

Vom Lebensleid zu den Affektkrankheiten¹

■ C. Scharfetter

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Summary

Scharfetter C. [From dumb suffering to affective disorders.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2009; 160:176–81.

The cultural history of the process of constructing psychic disorders explores the antecedent anthropological concepts of the psyche, mind field, consciousness. The cultural dichotomy of soma and psyche, the idea of one psyche equivalent to conscious mind led to its compartmentalisation into cognition and emotions, both in a broad sense. This division prepared the construction of cognitive and emotional (“affective”) disorders.

The transition from dumb, speechless and unreflected suffering to recognising oneself and being acknowledged by one's social group as patient and as such legitimised to consult a healer (shaman or other curative person) must be seen in a long-lasting process from shamanic-magic medicine to the nowadays prevailing models of diagnosis and treatment. The deficiency model (“something” lacking in psyche and/or brain) or the search for external reasons (biographical ones, psychotraumatology) are kept through history.

The depressive syndrome serves to illustrate polar attitudes of patient and therapist towards the ill subjective state: objectivation, reification of an ego-dystonic alien event against subjectivation, egofication as an ego-syntonic state of one's character. These attitudes determine the reaction between acceptance, adaptation and fight, suppression, extinction of evil by material or psychological or “spiritual” means.

Keywords: history of psychiatric nosology; dumb suffering; affective disorders

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. em. C. Scharfetter
Psychiatrische Universitätsklinik
Postfach 1931
CH-8032 Zürich
e-mail: christian.scharfetter@bluewin.ch

Von der Schönheit kritischen Fragens

Die stete Frage nach den Vorannahmen, die einem Konzept vom Menschen, seiner Psyche, seinem Bewusstsein in Gesundheit und Krankheit den Weg bereiten, ist eine spannende Spurensuche in der Kulturhistorik der Realitätskonstruktionen. Viele Antezedenzen bestimmen implizit und unreflektiert das in einer Epoche dominierende Denken in vermeintlichen Gewissheiten. Kritisches Herausfiltern der Erfahrungen und ihres Zusammenhanges mit dem Verhalten ist Aufgabe der Phänomenologie. Der Konstruktivismus lehrte uns den Bildungsprozess von «Realität» (auch in der Gestalt von «Phänomenen») aus der Interaktion von Angetroffenem (auch das als ein bereits Konstituiertes) und der Gestaltung dieses durch das Bewusstsein des Beobachters, welches selbst durch biographische, situative und kulturelle Vorbedingungen bestimmt ist. Analytische Sprachphilosophie regte die Vorsicht in Wortwahl und Sprachgestaltung in der Beschreibung und der kohärenzschaffenden Ausarbeitung in Bericht, Erzählung (narrativer Gestaltungsprozess) an. Wissenschafts-Philosophie durchleuchtet die Prozesse des «Sehens» im Beobachten, in der zufälligen (spontanen) sowohl wie der konstellierten Beobachtung (Experiment, Interview, Rating), und den Schlussfolgerungen, die daraus abgeleitet werden zur Bestätigung (Konfirmation, Validierung) oder Ablehnung (Falsifikation) der eigenen Konzepte (Hypothesen, Theorien). Der Forscher ist an «sein» Theoriengebäude als an sein Menschen- und Weltbild gebunden, das ihm aus vielfach unerhellten Vorbedingungen persönlicher, fachlicher, epochal-kultureller Art eher erwachsen ist als Stein für Stein sorgfältig überlegt gebaut.

Deshalb kann er «seine» Sicht des Menschen, der Seele, des Bewusstseins, der Krankheiten usw. meist auch selbst nicht genügend kritisch durchleuchten. Dazu ist die kritische Analyse der De-

¹ Vortrag am 15. Januar 2009 am Symposium «Affektive Erkrankungen im Spannungsfeld von Natur- und Geisteswissenschaften» der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

konstruktion (von Nietzsche bis Derrida) angetreten: Welche Ziegel aus welchem Material dienen als Bausteine welchen konzeptuellen Gebäudes? Wurde vom Forscher etwas ge- oder erfunden? Waren Kraepelins und in der Zustimmung und Namensgebung Bleulers Gestalten der Affektpsychosen und der Schizophrenien Entdeckungen scheinbar «natürlicher», realer Entitäten (wie diese Autoren und eine ganze Epoche von Adepten meinten) oder nicht vielmehr Erfindungen aus kulturhistorisch zu erhellenden Bedingungen? Wie weit tragen diese Konstrukte als viable (gangbare, taugliche) in der Forschung und klinischen Praxis? Wie weit halten sie im geschichtlichen Wandlungsprozess durch?

Vom stummen Leiden zu Krankheitsbewusstsein

Für unser menschlich begrenztes Erkennen leidet der Grossteil der Lebewesen stumm. Es bedarf einer Öffnung des Bewusstseins und Erhöhung empathischer Sensibilität («Sechster Sinn», «Drittes Auge»), um das Sterben von Pflanzen, das Fallen gerodeter Bäume, das Verenden der Tiere in der Wildbahn oder im Schlachthaus im Mitleiden (*compassio, sympathia*, im Buddhismus *karuna*), im eigenen mitwesenhaft verbundenen Bewusstsein gewahr zu werden. Auch der Mensch leidet vielfach stumm, sprachlos, ohne Bewusstheit, ohne Reflexion, ohne intentionale Kommunikation. Das gilt nicht nur für pränatale und früh postnatale Lebensabschnitte. Es gilt wieder im Altersabbau (dementielle Prozesse). Es gilt für schwer «geistig» behinderte Menschen jeden Alters und für manche psychisch Kranke, die ihr Leiden nicht in sprachlichem Ausdruck mitteilen können. Die Unmöglichkeit menschlich verständlicher Mitteilung darf nicht zur Annahme «leidlos» verleiten.

Schamanische Heiler

Wann und wie in der biologischen und kulturellen Evolution die Bewusstheit «ich bin leidend, bedarf der Hilfe, suche nach Heilung» dämmert und später klar da ist, wissen wir nicht. Die Anthropologie, Ethnomedizin, Medizinpsychologie, Medizinsoziologie geben Hinweise, dass schon in frühen Kulturepochen weltweit magische Funktionsträger mit besonderen Fähigkeiten der Bewusstseinssteuerung sich den hilfeschuchenden Menschen ihrer Sozietät zur Verfügung stellen mussten, dass die Sozietät sich solche Heilergestalten schuf: Die Schamanen sind die zum Diagnostizieren und The-

rapieren erwählten, berufenen und geschulten Helfer. Schamanen haben in ihrer Gruppe vielfältige Aufgaben auch ausser dem Heilen von Krankheiten. Wo eine Gesellschaft mehrere Schamanen hervorbringt, sind diese von unterschiedlicher magischer Potenz und oft auch spezialisiert für verschiedene Übel. Manche beherrschen neben der heilsamen weisen Magie auch die schwarze Magie.

Für unsere Überlegungen ist herauszuheben: Dass es Schamanen gibt und dass Hilfeschuchende sich an sie wenden, das setzt das Bewusstsein voraus: ich leide, bin hilflos, funktioniere nicht mehr, wie ich es zur Lebensbewältigung bräuchte, bin krank – und wende mich an einen kurativen Funktionsträger (health-seeking process). Die Einnahme der Krankenrolle erlaubt Entlastung von Aufgaben, Verantwortung, Scham, Schuld und erlaubt, ja verpflichtet zu Hilfeschuchen und Kooperation im Heilungsprozess (compliance).²

Der Schamane ist als Therapeut Träger einer bestimmten kulturinhärenten Anthropologie, auf der seine Diagnose, seine Ätiologie-Deutung und die daraus abgeleitete Heilbehandlung beruhen. Die Anthropologie der schamanischen Kulturstufe kennt keine dualistische Trennung von Körper (Materie) und Geistwesen (spirits, Teilseelen). Deshalb ist dort auch die Materialisation zum Beispiel eines Krankheitsgeistes (eine Transsubstantiation) durchaus geläufig. Leib und Umgebung sind nicht scharf getrennt in «innen» und «ausser», Intrusion und Extraktion fluktuierend. Es gibt viele «Seelen», Organseelen (z.B. Knochenseele), Teilseelen verschiedener Lokalisation. Es gibt gute, hilfreiche, schützende Geister und böse, schädigende, krankmachende. Krankheitsgeister, geschickt vom Herrn (von der Herrin) der Krankheiten, können in den Patienten eindringen. Diese Intrusion wird möglich durch eine Schwächung des Menschen: durch Schreck (*susto*, Schock), durch moralisch-ethische Verfehlung (Tabubruch), durch schwarze Magie von Feinden. In solchen Ätiologieannahmen sind die Vorläufer heutiger «aufgeklärter» westlicher Krankheits-Deutungen zu erkennen: religiöse (Strafe für Sünde), transpersonale, spirituelle (Krise, Aufruf zum Aufbruch), soziale Vorkommnisse (Streit, Ausstossung, Einsamkeit), psychologische (Trauma, Konflikte, Streit, Versäumnisse).

2 Wer diesen Normen nicht folgt, manifestiert «abnormal illness behaviour», das bis zur Manipulation von Krankheiten (Münchhausen-Syndrom, factitious disorder) und Sabotage von Heilung gehen kann – und selbst Ausdruck «gestörter» Einstellungen und Reaktionen einer Persönlichkeit ist.

Die somatische Ätiologie ist nicht ausgeschlossen: Mangelernährung, Kälte, Verletzung, Menstruation, Geburt und Wochenbett sind zum Beispiel als Gefährdungen erkannt, die das Eindringen von Krankheitsgeistern erleichtern. Gefährdete Lebensabschnitte sind daher auch besonders durch Tabu-Vorschriften geschützt.

Die zwei häufigsten Krankheits-Deutungen sind die Invasion von Krankheits-Geistern und der Seelenraub, die Entführung von Teil-Seelen. Die Therapie zielt im ersten Fall darauf, durch Beschwörung (Exorzismus) den Krankheits-Geist zu vertreiben, ihn durch Opfergaben zu besänftigen und zum Rückzug zu bewegen (Versöhnung, Busse). Bei Seelenraub geht der Schamane im besonderen Bewusstseinszustand auf die Reise, um die verlorene Seele zu suchen und zurückzubringen.

Die Diagnostik und Therapie sind magisch-spirituell. Somatische und psychische Krankheiten sind nicht unterschieden.

Mythische Anthropologie: Polypsychismus und Externalisation

Ähnlich wie in der schamanischen Kultur sind auch auf frühen mythischen Kulturstufen noch Vielseelenvorstellungen und in unserem Sinne psychische Vorgänge extern verursacht. Beispiele dafür findet man bei Homer: Stimmungen, Gefühle, Gedanken «sitzen» in verschiedenen Regionen des Leibes und werden «gemacht» von Göttern, Göttinnen, gutgesinnten, feindlichen, eifersüchtigen, neidischen.

In vielen Sprachen ist noch ein Abbild dieser Externalisierung von in unserem Sinne innerpsychischen Vorgängen zu finden: Es heisst nicht «ich bin traurig, wütend» o. ä., sondern «der, die, das macht mich wütend», oder gar im Passiv: «ich werde wütend gemacht ... werde besänftigt». Es ist noch keine klare Egoifikation und Interiorisation im Individuum geschehen – der Schritt der okzidentalen Kultur. Die okzidentale Kultur entwickelte diese zugespitzte Abgrenzung und Einkapselung. Spät erst setzte die Systemtheorie der wechselseitigen Vernetzung von Einzelwesen und Umgebung eine Korrektur dieser Vorstellungen: Der gesamte psychophysische Organismus (Körper, Gehirn, psychologische Entwicklung) steht von pränatalen Lebensabschnitten bis ins Erwachsenenalter im steten mutuellen Bezug.

Voraussetzungen zur Konstruktion von Affekt-Krankheiten als einer Untergruppe der psychischen Krankheiten

Die kulturellen Muster, den Menschen zu sehen, die «aufgeklärten» Vorstellungen der Anthropologie, sind:

1. Die Dichotomie Materie–Geist, Körper–Seele;
2. die Ablösung der Vielseelen-Lehre (Polypsychismus) durch die Einseelen-Lehre (Monopsychismus), (in Parallele von der Entwicklung vom Polytheismus zum Monotheismus);
3. die Seele als Bewusstsein aufzufassen: als den der Klarheit und Vernunft fähigen Teil der bewussten Person, des selbstreflexiven Subjektes;
4. die Aufteilung (Kompartimentalisation) des Bewusstseins in Funktions-Bereiche: Kognition, Emotion, Affekt, Antrieb, Trieb – mit der Idee einer einheitlichen, selbst-bewussten ich-identischen Person.

Vom Polypsychismus zum Monopsychismus

Die Kulturstufe des Schamanismus und der verwandten mythischen Kultur (als Beispiel Homer) nahm, wie erwähnt, viele Seelen, «Geister», Teil-Seelen an, keine scharfe Trennung Soma – Psyche, keine scharfe Grenze Innen – Aussen. Erleben und Verhalten des Menschen sind stark aussen-gesteuert durch supernaturale, divine Einflüsse (Götter, Geister). Aus der heutigen okzidentalen Kulturstufe gesehen, ist der Mensch der früheren Kulturen «Externaliser», das heisst, erlebt sich eingewoben in ein energetisches Beziehungsnetz, während der «Internaliser» sich selbst die Autorschaft und kontrollierende Beherrschung seines «Innenlebens» und seiner Reaktionen auf die «Aussenwelt» zuschreibt.

Die Helden Homers repräsentieren die Vorstufen der Psyche in verschiedener Lokalisation: Denken im Zwerchfell, Wut in den Eingeweiden, Liebe, Sehnsucht, Begehren im Herzen, in den Eingeweiden. Raserei, Wut, Trübsinn, Trauer, Wahnsinn ist «von aussen» gesteuert.

Im Abendland, beginnend mit dem antiken Griechenland, führt die allmähliche Gleichsetzung von Gott = Zeus = Logos zur Herausbildung der Einseelen-Lehre (Monopsychismus) bei Platon (*Timaios*). Es wird eine dominierende, lenkende (Gleichnis vom Wagenlenker) Seele mit der Funktion Denken (Logistikón) mit Sitz im Kopf angenommen. Diese Seele stammt aus dem Ideenreich, ist unsterblich, verlässt den Körper im Tod und kann reinkarnieren.

Die Reste der älteren Aufgliederung in mehrere Seelen sind bei Platon noch erkennbar im Epithymetikón (der begehrenden «Seele», Triebe) im Unterleib und im Thymoeides (der zielstrebigen «Seele», Willen, Intention) in der Brust.

Aristoteles fasst die Psyche (anima) als *eine* mit drei Vermögen, Funktionsbereichen: vegetative (Wachstum, Vermehrung), animalische (Thymikón, Emotion, Affekt, Gefühl u. ä.) und Denk-Funktion (Logismón).

Damit war die Einseelen-Lehre im Abendland geschaffen. Die unsterbliche göttliche Seele Platons geht in die Vorstellung der christlichen Tradition ein. Noch im 19. Jahrhundert gab es Annahmen, die gottgegebene Seele könne nicht erkranken.

Die geschichtliche Wende der Seelen-Bewusstseins-Vorstellungen brachte der englische Empirismus (Locke, Hume). Die *eine* Psyche, mind, Bewusstsein mit Selbst-Bewusstsein wurde nach dem Modell der Chemie als aus Elementen assoziiert abgeleitet. Die Psyche galt als Kompositum assoziierter «sensations, perceptions». Dieses Konzept wurde durch progrediente Zunahme von Funktionen erweitert: Emotionen, Affekte als eigener Bereich, aber auch als die synthetische Kraft, Wahrnehmung, Erkennen, Wissen, Logik des Denkens, Verstand, Vernunft, Selbst-Ich-Bewusstsein. Die Assoziationspsychologie wurde durch Herbart (1824) bekannt und im 19. Jahrhundert sehr einflussreich – bis in die Krankheits-Deutungen von Pierre Janet (Persönlichkeits-Spaltung, -Verdoppelung) und das Konzept der Zerfalls-Psychosen, denen Bleuler den Namen Schizophrenie gab.

Die vielen Funktionen der Psyche, des Bewusstseins, wurden verschieden gruppiert, meist triadisch:

- *Kognitionen* (Wahrnehmung, Erkennen, Erinnern, Denken),
- *Emotionen, Affekte* (Gefühl, Gemüt, Stimmung, Antrieb, Trieb),
- *Ich-Selbst-Bewusstsein*.

Diese Drei-Teilung ist der Ausgangspunkt für die verschiedenen Krankheitsgruppierungen (System der Syndrome), die in Kraepelins System ihren Abschluss fanden, ehe sie im 20. Jahrhundert in viele Störungs-Typen (ICD, DSM) gegliedert wurden:

- *Kognitive Störungen*: Bewusstseins-Störungen, Intelligenz-Störungen (angeborene, erworbene, Demenzen), Halluzination, Wahn.
- *Affekt-Krankheiten* (emotional disorder): Depression, Angst, Wut, Erregung (Agitation), Manie als Syndrome.
- *Ich-Selbst-Pathologien*: bestimmte Persönlichkeits-Störungen, Dissoziative Identitäts-Störungen

und andere Dissoziative Störungen, Schizophrenien.

Dieser Drei-Teilung korrespondierten die Lokalisations-Annahmen: Kognition in Grosshirnrinde und Stirnhirn, Emotion im limbischen System, Ich/Selbst in der integrativen Interkonnektivität des gesamten Grosshirns mit hierarchischer Leitung im Stirnhirn.

Auch die Kausalmodelle blieben der Dreizahl treu: somatisch (zerebral, hereditär), psychologisch (verschiedene Schulen, auch Tiefenpsychologie und spirituelle Dimension), sozio-kulturell.

Die künstliche konzeptuelle Trennung der Funktionsbereiche

Die Aufspaltung der Psyche, aufgefasst als Bewusstseinsfeld mit unterschiedlichen Helligkeiten von klarem Wach-Bewusstsein bis zum Unbewussten, ist als erste orientierende Ordnung einleuchtend. Die Psychologie studierte als Kognitionspsychologie eifrig Wahrnehmung, Gedächtnis, Intelligenz, Lernen und fand dabei immer wieder, wie einflussreich dabei Emotionen sind. Es blieb wenig beachtet oder gewichtet, dass Emotionen mit Kognitionen, besonders Bewertung als positiv/negativ, gut/ungut, angenehm/misslich etc., verbunden sind. Erst Beck hat die kognitive Triade der Depression (negative Sicht auf Selbst, Welt, Zukunft) in der Folge der Kognitionspsychologie aufgegriffen. Die Frage, ob Kognitionen negative Affekte induzieren oder umgekehrt, konnte in pragmatischer Orientierung offenbleiben. Die Emotionspsychologie ist experimentell weniger zugänglich als die Kognitionspsychologie. Aber gerade die moderne Neuropsychologie und Neurobiologie brachte die Funktionen Kognition und Affektivität einander näher: wie sehr kognitive Leistungen von der emotional-psychosozialen Situation abhängen, wie sehr das biographische Gedächtnis stimmungsabhängig ist etc. Wie viel «Affektives» «ist» in vielem Kognitivem? Es blieb und bleibt unklar, was Affekte und Emotionen «sind», wie sie zu definieren und zu differenzieren sind: Pathémata, Thymikón, affectus, emotio, Stimmung, Gefühle, Mut, Unmut, Ängste, Befindlichkeit einschliesslich Leib-Befinden, Antrieb, Schwung, Trieb. Der Bewusstseinsbereich Ich/Selbst darf nicht zu sehr separiert von Kognition und Emotion vorgestellt werden. Affektives, Stimmungen, Gestimmtheiten begleitet alle (auch scheinbar neutrale) Ich/Selbst-Zustände. Es blieb wenig beachtet, dass Emotionen Ich-Zustände sind (mit eigenen kognitiven und mnestischen Selbstbild-Charakteristika). Emotionen sind Ich-

Zustände, Selbsterfahrung, auch leibliche (Zoenästhesie), hat als Gestimmtheit Anteil an Kognition und Emotion. Affekt-Emotions-Störungen erfassen immer mehr als die Konstrukte Emotion, Affekt: Sie ergreifen, verändern den ganzen Menschen als psycho-physische Einheit. Auch Intentionalität, Gerichtetheit, ist kognitiv und affektiv zugleich: gerichtet auf Selbst und Welt, ihre Aspekte.

Die Psychopathologie der «Affekt-Störungen» zeigt ja, dass die Abtrennung von «Gemütskrankheiten» nur eine oberflächliche Orientierung von begrenzter Tauglichkeit ist. Depressionen, Angstkrankheiten, Dysphorien, Manien sind in einem umfassenderen Sinn als personale Veränderungen zu studieren.

Das Ich/Selbst als personales Zentrum ist in den verschiedenen Emotions-Zuständen eigens zu studieren. Bleibt es kohärent? In welchem Grad treten Inkohärenz, Stockungen, Desintegration, Dissoziation auf (z.B. in manischen Syndromen)? Wie ist das Selbstbewusstsein, besonders die Selbsteinschätzung, der Grundpersönlichkeit? Hält das Ich/Selbst in den verschiedenen Lebenssituationen in flexibler Stabilität, aber kohärent durch – oder gibt es da Brüche, Sprünge, Wechsel der dominanten Charakteristika, die auf eine uneinheitliche, vielleicht gar Dissoziationsgefährdete Person schliessen lassen? Sind Entrückungen aus dem wachen Alltagsbewusstsein, Absorptionen, Trance, gar Ekstase nachzuweisen? Ist der Mensch ein «Internaliser», der in sich selbst die Veränderung sucht, oder ein «Externaliser», der aussenabhängig sein Eigenes in der Umwelt «erlebt»?

Das artifizielle Abstractum «Affekt-Krankheiten»

Die Abtrennung des Bereiches Emotionen, Affekte bereitete den Weg zur Konstruktion «Affekt-Krankheiten», von Kraepelin als «Manisch-depressives Irresein» zur Entität gefasst – gestaltet im Kontrast Depression zu Manie einerseits, beider zu Dementia praecox/Schizophrenie andererseits. Die Stilisierung der Affekt-Krankheiten im Kontrast zur Dementia praecox/Schizophrenie verkürzte die Sicht auf die affektiven Komponenten bei dieser Syndrom-Gruppe auf Athymie und Parathymie.

Es wird in dieser Sicht deutlich: Affekt-Krankheiten sind artifizielle Konstrukte, Erfindungen, nicht Entdeckungen (im naturalistischen Missverständnis). Diese sind erst möglich geworden aus konzeptuellen Antezedenzen in der Kulturgeschichte des Abendlandes: die Trennung von

Körper-Materie und Seele-Geist. Die konzeptuelle Fassung einer Seele, später gleichgesetzt mit Bewusstsein. Waches Bewusstsein induziert die Vorstellung eines unterwachen, des Schlaf- und Traum-Bewusstseins. Klares Bewusstsein hebt sich vom unklaren, wenig deutlichen Bewusstsein, vom Unbewussten ab. Die Dreigliederung der Psyche in Kognition, Emotion, Ich-Selbst-Bewusstsein spurt in die Krankheitskonstruktion ein. Wie die Glieder einer Kette reihen sich Vorannahmen zu Vorstellungen, zu Konzepten, Anschauungen, Entwürfen, die bei einer gewissen Tauglichkeit für Übersicht und Handeln und unter der Autorität der Erfinder leicht als «Wissen» von «natürlichen Realitäten» genommen werden.

Der Aufsplitterung der übergrossen Krankheitsgruppe von Kraepelin in zahlreiche Störungstypen ist hier nicht weiter nachzugehen. Vielmehr soll hier ein Blick auf den «Umgang» mit einem Typus «Affektstörung», der Depression gerichtet werden.

Umgang mit, Einstellung zu, Reaktionen auf Affektkrankheiten

Die «Depression» bleibt hier als Beispiel auszuarbeiten. Nach solchen Versuchen sollten auch andere «Affekt-Syndrome» studiert werden, besonders die Manie, die das Persönlichkeitsgefüge tiefer verändert als «die Depression», worauf schon Griesinger 1845 hingewiesen hat. Die manische Erregung und Ich-Inflation kann ja bis zum temporären Kohärenzverlust der Person gehen. Angstsyndrome sind bei kohärenzschwachen Persönlichkeiten («Psychasthenikern») stark destabilisierend bis desintegrations-dissoziationsgefährdend.

Objektivierung versus Subjektivierung

Die Stichworte zur Untersuchung der Depression (ein ätiologisch und phänomenologisch uneinheitliches Syndrom) sind Reifizierung vs. Egoifizierung, Objektivierung vs. Subjektivierung, Haben vs. Sein.

Reifizieren, Objektivierung heisst, die Depression zu einer «Sache», einem nicht-ichhaften Objekt machen, die den Patienten befällt, von unerhelltem Inneren («endogen») oder von aussen («exogen», reaktiv) eindringt. Solche Depression «gehört» nicht zum Selbst, affiziert aber das Selbst, sie wird dem Nicht-Ich zugeschrieben. So wird sie vom Selbstbereich, dem ichhaften Eigenbereich ausgegliedert, wird distanziert.

Auf der Subjektstufe findet das sprachlichen Ausdruck: «ich habe eine Depression», «etwas hat mich befallen» (vgl. die Invasion von Krankheits-Geistern in der schamanischen Interpretation). Oder das Subjekt klagt: «mir fehlt etwas», das Defizit-Modell erinnert an die mythische Deutung als Teil-Seelen-Raub.

Der objektivierend, distanzierenden Reifikation steht gegenüber: die *Subjektivierung, Egoifizierung, Identifikation*: mein Depressiv-Sein, «ich bin depressiv». Das Stimmungs-, Antriebs-, Vitalitäts-Tief, mein Depressivsein ist ein Aspekt meiner personalen Identität: Ich erfahre mich als depressiv herabgestimmt, verzweifelt, gehetzt.

Reaktionen auf das depressive Kranksein

Je nach Schwere und Akuität, Bekanntheit (Vertrautheit) oder Fremdheit sind die Reaktionen verschieden. Unmittelbare Reaktionen sind Erschütterung, Schreck, Schock, Selbst-Verunsicherung, Angst, Misstrauen, Argwohn (über die Motive anderer). Dem folgen Rückzug bis zum Extrem der Flucht, des Sich-Absperrens, des Stupors und Mutismus oder Hilfe-Suchen, Appell, Klammern, Klagen, Jammern, Schreien, unter Umständen bis zur Erschöpfung. Kranksein kann sehr einsam machen (auch in der Betreuungssituation).

Weitere Reaktionen können sein: Wut, Auflehnung, Empörung, Widerstand gegen die Krankheit, die als Selbst-Kränkung genommen wird. Die distanzierende Objektivation erlaubt den Kampf gegen die Krankheit, diese ich-fremde, ja ich-feindliche Sache, konzeptuell «eingekleidet» in schwarzmagische Einwirkung, Folge von Sünde, Versäumnis, Konflikt, Neglect – oder physikalistisch als biochemische, hirnelektrische Entgleisung in verschiedene «Affektzentren».

Mittelbare Reaktionen können Eifersucht und Neid gegenüber Gesunden sein, Spiegel fundamentaler Persönlichkeitscharakteristika des Haben-, Behalten-Wollens, nicht Geben-, Teilen-Könnens, der Fixation auf das Ego. Griesinger (1845) sprach vom krankhaften In-sich-Sein des Depressiven.

In schweren und langdauernden Depressionen droht Resignation, Demoralisierung, Selbstaufgabe. Manchmal kann selbst in den Plagen des Depressiv-Seins ein Gewinn in der Krankenrolle vermutet werden: die Entlastung vor sich selbst und vor den Anderen von Schuld, Scham, Verantwortung, Verpflichtung.

Das Kranksein annehmen kann zur Resignation führen oder zur Adaption. Im ersten Fall heisst das: Sich fallen lassen, sich selbst aufgeben, die Flinte ins Korn werfen, sich der Krankheit unterwerfen. Im Fall der Adaptation heisst das: Sich einrichten mit der Krankheit und das Mögliche weiter leisten.

Da Kranksein unausweichlich immer eine Weise des Selbstseins ist, stellen sich Fragen: Kann der Kampf gegen die Krankheit zum Kampf gegen sich selbst werden? Oder «dient» der Kampf gegen die Krankheit durch die Fixierung der Lebensaktivität auf dieses Ziel der Flucht vor sich selbst? Kann Kranksein (verschiedener Art) Ausdruck des Nicht-sich-selbst-sein-Wollens, des Anders-sein-Wollens, der Nonakzeptanz des eigenen Selbst sein (in Anorexie z.B.)?

Hier ist doch auf einen schöneren Aspekt von Kranksein (über Depressiv-Sein hinaus), von den Austragungsweisen von Krankheit hinzuweisen. Novalis hat ihn so formuliert: «Krankheiten, besonders langwierige, sind Lehrjahre der Lebenskunst und der Gemütsbildung.»

Die Krankseins-Erfahrung kann einen Weg zur Reifung einspüren: zum Wachstum zu Bescheidenheit, Selbstrelativierung des Ich-Anspruches, Echtheit des eigenen Selbstseins, Annahme des eigenen Geschicks, Ausdauer im Durchhalten und im Weiterschreiten auf dem je eigenen Lebensweg, Fortsetzung dessen, was möglich ist und was das Selbstsein fordert – und darin Sinn erfahren.

Kranksein, Leiden, im Buddhismus *duhkha*, als Ausgang für die progrediente Ich-Relativierung in der Hinordnung des Bewusstseins auf das Individuums-überschreitende gemeinsame Alleine – die spirituelle Orientierung. Diese ist echt, wenn sie lebenswirksam mit Mitgefühl, Mitleid, Mitfreude, Gelassenheit in die Erfüllung der Alltagspflichten wirkt, schlicht ohne Ekstase, Visionen, Offenbarungen, ohne Dogma.

Literatur

Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: von Aschaffenburg G, Herausgeber. Handbuch der Psychiatrie. B. Spezieller Teil, 4. Abt., 1. Hälfte. Leipzig: Franz Deuticke; 1911.

Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig: Wreden; 1845.

Herbart JF. Lehrbuch der Psychologie [1816]. Psychologie als Wissenschaft [1824]. In: Kehrbach K, Herausgeber. Sämtliche Werke. Langensalza: Beyer; 1891.

Kraepelin E. Psychiatrie. 8. Auflage. Leipzig: Barth; 1909.

Novalis' Schriften. Herausgegeben von Kluckhorn P, Samuel R. Bd. 3. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1968. S. 686.