

Deutsche Übersetzung herausgegeben von diagnose:funk e.V. Übersetzung: Dr. Theresia Sauter-Bailliet, Ph.D., Endredaktion Doris Hensinger. Wir danken Dr. Theresia Sauter-Bailliet für die Übersetzung. diagnose:funk dankt P. R. Gibson und dem Verlag von ECOPSYCHOLOGY für die freundliche Genehmigung der Übersetzung und Veröffentlichung. Die Zwischenüberschriften wurden aus Gründen der Lesbarkeit von diagnose:funk eingefügt. Alle Rechte der deutschen Übersetzung bei diagnose:funk e.V.

Die stillschweigende Ausgrenzung von Menschen mit Umwelt-Sensibilitäten

Pamela Reed Gibson

Dieser Artikel befasst sich mit Menschen mit Umwelt-Sensibilitäten (US), die eine stillschweigend ausgegrenzte Gruppe unserer technologischen Kultur darstellen, welche einen hohen Preis für unseren industrialisierten Lebensstil zahlen muss. Wegen der Umweltverschmutzung der meisten unserer öffentlichen Räume ist diese Bevölkerungsgruppe um einen „Ort des Dazugehörens“ beraubt, der wichtig ist, um persönliche Beziehungen zu pflegen. Diese Gruppe wird von Gesundheitsdiensten ausgegrenzt und in die Kategorie von psychisch Kranken abgeschoben, da unsere gegenwärtigen Gesundheitsparadigmen inadäquat sind, um gesundheitliche Probleme, verursacht durch den toxisch-industriellen Lebensstil, festzulegen und zu kategorisieren. Das Problem wird innerhalb kapitalistischer Sachzwänge diskutiert und mit Beispielen von Menschen mit umweltbedingten Krankheiten belegt, die als psychisch Kranke diagnostiziert werden (eine Art Kolonisierung). Wenn diese Menschen die gängigen Gesundheitsdienste versuchen in Anspruch zu nehmen, fehlen dort das Wissen und die Expertise über toxisch induzierte Krankheiten.

Schlüsselwörter: Umwelt-Sensibilitäten (US), Multiple chemische Sensibilität, Elektrohypersensibilität (EHS), Chemische Intoleranz, Chemische Sensibilität (CS), Chemische Hypersensibilität

Keywords: environmental sensitivity, multiple chemical sensitivity, electrohypersensitivity, chemical intolerance, chemical sensitivity, chemical hypersensitivity

Zu den Menschen mit Umwelt-Sensibilitäten (US) gehören Chemisch-Sensible (CS) und/oder Elektrohypersensible (EHS). Das Dilemma, wie diese Konditionen zu benennen sind, äußert sich in der ätiologischen (d.h. ursächlich-begründenden) Kontroverse. „Chemische Sensibilität“, „multiple chemische Sensibilität“, „umweltbedingte Erkrankungen“ und „Elektrohypersensibilität“ beziehen sich auf eine umweltbedingte Ätiologie, während der Begriff „idiopathische umweltbedingte Intoleranz“ auf einen eher vagen, individuell situierten, eigenen Zustand hindeutet, der den Weg dafür ebnet, menschliche Krankheiten zu psychologisieren und an der Weigerung festhält, diesen als vorhanden anzuerkennen.



Menschen mit US erfahren sowohl differentielle Exposition als auch differentielle Vulnerabilität (Verwundbarkeit) gegenüber toxischen Substanzen. Viele schreiben ihren Zustand dem erheblichen Kontakt mit einer einzigen chemischen Substanz zu oder einer Kombination moderater bis hoher Expositionen (differentielle Exposition). Nach dieser anfänglichen Sensibilisierung schaffen sie es nicht mehr, frühere „geringe Expositionen“ (differentielle Vulnerabilitäten) zu tolerieren. Zum Beispiel ist eine große Zahl von Veteranen der Operation *Desert Storm* nicht mehr in der Lage, das, was sie früher als „geringe Exposition“ empfunden haben, zu ertragen (JOHNSON, STARZMAN 2000). Expositionen, an denen Zivilpersonen mit chemischer Intoleranz leiden, umfassen: Pestizide, Formaldehyd, Farben, neue Teppiche, Dieselabgase, Parfüm, Raumsprays (GIBSON, VOGEL 2009). In der Folge kann ein „Verbreitungsphänomen“ von CS beobachtet werden, in dem die Sensibilität sich erst auf verwandte, dann auf nicht verwandte Chemikalien ausbreitet. Obwohl in mehreren entwickelten Ländern eine große Anzahl von Menschen angeben, an US zu leiden, fehlt es vielen, und besonders dem Personal im Gesundheitsdienst, an Aufklärung über diesen Zustand. So werden Menschen mit US ausgegrenzt und es wird ihnen der Zugang zu modernen Versorgungsangeboten in ihren eigenen Gemeinden verweigert (GIBSON 2010).

Welche Faktoren sind für die erfolgreiche Ausgrenzung und Verdrängung von 12,6 % der US-amerikanischen (CARESS, STEINEMANN 2003), 19 % der schwedischen (JOHANSSON et al. 2005), 27 % der dänischen (BERG et al. 2008) und 32 % der deutschen (HAUSTEINER et al. 2005) Bevölkerung verantwortlich?

Flüchtlinge im eigenen Land

Die Auswirkungen auf das Leben umweltsensibler Menschen umfassen: Verdrängung vom Arbeitsplatz, gestörte soziale Beziehungen (GIBSON 2015, GIBSON et al. 1996), juristische Nichtanerkennung (GIBSON 1997) und sogar Obdachlosigkeit. Am schmerzlichsten ist vielleicht der Verlust von einem Ort der Zugehörigkeit. CHALQUIST (2009) spricht von der Wichtigkeit des Ortes „zur Heimkehr“ oder für eine „Wiederbeseelung unserer Verbindung mit der Welt, Ort für Ort“ (S. 81). In einer früheren Interviewstudie in meinem Labor fixierten wir uns anfänglich auf Beziehungen, fanden aber, dass der Ort die Beziehungen übertrumpfte, einfach weil die Leute den Platz nicht teilen konnten, der nötig ist, um Beziehungen zu bilden und aufrechtzuerhalten (GIBSON et al. 2011). Das heißt, umweltsensible Menschen können zu Flüchtlingen werden in Bezug auf Orte. Obwohl einige es fertigbrachten, die Tendenz auf den Kopf zu stellen, indem sie sich stark mit einem natürlichen Ort verbanden, waren die meisten in Bezug auf den Wohnort stark eingeschränkt.

Es gibt eine Parallele zur allgemeinen Kolonisierung, zu der die Aneignung von fremden Ressourcen zum eigenen Vorteil gehört: die Entweihung des gestohlenen oder vergifteten Bodens/Landes, lange Arbeitszeiten in ausbeuterischen Betrieben, Überbauung geheimer Orte, Abholzung des Waldes, den die Menschen bewohnen etc. Für Menschen mit US sind fast alle Orte entweiht durch die stete Anwesenheit von toxischen Substanzen. Wo in der „entwickelten“ Welt kann man noch einen Ort finden, der von Pestiziden, Petrochemikalien oder elektromagnetischer Strahlung unbelastet ist? Abgesehen von einer WLAN-freien Stadt in West-Virginia (GAYNOR, COGAN 2015) ist das fast unmöglich. In dem Maße, wie Land verwüstet wird und die Umweltverschmutzung zunimmt, wird von den Menschen verlangt, sich an künstliche Verhältnisse in ihrem Milieu anzupassen (KAHN 2011). Diese „Anpassung“ verlangt Zonen, in denen Menschen um der Bequemlichkeit (oder Gier) anderer Willen sich opfern und differentielle Expositionen erdulden müssen. Die Küste von Louisiana z. B. erhielt den Spitznamen „Krebsallee“, weil dort Hunderte von petrochemischen Raffinerien angesiedelt sind, derentwegen die menschliche Gesundheit einen hohen Preis zahlen muss. Die steigende Zahl von Gebieten, die durch Fracking zerstört werden, sind ebenfalls Zonen, in denen Menschen keine Alternative für gesundes Leben mehr haben.

Die Psychologisierung von Opfern der Ökonomie

Es scheint Parallelen zwischen der globalen Kolonisierung von Kategorien psychischer Krankheit und der internen Ausgrenzung und versuchten Kolonisierung derjenigen zu geben, die mit der Hochtechnologie nicht leben können. MILLS (2013) spricht von einer „kolonialen Subjekt-Formation“, in der unsere westliche Nomenklatur zur Diagnostizierung psychischer Krankheit exportiert wird, um die Zahl der von Medikamenten abhängigen Klienten für die Pharmaindustrie zu steigern. Genauso wie diese diagnostische Nomenklatur Meere überquert, um China und Indien zu kolonisieren, schleicht sie sich in die Bevölkerung „zuhause“ ein, wo es keine feinfühlig diagnostische Behandlung für körperliche Krankheit gibt, und weitet sich dadurch aus. So kann die Psychiatrie Patienten, die auf technologische Produkte anders als andere reagieren, als unzurechnungsfähig erklären und dann kolonisieren. Selbst Laien können das Dilemma einer Person mit US nicht begrifflich fassen: Wie JENSEN (2004) aufgezeigt hat, gibt es in Wirklichkeit nicht die Person, die wie „die andere“ konstruiert ist (S. 223). Eine der besten Beschreibungen, die ich kenne, die die Konsequenzen dieses hegemonialen Denkens

aufzeigen, stammt von KAHN und HASBACH (2011). Sie verweisen auf die paranoide Vorstellung von Wildheit, die im Raubtier Gestalt annimmt, und sagen: „Mit der Paranoia kommt der Drang, die Quelle der Angst zu beseitigen: wir töten das Tier/das Andere ... Dadurch verdammen wir uns zu Begegnungen mit den ‚Anderen‘, die lediglich eine Reflexion von uns selbst sind“ (S. 215).

Genauso wie das Paradigma psychischer Krankheit fälschlicherweise (und sadistisch) auf indische Bauern angewandt wird, die Selbstmord begehen, weil ihre Subsistenzgrundlage durch die westliche Agrar- und Handelspolitik zerstört wird, bezieht man es „bei uns zuhause“ im kolonialen „Norden“ auf diejenigen, die chemische und elektrische Verletzungen überlebt haben. Solche Zuweisungen scheinen „kein Schamgefühl“ auszulösen, bedenkt man, dass bei Kriegsveteranen der USA lediglich von somatischen Funktionsstörungen gesprochen wird, obwohl sie so sehr behindert sind, dass sie einen Rollstuhl benötigen (JOHNSON, STARZMAN 2000). 1995 schaffte es das Kind eines Golfkriegs-Veteranen, das ohne Beine geboren wurde, auf das Titelblatt des *Time Magazine* (HUDSON et al. 1995). Bis zu diesem Zeitpunkt hätte vermutet werden können, dass chemische Sensibilität ignoriert wurde, weil sie unsichtbar war. Doch das Bild mit dem Kind ohne Beine beerdigte die Vorstellung von jeglicher unschuldiger Motivation, wenn technologisch induzierte Krankheitsbilder vernachlässigt werden; es zeigte, dass es ganz klar um Ökonomie geht.

Viele Menschen sind Opfer einer globalen Jagd auf immer weiter expandierende Märkte für Waren und Ressourcen. Die indischen Bauern, die früher ihre eigenen Samen züchteten, der Veteran, der im Irak und/oder Afghanistan diente, die Zivilisten mit US: Sie alle sind ein Beweis dafür, dass wir eine vollkommen neue (oder eher alte) Lebensweise auf Erden brauchen – einen Lebensstil, der das individuelle Leben wertschätzt, der wirkliche Diversität zulässt, und mit dem Genozid indigener Völker durch draufgängerische Ressourcenjäger Schluss macht. Obwohl wir von der Wissenschaft erhoffen sollten, dass sie zu einem Verständnis der Gefahren toxischer Expositioniertheit und so zu einer Verminderung dieser aggressiven Taktiken der Ressourcenausbeutung beiträgt, werden sogar Studien in der wissenschaftlichen Tradition Bacons im gegenwärtigen Wettlauf um Ressourcen ignoriert. Wie Andy FISHER (2012) sagen würde: Ohne eine andere Gesellschaft werden wir der wissenschaftlichen Basis keine Aufmerksamkeit widmen, da die Wissenschaft selbst zerstückelt und akzeptiert oder verworfen wird, je nachdem, wie sie mit dem Mainstream des wirtschaftlichen Systems konvergiert.

Für das „System“ ist es besser, wenn Menschen mit US entrechtet und der Industrie für psychische Kranke zugeschoben werden, wo sie dann mindestens in die gegenwärtig anerkannten Kategorien eingeordnet werden (was das jetzige problematische System stärkt). So werden diejenigen Patienten, die auf technologische Produkte anders als andere reagieren, von der Psychiatrie erst delegitimiert/marginalisiert und dann, wenn nötig, kolonisiert. Es ist leicht, das Leiden derjenigen zu ignorieren, deren Körper die Schädigungen, die ihm durch gewöhnliche Chemikalien zugefügt werden, zum Ausdruck bringt. MORRISON (2009) sagt, dass wir unter einer „kollektiven Illusion leben, einem Glauben, dass dieser Planet aus einer Anhäufung von unzusammenhängenden und voneinander unabhängigen Objekten besteht, und nicht aus zusammenhängenden und gegenseitig abhängigen Subjekten, aus dem das fragile und wundersame Lebensnetz besteht“ (S. 104). So verleugnen wir weiterhin systematisch und überleben, indem wir uns vom Leiden anderer abgrenzen. Ich drückte einmal einem Kollegen gegenüber mein Entsetzen aus, welch furchtbares Leiden Maher Arar, der ein

Bürger mit kanadischer und syrischer Staatsangehörigkeit ist, ertragen musste, den die USA 2002 aufgrund einer „außerordentlichen Verurteilung“ nach Syrien deportierten, wo er entsetzliche Folter erleiden musste. Der Ratschlag meines Kollegen war: „Denk nicht darüber nach“.

Die Norm bestimmt, wer leidet

Diese abgetrennten/marginalisierten Personen können dann vom Industriekomplex für psychisch Kranke als sprichwörtlich quadratische Haken in das runde Loch gesteckt werden. Damit die Klienten dabei kooperieren, wird den Therapeuten – von Beratern, die diesen Klienten keinen Glauben schenken – empfohlen, zuerst das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, um sie dann dazu zu ermutigen, sich erneut den normalen chemischen Belastungen auszusetzen, was einer medizinisch imperialistischen und schädigenden Maßnahme gleichkommt. BARNES, MERCER und SHAKESPEARE (2005) zitieren FREIDSON (1970, 1971), der folgende Aussage infrage stellt: „Der Berufsstand der Ärzte hat den primären Anspruch auf die Definition von Krankheit und allem, was damit zusammenhängt, ungeachtet seiner Fähigkeit, damit erfolgreich umzugehen“ (S. 60).

Somatisierung ist ein Begriff, der früher auf diejenigen angewandt wurde, die Symptome ohne medizinisch erkennbare Ursachen aufzuzeigen. Seit DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)¹ ist nicht einmal mehr das Fehlen körperlicher Befunde nötig für die Vergabe der Diagnose, die jetzt lautet: „Symptome einer somatischen Funktionsstörung“ (somatic symptom disorder). Mit dieser Revision der Kategorie kann jemand eine Krankheit haben, die als körperlich gilt, die aber nach dem Ermessen eines „Experten für psychische Krankheiten“, der sich nach den vorherrschenden Kategorien richtet, zu viel Energie und Aufmerksamkeit erfordern würde, und über die man sich mit anderen auseinandersetzen müsste. DUMIT (2006) hat sich in seinem Artikel über Krankheiten „you have to fight to get“ („um die zu bekommen, musst du kämpfen“) mit der Diagnostik-Industrie angelegt: „Man muss Laborergebnisse haben, damit ein Leiden anerkannt wird: Man muss nach einer Norm leiden, um de facto zu leiden, oder man leidet gar nicht“ (S. 580).

Trotz physiologischer Befunde von Entzündungen (BELPOMME et al. 2015), Minderdurchblutung der Schläfenlappen nach Exposition mit Chemikalien (ORRIOLS et al. 2009), einer Veränderung in der Durchlässigkeit der Blut-Hirn-Schranke besonders bei EHS (JOHANSSON 2015) und anderer Befunde bleibt US marginalisiert und wird nur von Umweltmedizinern behandelt, die wiederum für ihre Tätigkeit von der medizinischen Mainstream-Wissenschaft an den Rand gedrängt werden.

Somatisierung als Etikett der Ursachenverschleierung

Acht Personen mit US begaben sich, nachdem sie psychologische „Evaluationen“ erduldet hatten, in mein Labor zu Forschungszwecken (GIBSON, BRYANT 2009). Vier der acht Einrichtungen für psychische Erkrankungen stellten den Klienten rein psychologische Diagnosen aus. Zwei sahen als Problem eine Mischung von sowohl psychischer als auch physiologischer Ursachen. Zwei stellten bei den Patienten eine chemische Sensibilität fest, und eine der beiden Instanzen diagnostizierte eine Depression infolge von CS. Die angewandten psychologischen Etiketten umfassten Somatisierung, wahnhafte Störung, Konversionsstörung (conversion disorder), kombinierte Persönlichkeitsstörung (mixed personality disorder),

Depression und Angstzustände (einige erhielten Mehrfachdiagnosen). Bei den meisten Fällen, einschließlich derjenigen, die vorher auf CS diagnostiziert wurden, wurde die chemische Intoleranz heruntergespielt und die Klienten erhielten psychologische statt physiologische Diagnosen.

Drei der acht Diagnosen wurden als Somatisierungsprobleme eingestuft. In diesen Fällen bezog sich die Somatisierungsklassifizierung

1. auf frühere Diagnosen der Klienten („bei ihr scheinen mögliche Somatisierungstendenzen in der Vergangenheit vorzuliegen“),
2. wurden die anerkannten physiologischen Symptome mit Angstzuständen verbunden („deutet auf eine Somatisierung seelischer Belastung hin“),
3. wurde vermutet, es handele sich um eine Konversionsreaktion kognitiver und seelischer Belastungen als Ergebnis von CS-Reaktionen („eine schwerwiegende Konversionsreaktion“).

Somatisierung hat ihre Wurzeln in der Freudschen Psychologie, denn Freud postulierte, dass manche Menschen eine somatisches Entgegenkommen (somatic compliance) besitzen, nämlich die Fähigkeit, psychische Konflikte durch den Körper zu manifestieren.

Ein Patient zum Beispiel verlangte eine Evaluation, um wieder arbeiten zu können. Er trug zum Arzttermin eine Maske, um in der Arztpraxis seine Reaktion auf toxische Stoffe zu minimieren. Obwohl der Vertrauensarzt bestätigte, dass bei ihm bereits früher eine chemische und elektrische Sensibilität diagnostiziert wurde, lautete die jetzige Diagnose nach Axis I² auf wahnhafte Störung, somatoforme Störung (somatoform disorder) und Konversionsstörung (conversion disorder). Weil der Patient glaubte, dass er unter chemischer und elektrischer Sensibilität leide, wurden ihm Wahnvorstellungen bescheinigt. Darüber hinaus hieß es, dass auf diesen Mann ein fiktives Leiden (also eine vorgetäuschte Krankheit) nicht zutrifft. Die Gesamtbewertung der funktionalen Punktzahl wurde zwischen 41 und 50 angesiedelt (auf einer Skala bis 100, mit 100 als höchster Zahl) und seine Prognose galt als schlecht. Demselben Klienten bescheinigte zwei Jahre später ein anderer Untersuchungsarzt wieder wahnhafte Störung und Konversionsstörung (conversion disorder). Aber weitere zwei Jahre später hieß es, dass keine Wahnvorstellung vorliege; die Diagnose somatoforme Störung wurde aber beibehalten. Ein Jahr später gab ein weiterer Gutachter die Diagnose „Wahnvorstellung“ wieder auf, behielt aber die Diagnose somatoforme Störung bei. Der Klient hatte bei allen Evaluationen seine Maske getragen. Schließlich meinte der letzte Gutachter: „Es besteht kaum eine Chance, dass sich seine Psychose nach so vielen Jahren verbessert“. Nach meiner eigenen Begutachtung ist dieser Mann hochqualifiziert, funktionsfähig und intelligent. Doch es reichte aus, dass er eine Maske trug und behauptete, sensibel auf Substanzen zu reagieren, die andere als normal betrachten, um ihn in die Reihe von Dysfunktionalen, ja Psychotikern zu verweisen.

Nur in einem der acht Fälle wurde als primäres Problem des Klienten festgestellt, dass er tatsächlich an einer umweltbedingten Intoleranz leidet. Da der Patient an einer akuten Augenirritation, an Symptomen von Depression und Angstzuständen litt und aufgrund toxischer Exposition am Arbeitsplatz arbeitslos wurde, suchte er einen Experten für psychische Krankheiten auf, um eine Behinderung festzustellen. In diesem Fall kam der Facharzt zum Ergebnis, dass seine Stimmungsschwankungen seiner chemischen Sensibilität unterzuordnen wären.

Diese Tendenz zur Somatisierung von CS besteht weiter, obwohl die direkten Auswirkungen von toxischen Substanzen auf die psychische Gesundheit ausreichend bekannt sind. So können z.B. Lösungsmittel Panikattacken auslösen (DAGER et al. 1987) und die physiologischen Spätschäden von Pestizid-Exposition haben eine große Auswirkung auf das Nervensystem bis hin zu Krampfständen (SHERMAN 1995), Parkinson-Krankheit (ALLEN, LEVY 2013) und verschiedene Arten von Krebserkrankungen (CAROZZA et al. 2008). Doch in all den Fällen, die ich untersuchte, wurden von den Gutachtern frühere Diagnosen von CS und eine organische Basis für die Krankheit meist außer Acht gelassen.

Psychologische Diagnosen sind Konstrukte, über die Konsens besteht, die sich aber mit der Entwicklung kulturellen und professionellen Denkens verändern. Ihnen fehlt Stabilität, da die DSM regelmäßig einer Revision unterzogen werden, je nach Laune derer, die in der American Psychiatric Association (Gesellschaft für Psychiatrie der USA) das Sagen haben. Personen, die auf eine der vier Persönlichkeitsstörungen hin diagnostiziert wurden (abhängig, histrionisch, schizoid und paranoid) fanden sich fast außerhalb der diagnostizierbaren Kategorien wieder, da das DSM-5-Komitee ursprünglich plante, die vier Begriffe zu streichen. Doch diese Pläne wurden in letzter Minute aufgegeben, sodass diese Krankheitsbezeichnungen weiterhin auf der Liste stehen. Trotz dieser dehnbaren Handhabung diagnostischer Kategorien von psychischen Erkrankungen werden diese Kategorien von vielen als unveränderbar betrachtet und helfen der Diagnostik-Industrie dabei, ihr Versagen nicht eingestehen zu müssen, Feedbacks nicht zu akzeptieren und sich selbst keiner Revision unterziehen zu müssen, um dem modernen Stand der Technologie-induzierten Krankheiten/Behinderungen zu entsprechen.

BARNES et al. (2005) gehen auf „Risiko-Debatten“ ein, die die Menschen dazu veranlassen, ihre Gesundheitsrisiken durch Diät, Bewegung und andere persönliche Verhaltensweisen zu minimieren, lassen jedoch sichtbare und weniger sichtbare Gefahren außer Acht, über die die Bürger und Bürgerinnen keine Kontrolle haben, wie Autoabgase, Pestizide im öffentlichen Raum und durch Verwehungen in der Landwirtschaft, Giftstoffe, die in der medizinischen Behandlung benutzt werden, etc. Sowohl ABBERLEY (1987) als auch THOMAS (2004) halten es für notwendig, dass die Mitverantwortung des industriellen Kapitalismus an Behinderungen hervorgehoben wird. Die Annahme, dass der menschliche Körper leicht mit der täglichen Dosis gewöhnlicher Gifte im häuslichen und beruflichen Umfeld fertigwerden könnte, ist ein Beispiel dafür, worauf sich JOHNSTONE (2001) bezieht, wenn er sagt: *„In einer kapitalistischen Gesellschaft sind der am Markt erzielte Profit und Reichtum das Hauptkriterium und die Ökonomie der Dienstleistung für Behinderte hängt vom fortgesetzten Wohlstand und der Besitzvermehrung der Mächtigen und Reichen ab. Behindertenrechte werden bestimmt von der kapitalistischen Ökonomie“* (S. 100).

Die Mainstream-Psychologie und Psychiatrie verbauten sich den Weg zu verstehen oder zu akzeptieren, dass Krankheit durch chemische Technologie verursacht werden kann, weil sie es unterließen, Forschung außerhalb ihres Gebietes (sogar Baconsche Forschung) zu integrieren und weil sie sich ganz den psychosomatischen Paradigmen, die in der Freudschen Psychologie wurzeln, verschrieben haben. Ja, sie sind in der Tat konservative Disziplinen, die dem Kapitalismus und Kolonialismus dienen. Wie können also die westlichen Gesundheitsparadigmen aus sich heraustreten und moderne Probleme mit anderen Augen sehen, wenn sie selbst in den westlichen Industriekomplex verstrickt sind?

Die Wachstumsideologen ignorieren ihre Opfer

Es ist wirtschaftlich nicht vernünftig, Krankheiten zu verursachen und viele Gruppen von Menschen auszusondern, was sich auf künftige Wirtschaften verheerend auswirken wird (z.B. Kinder mit niedrigem IQ, weil sie Blei ausgesetzt sind, extreme Behinderungen bei Veteranen des Golfkriegs, endlose Suche nach medizinischen Antworten auf chemische Intoleranz). NANDY (2010) hat jedoch gesagt: *„Die politische Ökonomie der Kolonisierung spielt natürlich eine wichtige Rolle, aber die Grobschlächtigkeit und der Irrsinn des Kolonialismus kommt hauptsächlich im Bereich der Psychologie zum Ausdruck“* (S. 2). Der kulturelle Zugang zu CS ist also mehr emotionaler als rationaler Natur und schließt mit Vorliebe diejenigen aus, die das technologische Wachstum zu behindern drohen.

Obwohl die Beschwerden, die bei Menschen mit US festgestellt wurden, nur ein Nebenprodukt einer gesellschaftsumfassenden Malaise sind, die übertriebenen Glauben an und Verbeugung vor Technologie und Industrie einbezieht, müssen technologische Stressfaktoren nicht nur von medizinischen Versorgungseinrichtungen, sondern auch von anderen ignoriert werden, um das kapitalistische Ziel grenzenlosen Wachstums zu erreichen. Natürlich ist weitgehend bekannt, dass dieses Ziel nicht erreicht werden kann, da es physisch für unsere Erde unmöglich wäre, den hohen Lebensstandard, den die meisten der „hochentwickelten“ Nationen genießen, aufrechtzuerhalten (MERCHANT 2005; MIES 1993; PORRITT, NADLER 1991). FISHER (2012) zitiert BERRYS (1977/1986) Behauptung, dass es das Ziel des Systems ist, Menschen von den „Quellen des Lebens“ zu trennen, diese Quellen Unternehmen zu geben, *„die sie uns dann mit höchstem Profit zurückverkaufen“* (S. 102). Doch die Transformation dieser „Quellen“ macht sie fast immer toxisch (pestizidverseuchte Nahrung, chemisch behandelte Kleidung, formaldehydbehandelte Sperrholzplatten), sodass Menschen mit CS sie nicht benutzen können.

Das Problem umweltbedingter Unverträglichkeiten stellt also eine Herausforderung dar, die die industrielle Kultur nicht bewältigen kann. Um die Genese von und die Stresssituation durch chemische und elektromagnetische Intoleranz wirklich verstehen zu können, bedarf es einer reflexiven Konstruktion des Kontextes, in dem unsere Systeme selbst eingebettet sind. Ob irgendwelche Systeme innerhalb von industriell-kapitalistischen Gesellschaften es wirklich mit den Folgen dieser „infrage gestellten“ Zustände auf sich nehmen können oder nicht, bleibt dahingestellt. Währenddessen brauchen Menschen mit CS bedeutend mehr medizinische Dienstleistungen als diejenigen, über deren Situationen man besser Bescheid weiß, obwohl die meisten, die diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sie als nicht hilfreich betrachten (GIBSON et al. 2003). Auch gibt es noch keine Heilmittel für das Golfkriegs-Syndrom, für Krankheitssymptome, die Menschen, die in der Nähe des Tatorts vom 11. September 2001 waren, aufweisen, oder für Krankheiten beim EPA-Personal, verursacht durch die Renovierung der EPA Waterside Mall (JOHNSON 2008).

MILLS (2013) zitiert NANDY (1983), der schreibt, dass nicht-westliche Völker so kolonisiert werden, dass westliche Wissenskategorien sogar ihre Kommunikation miteinander pervertieren. Die Psychiatrie würde das gerne auf Menschen mit US anwenden, doch die Graswurzel-Unterstützung hat ein starkes Paradigma bereitgestellt, in dem auf die Umwelt gehört und in Übereinstimmung mit dem eigenen Körper gehandelt wird. Menschen mit US haben diese Taktiken durchschaut und überlegen sich, welche Informationen sie den Behandlern, die wirkliche Diversität nicht verstehen können,

preisgeben wollen (GIBSON et al. 2016). Menschen wehren sich also gegen totale Kolonisierung, und eine neue Krankheitskategorie könnte schließlich aus diesem Phänomen hervorgehen und zur Hegemonie führen.

Die Leugnung äußerer Ursachen

Obwohl sich die Psychologie damit brüstet, Diversität zu integrieren, wirkliche Diversität zu verstehen, ist ein Verständnis indigener Lebensweisen nötig, die nicht technologiesüchtig sind. JENSEN (2004) sagte:

„Wenn wir andere nicht in ihrer Vielfalt wahrnehmen können, werden wir die Vielfalt, die wir nicht wahrnehmen können, zerstören“, im Interesse einer „monolithischen Kontrolle hin zur Produktion – die schließlich und endlich nichts weiter ist, als das Lebendige (Wälder) in Totes (Autos) [two-by-fours], das Lebendige (Berge) in Totes (Aluminiumdosen) zu verwandeln – hin zur Zerstörung all dessen, was anders ist. Mit anderen Worten, es führt zur Vernichtung des Lebens an sich“ (S. 419–420). Das ist alles möglich durch die Externalisierung und Verdinglichung der Natur (MERCHANT 2005), was im 16. Jahrhundert eine auf sich selbst bezogene Psychologie hervorbrachte (FISHER 2012), wobei Menschen aus ihren Beziehungen herausgerissen werden (GIBSON 1997). Die Konsequenz daraus verlangt, dass unsere technologische Umwelt nicht für persönliches Leiden verantwortlich sei und sein könne, weil sich die Psychologie nur mit dem befasst, was zwischen den Ohren vorgeht. Also hätten unsere eigenen Schwierigkeiten interne Ursachen – und so erhalten wir die Diagnose, die wir verdienen. Kein Wunder, wenn Menschen mit US berichten, dass ihr Kontakt mit Dienstleistern für psychische Erkrankungen äußerst negativ ist (GIBSON et al. 2016).

Menschen mit US sind eine ziemlich neue Gruppe (obwohl manche schon seit 30–40 Jahren krank sind), die vom vorherrschenden ökonomischen Handel als irrelevant abgetan wird. Wie viele Leben von Menschen werden industrielle Konglomerate noch vernichten, bevor das Prinzip Wachstum um jeden Preis infrage gestellt wird und, noch wichtiger, durch ein nachhaltiges Paradigma ersetzt wird? SHIVA (1989) dokumentiert ausführlich das Elend indigener Frauen, die von den ökonomischen „Plänen“ für Indien ausgeschlossen werden, weil ihre Arbeit Subsistenz-orientiert ist, keinen Mehrwert produziert und in den natürlichen Kreislauf eingebettet ist. Sie werden von den Wasser-/Umwelt-Managern, die Probleme in Teile zerlegen, als irrelevant betrachtet. Letztere sind unfähig, die Zusammenhänge zwischen Abholzung und Dürren, profitorientierter Landwirtschaft und Armut, Fischzucht und Wasserversalzung zu erkennen. Indische Frauen wissen, wie man Wasser ohne Chlor reinigt. Chlor, das unter heißem Wasser zu Chloroform oder zu einem anderen Trihalomethan wird, ist ein Paradebeispiel für einen schwerwiegenden, toxischen, industriellen Prozess, der einen gemeinschaftsorientierten, auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Prozess mit Füßen tritt. Wie die indischen Frauen werden Menschen mit US als unzuverlässige Informationsquellen betrachtet. Diejenigen, die auf die chemische Kultur empfindlich/mit Krankheiten reagieren und sich daher schmerzhaft der Konsequenzen bewusst sind, werden als geisteskrank bezeichnet, wie die indischen Bauern, die Selbstmord begehen, weil sie ihre Lebensgrundlage verloren haben.

Die westliche Wissenschaft hat die natürlichen Konsequenzen des Gebrauchs schwerer Chemikalien und unhaltbarer Praktiken ignoriert und die Lebensweisen der Menschen im Golf von Mexiko (BP) zerstört, ebenso wie die der Fischer in Alaska (Exxon Valdez), der Golfkriegsveteranen und zahlreicher Gemeinschaften ethnischer Minderheiten, die in Zonen der Schwerindustrie wohnen (BULLARD et al. 2007).

Menschen mit US müssen also Krankheiten ertragen, damit das gegenwärtige Wirtschaftsmodell weiterbesteht. Sie und andere Gruppen müssen einen Teil der Kosten unseres hochentwickelten technologischen, ressourcenausbeutenden Geschäftsmodells tragen, von dem ein kleiner Personenkreis profitiert. Die Diagnosen psychischer/geistiger Krankheiten halten diese Population in Schach, damit Beschwerden über toxische Substanzen nicht ernst genommen werden. Aber: „Wenn du so im Wahn befangen bist, dass du keine Bäume, keine Menschen, keinen lebendigen Planeten mehr siehst, sondern nur noch Dollarscheine, Arbeiter, Ressourcen – könntest du – anstatt weggesperrt – dafür reichlich belohnt werden, vielleicht mit einem Generaldirektorenposten eines Unternehmens“ (JENSEN 2004, S. 224). In seiner Konversation mit seinem Freund Richard Drinnon hört JENSEN (2004) heraus, dass wir diejenigen „zähmen“ müssen, die körperverbundener sind oder in engerem Kontakt mit der Natur leben. Menschen, die die Schäden begreifen, die ihnen Chemikalien zufügen, seien gefährlich nahe daran, die Grenzen zur Barbarei zu überschreiten und müssten daher gemanagt oder weggeschafft werden.

„Überflüssige“ Gruppen in den USA dürften u.a. Veteranen sein, die medizinische Hilfe brauchen, Menschen mit US, Kleinbauern, Minderheiten, Behinderte, Alte, Menschen ohne Ausweispapiere, Arme. Wenn man die Zahlen in jeder dieser Gruppen zusammenrechnet, wie viele bleiben dann übrig, die wirklich unverzichtbar sind? Das Wirtschaftssystem des Kapitals arbeitet nur für eine kleine, vorübergehende Elite. Einige halten sich am Rande fest, viele stürzen ab, und einige werden total zerstört. Wenn Probleme einmal zugegeben werden, werden naturzerstörende „Lösungen“ vorgeschlagen, worauf Shiva und andere verweisen. MANDER (1991) zeigt mehrere lächerliche Beispiele von auf Technik fixierten „Lösungen“ auf, z. B. die Meere mit Polystyrenpartikel zu übersäen, um das Sonnenlicht zu reflektieren, umweltverschmutzende Sulfurdioxide aus Jumboflugzeugen zu versprühen, um Sonnenlicht zu blockieren, Ozonkugeln in die Stratosphäre zu schießen, um Ozonlöcher zu korrigieren. Noch mehr Beweise, dass wir nichts gelernt haben, liefern die Vorschläge für zahlreiche „natürliche“ Gasleitungen in den USA, um Gas nach Japan zu exportieren, das durch die Atomschmelze in Fukushima unter Energiemangel leidet, und für eine Industrialisierung Indiens, die dem Land aus Unternehmerkreisen aufgezwungen wird.

Das Nichtlebendige wird zum Normalzustand

Welche Rolle kann die Ökopsychologie dabei spielen, ausgegrenzten und kolonisierten Menschen (und der Natur) Aufmerksamkeit zu schenken? FISHER (2009) warnt, dass ohne eine „kritische Gesellschaftstheorie“ die Bemühungen der Ökopsychologie unterentwickelt bleiben und in Richtung Psychologismus abgleiten (S. 63), was in der Art und Weise, wie die Psychologie diejenigen mit US behandelt, zum Ausdruck kommt. Vor einigen Jahren hielt ich einen Vortrag auf einer holistischen Gesundheitsmesse mit Hilfe meines Hundes Fred, einem Dalmatinermischling. Ich wies darauf hin, dass Hunde wie Fred überall in US-Tierheimen in großer Zahl eingeschlafert werden, während wir gleichzeitig zur Unterhaltung Dalmatiner-Filme ansehen, gern Dalmatiner als ausgestopfte Tiere, als Statuen, auf Kalendern und Plakaten bewundern – alles lebloser Ersatz für das Lebendige. Obwohl ein Dalmatiner-Kalender auf den ersten Blick nicht für KAHNS, RUCKERTS und HASBACHS (2012) These eines pervertierten Ersatzes für Naturverbundenheit herhalten mag, verleitet er uns doch dazu, die eigentliche Perversion zu ignorieren, die im weit verbreiteten Töten der eigentlichen leiblichen

Substanz liegt. Mit unserer Fokussierung auf den Kalender und nicht auf das Lebendige „ist unsere kollektive Brille Objekt-fixiert und auf den nächsten Punkt gerichtet“ (SEWALL 2012, S. 269), so dass unsere Fähigkeit, unsere Sinne auf das Natürliche zu richten und es zu erfahren, verkümmert (SEWALL 2012). Es ist also Teil der Perversion einer Beziehung mit dieser Form von Natur (KAHN et al. 2012). Das Unwirkliche kann uns nie ganz befriedigen. Dabei wächst eine neue Generation mit einem starken Fokus auf das Unwirkliche heran.

Meine Studierenden sagen mir, dass ihre jüngeren Geschwister sich ärgern, wenn sie gezwungen werden, draußen zu spielen. Ohne ein frühzeitiges Training, mit der Wirklichkeit zu interagieren, droht eine generationenübergreifende Amnesie jeden Versuch zu nichte zu machen, die Art und Weise zu verbessern, wie wir der Natur (KAHN 2011; KAHN, HASBACH 2012) oder dem „Anderen“ begegnen, die beide durch unsere Vernachlässigung eine andere Form angenommen haben, und wie wir all das, was natürlich ist, wiederbeleben. SHEPARD (1998) sagte, dass das Kind, weil es nicht mehr die ersten 8–10 Lebensjahre in der Natur verbringt, was in indigenen Kulturen üblich ist, sondern in einer „fabrizierten Umwelt“, schließlich das „Nichtlebendige für den normalen Zustand der Dinge hält“ (S. 102), ja vielleicht meint, dass alles Leben aus Maschinen besteht oder dass Menschen die einzigen Lebewesen sind. Wenn die Welt nicht als etwas Lebendiges mit dem Kind kommuniziert, bleibt nur noch die Wahl zwischen „dem Zuschauenden oder dem Ausbeuter“.

Ich glaube nicht, dass die Konzepte der chemischen und elektrischen Hypersensibilität unabhängig vom Abdriften der jüngeren Generation hin zur Akzeptanz unwirklicher Umwelten irgendwie behandelt werden können. Ob wir dieses Abdriften aufhalten können, ist fraglich; auch wenn KAHN (2011) meint, dass wir unsere Kinder stärker in die Natur einbinden müssen, ihnen helfen müssen zu verstehen, dass das, was sie sehen, eine degenerierte Version der Welt ist. Ich meinerseits werde versuchen, dies meinen Studierenden beizubringen. Selbst Personen mit CS berichten manchmal, dass sie mit Umweltproblemen vor ihrer Erkrankung nichts am Hut hatten. Das bloße Vorhandensein von US könnte als Antriebskraft Menschen, die sich ursprünglich des miserablen Zustandes ihres Umfelds nicht bewusst waren, dazu bringen, dass sie sich von der Welt gehörig am Kragen gepackt und sich aufgerüttelt fühlen. Einmal aufgerüttelt, bedrohen sie die „künstliche Welt“ (SHEPARD 1998) und werden ihrerseits dabei an den Rand gedrängt.

Anmerkung der Autorin

Teile dieses Aufsatzes wurden auf der vom 30.09. – 02.10.2009 stattgefundenen Southwest Conference on Disability (Tagung über Behinderungen) in Albuquerque, New Mexico, vorgetragen.

Ich danke Peter Kahn und zwei Kollegen für die Durchsicht und ihr hilfreiches Feedback zu diesem Artikel.

Autorin:

Pamela Reed Gibson
James Madison University
Department of Psychology
MSC 7704 91 E.

Literatur

- Abberley P (1987): The concept of apression and the development of a social theory of disability. *Disability, Handicap and Society*, 2, 5–20.
- Allen MT, Levy LS (2013): Parkinson's disease and pesticide exposure – a new assessment. *Critical Reviews in Toxicology*, 43, 515–534.
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barnes C, Mercer G, Shakespeare T (2005): *Exploring disability: A sociological introduction*. Maldon, MA: Polity Press.
- Belpomme D, Campagnac C, Irigaray P (2015): Reliable disease biomarkers characterizing and identifying electrohypersensitivity and multiple chemical sensitivity as two etiopathogenic aspects of a unique pathological disorder. *Reviews on Environmental Health*, 30, 251–271.
- Berg ND, Linnegarg A, Dirksen A, Elberling J (2008): Prevalence of self-reported symptoms and consequences related to inhalation of airborne chemicals in a Danish population. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81, 881–887.
- Bullard RD, Mohai P, Saha R, Wright B (2007, March): *Toxic wastes and race at twenty 1987–2007. A report prepared for the United Church of Christ Justice & Witness Ministries*. Cleveland, OH: United Church of Christ.
- Caress S, Steinemann A (2003): A review of a two-phase population study of multiple chemical sensitivities. *Environmental Health Perspectives*, 111, 1490–1497.
- Carozza SE, Li B, Elgethun K, Whitworth R (2008): Risk of childhood cancers associated with residence in agriculturally intense areas in the United States. *Environmental Health Perspectives*, 116, 559–565.
- Chalquist C (2009): Ecotherapy research and a psychology of homecoming. In L Buzzell & C Chalquist (Eds.), *Ecotherapy: Healing with nature in mind* (pp. 69–82). San Francisco, CA: Sierra Club Books.
- Dager SR, Holland JP, Cowley DS, Dunner DL (1987): Panic disorder precipitated by exposure to organic solvents in the work place. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1056–1058.
- Dumit J (2006): Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, 11 emergent illnesses. *Social Science & Medicine*, 62, 577–590.
- Fisher A (2009): Ecopsychology as radical praxis. In L Buzzell & C Chalquist (Eds.), *Ecotherapy: Healing with nature in mind* (pp. 60–68). San Francisco, CA: Sierra Club Books.
- Fisher A (2012): What is ecopsychology? A radical view. In PH Kahn Jr. & P H Hasbach (Eds.), *Ecopsychology: Science, totems, and the technological species* (pp. 79–114). Cambridge, MA: MIT Press.
- Gaynor MJ, Cogan J (2015, January): The town without wi-fi. Retrieved from <http://www.washingtonian.com/articles/people/the-town-without-wi-fi>
- Gibson PR (1997): Multiple chemical sensitivity, culture and delegitimization: A feminist analysis. *Feminism & Psychology*, 7, 475–493.
- Gibson PR (2010): Of the world but not in it: Barriers to community access and education for persons with environmental sensitivities. *Health Care for Women International*, 31, 3–16.
- Gibson PR (2015): Surviving with environmental sensitivities in the long emergency. *Ecopsychology*, 7, 224–230.
- Gibson PR, Bryant J M (2009, September 30–October 2): Psychological reports and chemical intolerance: Evaluation or "delegitimization?" Paper delivered at the Southwest Conference on Disability, Albuquerque, NM.
- Gibson PR, Cheavens J, Warren ML (1996): Multiple chemical sensitivity/environmental illness and life disruption. *Women & Therapy*, 19, 63–79.
- Gibson PR, Elms ANM, Ruding LA (2003): Perceived treatment efficacy for conventional and alternative therapies reported by persons with multiple chemical sensitivity. *Environmental Health Perspectives*, 111, 1498–1504.
- Gibson PR, Leaf B, Komisarck V (2016): Unmet medical care needs in persons with multiple chemical sensitivity: A grounded theory of contested illness. *Journal of Nursing, Education, and Practice*, 6, 75–83.
- Gibson PR, Lockaby S D, Bryant J M (2016): Experiences of persons with multiple chemical sensitivity with mental health providers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 163–172.
- Gibson PR, Sledd L G, McEnroe W H, Vos A P (2011): Isolation and lack of access in multiple chemical sensitivity: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 13, 232–237.
- Gibson PR, Vogel V M (2009): Sickness related dysfunction in persons with self-reported multiple chemical sensitivity at four levels of severity. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 72–81.
- Hausteiner C, Bornschein S, Hansen J, Zilker T, Förstl H (2005): Self-reported chemical sensitivity in Germany: A population-based survey. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 208, 271–278.
- Hudson D, Miller K, Briggs J (1995, November): The tiny victims of desert storm. *Time*, 46–62.
- Jensen D (2004): *The culture of make believe*. White River Junction, VT: Chelsea Green Publishing Company.
- Johansson A, Bramerson A, Millqvist E, Nordin S, Bende M (2005): Prevalence and risk factors for self-reported odour intolerance: The Skövde populationbased study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 559–564.
- Johansson O (2015): Electrohypersensitivity: A functional impairment due to an inaccessible environment. *Reviews of Environmental Health*, 30, 311–321.
- Johnson A (2008): *Amputated lives*. Brunswick ME: Cumberland Press.
- Johnson A, Starzman R (2000): *Gulf War syndrome: Aftermath of a toxic battlefield* [Motion picture]. Brunswick, ME: Alison Johnson/Richard Startzman.
- Johnstone D (2001): *An introduction to disability studies* (2nd ed.). London: 12 Routledge.
- Kahn PH Jr. (2011): *Technological nature: Adaptation and the future of human life*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kahn PH Jr., Hasbach PH (2011): The rewilding of the human species. In Kahn PH Jr., Hasbach PH (Eds.), *The rediscovery of the wild* (pp. 207–232). Cambridge, MA: MIT Press.
- Kahn PH Jr., Hasbach PH (2012): Afterword. In Kahn PH Jr., Hasbach PH (Eds.), *Ecopsychology: Science, totems, and the technological species* (pp. 79–114). Cambridge, MA: MIT Press.
- Kahn PH Jr., Ruckert J, Hasbach PH (2012): A nature language. In Kahn PH Jr., Hasbach PH (Eds.), *Ecopsychology: Science, totems, and the technological species* (pp. 309–321). Cambridge, MA: MIT Press.
- Mander J (1991): *In the absence of the sacred: The failure of technology & the survival of the Indian nations*. San Francisco, CA: Sierra Club Books.
- Merchant C (2005): *Radical ecology: The search for a livable world* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Mies M (1993): The myth of catching up development. In Mies M, Shiva V (Eds.), *Ecofeminism*. Atlantic Highlands, NJ: Zed Books.
- Mills C (2013): *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. New York: Routledge.
- Morrison AL (2009): Embodying sentience. In L Buzzell & C Chalquist (Eds.), *Ecotherapy: Healing with nature in mind* (pp. 104–110). San Francisco, CA: Sierra Club Books.
- Nandy A (1983): *The intimate enemy: Loss and recovery of self under colonialism*. New Delhi: Oxford University Press.
- Nandy A (2010): *The intimate enemy: Loss and recovery of self under colonialism* (2nd ed.). New Delhi: Oxford University Press.
- Orriols R, Costa R, Cuberas G, Jacas C, Castell J, Sunyer J (2009): Brain dysfunction in multiple chemical sensitivity. *Journal of the Neurological Sciences*, 287, 72–78.
- Porritt J, Nadler E (1991): *Captain Eco and the fate of the earth*. New York: Dorling Kindersley, Inc.
- Sewall L (2012): Beauty and the brain. In Kahn PH Jr., Hasbach PH (Eds.), *Ecopsychology: Science, totems, and the technological species* (pp. 265–284). Cambridge, MA: MIT Press.
- Shepard P (1998): *Nature and madness*. Athens, GA: The University of Georgia Press.
- Sherman J (1995): Organophosphate pesticides—neurological and respiratory toxicity. *Toxicology and Industrial Health*, 11, 33–36.
- Shiva V (1989): *Staying alive: Women ecology and development*. London: Zed Books.
- Thomas C (2004): Developing the social relational model of disability: A theoretical agenda. In Barnes C, Mercer G (Eds.), *Implementing the social model of disability: Theory and research* (pp. 32–47). Leeds, UK: The Disability Press.

Fußnoten

- 1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Klassifikationssysteme in der Psychiatrie. Das DSM wird seit 1952 von der American Psychiatric Association (APA; deutsch: amerikanische psychiatrische Gesellschaft) in den USA herausgegeben. Das DSM-5 wurde am 18. Mai 2013 veröffentlicht und löst die vierte Auflage (DSM-IV von 1994) ab.
- 2 Axis ist die oberste Ebene des DSM-Systems der Diagnose. Es beschreibt akute Symptome, die Behandlung benötigen; Axis-I-Diagnosen umfassen depressive Episoden, schizophrene Episoden, Panikattacken.