

Christian Scharfetter

Vom Lebensleid zu psychischen Krankheiten



Verlag Wissenschaft & Praxis



Vom Lebensleid zu psychischen Krankheiten

Auf den Spuren der „Assoziation“ von Syndromen
zu psychischen Krankheiten (Nosopoiesis) und
ihrer „Dissoziation“ in multiple „Störungstypen“

von

Christian Scharfetter

Verlag Wissenschaft & Praxis



Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89673-510-2

© Verlag Wissenschaft & Praxis
Dr. Brauner GmbH 2009
D-75447 Sternenfels, Nußbaumweg 6
Tel. +49 7045 930093 Fax +49 7045 930094

Alle Rechte vorbehalten

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

*Du suchtest die schwerste Last:
da fandest du dich –,
du wirfst dich nicht ab von dir ...*

F. Nietzsche, 1888
Dionysos Dithyramben,
Zwischen Raubvögeln, Z. 22-24



„I was' allowed to be like this“

Übersicht

- I. Der Weg des Abendlandes vom Mythos zu Philosophie und Wissenschaft
- II. Auf den Spuren „assoziativer“ Nosopoiesis und der „Dissoziation“ in Störungs-Typen
- III. Das Dissoziationsmodell und die Schizophrenien
- IV. Der Weg der Psychiatrie von monistischen Ideologien zu einer integralen Heilkunde

Inhalt

Vorwort	9
Anmerkungen für den Leser	15
Vom Mythos zu Philosophie und Wissenschaft	
Von Mythos, Magie, Religiophilosophie zu Wissenschaften und Philosophie	22
Eine Seele, ein Bewusstsein, ein Ich	24
Psyche – Subjekt – Bewusstsein	31
Trennung von Religion, Philosophie und Wissenschaft	36
Skeptische Untersuchung des Wissens	41
Denken – Fragen – Gestaltung der „Welt“	44
Sprache	45
Forschen, Entdecken, Erfinden, Interpretieren	47
Ethik	50
Philosophie ist unumgänglich	57
Störungstypen	
Leiden, Grenzsituationen, Beschwerden	66
Normalität des Leidens und hedonistischer Wellnesswahn	66
Vom Leiden zu Beschwerdebewusstsein und Heilungssuche	74
Schamanen und andere Heiler	79
Kulturgeschichte der Ursachen-Vorstellungen	81
Prädisposition, Vulnerabilität, Psychasthenie	85
Symptome und Syndrome, Diagnosen	106
Die Komplexität der Syndrome	110
Die Syndrome Depression, Manie, Schizophrenie	111
Die implizierten Normen im Diagnostizieren	139
Die Aera der Krankheitskonstruktionen (Nosopoiese)	142

Das Dissoziationsmodell und die Schizophrenien	
Anthropologische Vorannahmen	156
Wurzeln der Assoziationspsychologie	158
Assoziationspsychologie und Psychopathologie	162
Die Wurzeln des Schizophrenie-Konzepts von Eugen Bleuler	170
Gestörte Assoziationen in Bleulers Schizophrenie-Deutung	173
Verdrängung und Wiederaufleben des Dissoziationsmodells	181
Die Pathologie des Ich/Selbst	183
Schizophrene Syndrome – Dissoziative Identitäts-Störung	190
Grenzen des Denkmodells Assoziation/Dissoziation	194
Der Weg der Psychiatrie zu einer integralen Heilkunde	203
Literatur	225
Sach-Index	241



40 Maiden

Vorwort

Psychiatrie versteht sich als Heilkunde für „seelisches“ Leiden bestimmter Art (Qualität) und Intensität (Quantität) und für die damit verbundenen Beeinträchtigungen der Lebenstüchtigkeit (Funktionseinbussen).

Allein schon in diesem Satz sind viele Vorannahmen anthropologischer Art zu erkennen: es gäbe eine Seele, immateriell als „Substanz“ anderer Art als der Körper (wie viele Umkreisungen dieses Themas brachte die Geschichte hervor!), vielleicht gar unabhängig vom Körper, vielleicht ein Zwischenglied zwischen Materie (Körper) und Geist – oder selbst Teil des lebendigen Leibes und Teil einer „Geistwelt“. Diese Seele könne erkranken und der Heilkunde bedürfen. Solches Kranksein könne nach Qualität und Quantität charakterisiert, gar gemessen werden etc.

Als Wissenschaft differenziert Psychiatrie die Leidensformen in Syndrome, gruppiert sie in Diagnosen (das sind Typen, keine Krankheitskategorien) und sucht nach deren Ursachen (Ätiologie) und den Entwicklungsbedingungen (Pathogenese). In der Psychiatrie sind Diagnosen noch immer keine Bezeichnungen für Krankheitseinheiten (Morbusmodell). Eine Krankheitseinheit ist nach dem medizinischen Modell eine Einheit von Erscheinungsbild im Entstehen (Prodromen), im Vollbild (Querschnitt), Längsschnitt (Verlauf) und Ausgang mit gemeinsamer Ursache (Kausalbedingungen in komplexer Interaktion) und Therapieansprechbarkeit. Das ist aber bei den meisten psychiatrischen Krankheitsbildern nicht gegeben¹, besonders nicht bei den so genannten „endogenen“, idiopathischen (genauer: kryptogenen) Psychosen mit der Bezeichnung Affektkrankheiten und Schizophrenien.

Statt auf Krankheiten (morbus) im strikten Sinn muss sich die

¹ auch bei vielen Körperkrankheiten nicht

Psychiatrie in Praxis und Forschung auf Syndrome höherer Ordnung, das sind Diagnosen-Gruppen, beschränken.

Die Leiden und die Dysfunktionalität von Menschen, die bestimmten Diagnosen zugeordnet werden, entsprechen durchaus Kranksein (illness), d.h. subjektiver Beeinträchtigung und objektivierbarer Funktionseinbussen. Beides erweckt – in kultureller Abhängigkeit – Beschwerdebewusstsein, Krankheitsgefühl und Heilungssuche bei den kurativen Funktionsträgern der entsprechenden Gesellschaft.

Die Doppelbedeutung des Wortes „Krankheit“, einmal im vorwissenschaftlichen Sinn von Beschwerden und Leistungsverlust (suffering, impairment), dann im wissenschaftlichen medizinischen Sinn als phänomenal-kausale Entität ist oft nicht genügend bewusst.

Das 20. Jahrhundert hat in der International Classification of Diseases (ICD) der World Health Organisation und in dem Diagnostic and Statistical Manual (DSM) der American Psychiatric Association eine (weitgehend konforme) Einteilung von „Störungsbildern“, das sind Syndrome höherer Ordnung, mit einer Entscheidungs- und Sprachregelung entwickelt. Damit ist eine internationale Verständigung für Praxis und Forschung (Reliabilität) erleichtert.

Aber: es sind diagnostische Gruppen, keine Krankheitseinheiten im strikten Sinn (s.o.), die da aufgelistet sind.

Bei schwerem Versagen in der Lebensbewältigung (Dysfunktionalität, Verlust der Selbststeuerung, des Realitätsbezuges) und/oder schwerem subjektivem Leiden ohne erkennbaren „äusseren“ Anlass in der Lebenskonstellation ist die Einschätzung „krank“ mit den sozialen Folgen von Entlastung von Schuld, Scham, Leistungsverpflichtung, Heilungsangeboten, Versorgung einfach.

Von den schweren „Fällen“ bis zu den leichten geht eine „Verdünnungsreihe“ (dimensionales Konzept) bis in das allen Menschen in unter-

schiedlichem Grad gemeinsame des Schweren, Belastenden, des Unglücks und des Ungenügens im Leben (Lebensleid).

Die Grenze ist nicht deutlich, weil das Schwere, die Not, die Krankheit, die Grenzsituationen bewusst zu erleben sehr von der Persönlichkeit und von der Kultur abhängt. Es gibt Charaktere und Kulturen der Abhärtung, die „hart im Nehmen“, standhaft, zäh im Durchhalten sind, und es gibt empfindliche, verletzbare, kränkbare, selbstmitleidige, rigid-zerbrechliche, die schon bei nicht allzu schweren Lebensbedingungen „die Flinte ins Korn werfen“, sich aufgeben, um Entlastung und Hilfe appellieren – und dazwischen alle Übergangsformen.

Wann, bei welchem Grad von Leiden, krankheitswertiger Seelenschmerz (Psychalgie) und Ängste die Alltagsfunktion beeinträchtigen, ist „subjektiv“, das heisst liegt am Subjekt, dem/der Erlebende(n).

Bei übermässiger Erregung mit Aggression in Wort und Tat, Zerstörungswut und bei lebensinadäquater Hochstimmung bis zum „Bodenverlust“ und „Höhenschwindel“ (Manie) sind die Einschätzungen weniger problematisch als beim Leiden. Ähnlich sind bei „unrealistischen“ Ängsten und situations-, objekt- unangemessenen Befürchtungen die Krankheitsbewertungen einfach.

Die Geschichte der Entwicklung der medizinischen Heilkunde (s. Freidson 1970) folgte der Naturwissenschaft; erst spät konnte die Heilkunde sich von Magie und Religion emanzipieren. Spuren dieser sind immer noch da in paramedizinischen Heilsubkulturen, in Exorzismus und im Grenzgebiet von Psychotherapie und Seelsorge. Erst spät im 18. und 19. Jahrhundert spezialisierten sich einige Ärzte für psychische Krankheiten: es entstand eine ärztliche Seelenheilkunde (Foucault 1973). Je nach der Anthropologie war die Seele als leibunabhängig und wegen ihrer göttlichen Abkunft als immun gegen Krankheiten angesehen, das Leiden als Folge von Sünde aufgefasst –