

Von der Re-Sozialisierung von Normalität und Abweichung: eine persönliche Rückschau auf das biopsychosoziale Modell

Heiner Keupp

Zusammenfassung: Von der Re-Sozialisierung von Normalität und Abweichung: eine persönliche Rückschau auf das biopsychosoziale Modell

Der Vorschlag von George Engel für ein multifaktorielles Modell psychischer Störungen wird in den historischen Kontext der Reform der psychosozialen Versorgung im letzten halben Jahrhundert eingeordnet. Die Kritik am „medizinischen Modell“ war bestimmt von dem Nachweis, dass psychisches Leid gesellschaftliche Ursachen hat, und sie war zugleich Teil einer intensiv betriebenen Veränderung der institutionellen Figuration psychosozialer Hilfen. Der Vorschlag von Engel stellt den Versuch dar, eine Art „historischen Kompromiss“ in der Suche nach einem tragfähigen Konzept für die neuen multidisziplinären Handlungsmuster zu ermöglichen. Angesichts einer starken Re-Biologisierung in der Psychopathologie ist dieser Kompromiss als gescheitert zu betrachten. Bezugnehmend auf die Zunahme an psychischen Störungen wird für die Notwendigkeit einer „Gesellschaftsdiagnostik“ plädiert.

Schlüsselwörter: Kritik am medizinischen Modell, biopsychosoziales Modell als Kompromiss, Gesellschaftsdiagnostik

Abstract: The re-socialization of normality and deviance: a personal retrospective on the biopsychosocial model

The proposal by George Engel for a multifactorial model of mental disorders will be classified in the historical context of the reform of mental health care in the last half century. Criticism of the “medical model” was determined from the evidence that psychological distress has social causes, and it was also part of an intensely driven change in the institutional figuration psychosocial support. The proposal of Engel is an attempt to make a “historical compromise” in the search for a viable concept for the new multi-disciplinary action patterns. Due to strong re-biologisation in psychopathology this compromise is to be regarded as a failure. Referring to the increase in mental disorders argues for the need for “societal diagnostics”.

Keywords: Criticism of the medical model, biopsychosocial model as a compromise, “societal diagnostics”

Ist mit einem biopsychosozialen Modell endlich eine integrative Perspektive gefunden, die jahrzehntelange Paradigmenkontroversen endgültig beenden könnte? Oder ist es wieder einmal nur eine „Befriedungsformel“, die uns darauf verweist, dass zum Verständnis menschlichen Handelns ein komplexer Wirkungszusammenhang unterstellt werden muss und jede verkürzt-einseitige Sicht zum Scheitern verurteilt ist. „Multifaktorielle Modelle“ wurden in den 1970er Jahren als Reaktion auf einen heftigen Paradigmenkrieg gefordert. Außer ganz wenigen dogmatischen Hardlinern konnte die Forderung von George L. Engel (1977) in seinem berühmten Aufsatz in der renommierten *Science*, ein biopsychosoziales Krankheitsmodell zu entwickeln, allgemeine Zustimmung finden. Man war der ideologisch aufgeheizten Kontroversen überdrüssig und eine Integrationsformel war sehr willkommen. Da ich den programmatischen Aufsatz von Engel in die deutsche Diskussion eingeführt habe (Keupp, 1979), frage ich mich nach seinem heutigen Stellenwert. Gibt es nicht gute Gründe, das „Befriedungsabkommen“ wieder aufzukündigen, weil nach Jahren multiperspektivischer Toleranz und Annäherung der Bioanteil in dem Engelschen „historischen Kompromiss“ eine Dominanz beansprucht und auch schon bekommen hat, die uns veranlassen sollte, erneut für einen psychosozialen Zugang zu psychischer Gesundheit und Krankheit offensiv einzutreten. Aber die Beantwortung dieser Frage braucht einen historischen Umweg, der aufzeigen soll, wie sehr die Paradigmenkontroversen die frühen psychosozialen Szenen beherrscht hat. Da ich in diesen kontroversen Diskursen fachlich „aufgewachsen“ bin, will ich sie eher biographisch eingefärbt rekonstruieren.

Die Ambivalenzen einer Reformbewegung

Im Jahre 1972 sind meine ersten beiden Bücher erschienen und sie beschäftigten sich mit dem in Psychiatrie und Klinischer Psychologie vorherrschenden Krankheitsmodell und suchten alternative Denkpfade (Keupp, 1972a; b). Aus heutiger Sicht erscheinen manche dieser Texte etwas blutleer und verkrampft-theoretisch, aber wenn man sie kontextualisiert, dann kann verständlich werden, in welchem umkämpften Handlungsfeld sie standen und welche Funktion sie darin erfüllten. Wir sind in der Zeit, in der weltweit und verstärkt auch in Deutschland die Dringlichkeit einer Psychiatriereform deutlich wurde, die dann ja auch mit der Psychiatrie-Enquete einen erheblichen Anschlag erhielt. Es war aber auch die Zeit, in der die Psychotherapie und die Klinische Psychologie sich explosiv entwickelten.

Das 20. Jahrhundert wurde als das „Jahrhundert der Psychologie“ bezeichnet (Koch & Leary, 1985; Gebhardt, 2002) und es war vor allem das Jahrhundert der Psychotherapie. Der Anfang dieses Jahrhunderts war geprägt von der Entstehung der Psychoanalyse, die sowohl begeisterte Anhängerschaft als auch entschiedene Gegnerschaft auslöste. Vor allem in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hat sich dann eine explosive Pluralisierung der psychotherapeutischen Szene vollzogen. Das „Handbuch der Psychotherapie“ von Raymond F. Corsini (1994),

das den Anspruch hatte, dieses neue Feld übersichtlich zu ordnen, kam in den 1990er Jahren zu 79 unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren. Das kritische Schlagwort „Psychoboom“, das sich vor allem auf die expansive Ausweitung des psychologischen Feldes bezog, zeigt Erfolg und zugleich fragwürdige Ausfransungen dieses Feldes auf. Die 1970er Jahre waren geprägt von unzähligen Bemühungen, den PSY-Professionen ein eigenes Handlungsfeld zu schaffen und sich aus der theoretischen, institutionellen und professionellen Dominanzkultur (Rommelspacher, 1995) der Psychiatrie/Psychopathologie zu befreien. Diese Dominanzkultur wurde vor allem am sogenannten „medizinischen Modell“ festgemacht, das nicht nur für die Denkbewegungen der Psychologie und anderer Sozialwissenschaften fragwürdig erschien, sondern dass man auch für eine kustodiale psychiatrische Versorgung verantwortlich machte, die für große Gruppen der bei ihnen „internierten“ Personen keine positive Entwicklungsmöglichkeiten sah, und deshalb wurde sie selbst als zentraler Herstellungsmechanismus von Chronizität verstanden.

Lange hat es gedauert, bis ich die Realitäten der psychiatrischen Versorgung in spezifischen Ausschnitten wahrnehmen konnte. Im Zuge der eigenen Professionalisierung zum Psychologen, der seine politische Sozialisation in der StudentInnenbewegung mit seiner Suche nach einer fachlichen Identität in der Psychologie verbinden wollte, war mein Einstieg zunächst eine Kopfgeburt. Die Politisierung im Zuge der StudentInnenbewegung hatte zur Folge, dass kein Winkel unserer Gesellschaft von einer gesellschaftskritischen Durchleuchtung ausgespart blieb. Die Klinische Psychologie schien zunächst auf der „guten Seite“: Sie wollte ja das Leid der Menschen verringern. Aber diese naive HelferInnenattitüde konnte einer kritischen Analyse nicht standhalten. Ins Visier gerieten vor allem die psychologische Isolation der Menschen von ihrem sozialen Kontext wie sie sich in den Menschenbildern, in der Psychodiagnostik und vor allem auch in einem Krankheitsverständnis ausdrückte, das das Leid der Menschen ausschließlich auf Verursachungsgründe in den Personen reduzierte. Des Weiteren wurde das Hilfeselbstverständnis dekonstruiert: Was als professionelle Hilfe zu einer besseren Lebensbewältigung angesehen wurde, wurde jetzt als Anpassungsstrategie an eine repressive Gesellschaftsordnung entlarvt. Die Analysen wurden in dem Maße radikaler, wie auch das Elend der psychiatrischen Versorgung in unser Blickfeld geriet. Hier kam zu dem neurotischen Elend vor allem der Mittelschichten, aus denen wir mehrheitlich selbst kamen, eine brutale gesellschaftliche Realität hinzu, die geradezu auf eine Skandalisierung wartete. Jetzt hatten wir in unserem eigenen professionellen Handlungsfeld Belege für die menschenverachtende und -zerstörende Qualität einer Gesellschaftsordnung gefunden, für die einzig und allein die „Logik des Kapitals“ bestimmend war.

Die professionelle Komplizenschaft mit dem spätkapitalistischen System von Ausbeutung und Herrschaft sollte radikal aufgekündigt werden. Es bestand die gemeinsame Überzeugung, dass eine repressive und auf Klassenunterschieden beruhende Gesellschaft Menschen psychisch und gesundheitlich verkrüppeln muss. In den sozialepidemiologischen Befunden habe ich einen Beleg für das Gesehene, was wir als „Klassengesellschaft“ zu benennen gelernt hatten. Am

meisten hat mich die Tatsache empört, dass die Gruppen in der Bevölkerung, die per saldo die höchsten Belastungen mit psychischem Leid erfahren, die schlechtesten Chancen auf adäquate Hilfeformen hatten. Diese Befunde zeigten in harten Zahlen das auf, was Christian von Ferber (1971) die „gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft“ genannt hat. In meinem Selbstverständnis als Wissenschaftler wollte ich diese Hypothek seriös aufzeigen und die daraus erforderlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen ableiten (Keupp, 1974b).

Noch immer befinden wir uns in der Phase der „Kopfgeburt“. Die Situation psychiatrischer Patienten kannten wir im Wesentlichen aus den skandalisierenden Medienberichten, aus seltenen Besuchen in den Anstalten, in die man allerdings auch kaum hineinkam. Das in Bildern transportierte Elend von LangzeitpatientInnen in den Anstalten rubrizierten wir unter dem Konzept der „Hospitalisierung“. Die Lektüre von Erving Goffmans (1972) eindrucksvollem Buch „Asyle“ gab uns eine wissenschaftlich seriöse Begründung für die Bilder.

In der Psychiatrie „internierte“ Personen waren in unseren Diskursen ständig präsent, aber sie waren Konstrukte unserer eigenen Theoriebildung. Sie erfüllten eine wichtige Funktion in unserer eigenen Deutung spätkapitalistischer Lebensverhältnisse. Sie erschienen uns als Symptom einer kapitalistischen Gesellschaftsordnung, die die Menschen mit ihren Konsumprodukten und ihrer „Kulturindustrie“ mit Haut und Haar, ohne widerständigen Rest, integrierte. Die durchgängige Entfremdung konnte in einer solchen - von Herbert Marcuse treffend auf den Begriff gebrachten – „eindimensionalen Gesellschaft“ nicht mehr reflektiert werden, sie wurde zur Normalitätserfahrung. Es kam zu einer intensiven Debatte über Normalität und Abweichung, über die „Pathologie der Normalität“, über „gute Gründe“ in einer „verrückten Gesellschaft“ verrückt zu werden und über politische und ökonomische Gründe der Ausgrenzung von gelebter Differenz. Mein fachwissenschaftlicher Beitrag zu dieser Debatte wurde meine Habilitationsschrift (Keupp, 1976). Die Bücher von Ronald D. Laing (1969), David Cooper (1971) oder Franco Basaglia (1971) wurden in Riesenaufgaben verkauft, sie wurden zu „Kultbüchern“ - weit über die Fachszenen hinaus. Es gab einen Diskurs zur Überwindung (klein-)bürgerlicher Normalitätsgewalt und die „Verrückten“ wurden als Avantgarde idealisiert, die sich bereits auf eine „Reise“ begeben hatten, auf der wir ihnen möglichst bald nachfolgen sollten. Es war bereits ein intensiver Diskurs über die Bedingungen einer lebhaften „multikulturellen Gesellschaft“, obwohl wir damals diesen Begriff noch nicht hatten. Es war jedoch weitgehend ein projektiver Diskurs, der ohne dialogische Bezüge zu den Psychiatrieerfahrenen auskam.

Aus der „Kopfgeburt“ wurde dann doch langsam Praxis. Aus der rein psychiatriekritischen, sind wir in eine psychiatriegestaltende Phase eingetreten. In der notwendigen Politik der „kleinen Reformschritte“ sind viele nicht mehr mitgegangen, für die die Antipsychiatrie vor allem eine kulturelle revolutionäre Bewegung war, eine Politik der Lebensstile und Alltagskultur, aber die Utopie einer veränderten Gesellschaft, in der Ausgrenzung von Dissens und Differenz überwunden, in der „Verrücktheit“ und „Anderssein“ normalisiert werden könnten, war uns noch nicht abhandengekommen.

Der Kampf gegen das „medizinische Modell“

Nur einbettet in diesen intensiven fachlichen und politischen Kampf um eine angemessene Sicht auf psychosoziales Leid wird verständlich, wie leidenschaftlich die Kontroverse um das „medizinische Modell“ geführt wurde. Eröffnet wurde diese Kontroverse durch einen Aufsatz, den Thomas S. Szasz 1960 im wichtigen Fachorgan der APA (American Psychological Association), dem *American Psychologist*, publizierte. Szasz, psychoanalytisch ausgebildeter Psychiater an der State University of New York, eröffnete eine intensive Diskussion um das bislang vorherrschende Krankheitsmodell in der Psychopathologie. Seine Kritik hatte eine doppelte Zielrichtung: Einerseits bestritt er die Berechtigung, ein biomedizinisches Modell auf das menschliche Handeln zu übertragen. Das sei erkenntnistheoretisch nicht vertretbar, weil es das Handeln biologistisch verkürze, und es wäre ethisch fragwürdig, weil es dem Subjekt die Handlungsfreiheit absprechen würde. Andererseits machte er das „medizinische Modell“ verantwortlich für eine höchst fragwürdige gesellschaftliche Rolle der Psychiatrie, die die Bearbeitung gesellschaftlicher Konflikte und Widersprüche, die seiner Auffassung nach das Leiden der Menschen erzeugten, ausblenden würde. Dadurch würde sie die Funktion eines „sozialen Tranquilizers“ übernehmen, der verhindern würde, dass Konflikte bearbeitet und ausgeglichen werden, insofern leiste sie einen fragwürdigen Beitrag zur Sicherung des gesellschaftlichen Status quo.

Diese Doppelbotschaft, erkenntnistheoretisch (1) und herrschaftskritisch (2) zugleich, hat Szasz in den 1960er und 1970er Jahren eine große Resonanz verschafft, zumal er ein Buch nach dem anderen schrieb, die alle seine ursprüngliche Kernkritik weiter ausformulieren und teilweise radikalisierten sollten [1].

- (1) Anschlussfähig waren seine Argumente sowohl für die sich entwickelnde Klinische Psychologie und da vor allem die expansiv auftretende Verhaltenstherapie, die sich ein eigenständiges Fachprofil in klarer Absetzung vom „medizinischen Modell“ erhoffte (exemplarisch sei das Lehrbuch von Ullman & Krasner, 1969 genannt). Wenn man sich von einer naturgeschichtlich gedachten Biogenese psychischen Leids mit guten Argumenten absetzen kann, dann haben psycho- und soziogenetische Zugänge eine große Durchsetzungschance. Die deutsche Übersetzung des Szasz-Klassikers in dem von mir herausgegebenen Sammelband „Krankheitsmythos der Psychopathologie“ (Keupp, 1972a) ist auch in der deutschen Fachliteratur zur Klinischen Psychologie fast schon rituell zitiert worden. Die Klinische Psychologie hat ihn zur Festigung der eigenen psychologischen Fachidentität sehr gut aufnehmen können. Umso deutlicher sich die Möglichkeit abzeichnete, ein psychosoziales Störungsmodell als Alternative zu entwickeln, desto selbstbewusster ist dann auch die kritische Differenz zum „medizinischen Modell“ formuliert worden. Gestützt auf eine etwas naive Rezeption des Paradigmakonzeptes des Wissenschaftsforschers Thomas Kuhn wurde dann auch die scheinbare Unvereinbarkeit unterschiedlicher Sicht-

weisen auf psychisches Leiden betont, um den eigenen Weg zu schützen oder vielleicht auch zu immunisieren (idem, 1974a).

Allerdings entstand nicht nur ein Alternativkandidat, sondern aus den unterschiedlichen psychologischen Strömungen und der Soziologie sind mehrere Modellvarianten entwickelt worden, die dann auch in der Lehrbuchliteratur nebeneinander zur Darstellung kamen. So werden bei Richard Price (1978) neben der Krankheitsperspektive auch die psychoanalytische, die lerntheoretische, die soziale und die humanistische Perspektive ausführlich dargestellt, und schon im Titel des Buches wird der Konflikt zwischen den Perspektiven genannt. Es waren Konflikte, die nicht selten den Charakter von Glaubenskriegen annahmen [2] und in sich wechselseitig abschottenden „Schulen“ konnte die jeweils bestimmende Sicht in einem sich selbst bestärkenden Mechanismus gefestigt werden.

- (2) Einer herrschaftskritischen Sichtweise der Psychiatrie und auch der traditionellen Klinischen Psychologie hat der Text von Szasz insofern wichtige Steilvorlage geliefert, als er ein theoretisches Modell nicht nur als kognitiv-wissenschaftliche Figur kritisierte, sondern auch seine gesellschaftlich-politischen Konsequenzen thematisierte. Das blieb zwar im Text noch relativ allgemein, aber es lieferte einen guten Anschluss für die Analyse der problematischen institutionellen Folgen einer biologistischen Sicht auf die Subjekte. Es war dann möglich, die institutionellen Muster „totaler Institutionen“ (Goffman, 1972) und die Folgen für psychiatrische PatientInnen zu identifizieren, die die klassische Psychopathologie umstandslos als integralen Bestandteil des Krankheitsverlaufes interpretierte. Die empirischen Studien zu den Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern (Finzen, 1974) lieferten für diese Dekonstruktion mehr als genug praktische Belege. Sehr prominent wurde in dieser Zeit die „Labeling-Perspektive“, die die jeweils für eine Gesellschaft typischen institutionellen Reaktionsmuster auf abweichendes Verhalten thematisiert und untersucht, wie diese den „Karriereverlauf“ einer Devianz durch ihren spezifischen Prägestempel, den sie verteilt, erheblich mitbestimmt (Keupp, 1976). Als praktische Konsequenzen aus solchen Einsichten wurde die Frage nach alternativen institutionellen Hilfsangeboten immer drängender und sie hat in einer Vielzahl unterschiedlicher Reformprojekte experimentelle Antworten gefunden.

Je mehr die Arbeit an praktischen Alternativen an Bedeutung gewann, desto weniger hat das Ringen um die besseren Modelle eine Rolle gespielt. Es hat sich noch in einigen Zirkeln weiter abgespielt, aber es ging immer mehr auch um die möglichen Synergieeffekte unterschiedlicher Paradigmen. Zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie gab es anfangs fast nur Unvereinbarkeitsbeschlüsse, aber zunehmend tauchte auch die Frage auf, was sie wechselseitig voneinander profitieren könnten und ob sie nicht in einer gemeinsamen klinischen Handlungstheorie aufgehen könnten (Keupp & Kraiker, 1977).

Der integrative Brückenschlag von George L. Engel

Die Diskussion um das „medizinische Modell“ war jetzt an einem Punkt angelangt, wo sie noch einmal resümiert werden konnte, und bei der Vorbereitung eines Sammelbandes, der das leisten sollte (Keupp, 1979), stieß ich auf den Artikel von George L. Engel, einem renommierten amerikanischen Psychiater und Psychosomatiker, den ich unbedingt in diesen Sammelband aufnehmen wollte. In diesem Artikel wird die reduktionistische Position des biomedizinischen Modells benannt und festgehalten, dass es „den wissenschaftlichen Aufgaben und der sozialen Verantwortung von Medizin“ (Engel, 1977, S. 64) nicht mehr gerecht werde. Ausgangspunkt seiner Argumentation war der Begriff Krankheit. Dieser lege „die Grenzen angemessenen professionellen Handelns“ fest und beeinflusse „die Einstellung zu und den Umgang mit den Patienten“ (ibid.). Sein zentraler Kritikpunkt zielt darauf, dass Krankheit im biomedizinischen Modell nur durch somatische Parameter definiert werde, was in der Konsequenz bedeutet, dass bei seiner solchen professionellen Perspektive psychosoziale Probleme ausgeblendet oder als irrelevant beiseitegelassen werden würden.

Engel forderte deshalb eine besondere Berücksichtigung psychologischer, sozialer und kultureller Faktoren. Er erachtete die Lebensumstände als bedeutsame Variable für die Beeinflussung des Krankheitsverlaufs. Zudem betonte er, dass die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit bei Weitem nicht klar seien und es niemals sein würden, denn sie würden durch kulturelle, soziale und psychologische Erwägungen verwischt. Engel schwebte ein komplexes Modell von Gesundheit und Krankheit vor, das den sozialen Zusammenhang, in dem der Patient oder die Patientin lebt, einbezieht. Dieser Vorschlag hatte insofern integratives Potential, als keine Dimension, die in den auf dem Markt befindlichen einseitigen Modellen das Kernparadigma bildeten, ausgelassen wurde. Schon begrifflich wird die Trias zentraler menschlicher Basisbedingungen genannt: Bios, Psyche und Soziales.

Dieser Vorschlag entsprach auch den Kooperationsformen zwischen unterschiedlichen Professionen, die sich in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie herausbildeten. In den ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtungen wurden Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zu multiprofessionellen Teams zusammengeführt. Hier konnte es nicht mehr um Dominanzkultur eines spezifischen disziplinären Blicks gehen, sondern über solides Kooperationswissen aller Beteiligten haben sich handlungspraktisch tragfähige gemeinsame Sichtweisen entwickeln können. Aus einem dogmatischen „monotheistischen“ Störungsverständnis war zunehmend eine tolerante „polytheistische“ Perspektive entstanden (vgl. etwa das plurale Spektrum bei Jaeggi, Rohner & Wiedemann, 1990; oder Franke, 2006).

Das lässt sich durchaus auch an der Entwicklung der internationalen Klassifikationssysteme wie ICD 10 oder DSM IV (und demnächst DSM V) ablesen. Sie konstruieren eine Zusammenschau

unterschiedlicher Achsen, und dabei werden nicht nur biologisch-neurologische Fakten, sondern auch entwicklungspsychologische und soziale Kontextbedingungen einbezogen. Die frühe Forderung nach mehrfaktoriellen Modellen schien damit erfüllt zu sein.

Aus der Sicht der aktuellen Public Health-Forschung resümiert Brigitte Ruckstuhl den Stellenwert der Engelschen Leistung so:

Engel hatte den Nerv der Zeit getroffen, da er eine Kritik formulierte, die von vielen getragen wurde. Die Biomedizin, die mit ihrem Paradigma so lange ihren Platz verteidigen konnte, hatte zu einer einseitigen Betonung der pathophysiologischen Erklärungsansätze für die Entstehung von Krankheiten geführt, die nun aus verschiedenen Richtungen kritisiert wurde. Der biopsychosoziale Ansatz, der das biomedizinische Modell erweiterte, wurde auch in der öffentlichen Gesundheit breit rezipiert. (Ruckstuhl, 2011, S. 47)

Hat Engel mit seinem Vorschlag einen historischen Kompromiss ermöglicht? Auf dem Feld der theoretischen Fechtübungen mag das so gewesen sein. Die Paradigmakontroversen flauten ab, und es zeichneten sich deutlich handlungspragmatische Lösungen ab, in denen die „heiligen Kriege“ um die Wahrheit nicht mehr so bedeutsam waren. Wie aber sieht das nach einem Vierteljahrhundert aus?

Notwendigkeit einer Gesellschaftsdiagnostik

Das renommierte naturwissenschaftliche Journal *Nature* ruft im ersten Januarheft 2010 eine „Dekade für psychiatrische Störungen“ [3] aus. Begründet wird diese Priorität damit, dass psychische Störungen wie Schizophrenie und Depressionen die vorherrschenden Störungen der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahre ausmachen würden. Hinzu kommt die wachsende Anzahl von ADHS-Diagnosen bei Kindern. Die Behandlung dieser Störungen machen etwa 40% der medizinischen Kosten in den USA und Canada aus. Die biologische Psychiatrie reklamiert für sich die zeitgemäßen Erklärungen und Therapien!

Die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) bezieht sich ausdrücklich auf diese Position von *nature* und fordert 2010 ein „Deutsches Zentrum für Psychische Störungen“ und begründet diese Forderung so: Die psychischen Störungen sind eine Volkskrankheit, die sich in den modernen Gesellschaften sukzessiv ausweiten. Die Zeit sei reif für eine wissenschaftliche Revolution! Was darunter genau zu verstehen ist, wird von wichtigen Vertretern der DGPPN so begründet:

Die rasche Entwicklung von Forschungsmethoden in der Genomik (parallele Erfassung einer Vielzahl von genetischen und funktionellen Varianten) und Bildgebung haben unser Wissen über psychische Krankheiten in relativ kurzer Zeit enorm bereichert. So wurden auch neue Methoden in die Psychiatrie übernommen, so z. B. die genetische Epidemiologie, die systemischen Neurowissenschaften, funktionelles Neuroimaging, Genomic Imaging oder Proteomik. Ein erheblicher Erkenntniszuwachs resultiert auch aus der Entwicklung von innovativen Tiermodellen. Ein weiterer zukünftiger Entwicklungsschritt ist von der Stammzelltechnologie zu erwarten, mit welcher zellbiologische Modelle für psychische Erkrankungen entwickelt werden könnten. (Schneider, Falkai & Maier, 2012, S. 14)

Hat diese Programmatik noch etwas gemeinsam mit dem biopsychosozialen Modell von George L. Engel? Wo ist der Bezug auf die psychische Situation, die sozialen Lebensbedingungen und auf ökologische Systemfaktoren? Bei aller Begeisterung für die Biosphäre der menschlichen Existenz, die durch die Neurowissenschaften und die Genforschung ausgelöst wurde, fragt man sich, ob denn auf dieser Grundlage etwa die Zunahme von Burnout und Depressionen oder Zuwachsraten bei den ADHS-Diagnosen erklärt werden können. Und es stellt sich die Frage, ob angesichts eines offensiven Re-Biologisierungsprozesses in der Psychiatrie und zunehmend auch in der Psychologie die von Engel vorgeschlagene Balance zu Ungunsten der Sozialwissenschaften verloren geht und deshalb jetzt eine selbstbewusste sozialwissenschaftliche Initiative im Sinne einer expliziten „Gesellschaftsdiagnostik“ (Keupp 2013) notwendig ist.

Für eine Re-Sozialisierung von Normalität und Abweichung

Die internationale sozialwissenschaftliche Fachdiskussion hat in den letzten Jahren ganz intensiv die Diskussion über soziale Bedingungen psychischer Gesundheit und psychischen Leids aufgenommen (vgl. Avison, McLeod & Pescosolido, 2008; Cockerham, 2007; Parr, 2008; Pilgrim, Rogers & Pescosolido, 2011; Scheid & Brown, 2010), auch die Frage nach den Grenzen des „medizinischen Modells“ wird weiter diskutiert (z. B. Kiesler, 2000), die „Dekonstruktion“ der klassischen Psychopathologie wird fortgesetzt (Parker et al. 1995), die Diskussion um das, was eine „psychische Krankheit“ ist bzw. so konstruiert wird, wird intensiv geführt (vgl. Leader, 2011; McNally, 2011; Scull, 2011) und durchaus mit dem Blick auf die Verknüpfung von sozialen, psychischen und biologischen Aspekten (z. B. Read, Mosher & Bentall, 2004). Auch gesellschaftliche Gegenwartsbezüge werden in den Blick genommen und zu der Frage geführt, was denn in einer postmodernen Gesellschaft überhaupt noch die klassische Unterscheidung in Normalität und Abweichung bedeuten könnte (vgl. Welsch, 1995; Fee, 2000).

Der unverzichtbare Beitrag der Sozialwissenschaften lässt sich exemplarisch an der Auseinandersetzung mit den Gründen dafür aufzeigen, warum – bis hin zur Weltgesundheitsorganisation – die Depression als „Volkskrankheit No. 1“ bezeichnet wird. Der Buchtitel von Alain Ehrenberg (2004) „Das erschöpfte Selbst“ ist zum nichtfachlichen Synonym für den Zustand der Depression geworden, aber nicht im Sinne einer vermeintlich kontextfreien psychopathologischen Diagnostik, sondern als Teil einer Gesellschaftsdiagnostik, die einen Zusammenhang zwischen subjektiven Erfahrungen und gesellschaftlichen Entwicklungen herstellt. Auch weitere aktuelle Bücher versuchen, die Depression in ihrer zeitdiagnostischen Bedeutung aufzuzeigen. Es häufen sich auch seriöse Analysen, die eher sorgenvoll beleuchten, dass eine vorschnelle Medikalisierung oder Klinifizierung genau diesen zeitdiagnostischen Gehalt verhüllen würde (Blazer, 2005; Conrad, 2007; Horwitz & Wakefield, 2007, 2012; Summer, 2010).

Der globalisierte Kapitalismus hat zu einer spürbaren Beschleunigung und Verdichtung der Abläufe in den beruflichen und privaten Lebenswelten geführt. Sie führen bei immer mehr Menschen zu dem Gefühl der Erschöpfung.

Die Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen hat in einem Interview mit der „Saarbrücker Zeitung“ vom 27.11.2011 ein Problem benannt, das lange auf eine politische Wahrnehmung gewartet hat:

Es gibt ein Thema, das bislang viel zu kurz gekommen ist: die psychischen Belastungen in der Arbeitswelt. Jeder dritte Bürger, der heute vorzeitig in Rente geht, tut das, weil er den Anforderungen seines Jobs psychisch nicht mehr gewachsen ist. Im Schnitt gehen die Leute mit Mitte Vierzig. Das ist für die Betriebe wie für die Gesellschaft ein Riesenverlust. Allein die Behandlungskosten dafür belaufen sich auf geschätzte 27 Milliarden Euro im Jahr. Diese Zahlen sollten aufrütteln.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat am 19. April 2011 in einer Pressemitteilung beunruhigende Daten präsentiert, die der Ministerin bekannt sein dürften. Unter der Überschrift „Burnout auf dem Vormarsch“ wird u. a. ausgeführt:

Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) setzt sich der Anstieg von psychischen Erkrankungen unverändert fort. So ist 2010 nahezu jeder zehnte Ausfalltag auf eine psychische Erkrankung zurück zu führen. Bei der Untersuchung der Krankmeldungen von mehr als 10 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern zeigt sich: Die Diagnose Burnout (Ausgebrannt) wird von den Ärzten zunehmend dokumentiert. Um nahezu das 9-fache sind die Krankheitstage zwischen 2004 und 2010 wegen Burnout angestiegen. Insbesondere Frauen und Menschen in erzieherischen und therapeutischen Berufen sind von einem Burnout betroffen.

In der Mitteilung der AOK heißt es weiter:

Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind seit 1999 um nahezu 80 Prozent angestiegen und führen zu langen Ausfallzeiten: Diese dauern mit 23,4 Tagen je Fall doppelt so lange wie der Durchschnitt mit 11,6 Tagen je Fall im Jahr 2010. (...) Zwischen 2004 und 2010 haben sich damit die 8,1 Arbeitsunfähigkeitstage je 1.000 AOK-Mitglieder auf 72,3 Tage nahezu um das 9-fache erhöht.

Auch die vorliegenden Daten der anderen großen Krankenkassen (DAK, TK, BKK) gehen in die gleiche Richtung. Sie zeigen dramatische Zuwachsraten bei der Diagnose psychische Störungen, und die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage, die durch diese Diagnose begründet wird, steigt in sehr viel höherem Maße als bei allen anderen klassischen krankheitsbedingten Gründen, die zum Arbeitsausfall führen.

Die größten Steigerungsraten gibt es bei den Diagnosen Burnout und Depression. Die Einschätzung, dass die Depression zur Volkskrankheit Nr. 1 wird, legt die Frage nahe, was dafür die Ursachen sein könnten. Der Frankfurter Psychoanalytiker Heinrich Deserno (2005, S. 188) schreibt dazu:

„Seit etwa 15 Jahren zeichnet sich deutlich ab, dass Depressionen für den spätmodernen Lebensstil beispielhaft werden könnten, und zwar in dem Sinne, dass sie das Negativbild der Anforderungen beziehungsweise paradoxen Zumutungen der gesellschaftlichen Veränderungen darstellen und deshalb in besorgniserregender Weise zunehmen könnten, wie von der Weltgesundheitsorganisation hochgerechnet: Im Jahr 2020 sollen Depressionen weltweit und in allen Bevölkerungsschichten die zweithäufigste Krankheitsursache sein.“

Und die deutsche Stimme der WHO, Ilona Kickbusch, hat sich so zu diesem Thema geäußert:

Immer mehr Menschen haben mit einem immer schnelleren Wandel von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen zu kämpfen. Sie können das Gleichgewicht zwischen Belastungs- und Bewältigungspotentialen nicht mehr aufrechterhalten und werden krank. Depression ist zum Beispiel nach den Statistiken der Weltgesundheitsorganisation eine der wichtigsten Determinanten der Erwerbsunfähigkeit. (...) Schon heute sind weltweit ca. 121 Millionen Menschen von Depressionen betroffen. Denn unser Leben gewinnt zunehmend „an Fahrt“, sei es zwischenmenschlich, gesellschaftlich, wirtschaftlich oder im Informations- und Freizeitbereich (Kickbusch, 2005, S. 15).

Natürlich gibt es gute Gründe, die Zahlen kritisch zu reflektieren. Die Krankenkassen liefern keine Daten der wahren Prävalenz, sondern die von Ärzten diagnostizierten Befunde. Es ist notwendig, die inflationäre Verwendung der Diagnose Depression kritisch zu reflektieren. Die Hauptnutznießerin dieser diagnostischen Gepflogenheit ist die Psychopharmaindustrie. Der Gesundheitsreport der TKK 2010 zeigt, dass 2009 bei Männern 119 Prozent, bei Frauen 96 Prozent mehr Tagesdosen an Psychopharmaka als im Jahr 2000 verschrieben wurden. Unstrittig dürfte jedoch sein, dass immer mehr Menschen die mit der Globalisierung verbundenen Veränderungen in ihrer Arbeits- und Alltagswelt als Herausforderungen und Belastungen erleben, die ihre Bewältigungsmöglichkeiten überschreiten. Die „Klinifizierung“ der daraus folgenden psychischen Probleme enthält die Gefahr der Individualisierung gesellschaftlicher Probleme.

Im globalisierten Kapitalismus vollziehen sich dramatische Veränderungen auf allen denkbaren Ebenen und in besonderem Maße auch in unseren Lebens- und Innenwelten. Anthony Giddens, einer der wichtigsten sozialwissenschaftlichen Zeitdiagnostiker, hat folgende Diagnose gestellt:

Die wichtigste der gegenwärtigen globalen Veränderungen betrifft unser Privatleben – Sexualität, Beziehungen, Ehe und Familie. Unsere Einstellungen zu uns selbst und zu der Art und Weise, wie wir Bindungen und Beziehungen mit anderen gestalten, unterliegen überall auf der Welt einer revolutionären Umwälzung. (...) In mancher Hinsicht sind die Veränderungen in diesem Bereich komplizierter und beunruhigender als auf allen anderen Gebieten. (...) Doch dem Strudel der Veränderungen, die unser innerstes Gefühlsleben betreffen, können wir uns nicht entziehen. (Giddens, 2001, S. 69)

Globalisierung verändert also den Alltag der Menschen in nachhaltiger Form und damit auch ihre psychischen Befindlichkeiten.

Wenn wir diese Spur weiterverfolgen wollen, dann reicht es offensichtlich nicht, nur über „psychohygienische“ und psychotherapeutische Wege zu reden, so wichtig sie sind, wenn Menschen schwere psychische Probleme haben. Es ist notwendig, den gesellschaftlichen Rahmen mit in den Blick zu nehmen und danach zu fragen, wie er einerseits den einzelnen Menschen mit Erwartungen und Ansprüchen fordert und zunehmend überfordert, und andererseits die „vereinzelt Einzelnen“ damit alleine lässt. Hier ist keine strategische Böswilligkeit zu unterstellen, sondern da ist eher ein Auto auf rasanter Fahrt, in dem zwar ständig das Gaspedal gedrückt wird, aber ein Bremspedal scheint es nicht zu geben.

Wir brauchen eine kritische Auseinandersetzung mit dem neoliberalen Menschenbild des „modulare Menschen“, der mit seiner „IKEA-Identität“ ein „Wesen mit mobilen, disponiblen und austauschbaren Qualitäten darstellt“ (Bauman, 1999, S. 158). Oft genug aus der Angst [4] heraus, nicht „dabei zu sein“, passt er sich in seinen Lebensformen der unaufhaltsamen

Beschleunigungsdynamik an. Aber der gesellschaftliche und berufliche Fitness-Parcours hat kein erreichbares Maß, ein Ziel, an dem man ankommen kann, sondern es ist eine nach oben offene Skala, jeder Rekord kann immer noch gesteigert werden. Hier ist trotz Wellness-Industrie keine Chance, eine Ökologie der eigenen Ressourcen zu betreiben, sondern in einem unaufhalt-samen Steigerungszirkel läuft alles auf Scheitern und einen Erschöpfungszustand zu.

Wir brauchen eine „Kultur des Scheiterns“, weil Scheitern vermehrt zu unserer Erfahrung gehört, weil Scheitern die Basis für Lernprozesse ist, weil Scheitern die Chance zum Neuanfang enthält und weil Scheitern ein Tabu ist. Unsere Kultur wird zunehmend eine „Winner“-Kultur, sie will vor allem Sieger- und Erfolgsgeschichten hören und sie verdrängt die andere Seite der Medaille. Notwendig sind Trauerarbeit *und* Empowerment. Empowerment heißt, die eigenen Ressourcen und Kräfte wahr- und ernstzunehmen. Dies heißt auch, sich von den dominierenden ideolo-gischen Menschenbildvorgaben des neoliberalen Herrschaftsmodells ebenso zu befreien wie von der Hoffnung auf eine obrigkeitliche Lösung.

Zu diesem Zweck haben wir eine Fülle von sozialwissenschaftlichen Denkanstößen, die dazu beitragen könnten, das biopsychosoziale Modell zu dem zu machen, als was es gedacht war (vgl. Pauls, in diesem Band): Die Ermöglichung einer Sichtweise der Subjekte, die sie in ihrer alltäglichen sozialen Lebenswelt verortet und sie als prinzipiell handlungsfähig sieht, aber auch die Notwendigkeit aufzeigt, wo und wie sie in ihrer Handlungsfähigkeit gestärkt und unterstützt werden können und müssen. ■

[1] Seine Publikationstätigkeit hat sich bis in die jüngste Zeit gehalten. Der im 92. Lebensjahr 2012 Verstorbene publizierte z. B. 2007 „The medicalization of everyday life“, 2008 „Psychiatry. The science of lies“, 2009 „Antipsychiatry. Quackery squared“, 2011 „Suicide Prohibition: The Shame of Medicine“. Nicht unerwähnt bleiben darf, dass Szasz – laut Wikipedia – „zusammen mit der [Scientology](#)-Organisation die amerikanische ‚Citizens Commission on Human Rights‘ (CCHR) [gründete], distanzierte sich aber von dem Eindruck, dass diese Zusammenarbeit mehr als ein Zweckbündnis und dass er selbst Scientologe sei“ (http://de.wikipedia.org/wiki/Thomas_Szasz#cite_note-3). Vgl. auch Bracken & Thomas (2010).

[2] So hat der Direktor einer renommierten psychiatrischen Forschungsinstitution in den 1970er Jahren ver-lauten lassen, dass bei ihm kein Psychologe eine Chance hätte, der sich mit der Kritik am „medizinischen Modell“ identifizieren würde.

[3] Editorial „A decade for psychiatric disorders“. In: nature, Vol. 463, Issue no. 7277, 7. Januar 2010.

[4] Wie die Daten der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) gezeigt haben, steigen auch Angststörun-gen erheblich an.

Literatur

- Avison, W. R., McLeod, J. D. & Pescosolido, B. A. (Eds.) (2008). *Mental health, social mirror*. New York: Springer.
- Barz, H., Kampik, W., Singer, T. & Teuber, S. (2001). *Neue Werte, neue Wünsche. Future Values*. Düsseldorf, Berlin: Metropolitan.
- Basaglia, F. (Hrsg.) (1971). *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bauman, Z. (1999). *Unbehagen in der Postmoderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bauman, Z. (2005). *Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Blazer, D. G. (2005). *The age of melancholy. Major depression and its social origins*. New York: Taylor & Francis.
- Borch-Jacobson, M. (2010). *Making minds and madness. From hysteria to depression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bracken, P. & Thomas, P. (2010). From Szasz to Foucault: On the role of critical Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 17(3), 219 – 228.
- Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Castillo, R. J. (1997). *Meanings of madness*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Cockerham, W. C. (2007). *Social causes of health and disease*. Cambridge: Polity Press.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cooper, D. (1971). *Psychiatrie und Ant-Psychiatrie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Corsini, R. J. (Hrsg.). (1994). *Handbuch der Psychotherapie*. (2 Bände). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Deserno, H. (2005). Liebe und Depression. Am Beispiel von Dieter Wellershoffs Roman „Der Liebeswunsch“. In S. Hau, H.-J. Busch & H. Deserno (Hrsg.), *Depression – zwischen Lebensgefühl und Krankheit* (S. 165–194). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ehrenberg, A. (2004). *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt: Campus.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129 – 136.

- Fee, D. (Ed.). (2000). *Pathology and the postmodern. Mental illness as discourse and experience*. London: Sage.
- Finzen, A. (Hrsg.). (1974). *Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. Ursachen, Behandlung, Prävention*. München: Piper.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Freytag, T. (2008). *Der unternommene Mensch. Eindimensionalisierungsprozesse in der gegenwärtigen Gesellschaft*. Weilerswist: Velbrück.
- Gebhardt, M. (2002). *Sünde, Seele, Sex. Das Jahrhundert der Psychologie*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Giddens, A. (2001). *Entfesselte Welt. Wie die Globalisierung unser Leben verändert*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1985). *Die Neue Unübersichtlichkeit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2012). *All we have to fear. Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Jaeggi, E., Rohner, R. & Wiedemann, P. M. (1990). *Gibt es auch Wahnsinn, hat es doch Methoden. Eine Einführung in die Klinische Psychologie aus sozialwissenschaftlicher Sicht*. München: Piper.
- Keupp, H. (Hrsg.). (1972a). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse*. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1972b). *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen*. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1974a). Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: „Medizinisches Modell“ und mögliche Alternativen. In Ch. Kraiker (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie* (S. 117–148). München: Kindler.
- Keupp, H. (Hrsg.). (1974b). *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis*. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1976). *Abweichung und Alltagsroutine. Die Labeling-Perspektive in Theorie und Praxis*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Keupp, H. (Hrsg.). (1979). *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg.

- Keupp, H. (1986). Normalität und Abweichung. Diskurse zum ordentlichen Leben und seinen Gefährdungen. In G. Rexilius und S. Grubitzsch (Hg.), *Grundkurs Psychologie*. Reinbek: Rowohlt.
- Keupp, H. (1988). Psychische Störungen und gesellschaftlicher Lebenszusammenhang. Kap. 2a. In G. Davison & J. Neale, *Klinische Psychologie* (S. 69-92). München: Psychologie Verlags Union.
- Keupp, H. (1992). Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebenssouveränität und Empowerment. *Psychomed*, 4, 1992, 244-250.
- Keupp, H. (2013). *Wider die soziale Amnesie der Psychotherapie und zur (Wieder-) Gewinnung ihres gesellschaftsdiagnostischen Potentials*. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 45 (1), i.E.
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W. et al. (2006). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Hamburg: Rowohlt.
- Keupp, H. & Dill, H. (Hrsg.) (2010). *Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt*. Bielefeld: transcript.
- Keupp, H. & Kraiker, C. (1977). Die Kontroverse zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. In H. Zeier (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. (Band 4): *Pawlow und die Folgen* (S. 666-712). München: Kindler.
- Kickbusch, I. (2005). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kiesler, D. J. (2000). *Beyond the disease model of mental disorders*. Westport: Praeger.
- Koch S. & Leary D. E. (1985) *A century of psychology as science*. New York: McGraw-Hill.
- Laing, R.D. (1969). *Phänomenologie der Erfahrung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lasch, C. C. (1984). *The minimal self. Psychic survival in troubled times*. New York.
- Leader, D. (2011). *What is madness?* London: Penguin.
- McNally, R. J. (2011). *What is mental illness?* Cambridge: Harvard University Press.
- Parker, I., Georgaza, E., Harper, D., McLaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. London: Sage.
- Parr, H. (2008). *Mental health and social space*. Oxford: Blackwell.
- Pilgrim, D., Rogers, A. & Pescosolido, B. (Eds.) (2011). *The Sage Handbook of mental health and illness*. London: Sage.
- Price, R. L. (1978²). *Abnormal behavior. Perspectives in conflict*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Read, J., Mosher, L. R. & Bentall, R. P. (Eds.) (2004). *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. New York: Brunner-Routledge.

Ruckstuhl, B. (2011). *Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive*. Weinheim: Juventa.

Scheid, T. L. & Brown, T. N. (Eds.) (2010). *A handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems*. (2nd edition). New York: Cambridge University Press.

Schneider, F., Falkai, P. & Maier, W. (2012). *Psychiatrie 2020 plus. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*. (2nd edition). Berlin, Heidelberg: Springer.

Scull, A. (2011). *Madness. A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Szasz, T. S. (1960). The myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 15, 113-118 (deutsch: Der Mythos von der seelischen Krankheit. In H. Keupp (Hrsg.), *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse* (e. Auflage) (S. 44–56). München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg.

Ullmann, L. P. & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Welsch, W. (1990). Identität im Übergang. In ders., *Ästhetisches Denken*. (S. 168–200). Stuttgart: Reclam.

Wissenschaftliche Institut der AOK: Verfügbar unter http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pra_pm_krstd_0411.pdf.

Wulff, E. (1971). Der Arzt und das Geld. Der Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung. *Das Argument* 69(11/12), 955-970.

Angaben zum Autor

Heiner Keupp, von 1978 bis 2008 Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Universität München. Aktuell Gastprofessuren an den Universitäten in Klagenfurt und Bozen. Arbeitsinteressen beziehen sich auf soziale Netzwerke, gemeindenaher Versorgung, Gesundheitsförderung, Jugendforschung, individuelle und kollektive Identitäten in der Reflexiven Moderne und Bürgerschaftliches Engagement. Erster Preisträger der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2000). Vorsitzender der Kommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung.

Kontakt: heinerkeupp@psy.lmu.de

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Heiner Keupp
Ringhofferstraße 34
85716 Unterschleißheim
Deutschland

Zitationsvorschlag

Keupp, H. (2013). Von der Re-Sozialisierung von Normalität und Abweichung: eine persönliche Rückschau auf das biopsychosoziale Modell. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 47-64. Zugriff am 15.05.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>.