

Kettner, Matthias / Jacobs, Kerrin A. (2016): Zur Theorie „sozialer Pathologien“ bei Freud, Fromm, Habermas und Honneth. IMAGO. Interdisziplinäres Jahrbuch für Psychoanalyse und Ästhetik, Band 4, 2016, 119-146.

Zur Theorie »sozialer Pathologien« bei Freud, Fromm, Habermas und Honneth

Kerrin A. Jacobs & Matthias Kettner

1 Einleitung: Das Desiderat

Die Gesundheit und ein tiefes Interesse an ihr sind anthropologische Universalien. Ihre Kehrseite bilden all die Übel, von denen wir sprechen, wenn wir von den Krankheiten sprechen und davon, was es heißt, krank zu sein.¹ Für die Reflexion bleibt Gesundheit immer wieder eine hartnäckig *transdisziplinäre* Problemstellung, während die unendliche Masse menschlicher Erfahrungen damit, wie es an Gesundheit *fehlt*, eine große, zumindest für *Krankheit* allzuständige Disziplin herausgebildet hat: die Medizin – eine sowohl praktische, auf die Besserung, Linderung, Verhütung, wie auch theoretische, auf die Erklärung von Krankheit spezialisierte Disziplin.

Medizingeschichtlich hat sich der Bedeutungsgehalt des Krankheitsbegriffs erheblich gewandelt (pars pro toto Rothsuh 1975). Warum sollte er a priori in den Grenzen derjenigen Disziplin eingeschlossen bleiben, die ihn als erste kultivierte? Heute fasziniert das Stichwort einer »Pathologie des Sozialen« viele sozialkritisch interessierte Theoretiker. Wie wäre es, wenn wir die Denkweise der medizinischen Krankheitslehre, die alle ärztlichen Urteile über das Kranksein von Menschen und anderen Le-

bewesen untermauert, so erweitern oder verändern würden, dass wohlbegründet (statt bloß metaphorisch [exemplarisch McMurtry 1999]) über Krankheit und Gesundheit, das Normale, das Abnormale und das Pathologische auch von Sozialgebilden² geurteilt werden kann? Im heutigen medizinischen Sprachgebrauch heißt »Pathologie« beides – die Krankheit selbst sowie die Lehre von ihr und vom Leiden, das sie verursacht. Analog wollen wir unter den Begriff »Sozialpathologie« alle systematischen Versuche befassen, Krankheit in, an und von Sozialgebilden zu denken (*Sozialpathologie*), wie auch diese Krankheit selbst in ihrer konkreten Wirklichkeit (*Sozialpathologie*).

Mit *ärztlichen* Krankheitsurteilen (i. F.: ÄKs) schreibt man Lebewesen, deren Gesundheitsprobleme medizinisch so weit bekannt, ernstgenommen und verstanden werden, dass sie im Repertoire medizinischer Diagnosebegriffe fixiert werden, bestimmte »somatische« oder »psychische« Krankheiten und Störungen zu. Ihre begriffliche Grundlage finden ÄKs in der medizinischen Krankheitslehre, ihre empirische im kumulierten klinischen Wissen. Mit *sozialdiagnostischen* Krankheitsurteilen (SKs) – so die Parallele – würde man solchen Sozialgebilden, deren Quasi-Gesundheitsprobleme kulturelle

xiv hinreichend durchdrungen sind, bestimmte soziokulturelle Krankheiten und Störungen zu beschreiben. Aber wie (wenn überhaupt) sind SKs möglich? Wie könnten Sozialgebilde überhaupt, oder zumindest solche einer gewissen Art, quasi Gesundheitsprobleme haben und Krankheitserrscheinungen zeigen? Könnten sie diese aber nicht haben und zeigen, dann wäre die Rede von ihren Krankheiten nur ein Als-ob. Während die ärztlich-diagnostische Feststellung z. B. über fiebrig-schwache Menschen, (ÄK) *dass sie Tuberkulose haben*, für uns einen ersichtlich guten Sinn hat, ist dies für die ernstgemeinte Feststellung über Staatsbürokratien, (SK) *dass sie Korruption haben*, nicht ebenso klar. Gewiss, wir können staatlicher Korruption viele üble Namen geben und sie in verschiedenartigen normativen Rahmen als Schande, Sünde, Unrecht, Schwächung, Übel etc. negativ (oder, seit Mandevilles berühmter »Bienenfabel«, ambivalent) beurteilen. Reicht das, um realiter hier von einer »endemischen Krankheit« oder dem »Krankheitsbild Korruption« zu sprechen? Wenn nein, was hätte hinzuzukommen? Wenn ja, welcher Erklärungs-Verständnisgewinn steht damit in Aussicht?

Sicher kann für die gesuchte Krankheitslehre des Sozialen die medizinische nicht einfach übernommen werden. Ignorieren dürfen wir sie aber auch nicht, denn sie ist die einzig rational korroborierte, die wir haben. Die Ergebnisse forsch positivistischer Soziologen, die ganz am medizintheoretischen Diskurs vorbei *Social Pathology* betreiben wollten, sind abschreckend kläglich geblieben, wie umgekehrt die Ergebnisse derer, die einmal den der Medizin des 19. Jahrhunderts eigenen Biologismus, Vitalismus, Organizismus als Sozialwissenschaftler allzu ernst nahmen, überbordend spekulativ. Zu fragen ist: Was wäre von der *heutigen* medizinischen Krankheitslehre zu lernen? Kann sie konzeptuell kopiert und zielführend umgedeutet oder aber doch nur sehr selektiv genutzt werden? Kann sie abstrakter gemacht und dezentriert werden, sodass sich ein auch dann

noch gehaltvoller Begriffskern auf Lebewesen *und* Sozialgebilde beziehen lässt? Wir sehen diesen Kern im Funktionalismus und halten die Dezentrierungsoption für aussichtsreich. Ziel unseres Artikels ist jedoch nicht die Begründung (nicht einmal umrisshaft) einer soziokulturellen Patho-Logie, wie wir sie uns vorstellen würden (Jacobs 2013a, Kettner 2009; Kettner & Sturmeit 2014), sondern allein die Darstellung von vier vorliegenden Ansätzen, die lohnen, trotz des gemeinsamen Mangels, dass keiner (nicht einmal Freud) die Komplexität der wissenschaftstheoretischen Struktur der ärztlich-medizinischen Krankheitslehre sowie deren Kontroversialität einholt (Hucklenbroich 2013a, Hofmann 2010).

Angenommen, ein robuster theoretischer Rahmen zur Erklärung und Diagnose soziokultureller Pathologien und entsprechende SKs wären möglich. Zu welchen *Praktiken* sollen und können SKs führen? Zu Recht wird sich niemand ernsthaft auf die Idee einlassen, »die Gesellschaft« sei wie ein Patient zu behandeln, und dies gilt für nahezu alle Sozialgebilde. Was medizinisches Wissen und Können wert sind, zeigt sich in deren Anwendungspraxis, der organisierten Krankenbehandlung. Zu fragen ist: In Praktiken welcher Art könnte sich der Wert von sozialpathologischem Wissen und Können zeigen?

2 Dezentrierung der Krankheitslehre

Folgt man der Begriffsgeschichte der westlichen Medizin seit Hippokrates, so ist Krankheit zweifellos der systematische und historische Zentralbegriff des ärztlich-medizinischen Wissens. Nosos (lat. morbus) meinte umfassend den Krankheitsverlauf, Pathos (lat. vitium) den Zustand des Krankseins. Die Neuzeit hat die alte praktische Kunstlehre der Krankenbehandlung professionalisiert und den Fort-

schritt ihrer Wissensbasis weitgehend auf Fortschritte der empirischen Naturwissenschaften eingestellt. Dadurch konnte sich die medizinische Krankheitslehre zu einem konkurrenzlos durchrationalisierten Wissenskörper entwickeln: zur heutigen klinischen und theoretischen Pathologie, die die Herkunft (Ätiologie), Entstehungsweise (Pathogenese), Erscheinung, Verlauf und Auswirkungen von krankhaft abnorm veränderten Prozessen des Lebendigen an diesem selbst untersucht, sowie die Nosologie, die integral für die Reflexionseinheit in der Vielfalt der fixierten Krankheitseinheiten zuständig ist.

»Erst ab dem 17. Jahrhundert wurde die Vorstellung der Existenz von ›species morborum‹ ernsthaft in Betracht gezogen, und erst im Laufe des 19. Jahrhunderts gelang es, tatsächlich empirisch und theoretisch tragfähige Systeme von Krankheitsentitäten zu entwickeln. Neben der kausalanalytischen Erforschung der Ursachen und Pathogenese krankhafter Zustände ist ihre Integration und systematische Ordnung in einer Nosologie, d. h. in einem flächendeckenden System von Krankheitsbildern bzw. Krankheitsentitäten, die zweite große Errungenschaft der modernen wissenschaftlichen Medizin, durch die sie sich von allen früheren Formen und allen Medizinsystemen anderer Kulturen unterscheidet. Wichtig ist dabei die Feststellung, dass es sich wirklich um eine flächendeckende Systematisierung handelt, die sowohl in der Breite, mit Bezug auf die ganze Vielfalt krankhafter Phänomene vollständig ist, als auch in der Tiefe, mit Bezug auf die morphologische und kausale Feinstruktur, mit den Ergebnissen der Grundlagenforschung zur Deckung kommt« (Hucklenbroich 2015, S. 1).

Dennoch hat selbst die konsolidierte moderne Medizin sich eine gewisse Toleranz für Pluralismus bewahrt, der gleichsam die Erinnerung wachhält, dass die »flächendeckende System-

atisierung« aus großen nosologischen Paradigmenkämpfen erst hervorgebracht werden musste. Man denke an die Ablösung der ehrwürdigen Humoralpathologie mit ihrer Ableitung sämtlicher Krankheiten aus fehlerhaften Zusammensetzungen von Körperflüssigkeiten durch Virchows bahnbrechende »Zellulärpathologie« von 1858 mit ihrer stilbildenden Entschlossenheit, Krankheit als Störung physiologischer Vorgänge in Körperzellen wissenschaftlich objektiv zu bestimmen.

Ärztliche Krankheitsurteile: Zwischen Disease, Illness, Sickness

Eine begriffliche Errungenschaft von unschätzbarem Wert für ihr Krankheitsdenken liegt nach Auskunft von Ärzten in der folgenden Unterscheidung, deren zwei Seiten sie oft mit den scheinbaren Verlegenheitsworten »objektiv« und »subjektiv« bezeichnen: Werden Gesundheit und Krankheit und ihre Differenz *wissenschaftlich* oder werden sie *lebensweltlich* konzeptualisiert?

Nach ihrem mit wissenschaftlichen Methoden objektivierbaren Begriff geht Krankheit (engl. inzwischen üblich: *disease*) nicht länger auf in, sondern löst sich – ontologisch wie epistemologisch – ab von lebensweltlichen, für viele Menschen durch durchaus wissenschaftsferne Weltbilder geprägten Krankheitskonzepten, die das Krankheitsgeschehen auch ganz anders deuten und darin irgendwie für »objektiv« halten können, als die herrschende psycho-somatische Medizin: etwa als dämonische Besessenheit, schwarze Magie, Karma, göttliche Strafe oder auch als Abkürzung des Weges ins Paradies. Disease, das ist das so gut wie möglich objektivierte Kranksein, am imponierendsten als Systematisierung von Krankheitsentitäten. Die global gängigsten Klassifikationssysteme, die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD) und das Sta-

tische Manual Psychischer Störungen (DSM) mit Tausenden Kodierpunkten und Diagnosen, verweisen auf den mächtigen Disease-Katalog, den alle fachärztlichen Gesellschaften zusammen verwalten.

Den Ausgangspunkt des Krankheitsdenkens und den Boden für alle Objektivierungsbestrebungen aber bilden die – mehr oder weniger leidvollen – *Erfahrungen*, in denen die von Krankheit Affizierten ihr Affiziertsein unmittelbar selbst erleben: Dies, wie es für einen selbst ist, krank zu sein (engl. inzwischen üblich: *illness*). Illness-Befunde beginnen mit *Selbst*auskünften über die *eigene* Befindlichkeit und gründen im *Selbst*gewahrsein. Falsch ist es daher nicht, sie »subjektiv« zu nennen, doch schief. Richtig ist: Welche Geltungsansprüche sich auch immer spezifisch mit Illness-Befunden verbinden lassen, sie werden erhoben, eingelöst oder revidiert auf der Basis von solchen Gründen, die, wenn sie überzeugen, unter Personen überzeugen, *egal ob diese Personen Wissenschaftler sind oder nicht*. Anders gesagt: Ihre Gültigkeit entsteht im lebensweltlichen Horizont, nicht im Rahmen (natur)wissenschaftlicher Theorie, und die Gültigkeit in jenem Horizont ist auf diesen Rahmen nicht angewiesen. Statt »subjektiv« sollte man die Illness-Seite von Krankheit daher besser die Seite ihrer »erlebten Wirklichkeit« nennen. *Erlebte* Wirklichkeit ist erlebbare *Wirklichkeit*: Nichts hindert prinzipiell, dass Illness-Befunde, selbst ganz erlebnisnah von einer Person artikuliert, universal nachvollziehbare Erfahrung sein können. (»Ich habe schreckliche Zahnschmerzen« versteht sich weltweit gut genug.) Gewiss, Illness-Befunde sind, anders als Disease-Befunde, sinnlogisch an die Standpunkte selbstbewusster Personen gebunden; aber nicht solipsistisch eingesperrt in die Erste Person Singular. Denn dies, wie sich Kranksein in der konkreten Wirklichkeit des Lebens unter Mitmenschen manifestiert, das können auch Zweite für Dritte ausdrücken. (»Er kann

sich in letzter Zeit gar nichts mehr merken, es wird immer schlimmer mit ihm.«)

Ähnlich schief wie die Reduktion der vollen Intersubjektivität von Illness-Befunden auf's »Subjektive« ist ihre gedankenlose Gleichsetzung mit »Werturteilen«. Daran ist allenfalls richtig, dass Krankheit, Kranksein, krank zu sein jedenfalls nichts Schönes oder Gutes ist, sondern mit gewissen Übeln einhergeht, ernsthaftes Kranksein sogar mit grundsätzlichen Übeln, die kaum jemand, der gesund und bei Trost ist, für sich selbst oder andere, an deren Wohlergehen einem gelegen ist, wollen, erstrebenswert und gut finden dürfte, es sei denn, man hätte dafür ganz besondere³ Gründe. Insofern geben wahrhaftig geäußerte Feststellungen von Illness-Befunden (»ich bin von der Grippe noch völlig malade ...«) dem Gegenüber sinngemäß Grund, zu erwarten, der Sprecher hege keine Pro-Einstellung zum Zustand als solchem – selbst wenn des Weiteren klar würde, dass der Zustand für ihn vorteilhaft ist (»... und brauche heute nicht zur Arbeit zu gehen«). Philosophische Versuche, in der Vielfaltigkeit *lebensweltlicher* ÄKs die begrifflichen roten Fäden zu erkennen, sprechen dafür, dass neben einem Vorverständnis von Gesundsein immer auch ein minimales Vorverständnis von *Personrationalität* sowie von (einigen) Wertungen (von einigen Arten von Übeln) als sinngemäß *universalen Wertungen* mitbringt, wer den Sinngehalt solcher Urteile angemessen versteht (vgl. Culver & Clouser 2006, bes. S. 129–163).⁴

Fazit: Illness-Befunde sind, unter denjenigen Mitmenschen, die man lebenspraktisch ernst nimmt, *gut nachvollziehbare Beschreibungen und Bewertungen* von Zuständen von Personen als Zustände verminderter Gesundheit und nichttrivialer leidvoller Beeinträchtigung.

Auf Dauer würden reine Disease-basierte ÄKs ohne Illness-basierte blind – und bloß Illness-basierte ÄKs ohne objektive Referenz auf Disease drohen leerzulaufen. Bis heute ist im Diskurs der ärztlichen Krankheitstheorie

aber kontrovers, also diskussionswürdig geblieben, unter welchen Bedingungen mehr dafür spricht, die Gültigkeit von ÄKs *allein* von Disease-Befunden abhängig zu machen⁵, und unter welchen mehr dafür spricht, wissenschaftlich objektiviertes Kranksein bloß regulativ zu handhaben, gleichsam als Objektivitätsanker, wann immer Wahrheitsansprüche von ÄKs und die Realitätsimplikationen ihrer Begriffe in die Kritik kommen. (Litt Anders Breivik unter einer paranoiden Psychose? »Gibt« es überhaupt »Psychosen«? Etc.)

Es ist möglich, dass jemand, noch ohne Übles zu merken oder zu vermuten (»präsymptomatisch«), einen schon weitgestreut metastasierten Nierentumor hat, also tatsächlich totkrank ist (und dies kommt nur als »Zufallsbefund« ans Licht, als nach einem Autounfall, bei dem der Betreffende nahezu unverletzt geblieben war, vorsorglich eine Ganzkörper-CT durchgeführt wird). Solche Fälle sprechen *für* die Eigenständigkeit der Disease-Komponente. *Dagegen* spricht die Erfahrung, allemal die politische, dass die Autorität, Menschen an ihrer eigenen Gesundheitseinschätzung vorbei »objektiv« für krank erklären zu dürfen, stark begründungsbedürftig ist. Der Bogen reicht von der Stigmatisierung »Perverser«, »Abnormaler« usw. bis zur Zwangspsychiatisierung von »verrückten« Regimekritikern.

Hingegen spricht für einen starken Eigenwert der Illness-Komponente, dass via Illness am besten verstanden und auch erklärt werden kann, wie überhaupt »Gesundheitsprobleme« zu konkreten Problemen werden. Die Autorität, diese Problematizität zu bestimmen, ist bei reinen Disease-Experten oft nicht in besten Händen. Illness hingegen spricht die Sprache der Betroffenen.

Der dritte Aspekt im Krankheitsdenken, »sickness«, ist der am deutlichsten normative und meint den Leidenszustand einer Person, insofern sie dadurch Anspruch auf Anerkennung in der Krankenrolle hat, wie auch immer diese in

einer Gesellschaft definiert ist (z. B. als diffuser Anspruch auf Mitleid von Mitmenschen und rechtlicher Anspruch auf Krankenbehandlung durch einen Heilungsexperten). Krankheit von der Rolle des kranken Menschen her zu denken, entspricht tiefsinnig dem traditionellen Professionsethos der Arzt-Patient-Zwischenmenschlichkeit (exemplarisch Rotschuh 1972, S. 412)⁶, doch verführt die Verselbstständigung dieses Aspektes zur Auffassung, »daß weder ein Organ noch eine Zelle noch eine Pflanze oder ein Tier im strengen Sinne >krank< sein können – sie sind pathisch desorganisiert« (ebd., S. 417), während krank sensu strictu nur Personen als Ganze sein können. – Nicht nur Tierärzte werden diese Auffassung absurd finden.

Uns erscheint eine Junktim-Position bestbegründbar: In validen ÄKs spielen wissenschaftlich *und* lebensweltlich artikulierbare Befunde auf geeignete Weise zusammen, wie es das folgende Zitat gut genug formuliert:

»By a >disease< we will mean a physiological or mental malfunction based on a deviation from statistically standard norms, that brings about illness or disability or increases the chance of a premature death. By >illness< we will mean a subjective feeling on the part of the person that bodily or mental well-being is absent or impaired and thus ordinary functioning in life is impaired. By >sickness< we will mean society's perception of the health status of a person, ordinarily encompassing an outside perception that the person is not functioning well, mentally or physically« (Hanson & Callahan 1999, S. 20; vgl. auch Schramme 2000, S. 162 sowie Jacobs 2012, S. 97f.)⁷.

Wie sie genau zusammenspielen (etwa Reflexionsgleichgewicht? Ko-Restriktion?) und mit welchen Gewichten (etwa Gleichrangigkeit? Hierarchie?), diese Theoriebaustellen umgehen wir an dieser Stelle und wenden uns im nächsten Abschnitt der funktionalistischen

Ontologie zu, die im medizinischen Krankheitsdenken am besten erklärt, was Disease wirklich *ist*. Doch zuvor müssen wir noch einen für das Junktim wichtigen Punkt erwähnen: Es gibt einige psychologische, aber keine somatischen Krankheiten, bei denen nicht der Kranke selbst einen zur Krankheit gehörigen Leidensdruck (Illness) zeigt, sondern andere Personen, die der Kranke leiden macht bzw. leidvoll beeinträchtigt (ohne dass die anderen ihrerseits wirklich krank werden müssten). Ein Beispiel ist die, mit geschätzten drei Prozent vorwiegend unter Männern vorkommende »antisoziale Persönlichkeitsstörung«. Hier gehört zum Störungsbild auch noch die Unfähigkeit zur Empathie mit den Leiden der anderen.⁸

Der Kern des krankheitstheoretischen Funktionalismus

In der Disease-Realität geht es um störbare »Funktionen«, die in – und nur in – Prozessen und Strukturen realisiert sind, die in der Materialität (organischen Substanz) eines sich selbsterhaltenden Lebewesens stattfinden. Disease ist Dysfunktionalität, genauer: *krankheitswerte Dysfunktionalität, die an oder in gesundheitsrelevanten Funktionen eintritt*. Nur die und alle die Funktionen F interessieren also, deren funktionsspezifische Leistungslieferung $L(F)$ und deren Veränderbarkeitsspielraum (in Leistungstiefe und -breite) $V(L(F))$, wie folgt beschaffen sind: Es gibt in V bestimmte Bereiche so, dass wenn L innerhalb ihrer liegt, F zur Emergenz des Gesundseins (d.h. minimal: kontinuierliche Vitalität, und maximal: »Verwirklichung der einem Organismus wesenhaft zukommenden Leistungsmöglichkeiten« (Goldstein 2014, S. 334)) des Lebewesens kausal beiträgt; und bestimmte Bereiche so, dass wenn L innerhalb ihrer liegt, F bedrohliche Gesundheitsverluste verursacht.⁹ Zirkulär? Nicht, wenn man zu-

gibt, dass die *Gesundheitsverluste*, die dem Individuum (z.B. der Person) drohen, den *Krankheitswert* ausmachen, den man dem *Dys* der Funktion (etwa der Blutzuckerregulation) zuschreibt.¹⁰

Der springende Punkt ist: Wenn wir für ein Funktionssystem (=eine selbstbezogene Gesamtheit von irgendwie ko-aktiven Funktionen) irgendwelche höchsten, tiefsten, letzten oder sonstwie *dominant relevanten* Ziele der Leistungserbringung (Top-Funktionen F^*) festlegen, dann erlaubt funktionalistisches Denken uns, zwischen zuträglichen und abträglichen, antagonistischen und synergetischen Verhältnissen zu unterscheiden, und dies in beliebiger Komplexität. Solches Unterscheiden ergibt schon eine hinreichende Basis für den Gedanken von Dysfunktion(alität). Es reicht aber nicht hin, um sie auch als krankheitswerte zu qualifizieren. Dysfunktionen treten innerhalb des Funktionssystems auf, der Krankheitswert einer Dysfunktion aber befindet sich ebenso wenig »im Funktionssystem«, wie ein gefühlter Kopfschmerz sich »im Kopf« befindet. Der Krankheitswert einer Dysfunktion tritt nur in der Lebenspraxis auf; Lebenspraxis ist durch kulturell verallgemeinerte, zu Selbstverständlichkeiten gewordene Wertorientierungen kalibriertes Leben und Miteinanderleben. Kurz gesagt: Der allgemeine Funktionalismus der (Human-)Biologie wird erst dann der Kern der medizinischen Krankheitslehre, wenn wir ihn im Licht einer Axiologie interpretieren, und zwar von Grundübeln, deren allgemeine Evidenz in der menschentypischen Lebensform wurzelt.

Soziokulturelle Krankheitsurteile: Zwischen Defizienz, Misere und Kritik

Mithilfe der analytischen Unterscheidungen, die wir dem ärztlichen Krankheitsdenken entnommen haben, können wir nun gezielt nach

sachlichen Entsprechungen zwischen Urteilen über die Krankheiten von organischen Lebewesen und solchen über die von sozialen Gebilden fragen und eine Reihe von möglichen Positionen konstruieren, die die Biozentrik mehr und mehr aufheben, bis der Pathologiebegriff vollends soziozentrisch wird.

Die erste Position ist im Diskurs der Medizin selbst entstanden. Wenn Ärzte von »Sozialer Pathologie« sprechen, meinen sie – nach dem Vorbild von Alfred Grotjahn (1977 [1923]) – eine neue, erweiterte Betrachtungsweise von klinisch bereits bekannten Krankheiten (z. B. Tuberkulose, Lungenkrebs, Adipositas, AIDS, Schizophrenie) unter »sozialen Gesichtspunkten«¹¹ – vor allem eine auf soziale Gegebenheiten erweiterte Ätiologie. Die Reihe der im Standardmodell bereits als relevant geltenden pathogenen Faktoren (organismusinterne Vorgänge, von außen eindringende Krankheitserreger und Noxen) wird hier um sozio-kulturelle Faktoren erweitert (z. B. pathogene Arbeits- und Lebensbedingungen). Denn »[n]icht nur entstehen viele Krankheiten primär aus sozialen Ursachen, sondern ungleich mehr werden sekundär durch begleitende *soziale* Nebenumstände in ihrem Verlaufe entweder günstig oder ungünstig entscheidend beeinflusst. Am zweckmäßigsten hält sich deshalb die ursächliche Betrachtung an folgendes Schema. 1. Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die *Krankheitsanlage*« oder 2. »sind die Träger der *Krankheitsbedingungen*« oder 3. »vermitteln die *Krankheitserregung*« oder 4. »beeinflussen den *Krankheitsverlauf*«. Die Einwirkung der sozialen Verhältnisse ist wieder verschieden nach der Stabilität und Qualität der allgemeinen sozialen Lage. Letztere ist zu unterscheiden nach der Art der *Ernährung*, der *Wohnung*, der *Kleidung*, der *Arbeit*, des *Lebensgenusses*, der *Kinderaufzuchtbedingungen* und der *Volksbildung*« (ebd., S. 18).

Nennen wir diese im Rahmen einer sozio-kulturellen Krankheitslehre erste Modellstruktur M1.

Das Modell M1

Relativ zum medizinischen Standardmodell dezentriert sind in M1 nur der ätiologische Ort (=wo die »eigentlichen« Ursachen von Disease verortet werden) und der therapeutische Ort (=wo und wie *sickness* Behandlungsbedürftigkeit und Behandlung verortet werden). Symptomatischer Ort (=wo und wie das Kranksein, Illness, verortet wird), an Katalog und Ontologie der Krankheitseinheiten (nämlich alle klinisch-diagnostisch schon fixierten somatischen und psychischen Krankheiten von Menschen) hingegen ändert sich in M1 zunächst nichts.

In M1 tritt die Logik von SKs und die von ÄKs noch nicht wirklich auseinander. Ein Großteil heutiger Sozialpathologie-Semantik reduziert sich auf das Modell M1.¹² Das wird deutlich, sobald wir für jene »sozialen Verhältnisse«, die in M1 ätiologische Ortsrechte erhalten, weil sie als pathogen (krankmachend) begriffen werden, modernere sozialtheoretische Konstrukte zulassen wie z. B. Mentalitäten, Dispositive, Diskurse, Narrative, Habitus, Populationsdynamik, Exklusion und soziale Ungleichheit, kulturelle Deutungsmuster, gesamtgesellschaftliche Konfigurationen.

Ob die narzisstischen Gesichtszüge einer Epoche bzw. Kultur diagnostiziert werden (Lasch 1980), ob Depression als Patho-Signatur neoliberaler Subjektivierung gelesen (Ehrenberg 2004) oder Epidemiologie und Wirtschaftsgeschichte gegeneinander gelesen werden (McGuire & Coelho 2011), die Logik bleibt die von M1. Ein angereichertes Modell (M1+) resultiert, wenn man neue, überraschende Krankheitsdiagnosen plausibilisieren kann, die im etablierten Disease-Katalog der

Krankheiten von Menschen (noch) nicht vorkommen (z. B. Selbstentfremdung, Enhancement-Sucht, Internetabhängigkeit, autoritäre Persönlichkeit).¹³

Das Modell M2

Stärkere Dezentrierungsmöglichkeiten tun sich auf, wenn wir die Ontologie von Disease anreichern¹⁴ und Sozialgebilde *als solche* zur Referenz von Krankheitsurteilen machen: Modell M2. Hierzu müssen störbare »Funktionen« angegeben werden, die in Prozessen und Strukturen realisiert sind, die in der kulturellen Realität eines Sozialgebildes S stattfinden (das sich seinerseits in sozialen Praktiken von Menschen bildet und reproduziert – wo auch sonst?). M2 dehnt die Referenz von Disease auf krankheitswerte Dysfunktionen aus, die an oder in gesundheitsrelevanten Funktionen von S eintreten. Hierzu müssen für S passende Äquivalente von Gesundheit und von solchen Einbußen, die wir als krankheitswert bewerten wollen, angegeben werden können. Dies wird mehr oder weniger gut gelingen – je nachdem, auf was für eine Art S wir uns beziehen, gewiss leichter bei formalen Organisationen¹⁵ und anderen rollenintensiven Sozialgebilden als bei informellen Institutionen und Netzwerken, und wohl am leichtesten bei zweckgemeinschaftlich oder affektiv (oder durch beides) integrierten Kleingruppen und Interaktionssystemen, z. B. Erbgemeinschaften, Ehepaaren und Familien. Die Vorstellung, man könne theoretisch Ernst machen mit der zunächst metaphorischen Rede von »mehr oder weniger gesunden« Sozialgebilden, verliert an Befremdlichkeit, sobald man sich klar macht, dass wir bereits über ein reichhaltiges und sachhaltiges Bewertungsvokabular des Florierens, der Leistungsfähigkeit, Gelungenheit, Vortrefflichkeit etc. vieler Arten von Sozialgebilden verfügen. Außerdem können wir über die eng auf S selbst abgestellte Betrachtung noch

hinausgehen und probabilistische Auswirkungen von S auf die Lebensqualität vieler von S affizierter Menschen im Licht von Indikatoren aus der sozialwissenschaftlichen Lebensqualitätsforschung betrachten (Michalos 2003, Gullone & Cummins 2002).

Für die besondere Weise, wie Dysfunktionalität spezifisch in Sozialgebilden auftritt, bietet sich der Begriff der Defizienz an: Kranke Sozialgebilde (so wollen wir sagen) sind *krankhaft defiziente* Sozialgebilde. Dysfunktion tritt als Defizienz in S in Erscheinung. Sozialgebilde können auch quasi todkrank sein – Auflösung von S wäre dann ein Äquivalent für den Exitus. Da man von Krankheit ohnehin nur bei massiven, jedenfalls nicht trivialen Störungen sprechen sollte, können wir das folgende Kriterium für einen klaren Fall massiver Defizienz definieren: Sozialgebilde sind als Gebilde der zweiten Natur normalerweise offen für innovative oder reparative Um- und Neukonstruktion durch die Menschen, die sie praktisch reproduzieren, wenn diese S »nicht mehr in Ordnung« finden. Wenn S nun so gestört ist, dass mit den in S selbst verfügbaren sozialkonstruktiven Mitteln keine Abhilfe mehr geschaffen werden könnte, würden wir von einem klaren Fall massiver Defizienz sprechen. Und wenn S so gestört ist, dass auch eine Reform mit anderen als den in S selbst verfügbaren Mitteln nicht mehr machbar wäre, würden wir von einem hoffnungslosen Fall sprechen, bei Auflösung von S auch vom soziokulturellen Tod.

Wie aber modellieren wir zudem die Krankheitswertigkeit, das Leiden? Sozialgebilde leiden gewiss nicht wie Menschen und Tiere, aber warum sollte es unmöglich sein, mithilfe passender, auf die Eigenart der jeweiligen Gebilde S abgestimmten Axiologien auch *leidvolle Beinträchtigungen* von S zu beurteilen, die aus S's Defizienzen entspringen? Unser Vorschlag: Kranke Menschen können wir durch Disease (ihre krankhafte Dysfunktion) und Illness (ihr

krankheitswertiges und -bedingtes Leiden) charakterisieren, kranke Sozialgebilde durch ihre dysfunktionalen Defizienzen und hiervon bedingten Misere. Von »Misere« zu sprechen erscheint uns treffender als z. B. von »Stress« oder »Traumatisierung«. Wenn ein Sozialgebilde S1 dysfunktional defizient ist und infolgedessen andere Sozialgebilde S' »unter Stress« (Distress im Unterschied zu Eustress) setzt oder »traumatisiert« (sodass unter Umständen auch diese anderen dysfunktional defizient werden und in miserable Zustände geraten), so gehört das zu der von S1's dysfunktionaler Defizienz bedingten Misere und ihren Auswirkungen.¹⁶ In SKs über kranke Sozialgebilde übernimmt *Misere* die begriffliche Rolle der *leidvollen Beeinträchtigung* in ÄKs über kranke Menschen.

Sozio-Pathologie ist natürlich nicht für alles »Elend der Welt« (Bourdieu 1997) zuständig, sowenig wie Medizin für Menschenleid schlechthin. Nur Leiden, das durch Disease (teil)erklärt werden kann, darf klinisch zählen; nur diejenigen miserablen Zustände von Sozialgebilden, die durch dysfunktionale Defizienz (teil)erklärt werden können, zählen sozialpathologisch.

In M2 tritt die Logik von SKs und die von ÄKs wirklich auseinander, denn Sozialgebilde und Lebewesen können nun krank oder gesund sein. Wenn wir zudem annehmen, dass sie dies auch unabhängig voneinander sein können, eröffnet M2 vier Kombinationsmöglichkeiten: Klar ist, dass es gesunde, florierende Sozialgebilde mit gesundem Personal gibt, und kranke mit krankem. Interessanter ist die Frage, ob es auch kranke Sozialgebilde mit gesundem Personal gibt oder geben kann, und gesunde, die florieren, nicht obwohl, sondern weil sie mit krankem Personal operieren.

Hiervon zu unterscheiden ist die Frage, wie eng eine krankheitswertige Misere von S an die krankhaft dysfunktionale Defizienz in S gekoppelt sein muss, um als von ihr verursacht und daher als ihr Indiz (Symptom)

gelten zu dürfen. Oben haben wir bei der Diskussion der ärztlichen Krankheitslehre für ein Junktum von Krankheits- und Leidensurteilen plädiert. Sollte auch mit Blick auf die Krankheiten von Sozialgebilden ein Junktum besser begründbar sein als seine Auflösung, dann sollten wir jedenfalls nur solche SKs ernst nehmen, die beides leisten: (mindestens) eine bestimmte Defizienz in S und (mindestens) eine mit dieser zusammenhängende Misere zu bestimmen. Beispielsweise könnte durch weitgehende Korruption die politische Funktionalität einer Staatsverwaltung so gestört bzw. letztere dadurch so defizient werden, dass Misere wie der drohende Staatsbankrott, massenhafter Systemvertrauensschwund, schwindende Steuerdisziplin daraus resultieren. Angenommen, es resultieren auch Hungersnot und Seuchen. Wir können in den Umfang der Misere von S alles einrechnen, dessen Auftritt wir plausibel und besser aus dysfunktionalen Defizienzen in S erklären können als aus anderen Ursachen.

M2 lässt sich weiter anreichern (M2+), wenn wir in die sozio-pathologische Theorie jene Bedingung importieren, die wir oben als Besonderheit des psychologischen im Unterschied zum somatischen Krankheitsdenken kennengelernt haben: Denkbar, dass die Krankheit (defiziente Dysfunktion) von S gar nicht als Misere von S selbst in die Erscheinung tritt, sondern als Pathogenität von S für andere Sozialgebilde S', die erst durch S defizitär dysfunktional (»krank«) werden und in miserable Zustände geraten. (Diesem Fall werden wir in Habermas' Analyse begegnen.)

M1 und M2 sind also auch kombinierbar: Wenn zum Umfang der Misere eines gemäß M2 kranken Sozialgebildes S nicht nur andere, in Mitleidenschaft gezogene Sozialgebilde S' gehören, sondern auch Gegebenheiten, die gemäß M1 als pathogene zählen, die also direkt oder probabilistisch die Wahrscheinlichkeit des Erkrankens für bestimmte Gruppen von Menschen signifikant erhöhen, dann haben wir den Fall, dass kranke Sozialgebilde mit-

tel- oder unmittelbar Menschen klinisch krank machen.

Begriffsregister, die zur Bestimmung von Mischen von Sozialgebilden taugen, finden wir u. a. in der Literatur über »soziale Probleme«. Vor dem Systemfunktionalismus war »Social Pathology« jahrzentlang die akademische Mode der amerikanischen Soziologie. Unbedarft wurde Sozialpathologie mit Desorganisation und fehlender sozialer Anpassung gleichgesetzt und in all den Mischen lokalisiert, die als dringliche »social problems« imponierten, bevorzugt aber doch nur die Alpträume der Mittelschicht ausdrückten: Broken homes und hohe Scheidungsrate, teenage pregnancy, Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Sucht, Selbstmord, Jugendkriminalität, »abweichendes« Sexualverhalten (Rip 1966). Neuere soziologische Krisentheoretiker reflektieren kritischer, definieren soziale Probleme vorsichtiger als »Tatbestände, Bedingungen oder Praxen, die Leiden und Störungen verursachen oder als solches aufgefasst werden« (Groenemeyer 1999, S. 14)¹⁷ und erwarten kulturinvariante Einigkeit nur über allerschlimmste Mischen: totalitäre Institutionen, terroristische Gewalt, Genozid und andere Formen von Massengewalt, Atomkrieg, endemische Kriminalität, dauerhafte Diskriminierung, lähmende Bürokratisierung, massenhafte Entfremdung (Rosenberg et al. 1971).

Drei Caveats

(1) Der unmittelbare Eindruck übergroßer Heterogenität der »Sozialgebilde« muss jeden Versuch einer auf sie bezogenen Krankheitslehre entmutigen.¹⁸

(2) Im Vergleich mit der von Organismen erscheint die funktionale Integration und Prozess-Synchronisation in Sozialgebilden um vieles dünner und schwächer. Kann funktionalistisches Denken dann überhaupt noch sachhaltig sein?

(3) Lässt sich trotz Pluralisierung und Fragmentierung aller in Form von Werten und Normen standardisierten Allgemeinverbindlichkeit, die zur Modernität moderner Gesellschaft gehören, überhaupt noch mit der Differenz des Normalen und Pathologischen operieren, ohne bloß die jeweiligen Kritikpräferenzen der Krisentheoretiker zu bebildern? Wer kontrolliert und verwaltet den Disease-Katalog für SKs?

Den ersten beiden Bedenken ist entgegenzuhalten, dass es vom Erkenntnisfortschritt unserer Sozialtheorien abhängt, wie weit Heterogenität analytisch abgebaut und Komplexität reduziert werden kann, und wie erschließungsstark die funktionalistische Denkform (im Verbund mit anderen, etwa der evolutionären und der normativen) gemacht werden kann. Das dritte wiegt schwerer. Ohnehin hängt offenbar der kognitive Gehalt von Gesellschaftstheorien, die nach Ende des Zweiten Weltkriegs entstanden sind, stärker, als man ohnehin erwarten würde, ab von weiten, bloß *narrativ* kodierten (statt engen, innerhalb stringenter Forschungsprogramme kodierten) Wertvorstellungen darüber, was an der Gesellschaft sie zu einer wünschenswerten oder aber abzulehnenden macht (Alexander 1994). Was disziplingebundene Experten als »soziales Problem« und wie sie dessen Veränderungsbedürftigkeit wahrnehmen, muss sich mit der Wahrnehmung von Veränderungsbedürftigkeit, die Nichtexperten (Betroffene oder nicht) haben, nicht decken. Wie Pharmafirmen daran interessiert sind, Behandlungsbedarf in Bezug auf spezifische Diagnosen (ADHS) auszuweiten (»Erwachsenen-ADHS«), und wie die Ärzteschaft Modekrankheiten erfinden kann, so könnten auch Gesellschaftskritiker durch die Konstruktion von Modediagnosen Kritikbedarf sichern, an den sich womöglich auch noch Politik auf der Suche nach Handlungsbedarf anhängt. Und wie würden wir antworten? Ähnlich wie oben bei der Diskussion von Illness

und Sickness: Die Autorität, ein Problem als »soziales Problem« und des Näheren dann die Problematizität dieses »sozialen Problems« bestimmen zu dürfen, sollten Experten sich in geeigneten Formen von politisch-ethischen Diskursen mit den (angeblich) Problembetroffenen teilen müssen; als Wissenschaftler allein zuständig sind sie bloß für die Umschrift in den Rahmen von SKs, wo dann Problematizität (soweit die Theorie trägt) als Misere krankhaft defizienter Sozialgebilde erklärt wird. Denn bekanntlich ist dort, wo Experten die Probleme an sich und für die Betroffenen definieren, mit dem Missbrauch diskursiver Macht und mit opportunistischen Problemumdefinitionen zu rechnen. Probleme tragen ihre Problemprägnanz ja nicht auf der Stirn, und es ist oft gar nicht einfach zu vergewissern, wer womit welche Art von Problem hat (Kettner 2014).

Dem Willkürverdacht und anderen Äußerungen von Abwehr, womit sozial-pathologische, mit SKs operierende Sozialkritik realistischere rechnen muss, ließe sich mit der regulativen Idee begegnen, dass die miserablen Zustände, an denen sie empirisch ansetzt, so massiv und belangvoll sein müssen, dass jeder, der diese ignorieren wollte, dafür gute Gründe nennen müsste, um nicht als irrational zu gelten. Es wäre z. B. heute sichtlich irrational (»wider unser besseres Wissen«), ignorieren zu wollen, dass mit digitalen Kommunikationsverhältnissen auch staatliche Spionage und organisierte Cyber-Kriminalität mitwachsen; oder dass gerade in kulturell liberalen Gesellschaften nennenswerte Bevölkerungsanteile für militanten, religiös oder anders ideologisch verbrämten Fanatismus anfällig sind. Hingegen ist es derzeit keineswegs rational zwingend, sich von Jeremiaden über »Digitale Demenz« (Spitzer 2012) beeindrucken zu lassen.

Hier eröffnet M2 eine weitere Denkmöglichkeit: Es könnte Krankheiten sozialer Ge-

bilde geben, zu deren Misere die Besonderheit gehört, die Öffentlichkeit, wo sie überhaupt Probleme wahrnehmen kann, für eben diese Misere systematisch zu desensibilisieren. In diesem Fall erhöhen sich die Begründungslasten für SKs beträchtlich, denn der Sozial-Pathologe muss nun auch noch erklären, wie eine Misere bestehen, aber kein öffentliches Bewusstsein von ihr entstehen kann.

3 Sigmund Freud und Erich Fromm als Sozio-Pathologen

Individualpsychologie war für Freud (1921, S. 73) »von Anfang an auch gleichzeitig Sozialpsychologie«, die das pathogene Potenzial in der kulturellen Formierung menschlicher Triebe ergründet. Im Folgenden rekonstruieren wir Freuds Anläufe zu einer sozio-kulturellen Krankheitslehre.

Freud 1908: Die bürgerliche konventionelle Sexualmoral als Teilätiologie der »modernen Nervosität«

Für den Tiefenpsychologen Freud ist das Seelenleben des Einzelnen eine bewegliche Kampfzone von Triebbedürfnissen, die zur Befriedigung drängen (»Lustprinzip«), und realitätsgerechten Einschränkungen und Aufschiebungen ihrer Erfüllung (»Realitätsprinzip«). Neurotische Symptome sind dysfunktionale, mit konfliktbedingtem Leiden des Einzelnen verbundene Antworten auf die Herausforderungen, die sich auf diesem Kampfplatz beständig stellen. Freud (1908) schreibt der seinerzeit herrschenden Sexualmoral individualpathogene Auswirkungen zu. Sie fixiert kulturell einen bestimmten Pfad psycho-sexueller Identitätsbildung, der vom kindlichen Auto-

erotismus über dessen erzieherische Abwendung zur »Objektliebe« hinführt und dabei die Vielfalt »erogener Zonen« unter »das Primat der in den Dienst der Fortpflanzung gestellten Genitalien« zwingt (ebd., S. 151), und sie schließt dieses Primat seinerseits in die kulturelle Form der heterosexuellen monogamen Ehe ein. So sollten überwiegend kulturell angepasste Personen entstehen, aber die Integration der Kultur wird brüchig in dem Maße, wie die Durchsetzung dieses Sexual-Ethos paradoxerweise den Zielen wesentlicher Kulturfunktionen entgegenläuft. Indem Freud die »moderne Nervosität« als den Beitrag eines Sexual-Ethos zur Misere tiefen Unbehagens an Kultur diagnostiziert, geht er konsequent über den Geltungsanspruch bloß ärztlicher Krankheitsurteile hinaus: Er beschreibt nicht nur die Leiden von neurotisch kranken Einzelnen, die sich aus der Einleibung eines überfordernd repressiven Sexual-Ethos erklären, sondern auch dessen massives *kulturbedrohendes* Potenzial. Wie ist das zu verstehen?

Freud investiert in seine triebdualistische Kulturtheorie ein *funktionales* Verständnis von Kultur. Wozu überhaupt Kultur? Freud (1930) schreibt dem Kulturprozess die sozialanthropologische Generalfunktion zu, Überleben zu sichern (durch die friedliche Nutzung menschlicher Aggressionsenergie) und Zusammenleben immer zuträglicher zu machen (vor allem durch zivilisatorischen Fortschritt unter Nutzung libidinöser Energie). Kultur dient dem Schutz des Menschen gegen die Natur und der gedeihlichen normativen Regelung zwischenmenschlicher Beziehungen in jeder sozialen Größenordnung und Beschaffenheit (ebd., S. 449). Während die Kultivierung von Technik und Wissenschaft ein – freilich niemals hinreichendes – Verfügungswissen produziert, das unsere Möglichkeiten erweitert, die Natur dort zu beherrschen, wo sie unserem Glücksverlangen von sich her nicht genug entgegenkommt, legt die kulturelle Gestaltung sozialer Beziehungen den Grund

zu allem Weiteren. Zur Funktionsfähigkeit der Kultur müssen der tierischen Herkunftsnatur des Menschen Einschränkungen kollektiv auferlegt werden. Die »Ersetzung der Macht des Einzelnen durch die der Gemeinschaft ist der entscheidende kulturelle Schritt« (ebd., S. 455). Kulturentwicklung ist Fortschritt in der Zähmung von Aggression und der Dienstbarmachung von »Libido« (=sexualitätsnaher Motivation) zur Schaffung von Fortpflanzungsgemeinschaften (Familien) und vielen weiteren Mustern sozialer Bindungen für immer inklusivere Sozialgebilde. Soweit Freud (Kettner 2005).

Einwände von Unterkomplexität und Geschichtsvergessenheit einmal beiseitegelassen (Honneth 2014, S. 32f.), bleibt Freuds Einsicht, dass eine durch zielstörende kulturelle Deutungsmuster beeinträchtigte Funktionstüchtigkeit eines Sozialgebildes sich in Störungen der Liebes- und Arbeitsfähigkeit ihrer Mitglieder äußern kann, die – im Licht des damals verfügbaren Disease-Katalogs – als »Neurosen« und »Perversionen« der Einzelnen klinisch auffällig werden.¹⁹ Derart Gestörte können »die Mitarbeiterschaft an den Kulturwerken nur mit großem Kräfteaufwand, unter innerer Verarmung, aufrecht erhalten« (Freud 1908, S. 154). Ihre klinisch auffällige »Nervosität« ist Ausdruck von kulturell zwar allen auferlegten, aber nicht von allen gleichermaßen gut lebbaaren Formen von Triebverzicht.

Wenn Freud recht hat, dass »das sexuelle Verhalten eines Menschen [oft] vorbildlich für seine ganze sonstige Reaktionsweise in der Welt [ist]« (ebd., S. 161), dann geht die psycho-sexuelle Integration der Person offenbar wesentlich in die Erklärung sowohl von Individualpathologie als auch Kulturpathologie ein. Wie? Genese und Dynamik *beider* Kategorien von Krankheit erklärt Freud nicht allein aus *Triebunterdrückung* (Repression), sondern auch aus kulturell positiv besetzter *Triebablenkung* (Sublimation). Sublimation erfüllt jedoch nur solange ihre kulturför-

dernde Funktion, wie sie zumindest noch eine gewisse Triebbefriedigung und womöglich auch noch andere Gratifikationen erlaubt, sodass hinreichend viele hinreichend angepasste Einzelne den für die kulturelle Anpassung erforderlichen Triebaufwand verschmerzen können, den alle – hier kommt die normative Macht kultureller Deutungsmuster ins Spiel – verschmerzen *sollen* bzw., unter den entsprechend normierten Lebensverhältnissen, auch wirklich verschmerzen *müssen*. Einigen gelingt dies nicht, sie erkranken. Was deren Individualneurose zugleich zu einer sozio-kulturellen Krankheit macht, ist die Tatsache, dass Menschen an ihr erkranken gerade, weil sie danach streben (müssen), den dominanten kulturellen Normierungen genügen zu wollen und hieran scheitern.

Soweit Freuds Auffassung 1908. Sie lässt sich in das Modell M1+ eintragen: Für (viele) nervös Leidende gilt: Gewisse seelische Störungen ϕ des Einzelnen sind ein Ausdruck von mangelhafter (und subjektiv überwiegend oft auch als leidvoll erlebter) Passung zwischen der aktuellen leiblich-seelischen Konstitution der betroffenen Personen und allgemeinen, in einem Sozialgebilde S (hier: die bürgerliche Gesellschaft Österreichs um 1900) herrschenden normativen Deutungsmustern N sowie moralisch sanktionierten Vorstellungen über die adäquate Erfüllung von N; wobei die Erfüllung von N zugleich zu basalen, für die Permanenz von S nötigen Funktionsleistungen beiträgt.

Die bürgerliche Sexualmoral N, ein wie Freud 1908 meint ideologisch machtvolleres Deutungsmuster, beeinträchtigt die *kultur-generative* und die *intergenerationelle* Funktion und damit gleich zwei der für den Kulturprozess der Gesellschaft insgesamt vitalen Funktionen: (1) Die Reproduktion und Regenerierung der Kultursphäre beeinträchtigt N dadurch, dass N bei vielen Gesellschaftsmitgliedern die Fähigkeit und Bereitschaft zur Kulturarbeit erheblich vermindert

(Trends zu Unzivilisiertheit, Devianz, kultureller Sterilität). Und (2) die kulturell fixierte, sozial erwünschte Form monogam-ehelicher sexueller Reproduktion beeinträchtigt N dadurch, dass sehr viele Paare aufgrund von N als Sexualgemeinschaften (Impotenz, Frigidität und neuartige psychoneurotische Diagnosen) und als Fortpflanzungsgemeinschaften versagen (ungewollte »funktionelle« Kinderlosigkeit). Dabei können die Leistungsbereiche beider Funktionen so weit absacken, dass wir eingedenk der hierdurch in den Institutionen der Kultursphäre und Familie eintretenden miserablen Zustände, zu der wir neben den genannten Trend-Phänomenen auch die alten und neuen klinischen Krankheitsbilder zählen, durchaus von Krankheitswertigkeit sprechen können. N macht nicht nur Personen krank, sondern auch Sozialgebilde: Innerhalb des Sozialgebildes S der aktuellen Gesellschaft erschwert N die Erfüllung einiger, für die kulturelle Reproduktion von S unverzichtbarer Funktionsziele von anderen Sozialgebilden S' in S (vor allem: Funktionsziele der Institution Ehe). N gehört zur Normalität von S, befällt aber, gleich einem Pathogen, ein oder mehrere Sub-S-Sozialgebilde.

Freud 1921: Massenpsychologie und Massenpsychopathologie

Freuds Ausführungen zu Massenpsychologie und Ich-Analyse (1921) weisen über das sozialpathologische Modell M1 hinaus. Massenpsychologie erforscht kollektives in seinem Unterschied zu höchst persönlichem Seelenleben. Sie ergründet, wie sich das Seelenleben von Einzelnen spezifisch dann gestaltet, wenn es in die kulturellen Prozesse sozialer Gebilde, die wir Massen nennen, eingebettet ist.

Begriffsbildungen wie »Massenpsychose«, »Massenhysterie«, »Massenneurose«, »Mas-

senwahn« sind zwar populär²⁰, für Freud selbst jedoch erstaunlich randständig. Zu sozialpathologisch gehaltvollen Begriffen werden sie erst, wenn wir mit ihnen eine seelische Störung ϕ auf konstitutive Eigenschaften eines zur »Masse« vergemeinschaftenden Kollektivs beziehen können. Dafür, dass »sich [...] etwas wie eine Masse im psychologischen Sinne bildet«, hält auch Freud, hier Le Bon folgend, für konstitutiv, dass alle »Einzelnen etwas miteinander gemein haben, ein gemeinsames Interesse an einem Objekt, eine gleichartige Gefühlsrichtung in einer gewissen Situation und [...] (infolgedessen) ein gewisses Maß von Fähigkeit, sich untereinander zu beeinflussen« (Freud 1921, S. 90).²¹

Freud errichtet mit diesem einfachen Gedanken eine genuin sozialpathologische Ebene der Betrachtung: Das, was an Massen unter Umständen als krankhaft beeindruckt, erweist sich als eine durch die spezifische Psychodynamik von Massen (die mithilfe von sozialpsychologischer Theorie gut erkennbar ist) *transformierte* seelische Störung ϕ , die sich im Sozialgebilde Masse aber anders manifestiert als sie es an einzelnen, an ϕ leidenden Personen würde, und auch anders als in anderen, nicht spezifisch massenförmig vergemeinschaftenden Sozialgebilden S'.

Solche Massenphänomene wie kollektiver Hass (z. B. in einer Bevölkerung generalisierte Fremdenfeindlichkeit), kollektive Verachtungsaggression oder kollektive Paranoia sind im Licht von Freuds Kulturtheorie als *kulturelle Pathologien* zu verstehen. Sie ersparen vielen Menschen zwar die individuelle Neurose, da die Betroffenen, mit gefühlter Macht und Sicherheit ausgestattet, in der Masse bevorzugt solche Antriebe ausleben können, die sie als kulturell angepasste Individuen scharf zu zügeln hätten (Freud 1930, S. 443f.). Was also andernfalls individualpsychopathologisch klassifizierbar würde, formiert sich innerhalb solcher Sozialgebilde, die wir Massen nennen,

zu kulturell normalisierten Äquivalenten von Neurosen oder auch Wahnbildungen um und wird als kollektive Praxis, die durch ihre schiefe Normalität einen Schein von Legitimität erzeugt, jenseits des Abnormen gesetzt. So werden die Disease- und Illness-Komponenten von ϕ für die Beteiligten quasi unsichtbar.²² Der Invisibilisierung verfallen auch gewisse nachteilige Auswirkungen massenförmiger Einbindung, die andernfalls als krankheitswertig gelten dürften, etwa (wie Freud meint) ein »Schwund der bewussten Einzelpersönlichkeit« (Freud 1921, S. 136). Eine »Aufhebung der jedem Einzelnen eigentümlichen Triebhemmungen« (ebd., S. 95), »Denkhemmung« und »Verzicht auf die ihm besonderen Ausgestaltungen seiner Neigungen« (ebd.) sind – neben einer durch affektive Induktion im Verbund mit der Suggestibilität der Masse auftretenden Potenzierung aller möglichen Affekte – eben nicht nur die Garanten einer, zumindest für »primäre« Massen charakteristischen Impulsivität, Wandelbarkeit und Reizbarkeit (ebd., S. 82), sondern verweisen auf Individualebene auf das pathogene Potenzial der massenförmigen Einbindung, gewissermaßen auf eine pathologische Situierung der Einzelnen in der Masse. Im Unterschied zu Massen mit hohem Organisationsgrad und Zweckbindung (vgl. ebd., S. 94f.), z. B. Armen und kirchliche Religionsgemeinschaften, ist für »primäre« Massen eine diffus libidinöse Vernetzung charakteristisch: dass ihre Mitglieder »ein und das selbe Objekt an die Stelle ihres Ich-Ideals gesetzt und sich infolgedessen in ihrem Ich miteinander identifiziert haben« (ebd., S. 128).²³

Auch dort, wo Nachteile der Massenbildung aufgefangen und in gewissen Fällen sogar eine übernormale »Versittlichung des Einzelnen« (ebd., S. 84) festgestellt werden können, bildet doch die Situierung des Einzelnen in der Masse als »Herdentier« (ebd., S. 131) ein Saatbett für krankheitswertige Zustände

(etwa Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten, Abspaltung solcher Persönlichkeitsanteile, die nicht zu denen passen, die innerhalb der diffus libidinösen Vernetzung funktional sind, Traumata durch kollektive Repression, Exklusionsangst als Kehrseite massenförmiger Inklusion). Die Phänomene in dieser Reihe können wir in individualpathologischer Betrachtung für Krankheitsdiagnosen und ÄKs über Personen verwerten, andererseits können wir sie einordnen in die sozialpathologische Betrachtung gemäß M1+, wenn wir so etwas wie »invisibilisierte Beeinträchtigung individueller Autonomie« als neue Diagnose stark machen (was Freud selbst jedoch nur ansatzweise tut).

Auf der funktionalistischen Beschreibungsebene von Disease bleiben Freuds Ausführungen freilich dürftig. Zwar könnte Freuds Theorie allgemeiner Persönlichkeitsstrukturen (Es, Ich, Über-Ich) eine Brücke bilden, aber nur für Sozialgebilde, die so beschaffen sind, dass sie starke Analogien zwischen ihren internen Strukturen und den allgemeinen Strukturen der Persönlichkeit realistisch untermauern. Nur dann dürften wir Urteile über dysfunktionale Verhältnisse in Persönlichkeitsstrukturen analogisch ausdehnen auf entsprechende Verhältnisse in den betreffenden Sozialgebilden. Die Suche nach robusten Entsprechungen ist aber bis heute ein Desiderat der Sozialtheorie geblieben. Bemerkenswert sind zum einen aktuelle Versuche, mit Theorien individueller und kollektiver Intentionalität solche Brücken zu bauen, zum anderen Versuche, dies mit Mitteln des Enaktivismus zu bewerkstelligen. Die Transformationen seelischer Störungen in und durch die Sozialgebilde, in denen Menschen sie ausleben, erscheinen dann als spezifische Praktiken der *Einleibung*, die bestimmte Eigenschaften von Sozialgebilden als kollektiven Akteuren – natürlich auch deren Defizite und Deformationen – in den personalen Akteuren und ihren Verhaltensweisen verankert.²⁴ Diese Sicht öff-

net den Blick auch auf Fälle, auf die Freud nicht eingeht: dass gewisse Sozialgebilde (z. B. formale Organisationen) an sich krankheitswertig defizient dysfunktional sind, für ihr Personal aber gleichwohl nicht pathogen werden; dass gewisse Sozialgebilde durch krankes Personal allererst krankheitswertig defizient werden; und umgekehrt, dass gewisse Sozialgebilde erst kraft des kranken Personals, das sie anziehen, gut funktionieren und florieren. Freuds sozialpathologisches Denken reichert Modell M1 an, verbleibt aber in dessen Rahmen.

Erich Fromm: Die Pathologie der Normalität

Versicherungen von Modernitätssoziologen zum Trotz, die gegenwärtige Gesellschaft sei zu komplex geworden, um über sie in toto noch etwas auszumachen (Nassehi 2015), lassen Sozialphilosophen (Nussbaum 1993, 2011; Honneth 2013; Jaeggi 2013) auf der Linie kritischer Theorie von diagnostischen Versuchen nicht ab, die auf das Ganze einer Lebensform abzielen. Einen heute nahezu vergessenen, durch seine Aporien aber interessant gebliebenen psychoanalytisch-sozialpsychologischen Versuch hat in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts Erich Fromm unternommen. Hatte Freud ein allgemeines hintergründiges »Unbehagen an der Kultur« festgestellt, so interessiert sich Fromm vielmehr für die Abwehr- und Bewältigungsmechanismen, mit denen es den marktwirtschaftlichen Demokratien des Westens, die offenbar so viel weniger politisch verordneten Konformitätsdruck für ihr Funktionieren benötigen als die autoritären Staaten des damaligen real existierenden Sozialismus, immer neu gelingt, eine Normalität herzustellen, die genug Wohlbehagen an den Lebensformen kapitalistischer Kulturen schafft, um die Bürger im Großen und Ganzen ohne starke Tabus und schmerzlichen Triebverzicht bei der Stange zu halten. Überzeugt, dass »die kapitalistische Me-

thode der Verteilung durch den Marktmechanismus besser als jede andere Methode, die bis jetzt in einer Klassengesellschaft praktiziert wurde«, ist, »da sie die Grundlage für eine relative politische Freiheit des einzelnen bildet, welche die kapitalistische Demokratie kennzeichnet« (Fromm 1981, S. 90), sucht Fromm gleichwohl die Gestehungskosten dieser Normalität zu beziffern, und zwar in Begriffen krankheitswertiger Phänomene, die die *moralische* Kapitalismuskritik an innerer (Arbeiter) und äußerer (Kolonialismus, Natur) Ausbeutung zwar am Rande mitführen (ebd., S. 94ff.), sich aber deutlich von ihr unterscheiden. Fromm interessiert, wie sich die kapitalistische Produktion und Konsumption mit ihren wünschenswerten Auswirkungen – vor allem geschichtlich beispielloser Verbreitung und Erhöhung materiellen Wohlstands (ebd., S. 109) – auf die Persönlichkeit auswirkt (ebd., S. 120). Angenommen, dass jede Kultur die Persönlichkeit, die sich nur in ihr bilden kann, durchdringend formt; und angenommen, dass die Kultur des Kapitalismus als solche über die ganze Breite ihrer Praktiken hinweg Verhältnisse schafft, die, wie Fromm es nennt, durch »Entfremdung«²⁵ bestimmt sind (vgl. bes. Fromm 2006, S. 59–105), dann lässt sich Fromms Erkenntnisinteresse als Sozio-Pathologe auf die Frage zuspitzen, ob und wie sich die für die Kapitalismuskultur charakteristische Entfremdung pathogen auf die seelische Gesundheit durchschnittlicher Repräsentanten dieser Kultur auswirkt (Fromm 1981, S. 184).

Es könnte nach dieser Analyse so scheinen, als hätten wir mit der Kapitalismuskultur den Fall eines (sehr komplexen) Sozialgebildes, das zumindest an sich selbst nicht krank (Disease) ist, sondern vielmehr floriert, auch wenn zu diesem Florieren krankhafte Folgen für Menschen gehören. Menschen erkranken ja auch an der florierenden Convenience Food Industrie, doch würden wir dieselbe weder für an sich krank noch für eine Krankheit halten (sondern vielleicht für ein gutes Geschäftsmodell oder für eines der vielen abstrusen Experimente

im dynamischen Kapitalismus). Auch dass die von der Kapitalismuskultur erzeugten Defekte Fromm zufolge massenhaft und systematisch sein sollen, zwingt sozio-pathologisches Denken noch nicht über M1 hinauszugehen. Als an sich krank im stärkeren Sinne von M2 erscheint die Kapitalismuskultur nur unter den Prämissen von (marxistischen) Krisentheorien, die ihr innere Widersprüche bescheinigen, die ihre Misere und letztlich Demise besiegeln, weil sie innerhalb dieser Kultur selbst nicht mehr behoben werden können. Gelegentlich blitzt diese Sicht auch bei Fromm auf, wird aber nicht systematisch entwickelt. Allerdings verweist Fromm verschiedentlich auf die strukturelle Unfähigkeit dieser Kultur, die Risiken für ihre eigene Kontinuität, die sie ständig und steigend erzeugt, intern angemessen zu berücksichtigen – an Personen würden wir das irrational nennen. Die Kapitalismuskultur an sich ist nicht so gesund, wie sie uns im Licht ihres Florierens erscheint. Wir können an dieser Stelle aber nicht mehr diskutieren, ob solche kultursyntone Irrationalität vielleicht doch am besten als eine Krankheit dieser Kultur begriffen wird. – Was durchschnittliche Repräsentanten zu solchen macht, ist der Sozial-Charakter, den sie teilen. Als »Sozial-Charakter« bestimmt Fromm »den Kern der Charakterstruktur, den die meisten Mitglieder ein und derselben Kultur miteinander gemeinsam haben, im Unterschied zum individuellen Charakter, in welchem sich Menschen ein und derselben Kultur voneinander unterscheiden« (ebd., S. 81). Dieser Habitus-Mentalitäts-Charakter-Komplex ist auf die Funktion abgestimmt,

»die Energien der einzelnen Mitglieder der Gesellschaft so zu formen, dass ihr Verhalten nicht von der bewussten Entscheidung abhängt, ob sie sich nach dem gesellschaftlichen Modell richten wollen oder nicht, sondern dass sie so handeln wollen, wie sie han-

deln müssen und dass es ihnen gleichzeitig eine gewisse Befriedigung gewährt, wenn sie sich den Erfordernissen ihrer Kultur entsprechend verhalten.«

Seine Funktion ist, »die menschliche Energie in einer bestimmten Gesellschaft so zu formen und zu kanalisieren, daß diese Gesellschaft auch weiterhin funktioniert« (ebd., S. 82). Nota bene: Diese Funktion wird unter Umständen dysfunktional: »Solange die objektiven Bedingungen von Gesellschaft und Kultur stabil bleiben, hat auch der Gesellschafts-Charakter in erster Linie eine stabilisierende Funktion. Ändern sich die äußeren Bedingungen in einer Weise, dass sie nicht mehr zum herkömmlichen Gesellschafts-Charakter passen, dann kommt es gleichsam zu einer Verschiebung«, er »wird dann zu einem Element der Desintegration und nicht mehr der Stabilisierung« (ebd., S. 84).

Fromm meint belegen zu können, dass die für die Kapitalismuskultur charakteristische Entfremdung auch deren Sozial-Charakter prägt und auf diesem Wege für die seelische Gesundheit durchschnittlicher Repräsentanten der Kapitalismuskultur pathogen wird. Im Umfang der vielfältigen und vieldeutigen Auswirkungen der Kapitalismuskultur auf die seelische Gesundheit, meint Fromm, finden wir auch solche Auswirkungen, die wir klar als krankheitswertige Herabsetzungen geistig-seelischer Gesundheit begreifen müssten, wenn wir uns über ihr volles Ausmaß klar werden wollten. Dass freilich die wenigsten Menschen über die Kapitalismuskultur, in der sie leben, sozio-pathologische Urteile (SKs) bilden können oder auch nur wollen, gehört für Fromm bereits zu den pathogenen Auswirkungen des Florierens dieser Kultur, die das Interesse der Menschen an Aufklärung über die dunkle Unterseite der vorherrschenden Lebensweisen eher lähme als unterstütze (ebd., S. 138–141).

Dem hier drohenden Dilemma des Ideologiekritikers, der allgemeine Verblendungs-

zusammenhänge behauptet und doch auch behaupten muss, ihnen nicht zu unterliegen, entwindet sich Fromm mit zwei Reflexionen: Mit der ersten, empirischen, verweist Fromm auf die Erklärungsbedürftigkeit der biopolitischen Tatsache, dass trotz steigendem materiellen Wohlstand die Häufigkeit destruktiver Verhaltensweisen (Mord, Selbstmord, Alkoholismus) in den Bevölkerungen der kapitalistischen Kultur tendenziell steigt (ebd., S. 13–19, 136). Diese Tatsache wäre nicht mehr überraschend, sondern erwartbar, wenn wir sie als Ausdruck einer »Pathologie der Normalität« (ebd., S. 16f.) dieser Kultur deuten dürfen, die immer mehr Menschen immer weniger vor solchen existenziellen Gefühlslagen schützt, wie sie bereits Durkheim in seinen Studien zum Zusammenhang von Anomie und Suizid für kausal bedeutsam gehalten hatte: Nirgendzugehörigkeit, normative Orientierungslosigkeit, diffuse Glücklosigkeit, existenzielle Leere, Langeweile und Bedeutungslosigkeit – innerhalb des Ganzen nichts weiter als Staub zu sein (ebd., S. 147, 193f.).

Fromms zweite Reflexion ist medizintheoretisch. Sie betrifft die ärztliche Definitionsmacht über die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit und die Beschränktheit des offiziellen Disease-Katalogs. In dessen Selektivität, meint Fromm, verschanzte sich eine Parteinahme für die Autopoiesis der herrschenden Kultur: »Unsere heutigen psychiatrischen Definitionen der seelischen Gesundheit heben alle jene Eigenschaften hervor, die zum entfremdeten Gesellschafts-Charakter unserer Zeit passen: Anpassung, Bereitschaft zur Zusammenarbeit, Aggressivität, Toleranz, Ehrgeiz.« »Entfremdete Psychiater werden die seelische Gesundheit mit den Begriffen der entfremdeten Persönlichkeit definieren und deshalb das für gesund halten, was vom Standpunkt des normativen Humanismus bereits als krank angesehen würde« (ebd., S. 184f.).

Wie wir oben am Modell M1+ erläutert haben, muss man die für ÄKs verfügbaren Diagnosen eventuell erweitern, um mit SKs über Sozialgebilde urteilen zu können, dass sie Menschen krank machen. Fromm erweitert sozio-pathologisch nicht nur den ätiologischen Ort (Modell M1) um Entfremdungs-Ätiologien, sondern auch den symptomatischen (M1+). Zu den möglichen Symptomen der – nicht als solche benannten – Entfremdungskrankheiten bzw. »gesellschaftlich vorgeprägten Defekte« (S. 194)²⁶ zählt Fromm die »Selbstentfremdung« (S. 122f.), »Konsumsucht« (S. 132f.), privatistische Verengung des Problembewusstseins (S. 138), »Marketing Orientierung«, d.h. ein Verhältnis zu sich selbst als zu einer marktgängig zu perfektionierenden Ressource (S. 139f., 145), enthemmte soziale Mediatisierung der Privatsphäre (S. 153f.), Folgebereitschaft für anonyme Autoritäten (S. 148f.), Frustrationsintoleranz (S. 159), »Mangel an Wirklichkeitsinn« (S. 165), »politische Apathie« (S. 179) u. a. m.

Fromm sieht, dass hier alles davon abhängt, »was man unter Gesundheit«, allemal seelischer, »versteht« (ebd., S. 184) und macht sich für eine vom medizinischen Mainstream abweichende Konzeption seelischer Gesundheit stark, die einleuchtet, wenn man die anthropologischen Prämissen von Fromms Hintergrundtheorie eines »normativen Humanismus« (ebd., S. 20f., 194) teilt. Humanismus artikuliert wesentliche Standards des Menschseins, Fromms Humanismus insbesondere Standards der menschlichen *Bedürfnisnatur* (nicht, wie bei Freud, der *Triebnatur*). Nach Auskunft Fromms zeigt sich diese Bedürfnisnatur in den folgenden Dimensionen (ebd., S. 29–70): Verbundenheit versus Narzissmus, schöpferische Kräfte versus Zerstörungstendenzen, Verwurzelung in Solidarität versus seelischer Inzest, Streben nach Individualität versus Herdengleichheit, Bedürfnis nach ei-

nem »System der Orientierung und Hingabe: Vernunft versus Irrationalität« (ebd., S. 67).

Normativ ist Humanismus, wo er solche Standards nicht nur expliziert, sondern auch verwendet, um zu urteilen, dass gewisse Menschen den Standards nicht so entsprechen, wie sie es sollten – und es auch könnten, wenn gewisse Sozialgebilde S anders wären als sie de facto sind. Mit der normativen Ergänzung, dass S daher »defekt« ist und wir uns um die Veränderung des status quo von S kümmern sollten, sind wir beim Sickness-Gesichtspunkt und bei Fromm als Kulturtherapeuten angekommen, der »Wege aus einer kranken Gesellschaft« aufzeigt (ebd., S. 229–297):

»Seelische Gesundheit im humanistischen Sinne ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit zu lieben und schöpferisch tätig zu sein, durch die Loslösung von den inzestuösen Bindungen an die Familie und die Natur, durch ein Gefühl der Identität, das sich auf das Erlebnis des Selbst als Subjekt und Urheber der eigenen Kräfte gründet, und durch die Erfassung der Realität im eigenen Ich und außerhalb seiner selbst, das heißt durch die Entwicklung von Objektivität und Vernunft« (ebd., S. 194). »Der entfremdete Mensch [...] kann nicht gesund sein« (ebd., S. 195).

Wir schließen unsere Rekonstruktion von Fromms soziopathologischem Denken mit Fromms (zu) simplem, daher methodisch kaum einzuholendem, sozio-pathologischem Gesundheitsideal. Fromm meint,

»dass eine Gesellschaft dann gesund ist, wenn sie den Bedürfnissen des Menschen entspricht – nicht unbedingt dem, was er als seine Bedürfnisse *empfindet*, weil selbst die pathologischsten Ziele von dem Betreffenden subjektiv als sein höchster Wunsch empfunden werden können, sondern dem, was seine Bedürfnisse *objektiv* sind, wie man sie durch

das Studium des Menschen feststellen kann« (ebd., S. 28).

4 **Jürgen Habermas und Axel Honneth als Sozio-Pathologen**

In diesem Abschnitt rekonstruieren wir das Krankheitsdenken von Sozialtheoretikern, die sich primär im Horizont von Modell M2 bewegen. Da wir an dieser Stelle die weitgespannten Theorien, die den jeweiligen Hintergrund bilden²⁷, nicht einmal kursorisch mitdarstellen können, müssen wir unsere Rekonstruktionen auf die jeweiligen Grundgedanken beschränken. Die Konstruktion soll geklärt und dabei Nachfragebedarf offengelegt werden.

Habermas: Systemisch induzierte Reproduktionsstörungen der Lebenswelt

Habermas hat 1981 mit seiner Theorie des kommunikativen Handelns (TKH) einen grundbegrifflichen Rahmen entwickelt, der »Pathologien der Moderne« (Habermas 1981, S. 554) identifizieren und erklären soll. In der zweiten Zwischenbetrachtung über »System und Lebenswelt« (ebd., S. 171–293) beschreibt er drei Prozesse – (P1) kulturelle Reproduktion, (P2) soziale Integration, (P3) Sozialisation –, durch deren Zusammenwirken *die Lebenswelt* die Gesamtheit ihrer symbolischen, sinnhaften Strukturen reproduziert²⁸, und er bestimmt die, wie er meint, wesentlichen und nichtsubstituierbaren Funktionen, die Handeln spezifisch im Modus der Verständigungsorientierung – kommunikatives im Unterschied zu strategischem Handeln – für diese Reproduktionsprozesse übernimmt, von denen es seinerseits kreisprozesshaft wiederum ermöglicht wird.²⁹

Machen wir uns die Konstruktion klar: Kultur, Gesellschaft und Persönlichkeit bilden in Habermas' Begriff einer Lebenswelt deren drei »strukturelle Komponenten« (ebd., S. 209):

»Kultur nenne ich den Wissensvorrat, aus dem sich die Kommunikationsteilnehmer, indem sie sich über etwas in einer Welt verständigen, mit Interpretationen versorgen. Gesellschaft nenne ich die legitimen Ordnungen, über die [sie] ihre Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen regeln und damit Solidarität sichern. Unter Persönlichkeit verstehe ich die Kompetenzen, die ein Subjekt sprach- und handlungsfähig machen, also instandsetzen, an Verständigungsprozessen teilzunehmen und die eigene Identität zu behaupten« (ebd.).

Zu *jeder* der drei strukturellen Komponenten trägt *jeder* der drei Reproduktionsprozesse etwas Notwendiges und Spezifisches bei, unter Normalbedingungen gut, unter Krisenbedingungen defizient. In neun Feldern also ist die Lebensweltreproduktion störungsanfällig (ebd., S. 214f.).

P1 erbringt mit Referenz auf Kultur: konsensfähige Deutungsmuster (»gültiges Wissen«), mit Referenz auf Gesellschaft: Legitimationen für bestehende Institutionen, mit Referenz auf Persönlichkeit: »bildungswirksame Verhaltensmuster« und »Erziehungsziele« (ebd.). Krisenhafte Reproduktionsstörungen – in unserem Modell M2 gesprochen: krankhafte Defizienz einer Funktion – führen zu bestimmten Krisenerscheinungen bzw. Miseren, hier: zu Sinnverlust; Legitimationsentzug; Orientierungs- und Erziehungskrisen.

P2 erbringt mit Referenz auf Kultur: Obligationen, mit Referenz auf Gesellschaft: legitim geordnete interpersonelle Beziehungen, und mit Referenz auf Persönlichkeit: soziale Zugehörigkeiten. Die zugehörigen Miseren

sind: Verunsicherung der kollektiven Identität; Anomie; Entfremdung.

P3 erbringt mit Referenz auf Kultur: Interpretationsleistungen, mit Referenz auf Gesellschaft: Motivationen für normenkonforme Handlungen, mit Referenz auf Persönlichkeit: Interaktionsfähigkeiten bzw. »personale Identität« (ebd.). Die zugehörigen Misereen sind: Traditionsabbruch; Motivationsentzug; Psychopathologien. (Dieses letzte Feld veranschaulicht, was wir oben als Kombination von M1 und M2 modelliert haben: das im Reproduktionsteilprozess Sozialisation krankhaft gestörte Sozialgebilde *Lebenswelt* macht mittel- oder unmittelbar Menschen klinisch krank.)

Wodurch nun entstehen Krisenbedingungen? Wie würden wir ihre Pathogenetizität erkennen? Und woran würden wir diese bemessen? Diese Fragen finden in der TKH nur zwei sehr allgemeine Antworten. Erstens: Kommunikatives Handeln ist für *alle* Teilreproduktionsprozesse der symbolisch-sinnhaften Lebenswelt erforderlich (ebd., S. 208), denn es dient unter dem funktionalen Aspekt der Verständigung der Erneuerung kulturellen Wissens; unter dem funktionalen Aspekt der Handlungskoordination der sozialen Integration und Erzeugung von Solidarität; unter dem funktionalen Aspekt der Sozialisation der Ausbildung von personalen Identitäten. Die Austrocknung, Ersetzung, Begrenzung kommunikativen Handelns (unter ein zum Stand der Rationalisierung einer Lebenswelt relatives Maß) ist somit die Mutter aller Sozio-Pathogenesen. Zweitens: Habermas erkennt *ein* prominentes pathogenetisches Muster der Marginalisierung kommunikativen Handelns, die »innere Kolonialisierung« (ebd., S. 489–547) von Lebensweltkomponenten; sie erfolgt mittels der Koordinationsmedien Geld und administrative Macht (besonders in Form von Verrechtlichung, vgl. ebd., S. 522f.), die entsprechend funktionieren können. Über diese Medien

durchdringen und bestimmen die systemischen Kräfte des Wirtschafts- und des Politiksystems die eigensinnige Reproduktion der Lebenswelt tendenziell störend, bei wachsender Vereinnahmung womöglich sogar so massiv störend, dass sie die Erhaltung der Lebensweltkomponenten gefährden. Das, was letztlich stört, ist die erzwungene Reduktion von Sozialintegration auf Systemintegration, allemal dann, wenn die Subsysteme selbst in Systemkrisen geraten und diese dann auf die Lebenswelt abwälzen (ebd., S. 564f.).³⁰ Systemhypertrophie kann aber auch ohne Systemkrisen bestimmte Sozialgebilde der Lebenswelt via Kolonialisierung krank machen, z. B. Bildungsinstitutionen oder die Institutionen Ehe und Familie.

Honneth: Institutionenversagen in drei gesellschaftlich vitalen Funktionskreisen

Honneth hat in vielen Anläufen den »nahezu unmöglichen Begriff« (Honneth 2014, S. 45) von Krankheiten der Gesellschaft bearbeitet. Die Durchmusterung sozio-pathologischer Denkfiguren von Durkheim, Mitscherlich und Freud, die Honneth allesamt dafür kritisiert, dass sie – in unserer Terminologie gesagt – das Modell M2 nicht erreichen, ernüchtert:

»So viele Versuche und Vorschläge existieren, von den »Krankheiten« einer Gesellschaft in einem nicht bloß übertragenen, sondern buchstäblichen Sinn zu sprechen, so viele Vorstellungen darüber scheint es zu geben, wer hier eigentlich von der in Rede stehenden Krankheit befallen sein soll« (ebd., S. 46).

Sein eigener Vorschlag zur Disziplinierung der Rede von gesellschaftlicher Krankheit oder Pathologie verlangt »die Bezugnahme auf An-

fälligkeiten oder Funktionsstörungen, die eine Gesellschaft im Ganzen an der empfindlichen Nahtstelle von Individuation und gesellschaftlicher Integration verletzen« (ebd., S. 50). Versteht man Honneths Vorschlag auf der Folie von Habermas' Matrix möglicher Störungen der symbolischen Reproduktion der Lebensweltkomponenten, wird eine Engführung auf die zwei Prozesse Sozialintegration und Sozialisation deutlich. Die Misere, in die Personen geraten, wenn an den »Prozessen der individuellen Vergesellschaftung etwas schief« läuft (ebd.), zeigt sich für dieselben so: Sie können sich »nicht als aktiv mitwirkende und aufeinander bezogene Mitglieder einer gemeinsam erfahrbaren Gesellschaft begreifen« (ebd.). Das erinnert an Fromms Anreicherung des Diagnosen-Katalogs um Entfremdungskrankheiten, die freilich keine höchstpersönlichen Neurosen, sondern Defekte des Sozialcharakters darstellen.

Was kann schief laufen? Honneth holt weiter als Freud und Mitscherlich aus und entnimmt der gesellschaftstheoretischen Tradition von Marx bis Parsons drei Funktionskreise, deren Funktionalität notwendig ist, wenn menschliche Gemeinwesen florieren können sollen, weil die Funktionskreise auf ubiquitäre Herausforderungen antworten: »Auseinandersetzung mit der äußeren Natur, soziale Formung der inneren Natur, Regulierung der zwischenmenschlichen Beziehungen« (ebd., S. 57). Honneth bindet seinen Begriffsvorschlag nun daran, dass »eine Gesellschaft in ihrem institutionellen Arrangement an einer der Aufgaben scheitert, die sich innerhalb der Funktionskreise von Sozialisation, Naturbearbeitung und Regulierung der Anerkennungsbeziehungen gemäß der in ihr herrschenden Wertüberzeugungen selbst gestellt hat« (ebd., S. 58). Ob und wie ein Scheitern auch unabhängig von der Feststellung von Misere (S-Symptomen) festgestellt werden könnte, wie die Junktimthese, die wir beim medizinischen Krankheitsmodell kennengelernt haben, es ver-

langen würde – dieser Frage geht Honneth nicht nach. Für die hervorgerufenen Misere schlägt Honneth die weite Kategorie der »Verengung von Freiheitsspielräumen« vor (ebd., S. 59f.). Autonomieeinbußen und ihre Axiologie wären also die symptomatische Endstrecke nicht nur vieler somatischer und psychischer Krankheiten, sondern auch aller gesellschaftlichen.

Ein Vorteil dieses Vorschlags ist seine Nähe zum medizinischen Krankheitsdenken; ein weiterer, dass er die von Hegel bis Honneth (2013, S. 9, 33–44) betonte Zuspitzung des Letztwörterraums moderner Gesellschaften auf den Wert von Freiheit intus hat; sein Nachteil aber besteht darin, dass nicht recht klar wird, wie Autonomieeinbußen mit der erstgenannten breiten Symptom-Kategorie zusammenhängen sollen (dass Personen sich nicht als aktiv mitwirkende und aufeinander bezogene Mitglieder einer gemeinsam erfahrbaren Gesellschaft begreifen können, die sie de facto doch sind).

Tatsächlich analysiert Honneth andernorts (2013, S. 157–172, 206, 230f.) Pathologien *ohne* Rekurs auf die Funktionskreise von Sozialisation und Naturbeherrschung allein im Rekurs auf die Regulierung von Anerkennungsbeziehungen gemäß in der betreffenden Gesellschaft herrschender Überzeugungen vom Wert von diversen Formen von *Freiheit*. Der Grundgedanke ist nun, dass genuin soziale Pathologien sich in kulturellen Deutungsmustern zeigen, die eine angemessene Ausdeutung des Daseins von Freiheit entweder erschweren oder gänzlich unmöglich machen. Soziale Pathologien zeigen sich in – oder sind? – praktische Freiheitsverständnistörungen. Sie entstehen durch »gesellschaftliche Entwicklungen« – welche? –, »die zu einer nennenswerten Beeinträchtigung der rationalen Fähigkeiten der Gesellschaftsmitglieder führen, an maßgeblichen Formen der sozialen Kooperation teilzunehmen« (ebd., S. 157) und sind

»auf einer höheren Stufe der sozialen Reproduktion wirksam, auf der es um den reflexiven Zugang zu den primären Handlungs- und Normensystemen geht: Immer dann, wenn einige oder alle Gesellschaftsmitglieder aufgrund von gesellschaftlichen Ursachen nicht mehr dazu in der Lage sind, die Bedeutung dieser Praktiken und Normen angemessen zu verstehen, können wir von einer ›sozialen Pathologie‹ sprechen« (ebd.).

Dieser Vorschlag ist interessant. Aber wie *Das Recht der Freiheit* zeigt, ist die nichtarbiträre Diagnostik von Freiheitsverständnisstörungen keine leichte Sache. Sie steht und fällt mit der Stärke von Begründungen, welche Freiheitsverständnisse für welche Sozialgebilde die richtigen sind. Die Skepsis gegen ein solches Unterfangen hält es für gänzlich undurchführbar, oder für machbar nur mit partisanenhaftem Fehlschluss, der die eigene lokale Freiheitsauffassung zur scheinbar objektiven verklärt.

Wir schließen mit dem Hinweis auf ein breiteres und noch stärker von Hegel inspiriertes Pathologiekonzept, das sich bei Honneth ebenfalls findet und die Idee der Funktionskreise wieder aufnimmt: In deren Ko-Fungieren,

»auf der Ebene einer Verschränkung der verschiedenen Funktionsbereiche [kann es] zu Störungen oder Reibungen kommen, wenn die jeweiligen institutionellen Regelungen nicht zusammenstimmen oder sich gar untereinander beeinträchtigen. Die gesellschaftlich etablierten Sozialisationsmuster, deren maßgebliche Werte und Normen, können in einem tiefgreifenden Mißverhältnis stehen zu den institutionalisierten Weisen der materiellen Produktion, diese wiederum können in eine Spannung geraten zu normativen Regelungen, die die Anerkennungsbeziehungen unter den Gesellschaftsmitgliedern

organisieren und verbindlich machen. Solche Reibungen und Spannungen haben mit individuellen Krankheiten gemeinsam, dass sie ein gestörtes Verhältnis des Subjekts, sei es der Person oder der Gesellschaft, zu sich selbst anzeigen; und die Freiheitseinschränkung, die zu unserem Begriff der ›Krankheit‹ gehört, besteht im Fall der Gesellschaft darin, dass die institutionellen Lösungen der einzelnen Funktionsbereiche sich wechselseitig im Weg stehen und an einer gedeihlichen Entfaltung hindern« (Honneth 2014, S. 59).

Am Ende wäre Sozialpathologie sensu Honneth eine im Gefüge ihrer Institutionen nicht mehr oder noch nicht wohlgeordnete Gesellschaft.

5 Konzeptuelle Grenzen, praktische Konsequenzen und kritischer Mehrwert

Wir haben gezeigt, dass unter Berücksichtigung der medizinphilosophischen Debatte neben Krankheitsurteilen auf individualpathologischer Ebene (ÄKs) auch solide Krankheitsurteile über Pathologien von Sozialgebilden (SKs) möglich sind. Gegen Skepsis gegen die hierzu nötige Dezentrierung der Krankheitslehre ist der kritische Mehrwert der Modellierung von Pathologie gemäß M1 und M2 zu betonen. Methodisch ist es geboten, den Kriterien von Dysfunktion und Leid in ÄKs ihre kriterialen Äquivalente an die Seite zu stellen, nämlich SKs mit den Kriterien der Defizite und der Misere. Unser Mehrstufenmodell von Pathologie kann der heterogenen Phänomenalität und Intentionalität von Sozialpathologie in Personen und in Sozialgebilden ebenso gerecht werden, wie ihrer sich unter Umständen wechselseitig bedingenden Krankheitsdynamik. Unsere Modellierungen sind heuristisch gehaltvoll, weil sie z.B. dazu anhalten,

in Sozialgebilden Mechanismen und Prozesse aufzuspüren, die zwischen spezifischen Dysfunktionen in Personen und Defizienzen in einem Sozialgebilde S vermitteln, um Pathologie an der Schnittstelle Subjekt-System besser zu verstehen.

Allerdings wäre zu fragen, ob die Modellierung sozialer Pathologie nicht zugleich auch wichtige konzeptuelle Demarkationslinien zwischen Devianz, Dissozialität und Kriminalität einerseits und Krankheit andererseits vorschnell einreißt. Es gibt gute Gründe für Vorsicht gegenüber der Sozio-Pathologisierung von Devianz, Dissozialität und Kriminalität (vgl. Jacobs 2012). Unsere Modellierung erlaubt zwar, Phänomene wie etwa massive Korruption als Sozio-Pathologie zu begreifen, blendet die Heterogenität von leidvollen Beeinträchtigungen und Misere aber nicht aus, sondern ein. Wo Pathologisierungen des Normalen zudem auch noch selbst als Pathologie zu erfassen wären – etwa die sozio-pathologische Form von Homophobie – und entsprechende Krankheitsurteile besonders heikel werden, verweisen wir darauf, dass die Gefahr von Fehl-Pathologisierungen als Problem in unserer Modellierung hinreichend sichtbar bleibt.

Anmerkungen

- 1 Wir danken den Teilnehmern des Seminars »Soziale Pathologien« vom Winter 2014 an der Universität Witten/Herdecke für wertvolle Anregungen und Alina Valjent für Korrekturen.
- 2 Mit dem Kürzel »Sozialgebilde« (S) meinen wir sozio-kulturelle Einheitsbildungen jedweder Art, Größe, Komplexität, die von interagierenden Menschen realisiert werden. Wir folgen Thomas Loer (und anderen, z. B. Ulrich Oevermann) mit der Ansicht, dass Sinnbildung und -verarbeitung das Spezifikum *menschlicher* Sozialnatur ist und Kultur folglich *ab ovo* zu dieser gehört (Loer 2012). Sinnbildung ist die produktive Seite der durch Instinktreduktion erzwungenen konstitutiven Reziprozität unter Menschen. Z. B. Ameisenstaaten und ihre Kasten sind zwar Sozialge-

bilde, weil sozial geordnet, aber kulturfrei geordnet und deshalb keine sozio-kulturellen Gebilde.

- 3 Strenggläubige Märtyrer können die Ehre Gottes wichtiger finden als ihr Leben; Ärzte bei *Médecins Sans Frontières* riskieren ihre Gesundheit, weil sie ihre humanitäre Mission ernst nehmen; Hygiene-Professor Max von Pettenkofer schluckte 1892 Kommabazillen, um seinen Rivalen Robert Koch zu widerlegen, der sie als Erreger der Cholera identifiziert hatte.
- 4 Ihre wohlbegründete Position: Für Kranksein in allen Variationen (»malady«) – Verletzungen, Verwundungen, Symptome, Traumata, Entstellungen, Erkrankungen, Läsionen, psychische Störungen, Gebrechen u. a. m. – gilt: Eine Person leidet genau dann in ärztlich-medizinischem Sinne an etwas, wenn sie sich unabhängig von ihren vernünftigen Überzeugungen und Wünschen in einem solchen Zustand befindet, dass sie nicht-triviale Schädigungen oder Übel (Tod, Schmerz, Behinderung, Verlust von Freiheit oder von Lust) erleidet oder ein signifikant erhöhtes Risiko hierfür hat, *ohne* dass es eine *separate*, d. h. außerhalb der psychosomatischen Einheit des Individuums liegende, aufrechterhaltende Ursache dieses Zustands gibt (sinngemäß, aber genauer, Hucklenbroich 2013a, S. 45f.).
- 5 Exemplarisch für diesen sogenannten krankheitstheoretischen »Naturalismus« ist die biologische Disease-Theorie von Boorse (1977), wonach Illness-Bekundungen genau nur soweit als Illness-Befunde durchgehen dürfen, wie sie sich durch einen gültigen Disease-Befund untermauern lassen; Geltungsansprüche der ersteren sind parasitär abhängig von denen der letzteren. Sogenannte »Normativisten« drehen den Spieß um, vertreten die Souveränität von Illness-Befunden, laufen aber in das massive Problem, dass der Krankheitsbegriff dann stark – Kritiker meinen absurd stark – kontextvariabel wird (nämlich: interkulturell und/oder interpersonell »relativ«). Am *labeling approach* in der Antipsychiatrie zeigte sich in aller Deutlichkeit dieses Problem.
- 6 »Der Kranke verhält sich also kurz gesagt zur Krankheit als Leidender, zum Arzt als Bedürftiger sachverständiger Hilfe, zur Gesellschaft als Versorgungsbedürftiger.«
- 7 Für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen siehe Steinhilber (2010, S. 23): »Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des

- Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt.« Das Junktim von Disease und Illness ist auch Teil der ganz *allgemeinen* psychiatrisch-wissenschaftlichen Definition einer *psychischen Störung*: Diese geht nicht in Dysfunktionalität auf (»a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the person«), sondern muss immer auch leidvolle (»a painful syndrom«) oder beeinträchtigende (»impairment in one or more important areas of functioning«) oder schädigungsrisikante Zustände einschließen (»significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom«), wie dies im DSM-III-R (APA 1987, S. xxii) formuliert wurde. Zum neuen DSM-5 (APA 2015) siehe Schramme (2015, S. 16–21).
- 8 Zur affektiven Beeinträchtigung im Sinne eines emotionalen Defizits bei Psychopathen siehe Jacobs (2012, S. 193–217).
 - 9 Diese komprimierte Formulierung deckt auch den Totalausfall der Funktion ab, sowie den Fall, dass ein und derselbe Bereich von V je nach Gesamtlage, d. h. im Funktionsnexus von F mit allen anderen aktiven Ko-Funktionen, je nachdem krankheitswertig ausfällt (»Krankheitswert hat«) oder eben nicht.
 - 10 Zur Kriterialisierung des Krankheitswerts vgl. die zwei Fußnoten *supra* sowie bes. Hucklenbroich (2013b, S. 189f.), dem wir hier zu folgen versuchen.
 - 11 Die Perspektive einer »sozialen« Pathologie sensu Grotjahn ergibt sich, wenn »kulturhistorische, psychologische, nationalökonomische und politische Erwägungen« konsequent in die medizinische Krankheitslehre »einbezogen« werden. Für den sozialdemokratisch überzeugten Eugeniker Grotjahn ist diese Perspektive per se mit einem biopolitischen Normalisierungsprogramm, mit »sozialer Hygiene« (Grotjahn 1977 [1923], S. 5ff.) verknüpft. Er definiert ihre Verbindung als ein Forschungsprogramm, das seine Einheit im Bezugsproblem der »Verallgemeinerung hygienischer Kultur« auf eine »Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen« hat (ebd., S. 9). Die soziale Hygiene ist diesbezüglich »als deskriptive Wissenschaft [...] die Lehre von den Bedingungen«, denen solche Verallgemeinerungsprozesse unterliegen und außerdem »als normative Wissenschaft [...] die Lehre von den Maßnahmen«, die sich zur Beförderung solcher Prozesse politisch empfehlen.
 - 12 Dies mit zum Teil äußerst interessanten Ergebnissen, besonders bei psychodynamisch geschulten Forschern, etwa Christophe Dejours (2012), der Beziehungen zwischen neuen Managementformen und Leid (z. B. Suizide von Angestellten in Betrieben) untersucht.
 - 13 Zum ersten vgl. Zima (2014), zum zweiten die Beiträge in Fink & Rosenzweig (2010), zum dritten Wildt (2015), zum vierten sehr kritisch Martin (2001).
 - 14 Weitere möglicherweise interessante Änderungen ontologischer Commitments, die wir hier nicht diskutieren können, finden sich in der Tiefenökologie, wo die Krankheitssemantik zuversichtlich auch auf Ökosysteme übertragen wird; für die *International Society for Ecosystem Health* vgl. Rapport (2000).
 - 15 Vgl. Barnett & Finnemore (1999) für Internationale Organisationen, bes. Tabelle S. 716 mit vier Dysfunktionstypen.
 - 16 Analog: Schilddrüsenüberfunktion kann Herzflimmern, Depression kann Sozialphobie nach sich ziehen usw.
 - 17 »Eine Soziologie, die sich mit problematischen gesellschaftlichen Bedingungen und Entwicklungen beschäftigt, unterliegt deshalb« – weil man zwar standpunktgebundene Eindrücke, wie gut oder schlecht es mit der Gesundheit eines bestimmten Sozialgebildes bestellt ist, bilden, diese aber kaum in gültige Urteile überführen kann – »leicht der Neigung, von außen an sie herangetragene Wertmaßstäbe einer »guten« gesellschaftlichen Ordnung zu übernehmen, um daran dann das Problematische an sozialen Problemen zu bestimmen« (Groenemeyer 1999, S. 14; vgl. auch Groenemeyer 2001).
 - 18 Analog gilt: Hätten Ärzte sich von der übergroßen Heterogenität des Tierreichs entmutigen lassen, hätten sie die leistungsfähige Tierheilkunde, die wir haben (Natterson-Horowitz & Bowers 2014), nicht entwickeln können.
 - 19 Zwar sind die neurotischen Ersatzbefriedigungen Ausdruck der kulturkonformen Regulation von Natur, die Neurosen bleiben jedoch »als »das Negativ« der Perversion«, als Pathologie definiert, »weil sie dieselben Neigungen wie die positiv Perversen im »verdrängten« Zustand enthalten« (Freud 1908, S. 154).
 - 20 Etwa im Genre journalistischer Krisendeutung (vgl. exemplarisch Von Kerbusk & Schäfer 2001).
 - 21 Freud macht sich Gustave Le Bons »Schilderungen der Massenseele« zwar zunutze, verwirft allerdings jegliche Vorstellung einer Kollektivseele (vgl. Freud 1921, S. 77f.).

- 22 Da »[d]en Wahn natürlich niemals [erkennt], wer ihn selbst noch teilt« (Freud 1927, S. 367), ist das Legitimationsproblem eben eine Sache externer Kritik.
- 23 Mit dieser Massenkonstitutionsformel präzisiert Freud sein Verständnis der sozialpsychologischen Rolle von »Suggestion«, eines Zauberworts zeitgenössischer Massenpsychologen.
- 24 Zur Einleibungsdynamik von Psychopathologie siehe Jacobs (2013b, 2014).
- 25 Vgl. Fromm (1981, S. 119ff., bes. S. 113): Der entfremdete Mensch erfährt sich nicht als »aktiver Träger seiner eigenen Kräfte und seines eigenen Reichtums, sondern als ein verarmtes ›Ding‹, das von Kräften außerhalb seiner selbst abhängig ist, in die er seine lebende Substanz hineinprojiziert hat. [...] Die Entfremdung in unserer modernen Gesellschaft ist fast total. Sie kennzeichnet die Beziehung des Menschen zu seiner Arbeit, zu den Dingen, die er konsumiert, zum Staat, zu seinen Mitmenschen und zu sich selbst.«
- 26 Freuds Begriff der »Gemeinschaftsneurose« hält Fromm für irreführend (Fromm 1981, S. 27).
- 27 Als Überblick zu Habermas siehe Brunkhorst et al. (2009), zu Honneth siehe Zürn (2015) und Forst (2009).
- 28 Hiervon unterscheidet Habermas die »Erhaltung des materiellen«, also nicht symbolisch sinnhaften »Substrats der Lebenswelt« (Habermas 1981, S. 209) und verlegt dessen Reproduktion in »das Medium der Zwecktätigkeit, mit der die vergesellschafteten Individuen in die Welt intervenieren, um ihre Ziele zu verwirklichen« (ebd.).
- 29 Das Proprium von »kommunikativem« Handeln ist die Weise seines Koordiniertseins. Nur solches Handeln, dessen Koordinationsbedarf wesentlich durch die Nutzung der illokutionären Bindungskräfte von Sprechakten befriedigt wird (statt wesentlich aus der Nutzung anderer Koordinationsressourcen mit anderen Eigenschaften, etwa von Geld und Macht in der Funktion von generalisierten Medien, die Verhaltensrestriktionen und Verhaltensanreize setzen) ist im Vollsinn »kommunikatives Handeln«. Es zeichnet sich dadurch aus, dass alle in es einbezogenen Akteure versuchen, ihr Verhalten nur an solchen Gründen zu orientieren, die von den Interaktionspartnern potenziell geteilt werden können. Für eine realistische Neuformulierung siehe Kettner & Kraska (2012).
- 30 Beides wird anschaulich in der 2008 im Wirtschaftssystem ausgelösten Dauerkrise.

Literatur

- Alexander, Jeffrey G. (1994): Modern, Anti, Post, and Neo: How Social Theories Have Tried to Understand the »New World« of »Our Time«. *Zeitschrift für Soziologie* 23(3), 165–197.
- APA – American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd edition, rev.) Washington DC (APA).
- APA – American Psychiatric Association (2015): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Textrevision – DSM-5. Göttingen (Hogrefe).
- Barnett, Michael N & Finnemore, Martha (1999): The Politics, Power and Pathologies of International Organizations. *International Organization* 53(4), 699–732.
- Boorse, Christopher (1977): Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44(4), 542–573, dt. in: Schramme, Thomas (Hg.) (2012): *Krankheitstheorien*. Frankfurt (Suhrkamp), S. 63–110.
- Bourdieu, Pierre et al. (1997): *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz (UVK). [Orig.: Bourdieu, Pierre et al. (1993): *La misère du monde*. Paris (Éditions du Seuil)].
- Habermas, Jürgen (1981): *Theorie der kommunikativen Handelns. Band 2. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Hartmann, Martin (2009): Sozialpathologie. In: Brunkhorst, Hauke; Kreide, Regina & Lafont, Christina (Hg.): *Habermas-Handbuch*. Stuttgart (Metzler), S. 368–371.
- Dejours, Christophe (Hg.) (2012): *Psychopathologien der Arbeit. Klinische Fallstudien*. Frankfurt (Brandes & Apsel).
- Ehrenberg, Alain (2004): *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt (Campus).
- Fink, Helmut & Rosenzweig, Rainer (Hg.) (2010): *Künstliche Sinne, gedoptes Gehirn. Neurotechnik und Neuroethik*. Paderborn (mentis).
- Forst, Rainer (Hg.) (2009): *Sozialphilosophie und Kritik. Axel Honneth zum 60. Geburtstag*. Berlin (Suhrkamp).
- Freud, Sigmund (1908): *Die »kulturelle« Sexualmoral und die moderne Nervosität*. GW VII, S. 141–167.
- Freud, Sigmund (1921): *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. GW XIII, S. 71–161.
- Freud, Sigmund (1927): *Die Zukunft einer Illusion*. GW XIV, S. 323–380.
- Freud, Sigmund (1930): *Das Unbehagen in der Kultur*. GW XIV, S. 419–506.

- Fromm, Erich (1981): *Wege aus einer kranken Gesellschaft. Eine sozialpsychologische Untersuchung*. Übers. von Liselotte u. Ernst Mickel, Frankfurt/M., Berlin, Wien (Ullstein), S. 119–149.
- Fromm, Erich (2005): *Die Pathologie der Normalität. Zur Wissenschaft vom Menschen*. Berlin (Ullstein).
- Gert, Bernard; Culver, Charles & Clouser, Danner (2006): *Bioethics: A Systematic Approach*. Oxford (OUP).
- Goldstein, Kurt (2014): *Der Aufbau des Organismus*. Fink (Paderborn) [Orig. 1934].
- Groenemeyer, Axel (1999): Soziale Probleme, soziologische Theorie und moderne Gesellschaften. In: Albrecht, Günter (Hg.): *Handbuch sozialer Probleme*. Opladen (Westdeutscher Verlag), S. 13–72.
- Groenemeyer, Axel (2001): Soziologische Konstruktionen sozialer Probleme und gesellschaftliche Herausforderungen – Eine Einführung. *Zeitschrift für Soziale Probleme und soziale Kontrolle* 12(1/2), 5–27.
- Grotjahn, Alfred (1977): *Soziale Pathologie*. 3. Aufl., Repr. [d. Ausg.] Berlin, Heidelberg, New York (Springer) [Orig. Berlin 1923].
- Gullone, Eleonora & Cummins, Robert A. (Hg.) (2002): *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators. A Multi-Disciplinary and Multi-National Perspective*. Dordrecht (Kluwer).
- Hanson, Mark J. & Callahan, Daniel (Hg.) (1999): *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*. Washington D.C. (Georgetown Univ. Press).
- Hofmann, Björn (2010): The concept of disease – vague, complex, or just indefinable? *Medicine, Health Care and Philosophy* 13, 3–10.
- Honneth, Axel (2000): Pathologien des Sozialen. Tradition und Aktualität der Sozialphilosophie. In: Ders.: *Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie*. Frankfurt (Suhrkamp), S. 11–69.
- Honneth, Axel (2013): *Das Recht der Freiheit. Grundriß einer demokratischen Sittlichkeit*. Berlin (Suhrkamp).
- Honneth, Axel (2014): Die Krankheiten der Gesellschaft. Annäherung an einen nahezu unmöglichen Begriff. *Westend* 1, 45–60.
- Hucklenbroich, Peter (2013a): Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre. In: Ders. & Buyx, Alena (Hg.): *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster (mentis), S. 13–83.
- Hucklenbroich, Peter (2013b): Der Funktionsbegriff in Medizin und Biologie – Übereinstimmungen und Unterschiede. In: Ders. & Buyx, Alena (Hg.): *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster (mentis), S. 181–191.
- Hucklenbroich, Peter (2015): Was versteht die Medizin unter Krankheit? Wissenschaftlicher und lebensweltlicher Krankheitsbegriff. In: Jammé, Christoph et al. (Hg.): *Krankheit und Gesundheit – Gesundheit als Utopie? Krankheit als Sinn?* München (Fink) (im Erscheinen).
- Jacobs, Kerrin (2012): *Soziopathie. Eine Untersuchung moralischer Unfähigkeit*. Uelvetüll (Der Andere Verlag).
- Jacobs, Kerrin (2013a): Zum kritischen Potenzial der Depression (Essay zu Alain Ehrenbergs »Unbehagen in der Gesellschaft«). *Sic et Non* 13(13), 30–39. [<http://sictetnon.org/index.php/sic/index>].
- Jacobs, Kerrin (2013b): The Depressive Situation. *Frontiers in Psychology* 4(429), 1–10. [doi: 10.3389/fpsyg.2013.00429].
- Jacobs, Kerrin (2014): Psychopathic Comportment and Moral Incapacity. In: Schramme, Thomas (Hg.): *Being Amoral*. Cambridge/MA. (MIT-Press), S. 137–165.
- Jaeggi, Rahel (2013): *Kritik von Lebensformen*. Berlin (Suhrkamp).
- Kettner, Matthias (2009): Kulturreflexion und die Grammatik kultureller Konflikte. In: Baecker, Dirk; Kettner, Matthias & Rustemeyer, Dirk (Hg.): *Über Kultur. Theorie und Praxis der Kulturreflexion*. Bielefeld (transcript), S. 17–28.
- Kettner, Matthias & Kraska, Matthias (2012): *Kommunikatives Handeln – eine realistische Neuinterpretation*. XXII. Deutscher Kongress für Philosophie, 11. – 15. September 2011, Ludwig-Maximilians-Universität München. [<http://epub.ub.uni-muenchen.de/12612/>].
- Kettner, Matthias & Sturmeit, Robin (2014a): Wandel in der Sicherheitskultur nach Großschadensereignissen am Beispiel von 9/11. In: Lange, Hans-Jürgen; Wendekamm, Michaela & Endreß, Christian (Hg.): *Dimensionen der Sicherheitskultur*. Wiesbaden (Springer), S. 59–78.
- Kettner, Matthias (2014b): Wann haben wir ein moralisches Problem? In: Maring, Matthias (Hg.): *Bereichsethiken im interdisziplinären Dialog*. Karlsruhe (KIT Scientific Publishing), S. 25–44.
- Le Bon, Gustave (1912): *Psychologie der Massen*. 2. Auflage. Leipzig (Kröner).
- Loer, Thomas (2012): Die Einheit der Kulturosoziologie. Extrakt. In: Soeffner, Hans-Georg (Hg.): *Transnationale Vergesellschaftungen. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt am Main 2010*. CD-ROM, Wiesbaden (VS Verlag).

- Martin, John Levi (2001): »The Authoritarian Personality«, 50 Years Later: What Lessons Are There for Political Psychology? *Political Psychology* 22(1), 1–26.
- McGuire, Robert & Coelho, Philip (2011): *Disease and Economic Development*. Cambridge MA (MIT Press).
- McMurtry, John (1999): *The Cancer Stage of Capitalism. From Crisis to Cure*. London (Pluto Press).
- Michalos, Alex C. (2003): Reflections on twenty-five years of quality-of-life research. In: Ders. (Hg.): *Essays on the Quality of Life*. Dordrecht (Kluwer), S. 1–4.
- Mitscherlich, Alexander (1983): Die Krankheiten der Gesellschaft und die psychosomatische Medizin. In: Allert, Tilman (Hg.): *Alexander Mitscherlich, Gesammelte Schriften II (Psychosomatik 2)*. Frankfurt/M. (Suhrkamp), S. 425–444 [Orig. 1957].
- Nassehi, Armin (2015): *Die letzte Stunde der Wahrheit. Warum rechts und links keine Alternativen mehr sind*. Hamburg (Murrmann).
- Natterson-Horowitz, Barbara & Bowers, Kathryn (2014): *Wir sind Tier. Was wir von den Tieren für unsere Gesundheit lernen können*. München (Knaus).
- Neckel, Sigward & Wagner, Greta (Hg.) (2013): *Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft*. Berlin (Suhrkamp).
- Nussbaum, Martha (Hg.) (1993): *The Quality of Life*. Oxford (OUP).
- Nussbaum, Martha (2011): *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge (HUP).
- Rapport, David J. (2000): Biosphere in Distress. *System Health* 15(4), 143–151.
- Rip, Colin M. (1966): *Contemporary Social Pathology*. Pretoria (Academica).
- Rosenberg, Bernard; Gerver, Israel & Howton, William F. (1971): *Mass Society in Crisis. Social Problems and Social Pathology*. 2. Auflage. New York (Macmillan).
- Rothschuh, Karl E. (1972): Der Krankheitsbegriff (Was ist Krankheit?). In: Ders. (Hg.) (1975): *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung*. Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft), S. 397–420.
- Rothschuh, Karl E. (Hg.) (1975): *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung*. Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft).
- Schramme, Thomas (Hg.) (2012): *Krankheitstheorien*. Berlin (Suhrkamp).
- Schramme, Thomas (2013): Benötigen wir mehrere Krankheitsbegriffe? In: Hucklenbroich, Peter & Buyx, Alena (Hg.): *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster (mentis), S. 85–103.
- Schramme, Thomas (2015): Psychische Krankheit als Störung wesentlicher Funktionen. *Der Nervenarzt* 86(1), 16–21.
- Schweppenhäuser, Hans Georg (1982): *Das kranke Geld. Vorschläge für eine soziale Geldordnung von morgen*. Frankfurt (Fischer).
- Schweppenhäuser, Hans Georg (1973): *Zur Pathologie der modernen Erwerbsgesellschaft*. Berlin (Institut für soziale Gegenwartsfragen).
- Spitzer, Manfred (2012): *Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen*. München (Droemer).
- Steinhausen, Hans-Christoph (2010): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München (Urban & Fischer).
- Von Kerbusk, Klaus-Peter & Schäfer, Ulrich (2001): Eine echte Massenpsychose. *Der Spiegel* 9/2001. URL: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-18578730.html> (Stand: 02.03.2015).
- Wildt, Bert te (2015): *Digital Junkies. Internetabhängigkeit und ihre Folgen für uns und unsere Kinder*. München (Droemer Verlag).
- Zima, Peter V. (2014): *Entfremdung. Pathologien der postmodernen Gesellschaft*. Tübingen (A. Francke Verlag).
- Zurn, Christopher (2015): *Axel Honneth*. Hoboken (Wiley).