffnung für leidende Menschen sind. Heilende Substanzen bergen jedoch auch schädliches Potential. Dementsprechend bedeutet das griechische Wort "pharmakon", von dem "Pharmakologie" abgeleitet ist, gleichsam "Arznei" wie auch "Gift". Diese Ambiguität wird von vielen Kulturen thematisiert (ebd.: 6).

Medizin wurde von frühester Zeit an hergestellt und über geografische Gebiete hinweg ausgetauscht. Die Nutzung von Medikamenten war jedoch lange Zeit äußerst begrenzt, da die Betonung der Medizin als Lehre größtenteils auf der Diätik lag. Mitte des 19. Jh. begann vor allem die deutsche Industrie der Feinchemikalien, Medikamente zu synthetisieren und in großen Mengen zu produzieren (Van der Geest 2003: 9). Im Zuge des Ersten Weltkriegs initiierten amerikanische, englische und französische Unternehmen die eigene industrielle Produktion. Jedoch erst mit der weiten Verfügbarmachung von Antibiotika, respektive Penicillin,

sprach man von einer Ära der Medikamententherapie (ebd.: 8). Synthetische Produkte ersetzen nun massenweise die begrenzten Ressourcen des natürlichen Materials.

Die kulturelle Bedeutung transformativer Substanzen bildete auch ein Untersuchungsgegenstand der frühen Ethnologie. Vor allem seit der Publikation von Sir James Frazer's *"The Golden Bough"* 1890 widmeten Ethnologen ihre Aufmerksamkeit der Art und Weise, wie Menschen materiellen Objekten bestimmte Kräfte zuschreiben und betonten die Möglichkeiten, welche diese Objekte für die Kommunikation und Souveränität in einer unsicheren Welt eröffneten.

In seiner Studie über Magie wendete sich Malinowski jenen materiellen Objekten zu, „die dazu geeignet sind, einen magischen Wert zu erhalten und zu übermitteln“ (Malinowski 1948: 72). *"Magie"* sei die Qualität des Dings, sowie der Relation zwischen Mensch und Ding und impliziere den ausübenden Magier, sowie das zu verzaubernde Ding und die Mittel der Verzauberung (Malinowski 1948: 75).

Victor Turner beschrieb die Überlagerung von Medizin als *"Heilmittel"* und als *"rituelles Symbol"*²⁴ und wies darauf hin, dass Heilpraktiken stets in Relation zu den geteilten Bedeutungen und sozialen Arrangements des jeweiligen Ortes zu sehen sind, an welchem diese Sinn ergeben. Innerhalb einer bedeutungsvollen Welt konkretisieren bestimmte Bilder oder Gebilde aus der dinghaften Welt der Natur und der Physik diffuse Störungen des Wohlbefindens und regen eine medikamentöse Behandlung der Gebrechen an. Indem schwer fassbare Gefühle der Indisposition mit greifbaren Erfahrungen verknüpft werden, wird das Undefinierte in eine Domäne überführt, in welcher es leichter zu begreifen ist. Mit der Definition von Befindlichkeitsstörungen und Schmerzempfindungen als *"Krankheit"* nehmen diese eine konkrete Erscheinung an und werden somit für Kommunikation und therapeutisches Handeln zugänglich. Umgekehrt evozieren Medikamente Vorstellungen über das Befinden und die Verfassung, für die sie vorgeblich verwendet werden. Die Existenz von Medikamenten (Heilkräuter wie auch Pharmazeutika) als eine Behandlungsform motiviert zu einer Konzeption von Krankheit in entsprechend konkreten Begrifflichkeiten. Als symbolische Assoziationen sind Medikamente schlagkräftige Assoziationen, die dabei helfen, eine Krankheit zu klassifizieren. Sie liefern *"Material"* für deren kausale Erklärung und Heilung. Mit Levi-Strauss gesprochen bildet *"Konkretheit"* eine Logik, die für Menschen intellektuell und emotional attraktiv ist. Menschen beziehen demnach intellektuelle und emotionale Genugtuung durch die Verbindung von Krankheitskonzepten mit Schlüsselbildern, die auf pathologische wie auch kurative Aktivität weisen (Levi-Strauss 1966 in Van der Geest 2003: 10).

6.3 DAS SOZIALE LEBEN VON MEDIKAMENTEN

Arjun Appadurais und Igor Kopytoff schlagen in ihren Beiträgen zur Anthologie

²⁴ Turner 1967: 335

Turner zeigte, wie die Bedeutung von Heilmitteln der Ndembu durch Riten mobilisiert wurden, welche die versteckten Mächte in den Kräutern wachriefen.

"*The Social Life of Things*" (1986) die Vorstellung vor, dass auch Dinge ähnlich wie Menschen Biografien aufweisen (Appadurai 1986: 3-95). Diese Idee legt nahe, dass es wertvoll sein könnte, die Zirkulation von Medikamenten zu verfolgen, d.h. ihre Produktion und Vermarktung, ihre Verschreibung und Verteilung durch formale und informale Kanäle, ihre Konsumption und ihre Wirkung, ihre Bewegung durch verschiedene Milieus und Hände, sowie die Bedeutungen, die ihnen als Singularität oder als Massenware für den Handel zugeschrieben werden. In der Vita eines Pharmazeutikums bildet der Produktionsprozess die erste Phase. Wer entwickelt es, wie wird es hergestellt und welche Strategien liegen der Anfertigung zugrunde? Als von Menschen genutzte Technologie werden sie stets in Relation zu bestimmten Problemen und Kontexten ins Leben gerufen. Die nächste Phase betrifft das Marketing. Wie ist dieses organisiert und welcher symbolische Gehalt wird dem Pharmazeutikum zugeschrieben? Wie wird es vertrieben, genutzt und bewertet?

Der französische Wissenschaftsphilosoph Michel Serres geht davon aus, dass es nahezu unmöglich ist, zwischen der Handlungsfähigkeit von Menschen und Nicht-Menschen zu unterscheiden, da Menschen kaum Handlungsfähigkeit ohne Nicht-Menschen hätten und umgekehrt. "*Quasi-Objekte*" würden die Verbindungen weben, die Menschen brauchen, um ihre Sozialität zusammenzuhalten (Serres 1995a: 88). Serres führte den Begriff des "*Quasi-Objekts*" ein, um die gebräuchliche Dichtomie zwischen Subjekt und Objekt zu dekonstruieren (ebd.). Der Mensch sei als Subjekt nicht das souveräne Zentrum dieser Welt. Vielmehr werde *Subjektivität* durch die Teilnahme an den Kollektivitäten von Menschen und Nicht-Menschen in einem nie endenden Spiel konstituiert.

Die Subjekt/Objekt-Dichotomie als Ganzes abzuschaffen, schlug der Soziologe Bruno Latour vor, da dieser seiner Ansicht nach die Vorstellung eines unüberbrückbaren Kontrastes anhaftete.

„Das vor dem Subjekt stehende Objekt und das mit dem Objekt konfrontierte Subjekt sind polemische Entitäten und keine unschuldigen Bewohner der Welt.“ (Latour 2000: 362)

6.4 KULTUR AUS DEM LABOR

Bruno Latour beschäftigte sich u.a. mit der Veränderung der französischen Gesellschaft infolge der Entdeckung von Mikroben und der Wirkung dieser hybriden Quasi-Objekte. Vor der Begründung der Mikrobiologie durch Louis Pasteur herrschte ein humorales bzw. miasmatisches Modell der Krankheitsverursachung vor, welches die Ursachen von Krankheiten in einer komplexen Gesamtheit von individuellen Faktoren und Umweltbedingungen wie Klima, Ernährung, Zeitrhythmen und Rasse verortete. Während diese Geomedizin einer Logik der Differenz folgte, trat mit der Mikrobiologie allmählich eine Theorie der menschlichen biologischen Analogie zutage, welche einen Kontrapunkt zu der unter Wissenschaftlern und Akademikern etablierten Überzeugung setzte, menschliche Körper seien aufgrund von rassistischen Unterschieden und umweltbedingten Variationen biologisch inkompatibel. Der Erfolg von mikrobiologisch innervierten Interventionen bildete die Voraussetzung für die Vorstellung einer universalen menschlichen Biologie und die Etablierung von standardisierten Ein-

griffen in individuelle Körper und Bevölkerungen. Biomedizinische Betrachtungsweisen waren jedoch weiterhin von moralischen Dogmen geprägt.

Das starke Credo von der europäischen Überlegenheit manifestierte sich beispielsweise in den eugenischen Absichten der Kolonialherren, die niedere *"Qualität"* der sogenannten *"native races"* zu korrigieren. Demgemäß wurden in den britischen kolonialen Debatten über Tropenmedizin und imperiale Pädagogik regelmäßig eine eigentümliche Degenerationsgeschwindigkeit des indischen Gehirngewebes in Relation zum dem von Briten und mithin eine moralische Schwäche der Inder postuliert (Cohen 1998: 19). In diesem Narrativ wird dem tropischen Klima der gleiche *"aufweichende"* Effekt auf das als physisch und moralisch unvorbereitet wahrgenommene Gehirn zugeschrieben wie ein hohes Alter. Die Überzeugung, dass die Tropen eine alternde und das Gehirn aufweichende Wirkung zeitigen, ging den *"festigenden"* und regulierenden Prozessen der kolonialen Medizin voran. Da das Intellektuelle und das Körperliche in Indien als auffällig disjunkt galten, wurden die Beziehungen der indischen Kultur zur materiellen Welt für rein willkürlich erklärt. Für Hegel ist die Idee in Indien von dem Externen, von der Dialektik mit und innerhalb der Welt, gänzlich abgeschnitten (Ebd.: 22). Vernunft, Kultur und ästhetische Form bewegten sich deshalb in einem symbolischen Bereich, welcher der Imagination und dem Traum gleichkäme. Die Behauptung, dass das indische Gehirngewebe schneller reift und verfault, während die rationalen Fähigkeiten sich nicht gleichsam weiterentwickeln, findet bis heute Resonanz in den referenziellen Aussagen der indischen Gerontologie über die außerordentlich lange Agilität und Schärfe des indischen Gehirns aufgrund des im Vergleich zum *Westen* stärkeren Zusammenhalts der Institution Familie. Ein in der Zeitung *"India Today"* 1985 erschienener Artikel mit dem Titel *"The better brain"* berichtet von dem Blick durch das Mikroskop *"which magnifies the minutest brain segments an incredible 1.2 million times"*, welcher auf dem zellularen Level zeigt: *„Indian brains show fewer physical symptoms of senility than their western counterparts“* (ebd.: 23).

Mit ihren revolutionären mikroskopischen Geräten deckten einst die französischen Laborwissenschaftler um Pasteur eine fremde Welt in der eigenen auf und vermochten es, die Gepflogenheiten der Gesellschaft neu zu definieren. Denn aus den neuen Erkenntnissen wurden Hygienevorschriften abgeleitet, die fortan dirigierten, wie Hände zu waschen waren, wie Bier gebraut und die Armen entseucht werden sollten etc. Indem sie darauf hinwiesen, dass überall in der Gesellschaft Millionen unsichtbare und potentiell gefährliche Mikroben ihr Wesen treiben, legitimierten ihre *Entdecker* die eigene Autorität in allen Sphären des Lebens (Latour 1988: 37f).

Ähnlich argumentiert Sijaak van der Geest in Bezug auf Medikamente. Diese würden nicht nur in der Gesellschaft hergestellt und genutzt werden, vielmehr diese selbst auch verändern.

„As a medical technology, pharmaceuticals are not only products of human culture, but producers of it.“ (Van der Geest et al. 1996: 155)

Als Technologie nehmen sie eine kulturelle Kraft an, indem sie mit Techniken und Prozeduren verbunden werden, welche die menschlichen Erfahrungen von Krankheit, dem Körper und dem Heilen entscheidend prägen. Gleichsam werden sie zu Ausweitungen des menschl-

chen Körpers, deren Nutzung gemeinhin so selbstverständlich gelernt wird wie der Gebrauch des Körpers selbst.

6.5 PSYCHOTROPE MEDIKAMENTE

Neue Generationen von psychopharmakologischen Wirkstoffen bieten gegenwärtig ein umfangreiches Instrumentarium für die Behandlung von Störungen der psychischen Gesundheit (Kleinman 2002: 2). Die neuen atypischen Antipsychotika sind vorgeblich sicherer als die Vorgänger und rufen keine extrapyramidalen²⁵ Nebenwirkungen hervor. Die für die Behandlung von Depressionen verwendeten "*selective serotonin reuptake inhibitors*" (SSRIs) seien weniger toxisch und besser zu vertragen als die älteren trizyklischen Antidepressiva und den "*monoamine oxidase inhibitors*" (MAOIs). In der Einleitung zum "*World Mental Health Casebook*" schreiben die Medizinanthropologen der Harvard Medical School Alex Cohen und Arthur Kleinman, sowie der Psychiater und Direktor des Departments *Mental Health and Substance Dependence* der WHO Benedetto Saraceno, was sie als das Bedeutendste der neuen Generation von Medikationen erachten. Anders als ihre Vorläufer seien diese nicht durch *glückliche Zufälle* entdeckt worden (Lock 2010: 173). Neue Wirkstoffe würden zunehmend durch hypothesengeleitete neurowissenschaftliche Untersuchungen von spezifischen pharmakologischen Wirkungsweisen entwickelt werden. Dies erlaube Hoffnung auf Entdeckung immer effektiverer Interventionen.

Tatsächlich durch Zufall stolperte John Cade 1949 über Lithiumsalze und sah in ihnen Potenzial für die Behandlung der manischen Depression. Im Jahr 1952 beschrieb ein französisches Forschungsteam antipsychotische Eigenschaften des Stoffes Chlorpromazine, das als erstes Neuroleptikum²⁶ als Grundstein der modernen Psychopharmaka-Therapie gilt. Fünf Jahre später erfolgte die Herstellung des ersten trizyklischen Antidepressivums, die mit einer radikalen Zunahme der Diagnostizierung von Depression einherging. Im transnationalen Kontext überfüllter Psychiatrien und der wirkmächtigen Kritik an diesen Institutionen bedienten die Medikamente eine Vielzahl an derzeitigen Bedürfnissen. Psychopharmakologie und Psychoanalyse erschienen für das Bestreben, die Behandlung von psychischen Krankheiten außerhalb einer Klinik zu realisieren und institutionalisierte Patienten in die Gesellschaft zu reintegrieren, als zweckdienliche medizinische Techniken.

Es erwies sich jedoch, dass wahnhaftige Symptome mit den Medikamenten in keiner Weise einzudämmen waren, die das Bewusstsein in dem Maße intakt ließ, dass eine psychoanalytische Arbeit mit dem Konsumenten möglich gewesen wäre (Lakoff 2005: 8). Erhebliche Beeinträchtigungen des *Bewusstseins* erregten umfassende Reflexionen über das Verhältnis zwischen chemischer Intervention und menschlicher Subjektivität. Größtenteils wurden psychotrope Medikamente als Instrumente erachtet, die mehr auf der Oberfläche als in den Tiefen eines menschlichen Zustands Arbeit leisteten. Die Arbeit in den Tiefen versprach das Medikament jedoch erheblich zu erleichtern. So schrieb Nathan Kline, ein psychodynamischer

²⁵ Extrapyramidale Störungen betreffen die Steuerung der Muskeltätigkeit durch das Gehirn. Sie äußern sich in ungewollten und wiederholten Zwangsbewegungen der Hände, der Zunge und der Lippen.

²⁶ Neuroleptika sind psychotrope Nervendämpfungsmittel, die eine antipsychotische, sedierende und psychotomische Wirkung hervorrufen.

scher Psychiater und klinischer Medikamentenforscher, dass Reserpine den Durchbruch von tiefem Material erlaube, während Chlorpromazine repressive Mechanismen stärke (Kline 1959: 484 in Lakoff 2005: 9). Beide Mittel könnten temporale Bedrohungen des *Ichs* und des *Über-Ichs* durch das *Es* abwehren. Für Kline lag die Bedeutung der Medikamente in der Quantitätsreduktion der instinktiven Triebe oder psychischen Energien, und somit in der Verringerung der Notwendigkeit des Abwehrens inakzeptabler Impulse. Sie arbeiteten am Körper und setzten die Empfindsamkeitsschwelle der Stimulusantwort herab, um folglich eine Sprachtherapie möglich zu machen und aus dem Subjekt ein sprechendes Wesen zu produzieren. Dies bedeutete, analysierbare und interpretierbare Narrative in den Äußerungen eines Patienten zu finden, die auf eine identifizierbare Struktur wiesen. Probleme des Organismus wurden dabei strikt von Fragen der Subjektivität getrennt. Zwar hing die Produktion von Subjektivität von den Effekten einer Medikation ab, blieb selbst jedoch konzeptuell autonom.

6.6 INTERAKTIONEN ZWISCHEN CHEMISCHEN SUBSTANZEN, PSYCHIATRISCHER EXPERTISE UND GESUNDHEITSPOLITISCHEN ENTWICKLUNGEN

Es zeigt sich, dass die Funktion von Medikamenten in erheblichem Maße durch jene Rationalitätsform des spezifischen Milieus der Expertise interpretiert wird, in welchem diese genutzt werden. Klines dynamisches Verständnis von der Art und Weise, wie psychotrope Medikamente auf die Psyche wirken, unterscheidet sich deutlich von der Prämisse der gegenwärtigen neurowissenschaftlichen Psychiatrie. Letztere zielt auf einen gezielten Einsatz eines Medikaments, um eine spezifische neurochemische Störung im Gehirn zu korrigieren und ein normales Funktionieren der Kognition, des Affekts oder des Willens herzustellen. Diese Ausrichtung ist nicht nur die Folge technischer Innovation. Vielmehr ist sie ein Resultat komplexer Interaktionen zwischen chemischen Substanzen, psychiatrischer Expertise und gesundheitspolitischen Entwicklungen, wie Andrew Lakoff in seiner Ethnografie *"Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry"* argumentiert (Lakoff 2005: 7).

In den USA setzte das staatliche Reglement voraus, dass im biomedizinischen System zirkulierende Pharmazeutika erwiesenermaßen gezielte biochemische Effekte aufzeigen konnten. Seit 1963 müssen alle Medikamente in Rahmen von *"Randomisierten placebokontrollierten Studien"* (*RCT: randomized controlled trials*) auf Sicherheit und Wirksamkeit überprüft werden (ebd.:10). Aus der Reglementierung von Pharmazeutika durch das Direktiv der RCTs folgte die Notwendigkeit der Entwicklung diagnostischer Standards. Denn um die Wirksamkeit nach biomedizinischen Kriterien demonstrieren zu können, mussten Forscher in der Lage sein, die Interventionsziele zu spezifizieren und Funktionsstörungen in standardisierter Weise zu definieren. Der Nachweis von Spezifität erforderte folglich eine Rekonfigurierung von Intervention und Krankheitsdefinition. In diesem Kontext werden Krankheiten als stabile Entitäten konzipiert, die jenseits der Verkörperung in bestimmten Individuen existieren und auf spezifischen kausalen Mechanismen beruhen. In Referenz auf den Wissenschaftshistoriker Charles Rosenberg merkt Lakoff an, dass das Modell der *"disease specificity"* an der Schnittstelle von individueller Erfahrung und bürokratischer Administration dabei helfe, *„Erfahrungen maschinenlesbar zu machen“* (Lakoff 2005: 10). Diese Maschinenlesbarkeit ist für die Selektion von homogenen Testpersonen hoch relevant. Ausschließlich dann, wenn die

Effektivität chemischer Substanzen innerhalb eines Samples vergleichbarer Patienten erfolgreich gemessen wurde, wird entsprechend der US-amerikanischen und europäischen Gesetzgebung deren Distribution legitimiert. Zu diesem Zwecke entwarfen Forscher der Klinischen Psychiatrie zahlreiche Messskalen und Fragebögen, welche auf Grundlage des Spezifitätsmodells und analog zu bestimmten medikamentösen Interventionen, Krankheiten als diskrete Entitäten kodifizieren. Mithin wurden die Krankheitskategorien in starker Orientierung an vorhandene psychotrope Substanzen entworfen.

6.7 STANDARDISIERUNG DER PSYCHIATRISCHEN PRAXIS

Nachdem eine komparative Studie 1972 die Disparität der diagnostischen Praktiken von praktizierenden Psychiatern kenntlich gemacht hatte und Versicherungen verlangten, dass Ärzte ihre Behandlungsstrategien mit einheitlichen Protokollen begründeten und deren Effektivität nach professionell sanktionierten Kriterien demonstrierten, begann sich der Prozess der Standardisierung auch außerhalb der wissenschaftlichen Forschung in der psychiatrischen Praxis zu verdichten (Lakoff 2005: 10f.). Die *American Psychiatric Association* etablierte mit der Edition des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health* von 1980 ein einflussreiches Standardregime, welches die Produktion von funktional vergleichbaren Resultaten in verschiedenen Bereichen – Klinik, Versicherung, wissenschaftliche Forschung - ermöglichen sollte. Das primäre Ziel war die Reliabilität, d.h. wenn eine Person zwei verschiedene Kliniken aufsuchte, sollte sie die gleiche Diagnose an beiden Orten gestellt bekommen. Die diagnostischen Standards wurden indessen nach pragmatischen Prinzipien konstruiert. Durch das Dysfunktionale ließ sich das Pathologische nachgerade am besten definieren. In diesem Sinne wurden auf Fragebögen basierende Beurteilungsskalen eingeführt, um Funktionalitätsnormen zu messen, die es für verschiedene Beobachter möglich machten, die gleichen Kriterien zur Erstellung einer Diagnose zu nutzen und welche die Psychiatrie von den Idiosynkratien der subjektiven Beurteilung befreien sollten (ebd: 12). Krankheits-Ätiologien wurden bei der Entwicklung des diagnostischen Systems ausgeklammert, allerdings mit der Zuversicht, dass fortwährende Forschung organische Korrelate auffindig machen würde, die den eindeutig definierten Krankheitskategorien entsprechen. Vorgeblich basierten die diagnostischen Standards auf atheoretischen Beobachtungen "phänomenologischer" Merkmale, stellten jedoch vielmehr den besten Kompromiss unter zahlreichen Interessen und informationellen Anforderungen dar. Nach ausformulierten Regeln erfolgt kontinuierlich ihre Testung und Revision. In einem Prozess der gegenseitigen Anpassung zwischen chemischer Substanz und Diagnose, zwischen Intervention und Krankheit, werden in diesem Kontext neue Wissensobjekte und Identitätsformen generiert.

7. BIOMEDIZIN IM KONTEXT

7.1 PHARMAZEUTISCHE VERNUNFT

Andrew Lakoff beschreibt in der oben genannten Ethnografie "*Pharmaceutical Reason*", wie die französische Biotechnologiefirma Genset für eine pharmakogenetische Studie Patienten *erschafft*, um Probanden für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen einer manisch-depressiven Erkrankung (*bipolare Störung*²⁷) und genetischer Veranlagung zu schöpfen. Da sich die bipolare Störung in der argentinischen und psychodynamisch ausgerichteten "*mundo-psi*" nicht als valide Krankheitskategorie etabliert hatte, gelang es der Firma dort nicht, ausreichend Studienteilnehmer zu rekrutieren. Erst durch das direkte Adressieren der argentinischen Bevölkerung über öffentliche Medien fanden sich Personen, die bereit waren, eine derartige Krankheitsidentität anzunehmen. Konnten die angesprochenen Rezipienten Fragen über Stimmungsauslenkungen, affektive, physiologisch-vegetative und motivationale Zustände teilweise mit Ja beantworten, wurde dies als ein deutliches Indiz für das Vorliegen einer bipolaren Störung ausgelegt. Die potenzielle Bedeutung dieser Personen bestand darin, dass ihre spezifischen Lebensgeschichten auf die gleiche Messebene gebracht werden konnten (Lakoff 2005: 20). Ärzte lokaler Kliniken wurden von Genset engagiert, um aus diesem Pool Personen zu selektieren und an die Firma zu vermitteln. Ein aus europäischen Psychiatern zusammengesetztes Komitee besprach mit ihnen die Forschungsprotokolle der Studie, um konsistente diagnostische Praktiken sicherzustellen.

7.1.1 SOUVERÄNE VERWALTUNG INDIVIDUELLER RISIKEN

Die Allianz zwischen Genomik und Psychiatrie, so hoffte man, würde es ermöglichen, phänotypische Charakteristiken einer Krankheitspopulation mit Variationen auf dem genomischen Level zu verbinden. Gensets' Forscher arbeiteten nicht mit der Hypothese, dass der Phänotyp durch den Genotyp determiniert wird, sondern mit der Annahme, dass die Identifizierung von Genen ein Mittel bereitstellt, mit dem jene vererbten Faktoren und Umwelteinflüsse isoliert werden können, die in ihrer Kombination ein Erkrankungsrisiko darstellen (Lakoff 2005: 30). Anders als staatsbasierte eugenischen Programme, die beispielsweise zu Massensterilisierung-Kampagnen in den USA führten, bestand das Motiv dieser Form der genomischen Forschung darin, genetische Variationen innerhalb von Bevölkerungen zu identifizieren, um der Medikamentenentwicklung Richtlinien zu liefern und die Voraussetzung für die Entwicklung von Technologien zu schaffen, die Individuen in die Lage versetzen, individuelle Risiken souverän zu verwalten. Die Kenntnis eines genetischen Risikos für eine Erkrankung wie die bipolare Störung kann von dieser Warte aus genutzt werden, um Menschen mit potenziell schädlichen Genen dabei zu helfen, umsichtige Entscheidungen zu treffen. Denn die Lebensereignisse seien es, die ein Risiko in eine aktive Störung zu transformieren vermögen. Ein derartiger Umgang mit psychischen Krankheiten nimmt nicht die gewöhnli-

²⁷ Im biomedizinischen Kontext ist eine bipolare Störung ein organisches Problem der Stimmungsregulation, durch welches Betroffene zwischen Zuständen heftiger Agitation und schwerer Depression wechselt.

che Form einer Untersuchung der individuellen Vergangenheit eines Patienten an. Vielmehr drückt dieser eine dezidierte Orientierung an der Zukunft aus, die es Patienten und Familien befähigt, vorausdenkend mit latenten Risiken umzugehen (ebd. 31). Während Patienten eine Rolle als aktive Konsumenten annehmen, werden Psychiater zu Verbündeten im Rahmen der gemeinsamen Aufgabe des Risikomanagements (ebd.).

7.1.2 DIAGNOSTISCHE ANPASSUNG AN MEDIKAMENTE

Gensets' Projekt war darüber hinaus auf eine genotypische Charakterisierung jener markanten Gruppen von Phänotypen ausgerichtet, die jeweils ähnlich auf bestimmte Medikamente reagieren. Diese Technologie der *Pharmakogenomik* sollte genetische Variationen operationalisieren und es ermöglichen, pharmazeutische Substanzen gezielt für spezifische Populationen zu entwickeln. Aufgrund dieser Aussicht auf eine prädiktive "*personalisierte Medizin*" investierten pharmazeutische Unternehmen beträchtliche Kapitalmengen in genomische Forschungsprojekte (ebd. 168). Denn die Prognose über die genetisch bedingte Responsivität von Patienten würde pharmazeutische Unternehmen dazu befähigen, Medikamente an spezifische Patientensubgruppen zu vermarkten und Krankheitspopulationen direkt an Marktsegmente zu binden. In einem einflussreichen Bericht regte die Boston Consulting Group 1999 pharmazeutische Unternehmen dazu an, sich auf solche Entwicklungen einzustimmen:

„the opportunity inherent in the new era of pharmaceuticals will be available to only the most flexible and visionary players, which must invest today to benefit from future opportunities.“ (Boston Consulting Group)²⁸

Genomikfirmen priesen pharmazeutischen Firmen die *Pharmakogenetik* als die technische Lösung für das Problem der Ineffizienz klinischer Versuchsprozesse an. Letztere bedürfen enorm viele Patienten, um Sicherheit und Effektivität zu demonstrieren und weisen eine hohe Fehlrate auf, die z.T. der Heterogenität der Samples zugeschrieben wird. Mit "*medicine response profiles*" als Selektionsvariablen für die Sammlung von homogenen Populationen hätten Versuche der klinischen Medikamentenforschung sehr viel mehr Aussichten auf Erfolg. Hier erfolgt die Anpassung zwischen den Effekten eines Medikaments und den Charakteristiken der Zielpopulation nicht aufgrund der Entwicklung von gezielter wirkenden Medikamenten. Intervention und Krankheit werden dagegen auf der diagnostischen Ebene kalibriert. Nicht indem der richtige pharmakologische Schlüssel gefunden wird, der zur Krankheit passt, sondern indem die Gestalt des Schlosses verändert wird, in welches per definitionem der Schlüssel passt, wird in diesem Fall versucht dem Ideal der Spezifität gerecht zu werden (Lakoff 2005: 174). Biologische Informationen werden folglich in eine Technologie inkorporiert, um chemische Interventionen zu leiten, die dabei helfen sollen aus pathologischem Verhalten und Denken normales zu generieren. Das Ziel des Medikaments ist jedoch nicht mehr eine Krankheit per se, sondern die vererbte Eigenschaft, auf ein gegebenes Medikament positiv anzusprechen. Während die Technologie die Möglichkeit der Bestimmung einer

²⁸ Zitiert nach Lakoff 2005: 171

physiologischen Basis für amorphe Zustände einräumt, klammert sie die Frage nach der Kohärenz von Krankheitentitäten wie die bipolare Störung aus.

7.1.3 PRÄMISSE EINES GLOBALEN EPIDEMIOLOGISCHEN RAUMS

Die Transferierbarkeit von genetischem Material hing nicht nur von Gensets' Kapazitäten ab, Informationen aus dem Blut von Patienten zu generieren, sondern ebenso von der Ausweitung eines ethisch-rechtlichen Regimes. Das nordamerikanische diagnostische System, dessen Bestandteil die Kategorie der bipolaren Störung ist, war nicht in die argentinische Psychiatrie übergegangen. Gensets Sammlungsprozess basierte hingegen auf der generellen Annahme der Existenz eines undifferenzierten globalen epidemiologischen Raums, wie es für die sogenannte kosmopolitische Psychiatrie der WHO charakteristisch ist (ebd.: 32). Die WHO schätzt, dass 2,5% der Weltbevölkerung im Alter von 15-44 Jahren unter einer bipolaren Störung leidet (WHO 2001b). Wie die WHO beruhte das Forschungsprotokoll von Genset auf der Prämisse, dass die bipolare Störung eine kohärente und stabile Entität mit universalen Eigenschaften ist, die unabhängig vom Kontext existiert. Der Erfolg von Gensets Gensuche hing jedoch von der globalen Validität dieser Krankheitskategorie ab, die entworfen wurde, um divergente Krankheitserfahrungen in ein gleiches Klassifikationsschema zusammenzufassen. Die Extraktion von nützlichem Wissen aus Patienten-DNA blieb schließlich auf die Entwicklung von diagnostischen Standards angewiesen, die wiederum mit staatlichen Initiativen der öffentlichen Gesundheit historisch verknüpft sind.

Um die Gesundheit einer Bevölkerung abzumessen und zu verbessern, haben sich nationale und transnationale Regierungsinstitutionen in Zusammenarbeit mit medizinischen Professionellen stets darum bemüht, epidemiologisches Wissen zu akkumulieren. Diese an dem Management des Risikos orientierte politische und administrative Rationalität transformierte auch das Interesse der psychiatrischen Expertise. Der Fokus auf den individuellen Fall wurde neu justiert und erfuhr eine zunehmende Ausrichtung auf das präventive Management von Risikogruppen innerhalb von Populationen. Das epidemiologische Wissen spielt zum einen eine große Rolle bei der Vergabe von Forschungsressourcen. Zum anderen indizieren Statistiken wie die DALYs, welche Teile der Bevölkerung dazu neigen, an psychiatrischen Störungen zu erkranken, welchen wirtschaftlichen Schaden diese Krankheiten produzieren würden und wie viel Geld durch eine frühe Diagnose und Intervention gespart werden könnte. Von diesem Prozess des Sammelns epidemiologischer Datenmengen unterscheiden sich viele gegenwärtige Forschungen dadurch, dass sie von privaten Database-Firmen in Kooperation mit lokalen Kliniken durchgeführt werden. Diese Zusammenarbeit ist durch wirtschaftliche und technowissenschaftliche Entwicklungen bedingt. Zum einen ist *Gesundheit* zu einem bedeutsamen globalen Marktplatz gediehen, und zum anderen wurden im Gefolge des *Human Genome Projects* neue DNA-sequenzierende Technologien, wie auch die Bioinformatik in einer rapiden Geschwindigkeit entwickelt. Hochkapitalisierte Biotechfirmen sind nun an der Möglichkeit interessiert, durch die Forschung in spezifischen lokalen Populationen wertvolle Informationen zu gewinnen.

7.1.4 DIAGNOSTISCHE LIQUIDITÄT

Lakoff betont, dass die Rolle der Regierung hervorstechend bleibt (Lakoff 2005: 14). Denn der Gesundheitsmarkt als Ziel technowissenschaftlicher Innovation ist durch rechtliche Formen strukturiert, welche z.B. durch Rechte auf "*Intellektuelles Eigentum*" die Voraussetzung dafür bilden, dass biologische Informationen Wert erhalten können (ebd.: 20). Wie die Genset-Studie demonstriert, dienen Patienten in anderen Teilen der Welt als potenzielle Quelle für die Generierung von wertvollen Informationen, die aufgrund von lockerer Regulationskontrolle oft leichter zugänglich sind. In den 1990er Jahren kristallisierte sich die Metapher des "*Bergbaus*" als Ausdruck für die Suche nach *verborgenen Reichtümern* in den Genomen dieser klinisch diagnostizierten Patientenpopulationen heraus (ebd.). Genomik-Unternehmen waren davon überzeugt, dass sich patentierbare Sequenzinformationen auf dem aufkeimenden Gesundheitsmarkt als marktfähige Ressourcen erweisen würden. Transnationale Epidemiologie machte es wiederum möglich, diesen Markt zu lokalisieren und dessen Größe abzuschätzen. Um auf dem Markt transferierbar zu sein, muss eine Anlage in einem Prozess der Reduktion und Standardisierung von Komplexität ihre Spezifität und Lokalität verlieren. Lakoff beruft sich in diesem Kontext auf die Soziologen Bruce Carruthers und Arthur Stinchcombe, welche die Schaffung von generalisiertem Wissen über Güte und Wert aus idiosynkratischem persönlichen Wissen in der Finanzwelt als Produktion von Liquidität beschreiben.²⁹ In diesem Prozess werden individualisierte Einschätzungen in kollektiv sanktionierte Kriterien gewandelt, die es ermöglichen, disparate Objekte zu abstrahieren, zwischen diesen Äquivalenz herzustellen und als Währung zirkulieren zu lassen. Wie die beiden Analytiker aufzeigen, ist die Existenz und Legitimität einer regierenden Instanz, welche die Praxis der Messung reguliert, entscheidend. Produzenten, Händler und Käufer müssen die Überzeugung teilen, dass *äquivalente* Waren wirklich das gleiche sind, was einer sozialen und kognitiven Leistung bedarf.

In der Biomedizin ist die Diagnose die generalisierte Konvention, welche Komplexitäten individueller Erfahrung formatiert und Äquivalenz zwischen unterschiedlichen Individuen produziert. Letztere bilden zusammen genommen wechselweise eine epidemiologische Population, ein Marktsegment und eine Assemblage von gleichen Selbstidentitäten. Eine psychische Krankheit ist auf diese Weise zwischen den Domänen der Industrie, der Regierung und der Biomedizin transferierbar. Sie verbindet soziale Bedürfnisse wie Gesundheit mit profitorientierten Unternehmen und wissenschaftlichen Gemeinschaften.

7.1.5 PATHOLOGISCHE MENSCHLICHE BEZIEHUNGEN UND WIDRIGE SOZIALE UND POLITISCHE BEDINGUNGEN

In Argentinien sah sich Genset mit der Frage konfrontiert, wie eine epidemiologische Population lokalisiert, begrenzt und ihren Mitgliedern bewusst gemacht werden sollte, dass sie einen gleichen Zustand oder eine gemeinsame Potenzialität teilen. Schließlich war die Fähigkeit ihrer Werkzeuge, die richtigen krankheitsbezogenen Gene zu finden, von der Qualität

²⁹ Carruthers and Stinchcombe 1999: 356 in Lakoff 2005: 21

oder Homogenität des phänotypischen Samples abhängig. Das Fehlen von bipolaren Patienten in Argentinien wies auf die Disparität von gesundheitsbezogenen Rationalitätsformen. Auch wenn es, wie Andrew Lakoff unterstreicht, keine "*Argentinische Psychiatrie*" gibt, so nimmt die Psychiatrie in dem Land eine bestimmte Form an, die durch die Beschaffenheit einer psychoanalytischen Kultur strukturiert ist (Lakoff 2005: 44). Diverse Gruppen von Psychiatern und Psychoanalytikern teilen hier eine Orientierung an *dem Sozialen* als eine Quelle der Erklärung und einem Ziel der Intervention. Viele dieser psychoanalytischen Experten tendieren dazu, eine psychische Störung als das Resultat von Faktoren der sozialen Umwelt zu betrachten, Symptome in der soziopolitischen Struktur zu verorten, und ihre Praxis als das Projekt einer progressiven sozialen Transformation zu verstehen. Diese Verständnisweise wurzelt in der spezifischen Ausgestaltung der transnationalen sozialen "*Mental-Health-Bewegung*" (vgl. S. 9) in den 1950er und 60er Jahren. In Argentinien unterschied sich die "*salud mental*"-Bewegung durch einen expliziten Antiliberalismus von der nordamerikanischen und europäischen Variante. Der argentinische Präsident in der ersten Hälfte der 1950er Jahre, Juan Peron, pflegte eine populistische und nationalistische Vision einer staatlich gelenkten Massendemokratie, als ein "*Dritter Weg*" zwischen Kapitalismus und Sozialismus, der allen Teilen der Bevölkerung soziale Wohlfahrt garantieren sollte (Lakoff 2005: 45). Damit forderte er die Legitimität der Vorstellung von Demokratie heraus, die auf formale politische Rechte beschränkt ist, und erweiterte diese durch sozioökonomische Rechte wie Bildung, Gesundheit und Erwerbstätigkeit. Erst unter diesen Umständen lässt sich nach dieser Auffassung Bürgerschaft ausüben.

Auch das Projekt des *salud mental* war an die Idee der sozialen Bürgerschaft gebunden. Das demokratische Subjekt von *salud mental* ist nicht das liberale Subjekt, sondern jenes, dessen psychische Gesundheit an das kollektive Wohl gebunden ist. Symptome weisen in diesem Rahmen nicht auf spezifische im Körper lokalisierte, diskrete und stabile Krankheitsentitäten, sondern bilden eine Reaktion auf pathologische menschliche Beziehungen und ungünstige soziale und politische Bedingungen. Psychische Krankheiten sind demnach plastische Formen, deren Behandlung einen Aufbau von gesunden sozialen Bindungen im Leben des Patienten erfordert. Die Psychoanalyse etablierte sich nicht nur als eine Behandlungsform für Kranke, sondern wurde darüber hinaus auch als ein notwendiger Teil der persönlichen Reifung, als Zeichen der Gesundheit und mögliches Werkzeug für sozialen Wandel erachtet. Denker des *salud mental* argumentierten zudem, dass die Basisstrukturen der Psychopathologie, nämlich Neurose und Psychose, nicht strikt voneinander getrennt, sondern durchgängig miteinander verbunden sind. Psychosen galten von nun an ebenfalls als behandelbar und wurden vor allem jenseits jeglicher organischer Fundierung erklärt (ebd.: 46).

Die Periode, welche Perons' Regierung folgte, war die Ära des Developmentalist State, der an Modernisierung durch soziale Planung orientiert war und dem „*Anti-Intellektualismus*“ und „*kulturellen Traditionalismus*“ des Peronismus opponierte (ebd.). Sozialpsychologie stellte die Wissenschaft von geplantem sozialen Wandel dar, innerhalb derer das Soziale nicht nur ein Objekt des Denkens, vielmehr auch explizit ein Modus des Regierens war. Beginnend mit der Ongania-Diktatur und der Übernahme der Universitäten durch den rechten Flügel 1966 radikalisierten sich die Akteure des *salud mental* zunehmend. Öffentliche Krankenhäuser, in denen Psychiater ihre Behandlungstechniken mit sozialen und politischen Bewegungen verbanden, wurden neben Universitäten und Fabriken zu Orten des

Aufstands und des Kampfes zugunsten marginalisierter Sektoren der Bevölkerung. Die Generäle des rechten Flügels, die 1976 den militärischen Putsch leiteten, erachteten die sozial orientierte Psychiatrie und Psychoanalyse als subversiv gegenüber christlichen Werten und stabilen Hierarchien. Viele Aktivisten des *salud mental* fielen dem Programm der rechtskonservativen Militärdiktatur zum Opfer oder verließen das Land. Die alten psychiatrischen Krankenhäuser, die auf sozialer Exklusion, einem organistischem Verständnis von psychischen Krankheiten und dem klassischen Modell der Psychopathologie basierten, wurden wieder zum Einsatz gebracht.

Dieses historische Bewusstsein und die sozialaktivistische Attitüde erklären zum Teil, warum gegenwärtig in Argentinien die Praktiken der Psychoanalyse gemeinhin als progressiv und demokratisch erachtet werden, während die biomedizinische Psychiatrie mit dem Autoritarismus des rechten Flügels assoziiert wird (Lakoff 2005: 51). Das biomedizinische DSM-System wirkt in diesem epistemischen Milieu zum einen epistemologisch mangelhaft, da es auf einer mechanistischen Vorstellung des Menschen als ein auf Effizienz und Effektivität ausgerichteter Computer zu beruhen scheint, es den Diskurs über Subjektivität und Aspekte der Doktor-Patient-Beziehung vernachlässigt, sowie einseitig das Biologische und Individuelle gegenüber dem Psychologischen und Kollektiven betont. Das DSM-System ist vielen Psychoanalytikern zum anderen politisch suspekt, aufgrund dessen Verknüpfung mit dem Markt, der Privatisierung von Gesundheit und den verkaufsfördernden Bemühungen der pharmazeutischen Industrie, welche die spanische Übersetzung von DSM-IV sponsorte und distribuierte.

Das massenhafte Auftreten von Suchtkrankheiten und familiärer Gewalt wird gewöhnlich dem Abbau der sozialen Fürsorge durch neoliberale Reformen der Regierung und den Strukturanpassungsmaßnahmen der Weltbank zugeschrieben, welche die Marktrationalität auf Gebiete des öffentlichen Sektors ausweiten. So argumentiert der Psychoanalytiker Victor Giorgi, dass die neoliberale Ideologie die Naturalisierung von Wettbewerb und Individualismus betreibt, und Exklusion, Armut und Arbeitslosigkeit nicht mehr als soziale Ungerechtigkeit, sondern als Zeichen der mangelnden Konkurrenzfähigkeit von Leidenden konzipiert (ebd.: 70).

Viele Narrative in der argentinischen *mundo psi* beziehen sich kritisch auf den globalen Kapitalismus, der nach Meinung eines Gros der Experten eine ethische Perversion des Individualismus, des Wettbewerbs und des Konkurrenzdenkens, sowie gemäß des Ethos der Effizienz *"Instant-Behandlungen"* für Kranke befördert (ebd.: 69). Die *Spezifität* von Psychopharmazeutika erscheint mithin als die Schwachstelle des biomedizinischen Paradigmas und nicht selten als plumpe Erfindung. Die Annahme, dass Traurigkeit oder Melancholie ein mit dem Verweis auf Neurotransmittern zu begründendes Problem ist, stellt aus psychoanalytischer Sicht die Geschehnisse innerhalb von zwischenmenschlichen Beziehungen in den Schatten. *„The patient doesn't want to have to think about how his problem might have to do with his own life, a wrong decision in the past. We live in an ever more medicalized society.“* (ebd.)

Auch der Präsident der Argentinischen Psychiatrischen Gesellschaft, Juan Carlos Ferrali, beklagt den Verlust des Interesses an einer tiefgründigen Selbsterforschung und betrachtet dies als Teil einer größeren Krise der sozialen Ordnung, in welcher man eine generalisierte Suche nach schnellen *„chirurgischen“* Lösungen finde und weniger eine Beschäftigung mit dem ganzen menschlichen Wesen. Die Anwendung von psychotropen Medikamenten sei

eine inauthentische Form der Selbsttransformation. Kritiker argumentierten, dass die Psychiatrie nicht in die Rationalität der Biomedizin zu integrieren sei, da sie sich mit den Störungen des Menschen als Subjekt von sozialen Bindungen befasse.

Während biomedizinische Standards die Anforderung konsistenter diagnostischer Praktiken an diversen Orten erfüllten, blieb die Frage bestehen, ob das Formen solcher Krankheitspopulationen auf gültigen und zulässigen Kriterien basiert. Psychiatrische Kategorien gründen eher auf kontingenten Vereinbarungen zwischen Experten über Bewertungsskalen als auf patho-physiologischen Größen. Sie sind Teil der Abstraktion einer globalen biomedizinischen Informationsökonomie.

7.1.6 SUGGESTIVWIRKUNG VON MEDIKAMENTEN

Der irische Psychiater und Forscher der klinischen Psychopharmakologie David Healy bezeichnet den Glauben an die von medizinischen Interventionen unabhängige Existenz von Krankheiten als den blinden Fleck der Biomedizin, der beispielsweise darin resultiere, dass Millionen von Menschen als depressiv diagnostiziert werden, nachdem und weil "*Antidepressiva*" verfügbar wurden. Zusammen mit Philippe Pignarre weist Healy darauf hin, wie sich die Effekte von als Antidepressiva firmierenden chemischen Substanzen und das Verständnis von der Art und Weise, wie Zeichen des Leidens mutmaßlich auszusehen haben, auf komplexe Weise annähern. Diese Konvergenz habe dazu geführt, dass die Diagnose *Depression* zu einem allgemeinen Ausdruck für eine Vielzahl von disparaten Formen des Leidens wurde, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie auf *Antidepressiva* reagieren, welche wohlgerne eine große Bandbreite an möglichen Wirkungen hervorrufen können (Healy 2004 in Lakoff 2005: 157). Die Mannigfaltigkeit der potenziellen Effekte dieser Medikamente sei es, die angesichts der regulatorischen Norm der Spezifität, d.h. die Forderung, die Diagnose einer Krankheit direkt an die Intervention zu koppeln, neue Krankheitsentitäten produziere.

Gemeinhin wird der Wandel von der Diagnose "*anxiety*" zur Diagnose "*depression*" als Zeichen eines wissenschaftlichen Fortschritts betrachtet, ungeachtet des kürzlichen *Re-brandings* der als Antidepressiva zirkulierenden SSRIs als "*anxiolytics*" (Healy 1997: 193ff). Mitte der 1980er Jahre wurden die bei *anxiety disorders* eingesetzten Tranquilizer, insbesondere die Gruppe der Benzodiazepine, mit der Schaffung von physischer Abhängigkeit assoziiert. Bald darauf wurde Buspirone, das erste der neuen auf das Serotoninsystem wirkenden Medikamente, als ein "*non-dependence-producing tranquilizer*" vermarktet. Buspirone hatte auf dem Markt keinen Erfolg, was deutlich machte, dass die neue Generation serotonerger Medikamente nicht als Tranquilizer vermarktet werden konnten. Demgegenüber wurden die Antidepressiva noch nicht mit dem Effekt der Abhängigkeit assoziiert, so dass SSRIs strategisch als Antidepressiva auf dem Markt kamen. Zuvor mit Tranquilizern behandelte Fälle wurden nun mit SSRIs wie Prozac, Zoloft oder Paxil therapiert. Die Verkaufszahlen von Antidepressiva stiegen in Grossbritannien und in den USA in den 1990ern in die Höhe, während die der Tranquilizer stark abnahmen. Der gesamte Verkaufsumfang dieser Medikamente blieb relativ gleich, was andeutet, dass es sich zumindest teilweise nicht um die Entdeckung von neuen Fällen der Depression handelte, sondern um eine Transformation von *anxiety* zu *depression*.

Das Adjektiv *"selektiv"* der Bezeichnung *"Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer"* suggeriert, dass nur spezifische Lokalisationen im menschlichen Organismus beeinflusst werden, in diesem Fall die Serotonintransporter. Zum einen besitzt der Neurotransmitter Serotonin jedoch vielfältige Wirkungen im menschlichen Organismus und beeinflusst nicht nur die emotionale Regulation, sondern auf komplexe Weise auch unmittelbar oder mittelbar das gesamte Zentralnervensystem, das Herz-Kreislaufsystem, die Blutgerinnung, das Magen-Darm-System und den Augeninnendruck. Zum anderen weist Healy darauf hin, dass *"selektiv"* in diesem Fall für Pharmakologen bedeutet, dass SSRIs nur mit Ausnahme des Noradrenalin-Systems in jedem Hirnsystem zu wirken vermögen.

Die Attraktivität der SSRIs wurde in nicht geringem Maße durch Marketingaktivitäten gefördert. In den 1990ern erschienen neben Werbespots eine Vielzahl affirmierender Fachartikel im Jargon wissenschaftlicher Studien. Derzeit häufen sich Berichte über die vorgeblich übliche Praxis vieler Pharmaunternehmen, von Ghostwritern Artikel oder Reden verfassen und gegen Honorar von namenhaften Medizinern signieren oder auf Konferenzen referieren zu lassen, oder aber Medikamentenstudien zu manipulieren (Bartens 2010). Andrew Lakoff argumentiert, dass Forscher nicht selten ein Ensemble an Patienten selektieren, die positiv auf ein gegebenes Medikament reagieren, um das Ergebnis von Medikamentenstudien so *"erfolgreich"* wie möglich zu gestalten, anstatt ein Medikament an einer tatsächlich nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Population zu testen.

„For drug developers, it is actually the drug, rather than the depressed patient, that serves as stable reference point.“ (Lakoff 2002: 72)

Über die tatsächlichen Wirkungen der SSRIs, ob positiv oder negativ, vermag ich kein Urteil zu fällen. Es erscheint mir jedoch sinnvoll zu untersuchen, ob und wie die Existenz von Medikamenten an sich transformierend wirken kann, ohne dass diese eingenommen werden. Der Soziologe Bruno Latour argumentiert, dass Handlungsfähigkeit nicht auf aussagefähige, intentionale Menschen begrenzt werden sollte. Er schlägt vor, anstatt lediglich die Aufmerksamkeit auf bedeutungsvolle Handlungen zu richten, auch danach zu fragen, wie die Präsenz eines nicht-menschlichen Akteurs den Verlauf von Aktionen weiterer Akteure beeinflusst. Van der Geest schreibt dazu in Hinblick auf Anti-Depressiva:

„By applying a 'thing', we transform the state of dysphoria into something concrete, into some thing to which the patient and others can address their efforts“ (Van der Geest et al. 1996: 153)

7.2 SOZIOTROPE WIRKUNGEN PSYCHOTROPER MEDIKAMENTE

Der Ethnologe Stefan Ecks beschäftigt sich mit populären Vorstellungen von *„low moods“* und der Vermarktung von Antidepressiva in Indien. Im Kontext seiner Feldforschung interviewte er 2005 in Kolkata zwei verschiedene Arzttypen³⁰, 15 Psychiater und 15 Allge-

³⁰ Alle Ärzte waren Bengalis, fast alle erhielten ihren ersten medizinischen Titel MBBS vom Calcutta Medical College und hatten mindestens fünf Jahre Berufserfahrung. Arbeitserfahrungen im Ausland, hauptsächlich in Großbritannien, war unter jüngeren Psychiatern üblich, jedoch nicht unter den Allgemeinärzten und älteren Psychiatern.

meinmediziner, bezüglich der Art und Weise, wie sie Depression diagnostizieren und behandeln. Die medizinische Annahme, dass Depression weltweit zunimmt, bildet einen Eckpfeiler gegenwärtiger globaler *"policies of mental health"*. Sie bezieht sich zum einen auf einen absoluten Anstieg der Anzahl von Menschen, die unter Depressionen leiden, und zum anderen auf einen relativen Anstieg aufgrund der Abnahme von anderen Krankheiten. Ecks fragte nach der Meinung der Ärzte bezüglich dieses vermeintlichen Anstiegs von Depressionsfällen, sowie danach, ob und wie sie ihre eigenen täglichen Praktiken mit statistischen Informationen verbinden.

7.2.1 HIERARCHISIERUNG VON EVIDENZTYPEN

Die befragten Psychiater wendeten größtenteils ein, dass es keinen verlässlichen Anhaltspunkt gäbe, der die Hypothese der Zunahme von Depressionen zu bestätigen oder zu widerlegen vermag: *„We do not have proper statistics in this country“* war die übliche Antwort (Ecks 2008: 78).

Im Gegensatz dazu waren fast alle Allgemeinärzte davon überzeugt, dass sich Fälle von Depression besonders in den vorherigen zehn Jahren in großem Maße gehäuft hatten. Sie sahen eine deutliche kausale Verbindung zwischen Depression und Indiens soziökonomischer Transformation. Mit der enormen Zunahme des Wettbewerbs um Bildung und Jobs, sowie mit der Erosion des Systems der *"joint family"* würden sich Menschen unsicherer fühlen als zuvor. Die Ärzte changierten zwischen dem Erörtern des aktuellen soziökonomischen Wandels einerseits und den Veränderungen der Wahrnehmung der Menschen andererseits. Bollywoodfilme und Fernsehprogramme, die einen wohlhabenden Lifestyle präsentieren, würden große Erwartungen evozieren, die von den harten Lebensrealitäten nur enttäuscht werden könnten. Indische Städte gelten in vielen Diskursen für Verwestlichung, populärhinduistischen Mainstream und verlorene Tradition. *„If someone was a rickshaw puller, his son wouldn't mind being a rickshaw puller, but now the son doesn't want to become a rickshaw puller. He wants a motorcycle. That is the basic problem. They are more prone to depression.“*, so drückte es ein Arzt aus (Ecks 2008: 79). Hinsichtlich des Zugangs zu Waren mögen arme Menschen zwar besser gestellt sein als vorherige Generationen, jedoch würden sie zunehmend mehr Deprivation und Marginalisierung in Relation zu den mondänen und omnipräsenten Lebensstilen anderer Menschen empfinden. Das durch eine Depression bedingte Leiden ist in dieser Sichtweise nicht auf eine physische Pathologie zu reduzieren, sondern stellt eine Form des sozialen Leidens dar. Diese sozialen Faktoren wurden von den Allgemeinärzten als gültige Evidenz für einen Anstieg von Depressionen angeführt. Sie führten wie die Psychiater keinerlei medizinische Evidenz ins Feld, bezogen sich aber auf die *"qualitative"* Evidenz ihrer soziologischen Beobachtungen. Die Psychiater erwähnten ebenso häufig soziale Probleme jeglicher Art, wiesen diesen jedoch nicht den gleichen Beweisstatus zu wie die Allgemeinärzte. Für Letztere scheint die Spezifizierung *"Depression"* die Wirkungen des soziökonomischen Wandels auf einen Nenner bringen zu können. Die Allgemeinärzte erachteten die Nutzung von Antidepressiva als die bei weitem beste Reaktion auf das vermehrte Auftreten von Depression und berichteten, dass sie diese Medikamente wesentlich öfter verschreiben würden als zuvor (ebd.: 89). Die Einführung der *"sicheren"* und *"einfachen"* SSRIs in den 1990er Jahren hat es ihrer Meinung nach ermöglicht, die Behandlung von Depression aus dem engen Bereich spezialisierter Psychiatrie in die Allgemeinmedizin zu übertragen.

7.2.2 NARRATIVE ORGANISATION DER MEDIZINISCHEN PRAXIS

Auf die Anfrage von Stefan Ecks, wie viele ihrer Patienten Antidepressiva erhielten, gaben die meisten bis zu 20% an und ergänzten, dass sie Antidepressiva routinemäßig an ältere Patienten verschreiben würden sowie an diejenigen, die unter chronischen Krankheiten leiden. Zudem tendierten sie dazu, ihre Diagnose den Patienten vorzuenthalten und nicht über die Identität der anti-depressiven Medikamente aufzuklären. Offenheit gegenüber dem Patienten rufe in derlei Fällen gewöhnlich Empörung hervor: „*Depression? I am not crazy!*“ (ebd.). Die Aufrufung von Evidenz geschieht demnach nicht nur performativ und selektiv, sondern auch strategisch und in Relation zu einem bestimmten Adressaten oder Gesprächspartner. So mögen Ärzte in der persönlichen Begegnung mit Kollegen bestimmte Evidenztypen zitieren, andere jedoch in wissenschaftlichen Arbeiten und wiederum andere, wenn sie mit Patienten sprechen. In der praktischen Ausübung erscheint Medizin narrativ organisiert sowie voller Ungewissheiten zu sein, die ausgehandelt und interpretiert werden. Personen reden für Zuhörer und antworten auf Haltungen, die sie in ihrem Gegenüber vermuten und argumentieren den diskursiven Erwartungen entsprechend. Im Gespräch mit Stefan Ecks beriefen sich die Allgemeinärzte letztlich auf die „*quantitative*“ Evidenz der gestiegenen Verschreibungsrate von Antidepressiva als ein *harter* Beleg für das vermehrte Auftreten von Depression (ebd.: 79).

7.2.3 VERBINDUNG VON MARKETING UND WISSENSCHAFT

Ecks merkt an, dass die Kategorie Depression vor den späten 1980er Jahren für Allgemeinärzte nur von marginaler Bedeutung gewesen sei. Während Psychiater mit Depression assoziierte Symptome zuvor meist mit Trizyklika behandelten, nutzten Allgemeinärzte in der Regel Tranquilizer wie Amitriptylin. In den 1990er Jahren expandierte die Reichweite der Antidepressiva durch die Präsenz vorgeblich sicherer SSRIs, welche sodann auch für die Verschreibungspraktiken nicht-spezialisierter Ärzte verfügbar wurden. Die indische pharmazeutische Industrie ist einer der weltweit größten Exporteure und produziert gleichsam für einen wachsenden Binnenmarkt (Ecks 2009: 96). Allein Fluoxetine, die aktive Substanz von Prozac, wurde im Jahr 2009 in Indien unter 66 verschiedenen Markennamen vertrieben (Ebd.: 72). Die gegenwärtig auf dem indischen Markt verfügbaren Psychopharmazeutika wurden zunächst von nordamerikanischen und europäischen Unternehmen entwickelt und patentiert. Auch Fluoxetin wurde von der US-amerikanischen Firma Eli Lilly hervorgebracht. Als die SSRIs in den 1980ern und 90ern erstmals lizenziert wurden, schützte die Indische Regierung patentrechtlich den Prozess der Medikamentenherstellung, jedoch nicht die aktiven Inhaltsstoffe. Dies ermöglichte die massenweise Herstellung von Generika. Parallel zu der Steigerung der Verfügbarkeit dieser pharmazeutischen Artefakte diagnostizierten Allgemeinärzte in Indien mehr und und mehr Depressionen. Marketingbemühungen der pharmazeutischen Unternehmen spielten nach Auffassung von Ecks eine zentrale Rolle bei dieser Kongruenz. Zudem würden im Zuge offensiver Werbeaktivitäten der SSRI-Pharmaindustrie zunehmend Rezipienten der allgemeinen Öffentlichkeit Ärzte aufsuchen und nach Medikamenten verlangen. Im Gegensatz zum argentinischen Markt ist „*direct-to-consumer marketing*“ in Indien rechtlich erlaubt. Beispielsweise distribuiert ein Unternehmen aus Mumbai einen

sogenannten "*Depression Self Test*" als Marketinginstrument. Der Flyer mit dem Titel "*Defeat Depression, Spread Happiness*" vermittelt, dass Depression eine weit verbreitete Krankheit ist, die mit sozialer Marginalität einhergeht, jedoch als "*secret disease*" größtenteils undiagnostiziert bleibt. Die Verheißung auf Dermarginalisierung realisiert sich, so die Botschaft des Flyers, durch das Aufsuchen eines Arztes und die folgende Medikalisierung.

Hauptsächlich ist pharmazeutisches Marketing jedoch an Ärzte adressiert. Denn diese sind es in der Regel, die das Medikament wählen, nicht diejenigen, die es konsumieren. Ärzte nehmen die Rolle eines "*Experten-Kunden*" ein, dessen Produktwahl auf Grundlage der eigenen Expertise geschieht. Das bedeutet, dass Marketing und Wissenschaft eng miteinander verbunden werden (ebd.: 73). Pharmazeutische Unternehmen unterbreiten Ärzten positive Ergebnisse der biomedizinischen Forschung, finanzieren diese und sponsern Reisen zu professionellen Konferenzen und Seminaren. Die Beziehungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Ärzten werden gezielt intensiviert, um Verschreibungsgewohnheiten entlang von Linien zu gestalten, die offiziell sanktionierte Expertise autorisieren würde.

7.2.4 KAUSALITÄTSKETTEN

Die Erklärungsweise der Allgemeinmediziner entspricht nach Meinung von Stefan Ecks dem biomedizinischen Modell (Ecks 2008: 89). Biomedizin hat in Indien eine vielschichtige über 200-jährige Geschichte und Tradition mit kolonialer Vergangenheit (Arnold 1994: 200). Sie gehört mit großer Selbstverständlichkeit zum Alltag und wird in Indien in großem Umfang generiert (Strässle 2007:14).

Der idealisierte biomedizinische Prozess der Entscheidungsfindung beginnt mit der Ermittlung von Symptomen, auf welche die Erklärung der Ursachen und schließlich die Reaktion mit einer geeigneten Behandlung folgt. Diesem Modell liegt die Auffassung zugrunde, dass Krankheitsepisoden stets mit einer Verursachung durch zahlreiche objektiv vorhandene Kräfte wie Bakterien oder Viren beginnen, deren Wirkungen zu einer unangenehmen Erfahrung des Patienten führen. Aufgrund der Wahrnehmung von Symptomen wendet sich ein Patient an einen Experten, der den Symptomen eine diagnostische Bedeutung gibt. Basierend auf der wissenschaftlichen Ausbildung und der klinischen Erfahrung diagnostiziert dieser eine Krankheit und reagiert zum Zwecke der Heilung mit der besten verfügbaren Behandlungsweise. In der Regel verschreibt dieser Experte eine pharmazeutische Substanz, die aktive Substanzen enthält und die Physiologie des Patienten derart verändert, dass dieser sich idealerweise besser fühlt.

Ecks fordert uns zu dem gedanklichen Experiment auf, diesen Prozess umzudrehen, und die Präsenz von Pharmazeutika an den Anfang der Kausalitätskette zu stellen, statt mit den Symptomen und deren Bedeutungen zu beginnen. Für Stefan Ecks erscheint die Sorge über den sozialen Wandel wie eine Rechtfertigung für die vermehrte Nutzung von psychotropen Medikamenten (Ecks 2008: 90). So gesehen ist die Evidenz der Allgemeinärzte ein Artefakt ihrer eigenen Verschreibungsgewohnheiten. Durch die Art und Weise, wie sie Medikamente verschreiben, würden sie im wörtlichen Sinne Evidenz schaffen.

Ich möchte mit der Darbietung dieser Sichtweise des Ethnologen Ecks die mit Depression assoziierten Beschwerden, wie auch die Kompetenz der Ärzte nicht negieren. Wenn Biomedizin hier hinterfragt wird, dann soll das weder heißen, sie sei *unwahr*, noch es gebe nur *kulturelle Konstrukte*. Jedoch ist auch das biologische Wissenssystem trotz ihrer institutionalisierten Definitionsmacht nur das Modell einer Annäherung an die Realität, und ist in sich kaum homogen. Auch deute ich Biomedizin nicht einzig als hegemoniales Machtinstrument, wenn sie auch aufgrund weltwirtschaftlicher und -politischer Zusammenhänge gut mit Kapital aller Sorten ausgestattet ist. Ecks veränderter Blickwinkel öffnet meiner Ansicht nach den Raum für die Vorstellung andere Möglichkeitsbedingungen als die etablierten.

„Reality (...) is not that which precedes interpretation. It is rather which resides amidst the interactions or relationships among the physical body, the lived body, and the interpretative activities of the sufferer, healers, and others in the social world.“ (Good 1994: 176)

7.2.5 EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Um einen Weg zu ebnen, der die Ermittlung eines geeigneten Heilmittels durch den Arzt optimiert, wurde die sogenannte *"evidence-based medicine"* (EBM) initiiert, die gegenwärtig in der kosmopolitischen Psychiatrie eine zentrale Stellung einnimmt. „*This is a whole way of looking at the word*“₂ verkündete Dr. Gordon Gyatt des *Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics* der McMaster University in Kanada, der den Begriff Anfang der 1990er prägte (Gorman 2007: 1-3). EBM wird als der bewusste Gebrauch der jeweils besten und aus systematischen Forschungen hervorgegangenen statistischen *Evidenz* für Entscheidungen bei der Behandlung eines individuellen Patienten definiert (Sackett 1996: 71-71). Dabei werden die externen Nachweise nach Validitätskriterien hierarchisch geordnet, effizient verwaltet und für Praktizierende verfügbar gemacht. Stefan Ecks führt an, dass Schätzungen zufolge täglich mehr als 5.000 medizinische Forschungspaper publiziert werden (Ecks 2008: 80). Die Cochrane Collaboration ist eine der populärsten Organisationen zur Erstellung von Metaanalysen dieser Vielzahl von existierenden Forschungspublikationen. Eine digitale Datenbank der Collaboration bietet praktizierenden Ärzten prägnante Antworten auf medizinische Fragen. Die Fragestellungen, die in die Datenbank eingegeben werden, müssen kurz, bündig und behandlungsorientiert sein. In vielen Ländern ist die Fähigkeit zur Formulierung derartiger Nachfragen bereits ein obligatorisches Ziel der medizinischen Ausbildung. Ecks ist der Ansicht, dass das Aufkommen von EBM als eine weitere Phase der systematischen Entwertung unmittelbarer Erfahrung als zuverlässige Quelle für wissenschaftliche Beweiskraft interpretiert werden kann. Ärzte würden darauf hin trainiert werden, mehr an statistische Beweise zu glauben als an das, was sie in der klinischen Praxis erleben. Aufgrund des Impetus der Standardisierung, die alle Phasen in der Produktion, Distribution und Konsumtion von Nachweisen betrifft, weisen Kritiker auf die konservative Tendenz von EBM hin. Da die Quantität das Gütemerkmal von *good evidence* ist, werden etablierte Behandlungen konsequenterweise gegenüber neueren favorisiert, zu denen vergleichsweise weniger random-controlled-trials durchgeführt wurden. Um dieser Kritik zu begegnen, beinhalten EBM-Publikationen folgendes Dementi:

„Die Abwesenheit von empirischen Beweisen für die Effektivität einer bestimmten Intervention ist nicht das gleiche wie die Evidenz der Ineffizienz.“ (National Institute for Clinical Excellence 2004: 8)

Diese Aussage ändert jedoch nichts an der Bilanz, dass ein quantitativer Beweis stets begünstigt wird. Auch die Validität der diagnostischen Bezeichnungen können durch EBM-Prozeduren nicht infrage gestellt werden. Die Daten von zahlreichen Studien können nur verglichen werden, wenn Krankheitsentitäten und Studienprozeduren klar definiert sind und als stabil vorausgesetzt werden (National Institute for Clinical Excellence 2004: 13).

Die Evaluierung von Behandlungsoptionen basiert auf bestimmten Arten statischer Evidenz, wie z.B. die "*number needed to treat*" (NTT). NTT ist eine Maßeinheit der medizinischen Effektivität, die ausdrückt, wie viele Patienten eine Medikation erhielten, bevor einer von diesen ein positives Resultat aufwies. Auch die Abundanz bestimmter Krankheiten ist eine relevante Kategorie, da angenommen wird, dass das Wissen über das Vorkommen von Krankheiten in gewissen Populationen oder Gebieten bei der Erstellung von Diagnosen hilfreich ist.

Das Motiv der EBM wird oft in einem anti-autoritären Duktus formuliert. Sie ziele darauf, die *ego- und eminenzbasierte* Medizin, welche die subjektive Meinung von hierarchisch höher gestellten Ärzten über unabhängige Evidenz stelle, aufzuheben. Darüber hinaus durchbreche sie die Umklammerung der medizinischen Praxis durch das pharmazeutische Marketing, da durch den Vergleich jeglicher verfügbarer Evidenz, produktspezifische Bias neutralisiert werden würden. Beispielsweise hat das UK-Komitee für die Sicherheit von Medikamenten im Jahr 2003 eine Bewertung von verfügbaren Studien über SSRIs im EBM-Stil initiiert und kam zu der Schlussfolgerung, dass das „*Verhältnis zwischen Risiken und Nutzen*“ bei der Behandlung von Depressionen von unter 18-Jährigen mit SSRIs „*ungünstig*“ ist (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency 2004:6). Eine Ausnahme bildet lediglich das SSRI Prozac mit dem Wirkstoff Fluoxetin. Seit den frühen 1990er Jahren gab es Einzel-evidenzen für die Vergrößerung des Selbstmordrisikos durch die Einnahme von SSRIs unter Kindern und Jugendlichen, während pharmazeutische Unternehmen lange Zeit die Risiken abstritten.

Kritische Stimmen, wie die Gruppe "*Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice*" (CRAP), argumentieren, dass das revolutionäre und aufklärerische Potential von EBM übertrieben dargestellt werde. So schlussfolgert auch Simon Sinclair in seiner Ethnografie der psychiatrischen Ausbildung in Großbritannien, dass das vermeintlich aufklärerische Potenzial von EBM bereits in das professionelle Leben absorbiert sei (Sinclair 2004: 179).

Was aus der EBM-kritischen Warte heraus stärker ins Gewicht fällt, ist die Einschränkung der autonomen Entscheidungsfindung des erfahrenen Arztes. Jene medizinische Praxis, die sensibel gegenüber den individuellen Patienten und den lokalen Umständen ist, sei irreduzibel auf den Beweis von RCTs. Der statistische Nachweis der Wirksamkeit neuer Medikamente, basierend auf umfangreichen Samples und im Vergleich mit Placebokontrollgruppen, etablierte sich als Gütestempel der "*best evidence*" (Timmermans/Berg 2003 in Ecks), während anderen Formen von Evidenz³¹, wie z.B. klinische Fallstudien, ein geringeres Signifikanzniveau zugeschrieben werde (Sinclair 2004: 187). Darüber hinaus gebe EBM Bürokraten, Ver-

³¹ Die Bedeutung von Evidenz entspricht in diesem Rahmen dem Gehalt des englischen "evidence", d.h. Beleg, Nachweise; Beweis, und ist nicht mit der deutschen Verwendung des Wortes gleichzusetzen.

waltern und Versicherungsanalytikern, die ausgehend von statistischem Wissen über Krankheitsraten an einem präventiven Management von Risikogruppen orientiert seien, zu viel Macht bei der Vergabe von Ressourcen. Dahin gehend schreibt der Soziologe Robert Castel:

„The new strategies dissolve the notion of a subject or a concrete individual, and puts in its place a combinatory of factors, the factors of risk.“ (Castel 1991: 281)

8. PSYCHIATRIE UND ETHNOLOGIE

Der Mediziner Leon Eisenberg integrierte in den 1980er Jahren die Medizinanthropologie an der Harvard Medical School als Grundlagenfach in die medizinische Ausbildung (Holmberg 2003: 76). Sein vornehmliches Ziel bestand in der Einbringung von subjektiven und sozialen Krankheits- und Leidenserfahrungen in medizinische und politische Entscheidungsprozesse (Fabrega 1989: 45-63). Subjektive "illness"-Erfahrungen sollten angesichts übermächtiger Definitionen von objektiven "diseases" der Biomedizin intensivere Beachtung erfahren.

8.1 KOOPERATION ZWISCHEN MEDIZIN UND ETHNOLOGIE

Die Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Medizinanthropologen ist nicht neu (Sapir 1932: 229-242). In den 1930ern Jahren bemühten sich beispielsweise der Psychiater Harry Sullivan und der Ethnologe Edward Sapir im Rahmen einer synergetischen Arbeit darum, den vielen Dimensionen einer Erkrankung gerecht zu werden (Holmberg 2003: 76). Sullivan und Sapir distanzieren sich ausdrücklich von jenem Topos, der Schizophrenie als etwas grundsätzlich Anderes außerhalb der Normalität beschrieb (Sullivan 1962). Sie konzeptionalisieren die Krankheit entlang eines Kontinuums menschlichen Verhaltens und verorteten diese diesseits statt jenseits des *normalen* Lebens.

8.2 INTERSUBJEKTIVE SCHAFFUNG VON KRANKHEITSERFAHRUNGEN

Im Rahmen der medizinanthropologischen Forschung aktualisierte der Mediziner und Ethnologe Horacio Fabregas die Reflexion über die Formierung des Selbst. Fabrega forderte die Berücksichtigung der alltäglichen sozialen Systeme eines Individuums bei der Untersuchung von psychischen Störungen. Letztere könnten nur verstanden werden, wenn die Dimension der Lebenswelt des kranken Selbst ausreichend Aufmerksamkeit erfährt. Für Fabrega schieben sich die Erfahrungen eines Individuums in alltäglichen sozialen und kulturellen Situationen stetig zu reorganisieren. Und zu dieser sozialen und kulturellen Welt gehören seiner Ansicht nach auch Konzeptionalisierungen von Krankheit. Wie die soziale Welt Einflüsse auf das Selbst ausübe, so würden auch Ereignisse wie psychotische Momente oder eine ärztliche Diagnose Teil der Wahrnehmungswelt und der Existenz der entsprechenden Person werden. Krankheitserfahrungen werden demnach intersubjektiv geschaffen. Sie sind Ausdruck des Zusammenwirkens von kulturellen Kategorien, sozialen Strukturen und individuellen psychophysiologischen Prozessen.

Adele E. Clarke konkretisiert diese Vorstellung in Hinblick auf die Präsenz neuer biotechnologischer Instrumente und hebt hervor, wie diese neue „*technowissenschaftliche Identitäten*“ generieren. Letztere umfassen „*risk-based, genomics-based, and other technoscience-based identities*“ (Clarke et al. 2003: 182). Der Impetus der Entstehung derartiger Erscheinungen liege nicht primär bei einer hegemonischen Abstraktion namens Biomedizin. Da Hegemonien kaum auf Institutionen reduziert werden könnten, müsse bereits eine grundlegende Akzeptanz biomedizinischer Thesen über das Selbst und die Gesundheit vorliegen.

8.3 NATIVE'S POINT OF VIEW

Nach Ansicht des Psychiaters und Medizinanthropologen Arthur Kleinman kann das *Innere* eines Patienten durch die Anwendung eines hermeneutischen Zirkels intersubjektiv zugänglich gemacht werden (Holmberg 2003: 77). In Hinblick auf bestimmte, sich wechselseitig beeinflussende Komponenten, ließen sich Krankheitserfahrungen systematisch analysieren. Erstens hinsichtlich kultureller Repräsentationen, d.h. kollektive Sinnmuster, die sich in kulturellen Formen wie Kunst und Religion ausdrücken. Zweitens hinsichtlich kollektiver Erfahrungen, womit Kleinman Ereignisse und soziale Prozesse meint, die das Leben ganzer Bevölkerungen betreffen. Und drittens bezüglich der individuellen Dimension der Subjektivität, in welcher sich die Krankheit ausdrückt (Kleinman 2000: 239).

In einem Artikel der *"Annals of Internal Medicine"* aus dem Jahr 1978 führt Kleinman die Idee ein, dass *"disease"* und *"illness"* zwei verschiedene Realitäten repräsentieren (Kleinman 1978: 251-258). Während *"disease"* eine organische Dysfunktion darstelle, die durch den Pathologen modifiziert und im Labor gemessen werden kann, sei *"illness"* das, was diese Dysfunktion für die betroffene Person bedeutet.

Die durch Kultur geprägte *illness*-Dimension präge die Bedeutung und Geltung, die einer Störung in einem gegebenen soziokulturellen und intersubjektiven Bezugssystem zukommt. Gleichsam mache sie den *"native's point of view"* aus, welcher zwangsläufig vom Gesichtswinkel des ärztlichen Experten abweiche. Gerade in der *Dritten Welt* sei dieser Unterschied von großer Tragweite. Das sachverständige Erkennen der Anschauungsweisen der Patienten und das diskrete Einwirken auf diese ist nach Ansicht von Kleinman für den Erfolg der Behandlung von *diseases* unabdingbar. Die Aufgabe des Arztes sei es, den Patienten zu belehren und zu unterweisen, wenn dessen Krankheitsmodell einer adäquaten Behandlung hinderlich ist. Professionelle Aufklärung als Prozess des *"Verhandelns"* unterschiedlicher kognitiver Orientierungen und Wertvorstellungen zwischen *"Anbieter"* und *"Kunden"* „*may well be the single most important step in engaging the patient's trust*“ (Kleinman 1978: 257). Aus diesem Grund plädiert er für eine in die Ausbildung von medizinischen Fachkräften integrierte Sensibilisierung für die Differenz zwischen *"doctor's model of disease"* und *"patient's model of illness"*.

„Training modern health professionals to treat both disease and illness routinely and to uncover discrepant views of clinical reality will result in measurable improvement in management and compliance, patient satisfaction, and treatment outcomes.“ (Ebd.: 256)

Das Herzstück einer solchen *"clinical social science"* bilde die Bedachtnahme der „kulturellen Konstruktion der klinischen Realität“.

„If, however, the patient regards penicillin as a "hot" remedy inappropriate for a "hot" disease and is therefore unwilling to take it, one can negotiate ways to "neutralize" penicillin of none must attempt to persuade the patient of the incorrectness of his belief, a most difficult task.“ (Ebd.: 257)

8.4 CATEGORY FALLACY

Kleinman postuliert in einem anklägerischen Ton, dass übliche komparative Studien über psychische Störungen gemeinhin die Rolle der Kultur vernachlässigen und die westliche psychiatrische Nosologie fälschlicherweise auf andere Kulturen projizieren. Als *"category fallacy"* bezeichnet Kleinman diese grundlegende Annahme der universalen Validität psychiatrischer Kategorien,

„the reification of one culture's diagnostic categories and their projection onto patients in another culture, where those categories lack coherence and their validity has not been established.“ (Kleinman 1988a: 17)

Seine Forschung in China habe gezeigt, dass die westliche psychiatrische Konzeptualisierung der Depression nur einen kleinen Teil des gesamten Feldes an depressiven Phänomenen repräsentiert (Cohen 2002: 9). Unter vielen Bevölkerungen der Welt würden mehr somatische Beschwerden - und weniger Gefühle der Traurigkeit und Unsicherheit - als Symptome einer Depression gelten. Eine detaillierte phänomenologische Beschreibung von psychischen Störungen sollte am Anfang jeder interkulturellen Studie stehen. Mit Kleinmans Ruf nach einer *„new cross-cultural psychiatry“* (Kleinman 1977: 3-10) fordert er eine neue Ausrichtung des Fokus, weg von Universalien und hin zu der Untersuchung von lokalen *„idioms of distress“* und der Art und Weise, wie sich die *Natur* menschlichen Leidens durch kulturelle Prozesse in eine Mannigfaltigkeit von Formen ausgestaltet. Interkulturelle Forschung habe erkennen lassen, dass Unterschiede im symptomatischen Ausdruck nicht nur variierende Idiome des Leidens wiedergeben, vielmehr auch lokale Gesundheitssysteme, die psychische Krankheiten unter Umständen vernachlässigen oder unberücksichtigt lassen.

Wiederum verlautbart Kleinman gemeinsam mit der Psychiaterin und Anthropologin Anne Becker in einem Artikel eines psychiatrischen Fachbuches, dass die interkulturelle Untersuchung von psychischen Störungen in Abwesenheit von biologischen Zeichen Beweis für deren klinische Bedeutsamkeit und Reliabilität liefere (Becker 2000: 463ff.).

8.5 ARTHUR KLEINMAN – PSYCHIATER UND ETHNOLOGE IN PERSONALUNION

Arthur Kleinman absolvierte ursprünglich eine medizinische Ausbildung und erwarb im weiteren Verlauf seiner professionellen Tätigkeit den M.A. in *social anthropology* an der Harvard University. Er leitete die Entwicklung des *"World Mental Health Report"* und ist führendes Mitglied der *"Taskforce on Culture and DSM-IV"* der *American Psychiatric Association*. Darüber hinaus führt er als Fachberater das *"Technical advisory committee"* des *"Mental Health Action Program"* der WHO. An der Harvard University lehrt er als Professor der Medizinanthropologie und Interkulturellen Psychiatrie.

Als Psychiater trat Kleinman an die Ethnologie heran, um deren Forschungsinstrumentarium für eine Erweiterung der psychiatrischen Praxis zu nutzen (Holmberg 2003: 77). Ethnologische Studien dienen seinem Bemühen, Verhaltensunterschiede verstehen und interpretieren zu lernen, sowie Kenntnisse über den Umgang der sozialen Umwelt mit Kranken zu erlangen. Derart kann seiner Auffassung nach eine Kombination aus biomedizinischen, psychologischen (kognitive Verhaltenstherapien) und psychosozialen Strategien (Familieninterventionen)

nen, Kompetenztraining, Stressmanagement, unterstützendes Wohnen, Arbeitsmöglichkeiten, und Gemeindeinvolvierung) realisiert werden.

8.5.1 STIGMATA

Die zunehmende Aufmerksamkeit gegenüber sozialen Themen wie Stigmata und Diskriminierung, sowie die Zusammenarbeit mit Konsumenten- und Familienbewegungen, haben gemäß Kleinman eine immer bessere und emphatischere Behandlung erbracht. Es habe sich erwiesen, dass die politische Vernachlässigung der psychischen Gesundheit in großem Maße das Ergebnis von Stigmata ist. Diese würden dem irrigen Glauben Vorschub leisten, dass psychische Störungen keine realen und behindernden Zustände sind und deshalb nicht effektiv behandelt werden können. Diesbezüglich verweisen Kleinman et al. in der Einführung zum *"World Mental Health Casebook"* auf die Forschung des Psychiaters R. Raguram aus Bangalore. Gemeinsam mit Kollegen habe dieser demonstriert, dass Stigmata Personen dazu nötige, Ärzten eher von somatischen als von psychologischen Symptomen zu berichten. Dies sei eine Erkenntnis, die von Forschungen in vielen Regionen der Welt bestätigt werde (Cohen 2001: 4). Stigma präge den Verlauf und die Folgen von psychischen Störungen, indem es den Zugang zu Behandlung und Dienstleistungen verschlechtere, Forschungsressourcen reduziere, und Menschen mit ernsthaften psychischen Krankheiten zwingt, unter ungesunden Lebensumständen zu weilen. Da Stigmata Erkrankten und deren Familien neue Status und Identitäten verleihe, würden diese auch deren moralischen Erfahrungen verändern. Denn eine psychische Krankheit werde oftmals mit Unreinheit, Defiziten und Ansteckung assoziiert. Schließlich seien es auch stigmatisierende öffentliche Einstellungen, die Medizinstudenten in der *developing world* davon abhielten, Berufswege im Arbeitsfeld der Psychiatrie zu verfolgen. Sie verminderten das Prestige jeglicher damit verbundenen Professionen: psychiatrische Pflege, Psychologie und Sozialarbeit etc. Der Mangel an hochqualifiziertem Personal wiederum verschlechtere die allgemeine Betreuungsqualität in entsprechenden Einrichtungen.

8.5.2 KONSUMENTEN- UND FAMILIENBEWEGUNGEN

Konsumenten- und Familienbewegungen, die sich in den 1970er Jahren vor allem in den USA entwickelten, spielten für Kleinman entscheidende Rollen bei der Fortentwicklung der Gesundheitsfürsorge auf dem Gebiet psychischer Krankheiten (ebd.). Verbraucherschutzgruppen hätten sich solchen Themen wie erzwungene Hospitalisierung, Forschungsethik und Zugang zu Dienstleistungen angenommen. Beispielsweise setzte sich die Familiengruppe *"National Alliance for the Mentally Ill"* in den USA für eine verbesserte Betreuung von Menschen mit schwerwiegenden und chronischen psychischen Krankheiten ein, organisierte Kampagnen gegen Stigmata, und kämpfte für größere Regierungsausgaben im Bereich der psychischen Gesundheitsfürsorge. Derartige Bewegungen seien jedoch in *einkommensschwachen* Ländern kaum etabliert.

8.5.3 POLICIES OF MENTAL HEALTH

Das vermutlich größte Hindernis für eine erfolgreiche Schaffung breit verfügbarer und effektiver Gesundheitssysteme in einkommensschwachen Ländern sei das Fehlen eines zielgerichteten und taktierenden Vorgehens, das sich aus lokalen Realitäten und klinischen Erfahrun-

gen heraus entwickelt. In dem Bericht des WHO Expertenkommittees im Jahre 1974 wurde in diesem Sinne folgende Empfehlung ausgesprochen:

„If basic health care is to be brought within reach of the mass of the population, this will have to be done by nonspecialized health workers - at all levels, from the primary health worker to the nurse or doctor - working in collaboration with, and supported by more specialized personnel.“ (WHO 1975: 33)

Dies bleibt gemäß Kleinman, Cohen und Saraceno ein vernünftiges Ansinnen. Das Ausmaß der Belastung durch psychische Krankheiten in Kombination mit einem Mangel an Ressourcen und Personal mache es offensichtlich, dass die spezialisierten Fürsorgemodelle aus reichen Ländern nicht in der *developing world* anwendbar sind. Eine sorgfältige Durchsicht der verfügbaren Nachweise offenbare jedoch, dass die Effektivität der Betreuung psychisch Kranker in der Primärversorgung der *ärmeren Nationen der Welt* erst gründlich dokumentiert und demonstriert werden müssen (Cohen 2001: 6). Aufgrund dieser Spärlichkeit von Dokumentationsmaterial fehle es Regierungen, Ministerien, internationalen und lokalen Organisationen an praktischer Beratung und Orientierung. Fragen bezüglich den besten Ausbildungsmethoden, der Effektivität bestimmter Interventionen für spezifische Krankheitszustände oder dem konkreten Bedarf an Supervisoren der medizinischen Grundversorgung seien bisher nicht detailliert genug beantwortet worden. Kein Bereich der Forschung sei wichtiger als die Untersuchung der für die Entwicklung einer politischen Strategie relevanten Fragen. Die fortwährenden Anstrengungen in den Neurowissenschaften, der klinischen Forschung und der Epidemiologie würden zwar ohne Zweifel ein zunehmend besseres Verständnis von biologischen, psychologischen und sozialen Prozessen generieren. Jedoch habe dieses Wissen für die zehn Millionen unter behandelbaren Störungen leidenden Menschen in der *developing world* kaum Bedeutung, wenn dieses Wissen nicht in nationale und internationale Politiken übersetzt wird, die in effektiven und weit verfügbaren Interventionen und Diensten resultieren.

Die Autoren betonen gleichwohl, dass keine einzelne Strategie oder Politik die Bedürfnisse aller *Entwicklungsländer* bedienen kann (ebd.: 7). Sie könnte nur als Richtlinie dienen, deren Ausgestaltung durch die spezifischen Umstände des Einsatzortes determiniert wird, aber dennoch internationalen Standards entsprechen muss.

Die sozialen Wurzeln von psychischen Beschwerden erforderten es überdies, dass Aspekte wie soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten, Geschlechterdiskriminierung, politische Gewalt, Unterernährung und schlechte Gesundheit gezielt bekämpft werden. Das durch Geschlechterungleichheiten bedingte Leid, die durch Erfahrungen von Gewalt und Verteilung ausgelösten Traumata, sowie die emotionalen Konsequenzen einer zermürenden Armut verlangten psychosoziale Interventionen, die auf die Verbesserung des Wohlbefindens von Individuen, Familien und Gemeinschaften zielen. Als gelungenes Beispiel solch einer Intervention nennen die Autoren ein Alphabetisierungsprogramm in Nordindien, welches das psychische und soziale Wohlbefinden von zahlreichen Frauen verbessert habe (Cohen 2001: 8).

Derartige Programme müssten umfangreich evaluiert werden, um eruieren zu können, welche Interventionen die angestrebten Ziele erfüllten. Ebenso sei die Ermittlung der positiven Leistungen auf der Ebene der gesamten Gemeinschaft essenziell. Denn nur auf diese Weise

ließen sich Gesundheits- und Finanzminister/innen davon überzeugen, dass die Ignorierung von Krankheiten letztlich kostenspielerischer ist als deren Behandlung.

Weiterhin gelte es die Verringerung von Medikamentenpreisen durchzusetzen. Die pharmazeutischen und biotechnologischen Revolutionen hätten durch den Prozess der Globalisierung jegliche neuen Psychopharmazeutika auf der ganzen Welt verfügbar gemacht – selbst in den ärmsten Ländern. Die Preisgestaltung und der Schutz von Patenten und intellektuellen Eigentumsrechten bedeute jedoch, dass *Verfügbarkeit* nicht immer mit einer regelmäßigen Medikamentenversorgung der ärmsten Mitglieder einer Gesellschaft einhergeht. Dies sei z.B. in Nepal ein großes Problem. Die erfolgreichen Bemühungen, anti-retrovirale Medikamente gegen HIV/AIDS und stärkere Antibiotika gegen multiresistente Tuberkulose günstig zur Verfügung zu stellen, sollten mit ebensoviel Effort in Hinblick auf psychotrope Medikamente angestellt werden. Gleichzeitig sei die Einführung von Regulierungssystemen unerlässlich, die einen verantwortungsvollen Umgang mit psychotropen Medikamenten sicherstellen.

Diesen Problematiken könne nur begegnet werden, so schlussfolgern die Autoren, wenn die WHO eine ethnographische Wahrnehmung davon aufbiete, wie offensichtlich erfolgreiche Programme entwickelt wurden, funktionieren und eine Vielzahl von Herausforderungen bewältigten. Selbstverständlich sei keines dieser Programme vollkommen, ergänzen die Kleinman, Cohen und Saraceno.

„...and we consider that a strength. To build successful, effective programs is not enough to know what works. We must also know what does not work so that we do not repeat mistakes or pursue flawed strategies“ (Cohen 2001: 11)

Ein tiefes Verständnis der lokalen Kontexte sei für eine angemessene Evaluierung essenziell. Effektive Interventionen würden beispielsweise untergraben werden, wenn die Medikamentenversorgung an einem Ort inadäquat oder unbeständig ist. So könnte man ein Programm in Nepal, welches die Behandlung von Epilepsie in ländlichen Gebieten förderte, leicht als gescheitert von der Hand weisen, da es nicht das Missverhältnis begleichen konnte, welches zwischen der Anzahl der Personen besteht, die Behandlung bedürfen und denen, die tatsächlich Behandlung erfahren. Angesichts der extremen Armut und der Transportschwierigkeiten im ländlichen Nepal jedoch sei die Fähigkeit des Programms, Hunderte von Personen zu behandeln, ein wesentlicher Erfolg. Man müsse versuchen, Erfolge und Unzulänglichkeiten stets in Hinblick auf den Kontext lokaler Realitäten zu beurteilen (Cohen 2001: 11). Die Errichtung effektiver Gesundheitssysteme sei ein langwieriger Prozess. Es wäre ein Fehler, Programme abzulehnen, wenn diese in den frühen Entwicklungsstufen möglicherweise noch nicht alle Hindernisse überwunden haben. Kritik sei natürlich angebracht, wenn es bei den Verantwortlichen keinerlei Indizien für Bemühungen gibt, Mängel zu erkennen und zu beheben. Wie wichtig auch Ergebnisdaten und der Nachweis der Kosteneffizienz seien, die WHO könne nicht auf Forschung warten, um alle notwendigen Antworten anzubieten.

„The burden of mental disorders in low-income countries needs to be addressed now. Fortunately, we know a great deal about the general principles that underpin good mental health services (WHO, 2001c) so that it is possible to proceed with the evaluation and improvement of current services, as well as the implementation of new services.“ (Cohen 2001: 11)

Die Annahme, man brauche für valide und reliable Ergebnisse notwendigerweise technisch ausgefeilte Forschungsmethoden, validierte Erfassungsinstrumente, kostspielige statistische Computersoftware und die Kompetenzen eines hoch ausgebildeten Forschungsteam, sei verfehlt. Während diese Mittel wünschenswert seien, könnten viele Kenntnisse durch Ortsbesuche erworben werden, durch das Beobachten der Praktiken, durch die Durchsicht von Aufzeichnungen und das Interviewen der Beschäftigten sowie der Klienten. Das bedeute, dass ein ethnografischer Ansatz bei der Evaluierung von Programmen viel zu bieten hat, besonders wenn die Anwendung anderer Methoden nicht *praktibel* ist. Ethnografie liefere mehr als jede andere Methodologie eine Vorstellung davon, wie Individuen und Institutionen ihre Bedürfnisse priorisieren und gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen. Sie könne über die kulturelle Eignung von Programmen aufklären und die Einführung von Interventionsformen vermeiden, die nicht den lokalen Werten und Weltansichten entsprechen.

„If therapeutic transformation is to occur, it must occur not only in the event but in a person's life between events, as a social and experimental process.“ (Kleinman/Csordas 1990: 25)

Wie soziale und kulturelle Welten in den therapeutischen Prozess eingelagert sind, so seien diese auch Dienstleistungssystemen inhärent. Die Werte und Haltungen, welche die Nutzung verfügbarer Techniken gestalten und organisieren, gelte es deshalb gleichsam ethnografisch zu ergründen. Denn selbst wenn universelle Prinzipien der Behandlung und Pflege akzeptiert werden, variiere die Art und Weise der Interpretation und Anwendung interkulturell. Eine komparative ethnografische Studie würde mittels der Sammlung von Krankheitsnarrativen und teilnehmender Beobachtung aufdecken, wie der Ethos einer Profession und die soziokulturelle Umwelt das Leben der Patienten und Familien beeinflussen und einen Krankheitsverlauf ausformen.

Als die zentrale Aufgabe der Medizinethnologie und Interkulturellen Psychiatrie erscheint die Überwindung jener Barrieren, die eine effektive therapeutische Zuwendung und Behandlung behindern. Diese Hindernisse umfassen vor allem Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen mit psychischen Krankheiten, den Mangel von Mitteln und Politiken und das Fehlen von Evaluationen der Gesundheitsprogramme in einkommensschwachen Ländern. Der *"native's point of view"* bietet sich in dieser Sichtweise als Ressource dar, die für den Zweck benötigt wird, die Marginalisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft und in modernen biomedizinischen Netzwerken zu überwinden.

9. SCHLUSSBETRACHTUNG

Die von Stacy Leigh Pigg angebrachte Kritik an Entwicklungsprogrammen in Nepal ist meiner Ansicht nach auch in Bezug auf das Paradigma von Kleinman und seinen Kollegen als prominente Exponenten der WHO und der kosmopolitischen Psychiatrie sinnvoll. Pigg kritisiert, dass Bestrebungen internationaler Organisationen zur Zusammenarbeit mit Vertretern der Volksmedizin oft Ideen klassischer Entwicklungsansätze entsprechen, in deren Rahmen *traditionelle Heilsysteme* gemeinhin lediglich in Hinblick auf deren Kompatibilität mit der *modernen Wissenschaft* betrachtet werden. In diesem Zusammenhang dient die Konstruktion von universell gestalteten, dekontextualisierten *"Heiler-Profilen"* einer besseren Eingliederung in Entwicklungsprogramme (Pigg 1995a; Strässle 2007: 161). Kooperation findet demnach stets unter einem biomedizinischen Leitbild statt. „Die zentrale Frage ist, inwiefern Heiler für die Projekte von Nutzen sein können bzw. wo sie der Durchsetzung biomedizinischer Methoden im Weg stehen“, schreibt Strässle über Projekte in den indischen Darjeeling Hills (Strässle 2007: 53). Kaum werde den Heilern ein eigenes Expertentum mit einem eigenen Differenzierungssystem zuerkannt. In vielen Projektplanungen zeigt sich eine kosmopolitisch ausgerichtete Weltsicht, die Wissende von Glaubenden scheidet und *"lokale Potentiale"* wie auch deren Vielschichtigkeit weitgehend ignoriert (ebd.: 161). Was nicht in biomedizinische Kategorien übersetzt werden kann, erscheint standardmäßig als *kulturgebunden*. Auch wenn eine ethnomedizinische Studie über ein *kulturspezifisches* Krankheitskonzept durchgeführt wird, welches kein biomedizinisches Äquivalent zu haben scheint, wird die Domäne dessen, was rein *ethnomedizinisch* genannt wird, dennoch von der Biomedizin definiert.

Kleinmans' Vorstellung der *"category fallacy"* kommt nicht konsequent in seiner Reflexions-, Forschungs- und Aktionsform zum Tragen. Seine Forderung nach einer Erforschung des jeweiligen *"native's point of view"* stützt sich vor allem auf funktionale Postulate und ist von festen programmatischen Interessen vorstrukturiert. Lediglich die Bandbreite an Symptomen bzw. Variablen, die unter jeweils einer Kategorie eingeordnet werden, erfährt Erweiterung, während die biomedizinische psychopathologische Taxonomie an sich nicht infrage gestellt und eine Reflexion der eigenen Diagnosebedingungen unterlassen wird. Die Suche nach Äquivalenten zu den eigenen Kategorien stellt letztlich keinen Ausweg aus der *"category fallacy"* dar.

„Kulturelle Hegemonie besteht in der Macht, die universell angewandten Kategorien und Maßstäbe zu definieren, wie auch in der Macht zur Festlegung des Rasters, durch das kulturelle Unterschiede weltweit wahrgenommen werden.“ (Randeria 1999: 7ff)

Bereits die psychiatrische Bezeichnung *"mental disease"* drückt eine tendenziöse Beschäftigung mit kognitiven Prozessen und eine Intelligibilität des Denkens, der Gefühle und des Verhaltens aus. Die Thematisierung der Herkunft eines derartigen Begriffs, der seinerseits eine Interpretation bedarf, lässt Arthur Kleinman weitgehend ermangeln. Sprache nährt sich durch Intentionen, Akzente und soziale Kontexte und besteht keineswegs aus neutralen Wörtern und Formen. Anzeichen und Symptome von *diseases* sind gleichsam Spuren sozialer Relationen und speisen sich aus menschlicher Reziprozität. Eine sogenannte Störung ist äußerst attributiv, weshalb Diskussionen über die medizinische Ontologie untrennbar mit der Kultur und den Politiken der Attribuierung verbunden sind. Die Wissenstypen und Praktiken, welche die Erfahrung von psychischen Störungen strukturieren und verstehbar machen,

entwickeln sich innerhalb bestimmter Nexus von Interessen. Sie bilden allenfalls heuristische Werkzeuge, die in lokalen und kontingenten Praktiken der kulturellen und politischen Ökonomie verwurzelt sind (Cohen 1998: 37).

In einem Essay aus dem Jahre 1922 bezeichnete es Georg Lukács als die Basis der Warenstruktur, dass eine Beziehung zwischen Menschen den Charakter eines Dinges annimmt und somit eine "*Phantomobjektivität*" erhält, eine Autonomie, die strikt rational und allumfassend scheint und jede Spur der fundamentalen Natur, die Relationen zwischen Menschen, verdeckt (Lukács in Taussig 1980: 3). Michael Taussig greift diese Anschauung in Bezug auf *diseases* auf. Indem die menschlichen Beziehungen, die in Symptomen, Anzeichen und Behandlungen verkörpert sind, durch eine Phantomobjektivität negiert werden, erfolge nicht nur ihre Mystifizierung, vielmehr auch die Reproduktion einer politischen Ideologie in der Gestalt einer Wissenschaft von scheinbar realen biologischen und naturgesetzlichen Dingen (Taussig 1980: 84).

Die Unterscheidung zwischen *disease* und *illness* suggeriert, dass biologische Störungen der Wirkung von Kultur und sozialen Beziehungen nicht unterworfen sind. Sie basiert auf der Vorstellung eines dramatischen Momentes, bei dem in der Begegnung zwischen Arzt und Patient Wissen und Glauben miteinander konfrontiert werden. *Illness* erscheint als Glaube von Laien, welcher durch eine hermeneutische Annäherung zu *verstehen* ist, während *disease* als harte, objektive biomedizinische Realität auftritt, die durch die Naturwissenschaften zu *erklären* ist (Strässle 2007: 25). In Modernisierungs- und Entwicklungsdiskursen, deren Sprechen über Moderne und Tradition auch in die Alltagsdiskurse der gesellschaftlichen Akteure Eingang gefunden hat, wird gemeinhin das Wissen der Wissenschaft mit Glaube und Aberglaube kontrastiert. Lokale Medizinsysteme, die mit Geistern, Göttern und Ritualen operieren, werden mit "*Tradition*" assoziiert und deren Vertreter je nach Diskurs als weise, genuin, irrational oder rückständig beschrieben (ebd.: 10). Biomedizinische Akteure gelten hingegen oft stereotyp als moderne Kosmopoliten, während sie in kritischen ethnologischen Arbeiten nicht selten pauschal für Ignoranz und Unsensibilität gegenüber der lokalen Bevölkerung stehen (ebd.). Ethnologische Forschung hat jedoch auch aufgezeigt, dass innerhalb einer Gesellschaft oft unterschiedliche Heilsysteme koexistieren, konfliktieren oder Synergien eingehen. Gesundheit bietet sich als ein Feld multipler Wissensansprüche dar und nicht einfach als eine Opposition zwischen dem Wissen des Arztes im Singular und dem Glauben der Patienten im Plural (Strässle 2007: 162). Entscheidungen müssen nicht zuallererst als Ideen begriffen werden, sondern ebenfalls als Ergebnis von Praktiken, die durchaus stabiler, komplexer und/oder dynamischer sein können, als es Kleinmans' Ausführungen nahelegen.

Susanne Strässle bemerkt in ihrer ethnologischen Forschung im Kontext eines grundsätzlich pluralistischen Umfelds in den Darjeeling Hills eine durchaus große Vielschichtigkeit und Flexibilität der lokalen allopathischen Ärzte wie auch verschiedener Ritualheiler, ohne Auseinandersetzungen um Zuständigkeitsbereiche, Machtverhältnisse, strukturelle Bedingungen und Statusaspekte zu vernachlässigen. Sie weist darauf hin, dass die indische Regierung³² klar der Psychiatrie die Definitionsmacht in jenem Bereich zuspricht, in dem konkurrierende

³² „Sometimes, based on religious faith, mental disorders are treated as spiritual affliction. This has led to the establishment of unlicensed mental institutions as an adjunct to religious institutions where reliance is placed on faith cure. Serious conditions of mental disorder require hospitalization and treatment under trained supervision.“ (NHP 2002:2.12.1)

Deutungen von Geister- und Geisteskrankheit aufeinander treffen und mittellose Patienten in eine staatliche Gesundheitsversorgung zwingt, „*in der Geld, Zeit und bisweilen auch Wille und Respekt fehlen*“.(Strässle 2007: 167). Kritischer Zweifel und eine ausführliche Suche nach dem richtigen Heiler sind in diesem Umfeld üblich und stellen den exklusiven Anspruch des Staates als auch der Institutionen der *Global Governance* auf die Definition des Allgemeinwohls in Frage.

Der meiner Ansicht nach aufscheinende Mythos kognitiver Kultur zeigt sich auch in Kleinmans' priorisierender Betonung der Relevanz von *policies*. Seine Auffassung von Gesellschaft wirkt stark an Politik als Zentrum der Gesellschaft sowie kollektiver Ansprechbarkeit und Verantwortlichkeit orientiert. NGOs und Basisorganisationen gelten als repräsentativ für präexistierende soziale Gemeinschaften und werden als Mechanismen zur Implementierung von Programmen genutzt. Wie Vinh-Kim Nguyen hinweist, stellen diese jedoch vielmehr „*Bastelwerke (Bricolages) aus präexistierenden sozialen Beziehungen, globalen therapeutischen Strategien und lokalen Taktiken*“ dar (Ngyuen 2009: 309-333). Sie erhalten durch die strategische Nutzung gewissermaßen den Charakter sozialer Laboratorien, in denen globalisierte Diskursformen ausgehandelt werden und die zu der Schaffung neuer Formen lokaler Subjektivitäten und biosozialer Beziehungen führen. Ferner ist es insbesondere in nachkolonialen Staaten kaum möglich, das *Interne* und das *Externe* fein säuberlich zu trennen. Deren Souveränität wurde stets von anderen Akteuren in Frage gestellt.

Die Idee, dass das Erreichen individueller Souveränität über den eigenen Körper die kollektive Souveränität in der Sphäre von Kultur und Politik ermöglicht, tauchte in der kolonialen Ära Indiens in vielen Diskursen auf (Cohen 1998: 282). Alternativen zu den Paradigmen der britischen Kolonialisten wurden in der nationalen Unabhängigkeitsbewegung Zeichen und Weg des Widerstands und in diesem Zuge dialogisch reorganisiert. Tradition kann als etwas beschrieben werden, was unter Umständen erst durch die Moderne als Kategorie konstituiert und statisch reifiziert wird. Diskurse haben Realitätsmacht und stellen Praktiken dar, die systematisch das Objekt bilden, über das sie sprechen.

Der Produktionsprozess von wissenschaftlichen Objekten durch Tätigkeiten der Diskursivierung ist mit heterogenen Repräsentationspraktiken verbunden, die Bruno Latour als „*Inskriptionen*“ (Latour 1987: 215f) und Donna Haraway als „*theatre of persuasion*“ (Haraway 1997: 31-39) zu beschreiben versuchen. Beide setzen sich mit der von Steven Shapir und Simon Schaffer aufgerollten Kontroverse zwischen den beiden Naturphilosophen des ausgehenden 17. Jahrhunderts - Thomas Hobbes und Robert Boyle - auseinander, welche auf deutliche Weise „*Intersektionen einer Geschichte der Naturphilosophie mit einer politischen Ideengeschichte*“ aufscheinen ließ (Shapin/Schaffer 1985: S. 21). Während Boyle mit seiner Konstruktion der Vakuumpumpe als Pionier der auf Empirie basierenden Experimentalkultur gilt, wird Hobbes als Begründer einer politischen Theorie gehandelt. Boyle und Hobbes befassten sich mit der Frage, wie die den Glaubenskrieg entfachenden Sophistereien der Scholastik überwunden werden konnten und verwiesen in dieser Angelegenheit auf die Autorität der Empirie.

Boyle schreibt experimentellen Laborversuchen das Potenzial zu, wissenschaftliches Wissen mit Wahrheitsanspruch hervorzubringen. Da die Dinge nicht sprechen könnten, müssten sie repräsentiert und derart zum Sprechen gebracht werden, indem ihr Verhalten in der geschützten Sphäre eines Labors erzeugt und damit die Ordnung der Dinge erkennbar gemacht

wird. Die Herstellung von Evidenz erfolgt indes nicht unmittelbar, sondern hängt von der Elaboriertheit der materialen Technologie ab und gilt gemäß Boyle von einem Gremium an unbeteiligten Zeugen kontrolliert zu werden. In der Verantwortlichkeit dieser begrenzten Öffentlichkeit liegt es, die Konstruktion und Operation des experimentellen Instrumentariums zu beschreiben, die Geschehnisse im bereinigten Laborkontext in Gestalt von wissenschaftlichen Berichten in Worte zu fassen und diese an sich formierende Fachöffentlichkeiten zu vermitteln, welche wiederum aus den an sie herangetragenen Aussagen Diskurse bilden.

Durch die hier skizzierten Repräsentationstätigkeiten werden mittels materialer, literarischer und sozialer Technologien aus stummen Sachen buchstäblich "*Tat-Sachen*" konstruiert, die untrennbar von ihren Artikulationen und Diskursen sind (Shapin/Schaffer 1985b.: 25). Die Autorisierung von wissenschaftlichem Wissen hängt notwendigerweise von der Konstruktion bestimmter Arten von Öffentlichkeit ab. Während Boyle das Labor als einen von der Politik strikt getrennten Raum konzipierte, sah Hobbes in der sensualistischen Befragung von Dingen innerhalb der gewissermassen klandestinen und künstlichen Laborsphäre das Potenzial, das legitime Zentrum der Gesellschaftsordnung zu untergraben und damit die soziale und politische Ordnung zu destabilisieren. Das Problem des Bürgerkriegs war seiner Ansicht nach nicht lösbar, wenn sich nicht alle einer unanfechtbar höchsten und unteilbaren Instanz unterordneten und ihre Souveränität dem Frieden zuliebe an den einen Souverän abgaben. Auch die Wissenschaft sollte konsequent dem Staat unterstellt werden und keinen Einfluss auf den politischen und sozialen Raum ausüben. Hobbes forderte eine metaphysische Sprache und schrieb der Philosophie als „*practice of demonstrating how effects followed from causes*“ (Shapin/Schaffer 1985b.: 135) die Fähigkeit zu, eine solche zu generieren. Boyle hingegen bestand auf dem Kriterium der Wahrheit und sah die Ersetzung des Disputes durch das Experiment vor. Beide Naturphilosophen vollzogen jedoch nach Ansicht von Latour eine Trennung von wissenschaftlicher und politischer Repräsentation.

„[...] sie erfinden die moderne Welt, eine Welt, in der die Repräsentation der Dinge durch die Vermittlung des Labors für immer von der Repräsentation der Bürger durch die Vermittlung des Gesellschaftsvertrags geschieden ist.“ (Latour 2008: 40)

Wie Foucault in seinem Werk "*Die Ordnung der Dinge*" die Herausbildung einer Historizität der Dinge unabhängig von der Geschichte der Menschheit im 18. Jahrhundert beschrieb, so legt Latour die mit dem Programm der empirischen Naturwissenschaften assoziierte Trennung einer Repräsentation der Dinge als Fakten und der Repräsentation der Menschen als von Interessen geleitete Beziehungen dar. Diese artifizielle Schaffung von zwei getrennten ontologischen Bereichen habe zum ideellen Ausschluss dinglicher Akteure aus dem sozialen Handlungsraum geführt, während praktisch Politik und Naturwissen von jeher verschränkt waren. Um die Verschränkung von Fakten und Machtwirkungen anzuzeigen, verweist Latour auf die Bedeutung des Wortes "*Thing*" (Latour 2005: 23). Als "*Ping*" wurden nach altem germanischem Recht Volks- und Gerichtsversammlungen bezeichnet. Der Begriff leitet sich von der im Gericht abgehandelten Rechtssache (lat. *Res publica*) ab und entwickelte sich zum deutschen "*Ding*" und englischen "*thing*". Weder seien derzeit moralistische Anliegen von einer dinghaften Welt geschieden, noch soziale Verbindungen als essentialistisch verstanden worden.

9. Schlussbetrachtung

„Es gibt keine irgendwie gearteten Beziehungen zwischen dem 'Materiellen' und der 'sozialen Welt', weil genau diese Zweiteilung ein komplettes Artefakt ist.“ (Latour 2007: 130)

Wie Paul Rabinow und Nikolas Rose betonen, hat sich insbesondere die ethische Erörterung als zentraler Modus der öffentlichen Aufmerksamkeit hinsichtlich biotechnologischen Innovationen etabliert (Caduff 2010: 204). In diesem Rahmen erscheinen wissenschaftliche Experten für die Ermittlung von Fakten zuständig, während die Öffentlichkeit dazu geladen wird, über deren normative Implikationen zu reflektieren. Dies bedeutet eine Externalisierung von Ethik, welche als eine Sphäre von Normen erscheint, die ausserhalb der Domäne des rein Technischen verortet ist. Diese Verleugnung von Quasi-Objekten aus Natur und Gesellschaft ist nach Ansicht von Latour kennzeichnend für moderne Gesellschaften. Demgegenüber seien als *Objekte* zirkulierende Hybride nicht nur als Resultat einer modernen Technik oder als naturhaft zu bestimmen, vielmehr auch als Teil des Menschen.

Wie Donna Haraway kritisiert, vernachlässigt es Latour jedoch, den performativen Prozessen der Konstitution von Machteffekten und den Dimensionen von Quasi-Subjektivitäten nachzugehen (Haraway 1997: 34). Für seine Analyse von Techno-Objekten lehnt Latour alle präformierten sozialen Beziehungen ab. Gleichzeitig interessiert er sich für das Potenzial dieser ins Kollektiv eintretenden Akteure, Differenzen herauszubilden. Dabei übersieht er gemäß Haraway, dass auch Vektoren wie Rasse, Klasse und Geschlecht aus den Produktionsstätten von Wissenschaftlern geströmt sind und bis heute in vielfältigen praktizierten Beziehungen, Diskursen, Narrationen, Tropen, Technologien und Institutionen fort dauern und aufs Neue in Kraft gesetzt werden. Spezifische Weltdeutungen und lebensweltliche Ethen dürften dabei eine erhebliche Rolle spielen.

Obgleich Vertreter der kosmopolitischen Psychiatrie von dem weltweiten Engagment eine Integration Marginalisierter in eine globale Zivilgesellschaft erhoffen, erheben sich Zweifel daran, ob dem wahrgenommenen Mangel an psychischem und gleichsam physischem Wohl durch einen anthropozentrischen Wertekanon beizukommen ist. Der Entwurf eines prinzipiellen Gegensatzes zwischen *dem* Normalen und *dem* Pathologischen ist vor allem moralischer Qualität und kann als strukturelle Eigentümlichkeit eines bestimmten Weltbilds betrachtet werden, das stark mit der monotheistischen Religion verbunden ist. Darauf weist auch Hobbes' Gegenüberstellung der beiden Wesen Leviathan und Behemoth hin. Das biblisch-mythologische Ungeheuer Behemoth charakterisiert Hobbes mit dem Leben der Menschen in Chaos, Anomie und unüberwindbarer Furcht. Der starke und Sicherheit bietende Leviathan bildet das Gegenstück zu der Destruktivität, dem Leiden und dem Tod. „*Mit diesem metaphysischen Gegensatz konträrer Prinzipien und Agenten*“, schreibt Annette Hornbacher in Bezug auf die christliche Gegenüberstellung des göttlich Guten und satanischen Bösen, „*geht die moralische Verpflichtung einher, dem "Bösen" zu widerstehen und es, im Namen des "Guten" zu überwinden*“ (Hornbacher 2006: 402). Hornbacher nimmt in diesem Kontext einen Perspektivwechsel vor und führt den Widerstand balinesischer Hinduisten gegenüber einer abstrakten Definition *des* Guten und *des* Bösen an. In der balinesisch-hindustischen Vorstellung einer kosmischen Verankerung des sozialen Miteinanders äußere sich soziale Harmonie nicht nur im Verhältnis von Individuum und Gesellschaft, sondern in beider spirituellem Bezug zur Natur. Ziel sei kein widerspruchsfreier Erlösungszustand, der mit der Außerkraftsetzung aller Leiden einhergeht, vielmehr „*die performative Erkenntnis*,

dass menschliches Dasein nur im kosmischen Gleichgewicht von destruktiven und konstruktiven Kräften, d.h. als stets temporäre Balance existiert“ (ebd.: 404). Dementsprechend lässt sich auch das Pathologische nicht auf generalisierte Weise eingrenzen. Die am situativen Effekt bemessene und kosmologisch verankerte Beurteilung menschlichen Handelns orientiert sich nicht nur an allgemeinen Prinzipien und beachtet nicht nur die zwischenmenschliche Ebene sozialer Interaktion. Gleichsam wird deren situatives Verhältnis zu nichtmenschlichen Aspekten des Kosmos sowie eine bewusste Auseinandersetzung mit konkurrierenden Deutungen der Wirklichkeit miteinbezogen. Der Kosmos wird dabei nicht einfach als berechenbarer Objektbereich verstanden, „sondern „als ein nach allen Seiten flexibles Zusammenspiel spiritueller und materiellen Wirklichkeitsaspekte, die in unterschiedlichen Individualisierungen begegnen“ (Hornbacher 2006: 404). Ein derartiges Ethos kosmischer Verantwortung basiert auf dem reflexiven und situationsbezogenen Urteilsvermögen des Einzelnen und nicht auf universellen ethischen *Standards*, die von situativen und lebensweltlichen Kontexten abstrahieren und ein universelles Subjekt voraussetzen.

Die WHO appelliert wie der eingangs dieser Arbeit erwähnte Ulrich Beck an einen Erfahrungsraum Menschheit und richtet sich an ein weltweites Publikum, übersieht dabei jedoch die lebensweltlichen Ressourcen der Interpretation unterschiedlicher Erfahrungen. Der auf dem Aufklärungsideal einer universellen Vernunft beruhende Humanismus scheint den Maßstab zu bilden, wenn es darum geht „besondere Verantwortung für die Folgen und Probleme, welche diese Erfindung [des westlichen Modells der Moderne] über die Welt gebracht haben“ zu übernehmen (Beck 2001: 12). Es stellt sich die Frage, ob die systematische Marginalisierung alternativer kosmozentrischer Lebensentwürfe und Problemlösungskompetenzen im Handlungsspektrum der WHO dazu in der Lage ist, Konflikte zu beseitigen, oder aber eher günstige Bedingungen für solche schafft. Fehlt es an einer Skepsis gegenüber einem einseitig intellektualistischen Kommunikationsmodell, einem einheitlichen Beschreibungsvokabular oder dem Glauben an eine wechselseitige Übersetzbarkeit von Vokabularen sowie an die Möglichkeit eines herrschaftsfreien Diskurses, ist das Konfliktpotenzial meines Erachtens beachtlich groß.

„The feeling of strangeness that another culture provokes is of interest only if it leads one to reflect on the strangeness of one's own; otherwise it degenerates into exotism, orientalism, occidentalism.“ (Latour 2004: 45)

10. LITERATURVERZEICHNIS

- American Anthropological Association. 1947. Statement on Human Rights. *American Anthropologist* 49 (4): 539-543.
- Agamben, Giorgio. 2002. *Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Andreasen, Nancy. 1997. What is Psychiatry? *American Journal of Psychiatry* 154: 5
- Appadurai, Arjun. 1996. *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Appadurai, Arjun. 1996. *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Arnold, David. 199. The 'discovery' of malnutrition and diet in colonial India. *Indian Economic and Social History Review* 31 (1): 1–26.
- Barnard, Alan and Jonathan Spencer (Hg.) 1998. *Encyclopaedia of Social and Cultural Anthropology*. London: Routledge
- Bartens, Werner. 2010. Umsatz geht vor Sicherheit.
<http://www.sueddeutsche.de/wissen/pharmaindustrie-umsatz-geht-vor-sicherheit-1.935164>
[Zugriff am 18.10.2010]
- Beck, Ulrich. 1993. *Die Erfindung des Politischen. Zur Theorie reflexiver Modernisierung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Beck, Ulrich, Anthony Giddens und Scott Lash. 1996. *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich und Wolfgang Bonß (Hg.). 2001. *Die Modernisierung der Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich und Elisabeth Beck-Gernsheim. 2002a. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences* London: Sage Publications.
- Beck, Ulrich. 2002b. *Macht und Gegenmacht im globalen Zeitalter. Neue weltpolitische Ökonomie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich. 2004a. *Der kosmopolitische Blick oder: Krieg ist Frieden*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich und Edgar Grande. 2004b. *Das kosmopolitische Europa. Gesellschaft und Politik in der Zweiten Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck Ulrich. 2005. *Was zur Wahl steht*. Suhrkamp. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich. 2007. *Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becker, Anne und Arthur Kleinman. 2000. Anthropology and psychiatry. In: *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1). B.J. Sadock und V.A. Sadock (Hg.). 463-476. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Benedict, *Ruth*. 1959. Anthropology and the Abnormal. In: *An Anthropologist at Work: Writings of Ruth Benedict*. Margaret Mead (Hg.). 262-283 Boston: Houghton Mifflin.
- Bourdieu, Pierre. 1992 [1987]. *Rede und Antwort*. Frankfurt a.M.: Edition Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre. 1974. Der Habitus als Vermittlung zwischen Struktur und Praxis. In: *Zur Soziologie der symbolischen Formen*. 125-158. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu, Pierre. 1976. Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre. 1983a. Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: *Soziale Ungleichheiten*. Soziale Welt. Reinhard Kreckel (Hg.). Sonderband 2. 183-198. Göttingen: Schwartz.
- Bourdieu, Pierre. 1999a. Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bredenkamp, Horst. 2003. *Thomas Hobbes Visuelle Strategien*. Der Leviathan: Das Urbild des modernen Staates – Werkillustrationen und Porträts. Berlin: Akademieverlag.
- Bromberg, Walter und Frank Simon. 1968. The 'Protest' Psychosis: A Special Type of Reactive Psychosis. *Archives of General Psychiatry* 19: 155-160.
- Brugha, Terry S., R. Jenkins, N. Taub, H. Meltzer, P.E. Bebbington. 2001. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychological Med* 31: 1001–1013.
- Bullard, Alice. 2005. L'Oedipe africain: A retrospective. *Transcultural Psychiatry* 42: 187.
- Burri, Regula Valerie und Joseph Dumit. 2007. *Biomedicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. London: Routledge.
- Busfield, Joan. 2001. *Rethinking the sociology of mental health*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Caduff, Carlo. 2008. Anticipations of Biosecurity. In: *Biosecurity Interventions. Global Health and Security in Question*. Andrew Lakoff und Stephen J. Collier (Hg.). 257-277. New York: Columbia University Press.
- Caduff, Carlo. 2010. Public Prophylaxis. Pandemic Influenza, Pharmaceutical Prevention and Participatory Governance. *BioSocieties*, 5 (2):199-218.
- Canguilhem, Georges. 1968. *Études d'histories et de philosophie des sciences*. Paris: J. Vrin.
- Carruthers, Bruce und Arthur Stinchcombe. 1999. The Social Structure of Liquidity: Flexibility, Markets, and States. *Theory and Society* 28: 3.
- Castells, Robert. 1991. From Dangerousness to Risk. In: *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. G. Burchell, C. Gordon und P. Miller (Hg.). Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Clarke, Adele. 2003. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine. *American Sociological Review* 68: 161-194.
- Cohen, Lawrence. 1998. *No Aging in India: Alzheimer's, The Bad Family, and Other Modern Things*. Berkeley: University of California Press.

- Cooper, J. E., R. E. Kendell, B.J. Gurland, L. Sharpe, J. R. M. Copeland und R. J. Simon. 1972. *Psychiatric Diagnosis in New York and London: A Comparative Study of Mental Hospital Admissions*. London: Oxford University Press.
- Desjarlais, Robert und Leon Eisenberg. 1996. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- De Vries, R. Und T. Lemmens. 2006. The social and cultural shaping of medical evidence: case studies from pharmaceutical research and obstetric science. *Social Science & Medicine* 62: 2694-2706.
- Dosse, Francois. 1999. *Geschichte des Strukturalismus. Band 1: Das Feld des Zeichens 1945-1966*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Ecks, Stefan 2003. Is India on Prozac? Sociotropic Effects of pharmaceuticals. *Curare* 26: 95-107.
- Ecks, Stefan und Soumita Basu 2009. The Unlicensed Lives of Antidepressants in India: Generic Drugs, Unqualified Practitioners, and Floating Prescriptions. *Transcultural Psychiatry* 46: 86-106.
- Fabrega, Horacio. 1989. On the Significance of an Anthropological Approach to Schizophrenia. *Psychiatry* 52 (1): 45-65.
- Feldman, Iana und Miria Ticktin (Hg.). 2010. *In the name of humanity: The Government of Threat and Care*. Durham NC: Duke University Press.
- Foucault, Michel. 1973. *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel 1979c: *Inutile de se soulever?* In: *Le Monde*. Nr. 10661. 11-12. Mai 1979. Wiederveröffentlicht in: *Dits et Ecrits III*, Paris 1994, S. 790-794.
- Foucault, Michel. 2001. *Ders., Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits Bd. 1. Daniel Defert und Francois Ewald (Hg.)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel. 2002. *Ders., Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits Bd. 2. Daniel Defert und Francois Ewald (Hg.)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel. 2003. *Ders., Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits Bd. 3. Daniel Defert und Francois Ewald (Hg.)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel. 2004. *Geschichte der Gouvernementalität Bd. 1. Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Vorlesung am Collège de France 1977-1978*. Suhrkamp, Frankfurt
- Foucault, Michel. 2004. *Ders., Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits Bd. 4. Daniel Defert und Francois Ewald (Hg.)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel. 2005a. *Subjekt und Macht. Ders., Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits Bd. 5 Daniel Defert und Francois Ewald (Hg.)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel. 2004. *Hermeneutik des Subjekts. Vorlesung am College de France (1981/82)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel. 2008: *Michel Foucault: Die Hauptwerke*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Francis Fukayama. 1989. The End of History? *The National Interest*: 3-18.

10. Literaturverzeichnis

- Freud, Sigmund. 1969 [1916/17]. Sigmund Freud. Studienausgabe Band I. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.
- Freud, Sigmund 1972 [1900]. Sigmund Freud. Studienausgabe Band II. Die Traumdeutung. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.
- Geertz, Clifford. 1973. Toward an Interpretative Theory of Culture. In: The interpretation of cultures: selected essays. New York: Basic Books.
- Geertz, Clifford. 1987. Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geertz, Clifford. 1988. Works and Lives: The Anthropologist as Author. Stanford: Stanford University Press.
- Good, Byron 1994. Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, Byron, Mary-Jo DelVecchio Good, Sandra Hyde und Sarah Pinto (Hg.). 2008. Postcolonial Disorders: Reflections on Subjectivity in the Modern World. Postcolonial Disorders Berkeley: University of California Press.
- Gorman, Christine. 2007. Are Doctors Just Playing Hunches? Times Magazine. <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1590448,00.htm> [Zugriff am 03.09.2010].
- Greffrath, Matthias. 2010. Gehirn, Gemüt, Genom. Edition Le Monde diplomatique 8: 78.
- Gruenberg, Ernest M. und Matthew Huxley. 1959. The Conference on Causes of Mental Disorders: A Review of Epidemiological Knowledge. Blackwell Publishing. The Milbank Memorial Fund Quarterly 39 (1): 7-13.
- Gurland B., L. Sharpe, R. Simon, J. Kuriansky und P. Stiller. 1974 The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. Schizophrenia Bulletin 1(11): 80-102.
- Haraway, Donna. 1997. Modest Witness @ Second Millenium. FemaleMan@_Meets_ Oncomouse™. Feminism and Technoscience. New York, London: Routledge.
- Harvard Medical School. Department of Global Health and Social Medicine. 2011. Program in Global Mental Health and Social Change. <http://ghsm.hms.harvard.edu/programs/> [Zugriff am 05.08.2011].
- Healy, David. 1997. The Anti-Depressant Era. Harvard: Harvard University Press.
- Henkin L. 1990. The Age of Rights. New York: Columbia University Press.
- Holmberg, Christine. 2003. Geschichte einer Krebserkrankung. Einblicke in die interpretative Medizinanthropologie. In: Körperpolitik – Biopolitik. Berliner Blätter 29. Gesellschaft für Ethnographie und das Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin. 76-88 Münster: LIT.
- Hornbacher, Annette (Hg.). 2006. Ethik, Ethos, Ethnos. Fragen und Probleme interkultureller Ethik. Bielefeld: Transcript.
- Horwitz, Allan V. 1982. The Social Control of Mental Illness. Waltham: Academic Press.

- Horwitz, Allan V. 1990. *The Logic of Social Control*. New York: Plenum Press.
- Horwitz, Allan V. und Teresa L. Scheid (Hg.). 1999. *Handbook for the Study of Mental Health and Illness: Theories, Social Context, and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Inda, Jonathan Xavier (Hg.). 2005. *Anthropology of Modernity. Foucault, Governmentality, and Life Politics*. Malden: Blackwell Publishing Ltd.
- Janz, Nicole und Thomas Risse (Hg.). 2007. *Menschenrechte - Globale Dimensionen eines universellen Anspruchs*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kessler, Ronald C. und T. Bedirhan Üstün. 2004. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13 (2): 93-121.
- Kessler, Ronald C. und T. Bedirhan Üstün. 2008. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Kirmayer, Laurence J. 2002: *Psychopharmacology in a Globalizing World. The Use of Antidepressants in Japan*. *Transcultural Psychiatry* 39: 295-322.
- Kleinman, Arthur. 1977. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science & Medicine* 11 (1): 3-10.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. 1978. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88 (2): 251-258.
- Kleinman, Arthur. 1981. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur and Joan Kleinman. 1991. *Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience*. *Culture, Medicine and Psychiatry*: 175-302.
- Kleinman, Arthur und Don Seeman. 2000. *Personal Experience of Illness*. In: *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Gary L. Albrecht (Hg.). London: 230-242.
- Kline, Nathan S. (Hg.). 1959. *Psychopharmacology Frontiers: Proceedings of the Psychopharmacology Symposium*. London: J. & A. Churchill.
- Klinger, Cornelia. 2002. *Corpus Christi, Lenins Leiche und der Geist des Novalis, oder: Die Sichtbarkeit des Staates. Quel Corps? Eine Frage der Repräsentation*. Hans Belting, Dientmar Kamper und Martin Schulz (Hg.). 219-231. München: Fink
- Kramer, Fritz. 1987. *Der rote Fes. Über Kunst und Besessenheit in Afrika*. Frankfurt: Athenäum.
- Kramer, Morton. 1969. Cross-national study of diagnosis of the mental disorders: Origin of the problem. *American Journal of Psychiatry* 125: 402-407.
- Kropp, Cordula. 2002. *"Natur" – Soziologische Konzepte - Politische Konsequenzen*. Opladen: Leske u. Budrich.
- Kulhara P. und N.N. Wig. 1978. The chronicity of schizophrenia in North West India: results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 132: 186-190.

- Kuper, Adam. 1999. *Among the Anthropologists: History and Context in Anthropology*. London and New Brunswick: The Athlone Press.
- Lacan, Jaques. 1966. *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*. *Écrits*. Paris: Seuil .
- Lakoff, Andrew. 2005. *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge Studies in Society and the Life Sciences. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lambo, Thomas Adeoye. 1956. *Neuropsychiatric Observations in the western region of Nigeria*. *British Medical Journal*: 1388-1394.
- Lambo, Thomas Adeoye. 1960. *Further Neuropsychiatric Observations in Nigeria*. With comments on the need for epidemiological study in Africa. *British Medical Journal*: 1696 – 1704.
- Latour, Bruno. 1979. *Laboratory Life. The Social Construction of Scientific Facts*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Latour, Bruno. 1987. *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Milton Keynes: Open University Press
- Latour, Bruno. 1998. *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Latour, Bruno. 2001. *Das Parlament der Dinge: für eine politische Ökologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Latour, Bruno. 2004. *Politics of nature: how to bring the sciences into democracy*. Harvard: Harvard University Press.
- Latour, Bruno. 2007. *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leff, Julian P.N, N. Sartorius, A. Jablensky, A. Korten and G. Ernberg. 1992. *The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings*. *Psychological Medicine* 22: 131-145.
- Lemke, Thomas. 2000. *Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologien. Ein kritischer Überblick über die governmentality studies*. *Politische Vierteljahresschrift* 41(1):31-37.
- Levi-Strauss. 1962: *La pensée sauvage*. Paris: Plon.
- Levi-Strauss.1975 [1971]. *Der nackte Mensch*. In: *Mythologica* Bd. 5.Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Liss, J. L., A. Welner und E. Robins. 1973. *Psychiatric Symptoms in White and Black Inpatients*. *Comprehensive Psychiatry* 14: 575-481.
- Lock, Margaret und Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Athropology of Biomedicine*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Lopez, Allan D., Colin D. Mathers, Majid Ezzati, Dean T. Jamison und Christopher J. L. Murray. 2006. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Worldbank/Oxford University Press.

- Loranger, Armand W., N. Sartorius, A. Andreaoli, P. Berger, P. Buchheim, S.M. Channabasavanna, B. Coid, A. Dahl, R.F. Diekstra, B. Ferguson et al. 1994. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 51(3): 215-224.
- Ludwig, Ralf. 1995. Kant für Anfänger „Die Kritik der reinen Vernunft“. München: dtv.
- Malinowski, Bronislaw. 1948. *Magic, Science and Religion and Other Essays*. Robert Redfield (Hg.). Illinois: Free Press.
- Marcus, George E. und Dick Cushman. D. 1982. *Ethnographies as texts*. Annual Review of Anthropology. Palo Alto: Annual Reviews.
- Martin, M. G. 1947. A Practical Treatment Program for a Mental Hospital 'Back' Ward. *American Journal of Psychiatry* 103: 758-760.
- Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. 2004. Report of the CSM Expert Working Group on the safety of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. London: MHRA.
- Metz, Jonathan. 2009. *How schizophrenia became a black disease*. Boston: Beacon Press.
- Murray, Christopher J. L. 1996. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2000 summary. Harvard Medical School of Public Health/World Health Organization/World Bank (Hg.). Oxford: Oxford University Press.
- Murphy, H.B.M. und A.C. Raman. 1971. The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical peoples. *British Journal of Psychiatry* 118: 489-497.
- Murphy, Jane M., Donald C. Oliver, Richard R. Monson, Arthur M. Sobol and Alexander H. Leighton. 1988. Incidence of Depression and Anxiety: The Stirling County Study. *American Journal of Public Health* 78(5): 534-540.
- Murphy, Jane M., N.M. Laird, R.R. Monson und A.M. Leighton. 2000. Incidence of depression in the Stirling County Study: historical and comparative perspectives. *Psychological Medicine* 30: 505-514.
- National Institute for Clinical Excellence. 2004. Supporting the implementation of NICE guidance. London: NICE.
- Vinh-Kim, Nguyen. 1999. Antiretrovirale Globalisierung, Biopolitik und therapeutische Bürgerschaft. In: *Vom Imperialismus zum Empire*. Shalini Randeria und Andreas Eckert. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 309 - 388.
- Nichter, Mark 2008. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- Nichter, Mark und Mimi Nichter. *Anthropology and international health: Asian Case Studies. Theory and Practice and in Medical Anthropology and International Health*. New York: Gordon & Breach Science Publishers Ltd.
- Noyes, Arthur P. 1927. *A Textbook of Psychiatry*. New York: Macmillan.

- Oyebode, Femi. 2004. Thomas Adeoye Lambo O.B.E. *Psychiatric Bulletin*. The Royal College of Psychiatrists 28: 469.
- Petermann, Werner. 2004. *Die Geschichte der Ethnologie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Pigg, Stacy Leigh. 1995. The social symbolism of healing in Nepal. *Ethnology* 34: 17-26.
- Pigg, Stacy Leigh 1995a. Acronyms and Effacement. *Traditional Medical Practitioners (TMP) in International Health Development*. *Social Science & Medicine* 41 (1): 47-68.
- Pollesch, René. 2009. *Liebe ist kälter als das Kapital*. Corinna Brocher und Aenne Quinones (Hg.). Reinbek: Rowohlt Tb.Reinbek.
- Pouillon, Jean. 1982. Remarks on the Verb 'To Believe'. In: *Between Belief and Transgression: Structural Essays in Religion, History, and Myth*. M. Izard and P. Smith (Hg.). Chicago: University of Chicago Press.
- Randeria, Shalini und Klaus Günther (Hg.). 2001. *Recht, Kultur und Gesellschaft im Prozess der Globalisierung*. Programmbeirat der Werner Reimers Konferenzen. Bad Homburg: Werner Reimers Stiftung.
- Randeria, Shalini und Sebastian Conrad (Hg.). *Jenseits des Eurozentrismus*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Rose, Nikolas. 1993. Government, authority and expertise in advanced liberalism. *Economy and Society* 22(3): 283-299.
- Rose, Nikolas S. 1998. *Inventing our selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas S. 1999. *Governing the soul: Shaping of the Private Self*. London: Free Associations Books.
- Rouch, Jean. 1960. *La religion et la imagerie des Songhay*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rouch, Jean. 1982. Essay über die Verwandlung der Person, des Besessenen, des Magiers, des Hexers, des Filmemachers und des Ethnografen. *Kinemathek* 60. *Film und Ethnographie*: 2-12.
- Sackett, David et al. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 13: 71-2.
- Sapir, Edward. 1932. Cultural Anthropology and Psychiatry. *Journal of Abnormal and Social Psychology* (27): 229-242.
- Sarasin, Philipp. 2005. *Michel Foucault zur Einführung*. Hamburg: Junius Verlag.
- Scheid, Teresa L. und Allan V. Horwitz (Hg.). 1999. *Handbook for the Study of Mental Health and Illness: Theories, Social Context, and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scheid, Teresa L. und Tony N. Brown (Hg.). 2009. *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scheid, Teresa L. (Hg.) 2009. *Mental Health/1: The meaning and experience of mental illness. Major themes in health and social welfare*. London: Routledge.
- Schüttpelz, Erhard. 2005. *Die Moderne im Spiegel des Primitiven: Weltliteratur und Ethnologie (1870-1960)*. München: Wilhelm Fink Verlag.

- Schulz, Dorothea E. und Jochen Seebode (Hg.). 2010. Prisma und Spiegel. Ethnologie zwischen postkolonialer Kritik und Deutung der eigenen Gesellschaft. Festschrift für Ute Luig. Argument Sonderband Bd. 309. Hamburg: Argument Verlag.
- Serres, Michel und Bruno Latour. 1995. Conversations on science, culture, and time. Michigan: University of Michigan.
- Simon, R.J., J.L. Fleiss und B.J. Gurland. 1973. Depression and Schizophrenia in Black and White Mental Patients. Archives of General Psychiatry (28): 509-512.
- Smith, Michael Joseph. 1980. Sovereignty, Human Rights and Legitimacy in the Post-Cold War World.
<http://faculty.virginia.edu/irandhumanrights/mjsonsovy.htm> [Zugriff am 20.10.2011]
- Sugino, K. 1998. 'The "Non-Political and Humanitarian" Clause in UNHCR's Statute', Refugee Survey Quarterly 17: 33-59.
- Sullivan, Harry. 1962. Schizophrenia as a Human Process. New York: W.W. Norton & Co.
- Stoler, Ann Laura. 1995. Race and the Education of Desire. Foucault's History of Sexuality and the Colonial Order of Things. Durham: Duke University Press.
- Strässle, Susanne. 2007. Biomedizin im Kontext: Medizin, Glauben und Moderne in den Darjeeling Hills. Zürich: Argonaut Verlag.
- Taussig, Michael. 1980. The Devil and Commodity Fetishism in South America. Chapel Hill. University of North Carolina Press.
- Timmermans, S. und M. Berg. 2003. The practice of medical technology. Sociology of Health & Illness 25: 97–114.
- Turner, Victor W. 1978. Encounter with Freud: The making of a comparative symbologist. In: The making of psychological anthropology. G. D. Spindler (Hg.): 558-583. Berkeley: University of California Press.
- United Nations. 2010. There Can Be No Health Without Mental Health. Message on World Mental Health Day, 10. October, 2010.
<http://www.unodc.org/southerncone/en/frontpage/2010/10/10-de-outubro-e-dia-mundial-da-saude-mental.html> [Zugriff am 12.09.2011]
- Van der Geest, Sijaak, Susan Reynolds Whyte und Anita Hardon. 2003. Social Lives of Medicines. Cambridge: Cambridge University Press
- Virchow, Rudolf. 1893. Die Gründung der Berliner Universität und der Uebergang aus dem philosophischen in das naturwissenschaftliche Zeitalter : Rede am 3. August 1883 in der Aula der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin / gehalten von Rudolf Virchow. Berlin: Becker.
- Wallerstein, Immanuel. 1976. The Modern World-System: Capitalist Agriculture and the Origins of the European World-Economy in the Sixteenth Century. New York: Academic Press.
- Watters, Ethan. 2010. The Globalization of the American Psyche. New York: Free Press.
- Weber, Max. 1947. The Theory of Social and Economic Organization. New York: The Free Press.

- Weber, Max. 1973. *Soziologie, Universalgeschichtliche Analysen und Politik*. Stuttgart: Kröner.
- White, G. und A. Marsella. 1982. *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrecht: D. Reidel.
- Wing, J.K., J.E. Cooper und N. Sartorius. 1974. *The Description and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and CATEGO System*. London: Cambridge University Press.
- Wing, J. K., et al. 1990. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47.6 : 589-93.
- Wohlfahrt, Ernestine und Manfred Zaumseil. 2006. *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wolf, Eric. 1991. *Die Völker ohne Geschichte. Europa und die andere Welt seit 1400*. Frankfurt/New York: Campus Verlag GmbH.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- World Federation for Mental Health. 1971. *Cultural Factors in Delinquency*. Social Science Paperbacks T.C.N. Gibbens und Robert H. Ahrendfeldt (Hg.). London: Taylor & Francis.
- World Health Organization. 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*, Genf: WHO Press.
- World Health Organization. 1948b. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. [www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf), WHO definition of Health. [Zugriff am 10.07.2011]
- World Health Organization. 1973. *The International Pilot Study of Schizophrenia 1*. Genf: WHO Press.
- World Health Organization. 1979. *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. Chichester: John Wiley and Sons.
- World Health Organization. 1993. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Genf: WHO Press.
- World Health Organization. 1994. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) Manual*. Genf: WHO Press.
- World Health Organization. 1997. *Composite International Diagnostic Interview. Version 2.1*. Genf: WHO Press.
- World Health Organization. 1999. *Bulletin of the World Health Organization* 77 (7). Genf: WHO Press.
- World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000*. Genf: WHO Press.
- World Health Organization. 2001. *The World health report: 2001: mental health: new understanding, new hope*. Genf: WHO Press.

10. Literaturverzeichnis

World Health Organization. 2004. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Genf: WHO Press.

World Health Organization. 2006. Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen: WHO Press.

World Health Organization 2006. Engaging for Health. 11th General Programme of Work, 2006-2015. A Global Health Agenda. Genf: WHO Press.

World Health Organization. 2007 The WHO Family of International Classifications.
<http://www.who.int/topics/classification/en/> [Zugriff am 12.08.2011]

World Health Organization. 2010. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Genf: WHO Press.

World Health Organization. 2011. WHO collaborating centres: terms and conditions.
<http://www.who.int/collaboratingcentres/information/en/> [Zugriff am 18.10.2011]

11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: World Health Organization. 2010. *Factsheet 2010*.

<http://www.who.int/collaboratingcentres/en/> [Zugriff am 25.11.2011].

Abb. 2: Thomas Hobbes. 1651. *Der Leviathan*.

<http://www.securityfocus.com/images/columnists/leviathan-large.jpg> [Zugriff am 10.12.2012].