

# „WEN DIE GÖTTER ZERSTÖREN WOLLEN, DEN MACHEN SIE ZUERST VERRÜCKT“<sup>1</sup>

## Existentielle Folgen psychischer Erkrankungen

KLAUDIA GENNEMANN

Krankheit, als schwer zu definierender Begriff, wird oft im Gegensatz zur Gesundheit verstanden. Als unscharfes und ganzheitliches Phänomen bedarf es zu Beginn einer detaillierteren Betrachtung zur Einordnung leichter, schwerer und chronischer Erkrankungen und ihrer existentiellen Folgen. Nach einer Beschreibung der psychophysischen und sozialen Aspekte von Erkrankung werden dann die Besonderheiten psychischer Erkrankung herausgearbeitet und in ihren existentiellen Folgen und Entwicklungen in den Blick genommen.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Diagnose, Gesellschaft, Krankheit - Gesundheit, Norm, Psychophysikum, Psychische Störung, Stigmatisierung

“WHOM THE GODS WOULD DESTROY, THEY FIRST MAKE MAD” (EURIPIDES) – EXISTENTIAL CONSEQUENCES OF MENTAL ILLNESSES

Illness, as a difficult to define concept, is often understood in contrast to health. In order to look at this blurred and integral phenomenon it requires a detailed view on mild, severe and chronic illnesses and their existential consequences. Following a description of the psychosomatic and social aspects of illnesses, the special qualities of mental illness are elaborated and seen in the light of their existential consequences and developments.

**KEYWORDS:** diagnosis, society, illness - health, norm, psychosomatics, mental illness, stigmatization

### KRANKHEIT ALS UNSCHARFES EXISTENTIELLES PHÄNOMEN

#### Wann ist der Mensch krank?

Krankheiten brechen über das Leben herein. Sie entwickeln sich im Stillen und bleiben zunächst oft unerkannt. Sie können genetisch veranlagt, durch nicht wahrnehmbare Viren und Bakterien übertragen oder durch andere schädigende Umwelteinflüsse verursacht werden. Insofern muten viele Erkrankungen unheimlich und unfassbar an. Diese Aspekte werden auch in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen Krankheit und im speziellen psychischer Krankheit immer wieder deutlich. Es gibt keine klare Definition des Krankheitsbegriffes. Aus medizinischer Sicht gilt jemand als krank, wenn er die Kriterien bestimmter Krankheitsbilder erfüllt, die über spezifische Symptome oder Syndrome definiert werden. Auch die individuelle Befindlichkeit des Betroffenen, der sich krank fühlt, kann hier Anlass zur Diagnosestellung sein, die den Betroffenen schließlich als krank definiert. Im Übrigen wird Krankheit meist in Abgrenzung zum Gesundheitsbegriff verstanden. So weisen Danzer und Rattner darauf hin, dass Krankheit der „defiziente Modus“ von Gesundheit ist und „nur vom Gesundsein her [ ] als Einschränkung der menschlichen Möglichkeiten und Entfaltungen verstanden werden“ kann (Danzer, Rattner 1999, 105). Des Weiteren zitieren Danzer und Rattner den Philosophen Friedrich Nietzsche, der „in vielen seiner Schriften darauf hinwies, daß Gesundheit <<überwundene Krankheit>> sei und das wir Menschen immer nur Grade von gesund und krank, nie aber deren Reinform erleben“ (ebd., 8). Dieser Blick auf das Phänomen „Krankheit“ macht gleichzeitig deutlich, dass wir es hier nicht mit einem stabilen Zustand zu tun haben,

sondern mit einem Prozess, einer Dynamik. Dies impliziert in existentieller Hinsicht, dass wir Krankheit oder Gesundheit nicht haben, sondern dass diese sich jeden Tag unseres Lebens neu formiert und daher unvorhersehbare Überraschungen bereithalten kann. Wir können feststellen, dass wir auf die Frage, ob jemand als krank oder als gesund einzustufen ist, keine eindeutige Antwort erhalten. Es gibt immer individuelle und gesellschaftliche Bewertungsspielräume, die Anlass zur Diskussion geben können. Dies erklärt dann auch den Versuch, die Frage im Streitfall über Expertengutachten zu entscheiden. Diese finden wir beispielsweise häufig im Bereich der Pflege und der Psychiatrie, wenn es um die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen geht.

Aus existenzanalytischer Sicht geht es bei der Definition von krank oder gesund vor allem um die Frage, inwieweit sich die Person durch eine Erkrankung in der Gestaltung ihres Lebens beeinträchtigt erlebt und inwieweit sie aus dem eigenverantwortlichen Lebensvollzug herausfällt. In diesem Verständnis sind Gesundheit und Krankheit „Bausteine und Mittel, aber nicht eigentliches Ziel sinnvoller Existenz“ (Längle 2013,19). So können die existentiellen Folgen einer Erkrankung unabhängig von der medizinisch festgestellten Schwere der Erkrankung unterschiedlich ausfallen. Ein durch eine schwere Diagnose betroffener Mensch kann durch die Annahme dieser Diagnose und durch den verantwortungsvollen und gestaltenden Umgang mit der Situation aus existenzanalytischer Sicht diese Phase seines Lebens sehr sinnvoll ver- und erleben, und er gilt dann in Bezug auf dieses Verhalten und Erleben als recht gesund.

#### Krankheit als ganzheitliches Phänomen

Die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsor-

<sup>1</sup> Nach Euripides

ganisation (WHO) weist auf ein weiteres Kennzeichen des Phänomens Krankheit hin. Nach ihr ist Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Hier wird deutlich, dass sich Krankheit nicht allein an körperlichen und psychischen, sondern auch an sozialen Bedingungen festmachen lässt. Will man sich also dem ganzheitlichen Phänomen Krankheit und seinen existentiellen Folgen zuwenden, umschließt dies die Betrachtung körperlicher, psychischer und sozialer Auswirkungen im Falle einer Erkrankung. Diese lassen sich zwar nur bedingt trennen, da physiologische, psychische und soziale Funktionen, Haltungen und Erlebnisse Wechselwirkungen zeitigen, die nicht vollständig durchschaubar sind. Es ist jedoch möglich, die psychophysischen und die sozialen Aspekte getrennt zu betrachten, indem man dem existenzanalytischen Blick auf die personale Situation folgend, den Innen- und Außenbezug der Person in den Blick nimmt. Dann stellen die psychophysischen Aspekte einen Teil der Innenwelt und die sozialen Aspekte einen Teil der Außenwelt dar, mit denen die Person konfrontiert ist. Die Person steht im existenzanalytischen Verständnis „gleichsam mit einem Bein in seiner ‚Innenwelt‘ und mit dem anderen in der es umgebenden ‚Außenwelt‘. Als Person hat das Ich stets Anteil an beiden ‚Welten‘.“ (Längle 2013, 47) Somit leuchtet es auch ein, dass ein existentiell bedeutsames Phänomen wie Gesundheit und Krankheit in beiden „Welten“ und aus beiden „Welten“ heraus Wirkungen zeitigt.

## Der psychophysische Aspekt von Krankheit

Der psychophysische Aspekt ist konkret mit den Bedingungen des Individuums verbunden. Körper und Psyche stehen in enger Wechselwirkung und werden im Falle einer Erkrankung immer gemeinsam berührt. „Beide Dimensionen zusammen bilden die psychosomatische Einheit des Menschen“ (Längle 2008, 67), so dass wir davon ausgehen können, dass jedes Krankheitsbild durch körperliche und psychische Symptome gekennzeichnet ist. So sind bspw. „Depressionen und Ängste [ ] häufige, aber oft unerkannt und somit unbehandelt bleibende Begleiterkrankungen von chronischen körperlichen Krankheiten“ (Vögele 2008, XI). Gleichzeitig finden wir psychische- und Verhaltensstörungen, die durch zerebrale Verletzungen o.ä. hervorgerufen werden oder die in ihrem Ausdruck körperliche Folgeerscheinungen zeitigen. Eine scharfe Trennung von körperlichen und psychischen Erkrankungen in Bezug auf ihre Folgewirkungen und Symptome ist bei Betrachtung des Gesamtphänomens nicht möglich. Beide beeinflussen einander permanent gegenseitig, bilden die Innenwelt des Individuums ab und nehmen Einfluss auf das Erleben und die Entwicklung von Krankheit und Gesundheit. In dieser Verbindung von Körper und Psyche kann auch eine Verbindung mit der Außenwelt hergestellt werden, denn „jeder von uns ist zugleich ein physischer Körper, der im ‚Außen‘ lebt, und ein psychischer Körper, der zum ‚Inneren‘ dieses Wesens gehört“ (Marzano 2013, 12). Diese Formulierung macht bereits einen wesentlichen Unterschied von psychischer und körperlicher Erkrankung deutlich, denn der Mensch ist in

der Lage, zu seinem Körper eine objektivierende Haltung einzunehmen. Er kann „ihn von außen betrachten und so zu ihm ‚auf Distanz gehen‘“ (ebd., 11). Aus dieser Betrachtung heraus wird Krankheit dann als störender Körper wahrgenommen. Der Körper „als Objekt der äußeren Welt stört [ ] uns, wenn er nicht funktioniert, wie wir uns das vorstellen, wenn er versagt, wenn er uns mit seinen Bedürfnissen konfrontiert“ (ebd., 27). Gleichzeitig wird uns jedoch auch bewusst, dass es in dieser Störung um mehr geht, dass wir als Mensch an diesen Körper gebunden bleiben, denn es „geht [ ] hier um das Sein in der Potenzialität, das nur im physischen, lebendigen Körper erweckt werden kann ...“ (ebd., 20). Bei psychischen Erkrankungen gelingt diese teilweise Distanzierung nicht in der Form, „denn die Seele ist gleichzeitig Ursprung des Denkens und Ursprung der Willenskraft“ (ebd., 17). Somit sind die psychischen Funktionen, die die Distanzierung bewirken stärker durch die psychische Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen und erschweren dadurch den Schritt der Selbstdistanzierung.

Schauen wir auf weitere existentielle Auswirkungen psychophysischer Aspekte von Erkrankung, können wir stufenweise Unterschiede zwischen leichten, schweren und chronischen Erkrankungen erkennen. Bei leichten Erkrankungen dominiert ein kurzfristig eingeschränktes Vitalitätserleben auf beiden Ebenen. Körperliche Energielosigkeit und leichte psychische Funktionsstörungen (Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen etc.) beeinträchtigen die Alltagsroutinen. So kommt es gelegentlich zu kurzen Auszeiten, zu notwendigen Erholungsphasen. Häufig werden diese Einschränkungen jedoch unter dem Einfluss des Unwohlseins und in dem Vertrauen auf schnelle, vollständige Genesung als notwendige Zwischenphase akzeptiert, in der Zuversicht, das Versäumte später nachzuholen. Es stellen sich demnach keine langfristigen Veränderungen und Beeinträchtigungen ein, so dass eine existentielle Folge von leichten Erkrankungen wohl darin liegt, darauf zu verweisen, welche Verantwortung das Individuum im alltäglichen Lebensverlauf meist unreflektiert trägt, womit wir in das Randgebiet zu den sozialen Aspekten kommen. Darüber hinaus beruht ein existentielles Phänomen von Erkrankung dementsprechend darin, dass der Erkrankte sich in besonderem Maße bewusst wird, wie kostbar Gesundheit ist. Denn ähnlich wie bei anderen existentiellen Phänomenen spiegelt Krankheit als Rückseite der Medaille gleichzeitig das Phänomen Gesundheit.

Schwere, möglicherweise lebensbedrohliche Erkrankungen führen die Betroffenen deutlicher an körperliche und psychische Grenzen und fordern sie heraus. Sie stellen kritische Lebensereignisse dar, die akut an die Endlichkeit des eigenen Lebens erinnern und die Fragilität des Lebens deutlich werden lassen. Häufig bewirken solch schwere Einschnitte nicht nur eine Auszeit vom Alltag, sondern verändern langfristig und meist auch nachhaltig den Blick auf das eigene Leben. Die im Laufe der Genesung wieder erlangte Gesundheit bleibt beeindruckt von der erfahrenen Zerbrechlichkeit und kehrt oft nicht in die vormals geglaubte, vermeintliche Robustheit zurück. „Die Krankheit rehabilitiert die Notwendigkeit einer engen Beziehung zum Körper, denn nun können wir uns nicht mehr der Illusion hingeben, dass wir auch unabhängig von ihm sein könnten.“ (Marzano 2013, 57) Somit steht das Individuum nach der Genesung weiterhin in dem Erlebten. Auch

Manfred Lütz weist darauf hin, dass an den Grenzen unserer Existenz, das heißt auch an den Gebrochenheiten und Abbrüchen, in der Abwesenheit von Heil, die Sehnsucht nach Heil und die Ahnung des Heils umso intensiver zu spüren sind.“ (Lütz 2013, 216) In dieser Ausführung wird deutlich, dass die existentiellen, über die Heilung hinausgehenden Auswirkungen in der Grenzerfahrung beeindruckend sind. Der Heilsbegriff umfasst in seiner Bedeutung den ganzheitlichen Aspekt der Suche des Menschen nach Erfüllung und Erlösung oder im Franklschen Wortgebrauch nach Sinn. Somit lösen schwere Erkrankungen häufig eben nicht nur die Suche nach medizinischen Behandlungsmöglichkeiten aus, sondern implizieren gleichzeitig eine Suche nach neuer Lebensorientierung. So werden auch hier soziale Aspekte mit angesprochen. Dieser Nachgang schwerer Erkrankung, möglicherweise in Verbindung mit bleibenden körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, entspricht in Teilen den eher langfristigen Folgen chronischer Erkrankungen.

Bei chronischen Erkrankungen geht der zunächst akut erlebte Einschnitt, den die Erkrankung darstellt, in eine dauerhafte Beeinträchtigung über. Die Bedrohung durch die Erkrankung bleibt ein steter Begleiter der betroffenen Person. Sie ist gefordert, die Erkrankung mit all ihren Konsequenzen in das eigene Leben zu integrieren. Hierzu braucht es eine weitreichende Akzeptanz um, neben den oben beschriebenen akuten Reaktionen, wesentlich lebensverändernde Entwicklungen zu vollziehen und somit die alltagsrelevanten und existentiellen Folgen der Erkrankung dauerhaft anzunehmen. Es kann in vielen Fällen chronischer Erkrankung zu Beeinträchtigungen kommen, die große Veränderungen der Lebenslaufperspektiven mit sich bringen. Die „Normalisierung“ des Lebens bleibt in gewisser Weise aus, denn das Leben ist von nun an gezeichnet und beeinflusst durch die Berücksichtigung der Krankheitsfolgen. Hierdurch ergeben sich Veränderungen in der Wahrnehmung subjektiver Lebensqualität. Die chronische Erkrankung stellt insofern ein biografisches Ereignis dar, welches in besonderer Weise die Lebensführung und die Lebensorientierung des Betroffenen verändert. Diese Veränderungen kommen dann in durch die Erkrankung aufgeworfenen Fragen zum Ausdruck, die sich zum einen auf die psychophysische Stabilisierung, aber auch auf andere Lebensbereiche beziehen. Solche Fragen lauten bspw. „Wer bist du, wenn du nichts mehr tust? Wenn man nicht mehr produktiv oder für andere unentbehrlich ist? Wenn man wegen der Krankheit nicht mehr weiter kann und seinen Status verliert? Wer bist du, wenn du nicht mehr Versorger oder Chef sein und deine Arbeit nicht mehr erledigen kannst, egal, was das ist? Spielst du für dich eine Rolle?“ (Bolen 1998, 82)

Schauen wir auf diese Fragenauswahl, so wird deutlich, dass die erlebten Veränderungen und Anfragen zum einen durch die unmittelbaren krankheitsbegleitenden körperlichen und psychischen Prozesse, zum anderen aber auch durch mittelbare, mit den Krankheitsfolgen einhergehende soziale Phänomene, ausgelöst werden.

## Der soziale Aspekt von Krankheit

Der soziale Aspekt von Krankheit wird bereits darin sichtbar, dass Gesundheit und Krankheit immer auch in

gesellschaftlichen Zusammenhängen eine Rolle gespielt haben. Krankheit als oft undurchschaubares Phänomen ängstigte die Menschen nachhaltig und wurde in vielen Facetten genutzt, um gesellschaftliche Phänomene zu steuern. Schauen wir auf die Geschichte, haben Menschen aller Epochen versucht, dem Unbekannten und Bedrohlichen von Erkrankung über mystische oder anderweitige Auslegungen eine Bedeutung zu geben, um darüber dann als Gemeinschaft und als Individuum mit dem Bedrohlichen umgehen zu können. So verbanden sich regelmäßig magische, empirische und rationale Elemente in der Heilkunde, deren Trennung kaum möglich erscheint. Leven erklärt 2008, dass eine Trennung der drei Elemente für „moderne Betrachter...weder möglich noch sinnvoll“ ist und verweist auf die Beispiele ägyptischer, mesopotamischer und antiker griechischer Medizin, die immer alle Elemente miteinander verbanden (Leven 2008, 14f). So weist er darauf hin, dass „innere Krankheiten [ ] in der ägyptischen Medizin auf das Wirken von Dämonen zurückgeführt [wurden] und mit entsprechenden Ritualen“ einhergingen (ebd., 14) oder dass in der griechischen Antike „Krankheiten und plötzlicher (Seuchen-)Tod [ ] dem strafenden Eingreifen von Göttern zugeschrieben [wurde]; Abwehrmittel waren Bußrituale, als Experten wurden Traumdeuter und Seher herangezogen“ (ebd., 16).

Diese Verbindung von Mystik und Medizin hat beträchtliche Auswirkungen. Sie führt unter anderem dazu, dass bestimmten Krankheiten und ihrem Erscheinen übergeordnete individuelle und gesellschaftliche Bedeutungen zugesprochen, dass Erkrankte in besonderer Weise mit ihrer Erkrankung identifiziert und dass das Unbekannte und Bedrohliche von Krankheiten oft genutzt wird, um machtpolitische Interessen durchzusetzen. So führte zum Beispiel die Diagnose Lepra nach alttestamentarischem Vorbild zum Ausschluss aus der Gemeinschaft, nach neutestamentarischer Haltung zu einer besonderen Fürsorgepflicht, die gar in der Umdeutung zur „heiligen Krankheit“ gipfelte (ebd., 35). Der Ausbruch von Syphilis wurde jeweils an eine Schuldzuweisung gekoppelt, in dem ihr der Name des jeweiligen feindlichen Lagers zugesprochen wurde. „Die Polen sprachen von der ‚Deutschen Krankheit‘, die Russen von der ‚Polnischen Krankheit‘. Für die Araber der Levante war es die ‚Fränkische Krankheit‘ und für die Japaner die ‚Portugiesische Krankheit‘; an diesen Namen erkennt man zum einen eine Art Wanderungsbewegung der Krankheit und zum anderen eine Schuldzuschreibung an die vermeintlichen Verursacher.“ (ebd., 42) Ähnliche Reaktionen können bei Auftauchen der Pesterkrankungen im 14. Jahrhundert beobachtet werden, in dem hier die Juden als vermeintliche Verursacher verfolgt und ausgerottet wurden (ebd., 79f). Auch in neueren Zeiten sind diese Bewegungen zu beobachten. So reagieren die modernen Massenmedien entsprechend auf neuere Infektionskrankheiten wie bspw. SARS, AIDS oder die Vogelgrippe, in dem suggeriert wird, dass diese „durch umweltschädliches Verhalten“ als „eine Art ‚Rache‘ der Natur heraufbeschworen“ wurden. Auch hier scheint es „eine strafende Instanz zu geben, die menschliche Hybris zu zügeln weiß“ (ebd., 74f).

Diese Auslegungen bleiben in Teilen auch erhalten, wenn schließlich wissenschaftliche Erklärungen des Geschehens aufgedeckt werden. Das Bedrohliche wandelt sich jedoch unter dem Einfluss des Wissens. Das heißt aber auch,

dass Erkrankungen, die noch nicht eindeutig biologisch, naturwissenschaftlich erklärbar sind, intensiver mit Deutungen und Auslegungen verbunden bleiben. Dies führt für die Betroffenen zum einen zu größeren Einschränkungen im Umgang mit der Erkrankung und zum anderen zu sozial bedingten Belastungen durch mögliche Stigmatisierungen, denn die betroffene Person wird dann in besonderer Form mit den Kennzeichen der Erkrankung, die als unerwünscht, fremd und andersartig bewertet werden, identifiziert. Diese Stigmatisierung führt dann gleichzeitig in die soziale Bewertung oder gar Ausgrenzung. Im Zusammenhang von Krankheit oder Gesundheit lässt sich beispielweise feststellen, dass die moderne Gesellschaft „Gesundheit als höchstes Gut“ und als „herstellbares Produkt“ (Lütz 2013, 11ff) in den Blick nimmt, so dass sich von Krankheit Betroffene bereits durch diese Tatsache per se, in eine besondere Verantwortung gestellt sehen können. Bereits durch die Kategorisierung „krank“ kann somit eine Diskreditierung der Person entstehen. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass spezifische Formen des „Krankseins“ noch einmal besonders von Stigmatisierung betroffen sind. Hierzu gehört zum Beispiel die Krebserkrankung, die durch ihre multifaktorielle Verursachung, die häufig mit Lebensstilen und ungesunden Verhaltensweisen (Rauchen, Ernährung,...) verknüpft werden, Spielraum für Stigmatisierungen bietet. Im Besonderen sind psychische Erkrankungen durch Stigmatisierung, diese besondere Form existentieller Folgen, betroffen, da ihre Genese nicht eindeutig geklärt ist.

## DAS BESONDERE PHÄNOMEN PSYCHISCHER ERKRANKUNG

### Der Normbegriff in der Psychiatrie

Im Gegensatz zu den körperlichen Erkrankungen, bei denen das Gegenteil von krank eher gesund, im Sinne von „körperlich nicht beeinträchtigt“ verstanden wird, kommt es im Bereich der psychischen Erkrankung häufig ergänzend oder gar ausschließlich zu einer Gegenüberstellung im Sinne von „psychisch normal“ und „psychisch abnormal“ oder „psychisch auffällig“. So wurden früher psychische Krankheiten auch „Abnormitäten“ genannt. In dem heute nicht mehr in der Form verwendeten Begriff wird ein direkter Bezug zu einem vorgestellten oder festgelegten Maß, einer Norm deutlich, welche den Übergang in die psychische Erkrankung kennzeichnet (Vetter 2007, 3). Psychische Erkrankungen sind demnach durch von Normen abweichendem Verhalten oder abweichenden Einstellungen gekennzeichnet. Jedoch ungeachtet der Tatsache, dass der Begriff „Abnormalität“ heute keine Verwendung mehr findet, steht in diesen Zusammenhängen der Bezug zur Normalität nach wie vor im Raum. Der so implizierte, direkte Vergleich mit dem „Normalen“ betont die Abweichung, die in der Erkrankung begründet ist und verstärkt insofern auch den sozialen Blick auf die Erkrankung. So „...argumentiert der französische Philosoph Michel Foucault, Geisteskrankheit sei nicht als Naturphänomen, sondern als kulturelles Konstrukt zu verstehen“ (Porter 2005, 9). Hierin liegt ein aus meiner Sicht

wesentlicher Unterschied von somatischen und psychischen Erkrankungen begründet, der das subjektive Erleben der Betroffenen in Bezug auf ihre Erkrankung in spezifischer Weise beeinflussen kann.

Wenden wir uns zur Orientierung zunächst dem Begriff der „Normalität“ zu. Was ist normal? Diese leicht daher kommende Frage stellt sich bei genauerer Betrachtung als diffizil heraus. Im Duden online finden wir unter dem Begriff „normal“ folgende Beschreibung: „Der Norm entsprechend; vorschriftsmäßig. So [beschaffen, geartet], wie es sich die allgemeine Meinung als das Übliche, Richtige vorstellt.“

Dieser etwas diffus anmutenden Definition sind keine klaren Zuordnungen von normal zu entnehmen, da sich die Normalität an anderen festzulegenden Kriterien orientiert. Auch der renommierte, amerikanische Psychiater Allen Frances betrachtet den Begriff der Normalität in seinem Buch „Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“ und kommt zu dem Ergebnis, dass es keine echte Definition für die Begriffe „normal“ und „unnormale“ und somit auch keine klaren Definitionsgrenzen gibt (Frances 2013, 26).

Wenn es keine klare Definition von normal gibt, folgt daraus die nächste Frage, wie sich dann die als Maß dienende Norm in der Psychiatrie bestimmen lässt? In diesem Zusammenhang lassen sich unterschiedliche, in der Psychiatrie geläufige Normbegriffe differenzieren. So ist es möglich, gegebene Verhaltensregeln oder übliche Einstellungsmuster als Norm zu definieren. Die Norm ist dann „etwas Gegebenes, Nachweisbares und Objektives“ (ebd., 4). Sie spiegelt sich in Traditionen, Gebräuchen, Gesetzen und anderen Regeln einer Gesellschaft oder einer Gruppe. Diese wirken sich nicht nur auf das Verhalten ihrer Mitglieder aus, sondern nehmen auch Einfluss auf deren Einstellungen. So entwickeln sich gemeinsame Bezugssysteme, in denen auch „bestimmte Erwartungen an das Verhalten der Anderen“ gestellt werden (Vetter 2007, 4). Dieser Normbegriff kann als soziale Norm bezeichnet werden, deren Geltung sowohl für große Gruppen oder Gesellschaften, als auch für kleine Gruppen ausschlaggebend sein kann. Folgt man diesem Normbegriff wird deutlich, dass dann psychiatrisch relevantes Verhalten immer als unangepasst und in der sozialen Gemeinschaft nicht angemessen stigmatisiert ist. Fügt sich eine Person nicht in die Norm, droht ihr die Infragestellung durch oder der Ausschluss aus der Gruppe. Somit entsteht hier ein Gruppendruck, der sich in existentieller Weise auf die betroffene Person auswirken kann. Zumal sich der psychisch Erkrankte weniger gut von seiner Erkrankung distanzieren kann, die ihm nicht nur körperlich widerfährt, sondern ihn auch in seiner subjektiven Wahrnehmung und seinem Erleben beeinträchtigt. Gleichzeitig wirkt sich sowohl die soziale Stigmatisierung, als auch das innere Erleben der Erkrankung negativ auf die Begegnungsfähigkeit des Betroffenen aus.

Neben dieser sozialen Norm finden wir in der Psychiatrie, besonders im Bereich der Diagnostik, der Kategorisierung psychischer Erkrankung, noch den statistischen Normbegriff. Statistische Normen werden anhand von Experimenten mit künstlich zusammengestellten Gruppen erhoben. In ihnen wird anhand einer großen Zahl von Messungen ein Mittelwert als Normalmaß errechnet und „Abnormalität“ wird als Abweichung von diesem Mittelwert, als so-

nannte Standardabweichung definiert. „Normalität“ wird somit als Mittelwert und Scheitelpunkt einer Kurve beschrieben und die Wahrscheinlichkeit großer Abweichungen wird zu beiden Rändern der Kurve in ihrer abnehmenden Häufigkeit sichtbar gemacht. Der Mittelwert stellt das am häufigsten gemessene Ergebnis dar. Der so vorgegebene Intelligenzquotient mit 100 Punkten als „Normalintelligenz“ ist ein Beispiel für eine statistische Norm. Diese errechneten Normen wirken zunächst als objektive Maße. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese auch zur sozialen Norm werden, wenn wir davon ausgehen, dass sie auf Dauer als Sollwerte angesehen werden, die es mindestens zu erreichen gilt, oder deren Nichterreichen für eine Abnormalität (im Bereich der Intelligenz mit Minder- oder Hochbegabung diagnostiziert) spricht. Zusammenfassend kann also für beide hier vorgestellten Normbegriffe davon ausgegangen werden, dass sie neben der persönlich empfundenen Einschränkung durch die Erkrankung insbesondere eine sozial wirksame Herabwürdigung und Stigmatisierung der betroffenen Person verursachen, die verstärkend auf die erlebte Beeinträchtigung und existentielle Bedrohung durch die Erkrankung zurückwirkt.

### **Einfluss von Diagnose und Gutachtenerstellung bei psychischer Erkrankung**

Schauen wir etwas detaillierter auf die Diagnose- und Gutachtenerstellung im Bereich der Psychiatrie, so steht diese oft im Zusammenhang mit biografischen Elementen. So „...schrieb Kraepelin ganze Lebensgeschichten von Patienten chronologisch auf“ (Porter 2005, 179). Die in den psychiatrischen Gutachten erfassten Lebensgeschichten sind jedoch gekennzeichnet durch typisierende Begriffe, die im Sinne der Diagnosestellung von Bedeutung sind. Daher stellen diese Gutachten „eine Abstraktion von Wirklichkeit“ dar, „die ausschließlich den Sinn hat, eine gute Therapie für einen Leidenszustand zu organisieren“ (Lütz 2013, 233f.). Gleichzeitig werden diese Gutachten jedoch, vor allem im stationären psychiatrischen Bereich, häufig als dominierende Information über die erkrankte Person genutzt. Hier besteht die Gefahr, dass die Diagnose dann im Laufe der Krankengeschichte die Lebensgeschichte der Person überlagert. Allen Frances weist auf diese Gefahr hin, in dem er feststellt: „Die Diagnose kann den Lebensentwurf eines Menschen verzerren, Ambitionen zerstören, die durchaus realistisch gewesen wären, und den Betroffenen das Gefühl geben, sie hätten keinerlei Kontrolle über ihr Verhalten und auch keine Verantwortung dafür.“ (Frances 2013, 213) Diese Entwicklung kann soweit gehen, dass der Betroffene in einen sich selbst bestätigenden Kreislauf gerät, denn „wenn man einmal für verrückt gehalten wird, kann alles, was man tut oder lässt, als ein weiteres Symptom gedeutet werden, das die Diagnose lediglich bestätigt“ (Jollien 2009, 101). Um dieser Gefahr zu entgehen ist es besonders wichtig, dass man sich der Abstraktion und der Typisierung bewusst bleibt, die sich in den Gutachten und Berichten und dementsprechend in der Diagnose festsetzen. Es ist von existentieller Bedeutung, dass es ein Bewusstsein dafür gibt, dass „Diagnosen [ ] Hinweise auf die richtige Therapie“ sind und dass „man [ ] die Diagnosen also getrost vergessen“ kann,

„wenn man mit den Menschen zu tun hat, die unter psychischen Störungen leiden“ (Lütz 2011, 37). Es bleibt also die Aufgabe neben den diagnostischen Informationen herauszuarbeiten und zu ergründen, was „das Besondere, Einmalige, ... eines Lebens“ ist (Längle 1992, 17). Dies stellt vor allem bei chronisch psychisch Kranken, die einen Großteil ihres Lebens in der stationären Psychiatrie verbracht haben, eine Herausforderung dar.

Aus existenzanalytischer Sicht ist es jedoch auch in diesen schwierigen Situationen möglich, einen Zugang zum Verständnis der Person zu bekommen, ohne die Lebensgeschichte rekonstruieren zu müssen. Denn „...weil sich das Wesen auch im einzelnen Phänomen zeigen kann, bedarf es in der existenzanalytischen (phänomenologischen) Psychotherapie keiner vollständigen Rekonstruktion der Lebensgeschichte, um verstehen zu können. Denn was wesentlich ist, ist gegenwärtig und in jeder lebendigen Äußerung enthalten“ (Längle 1992, 11).

### **AUSBLICK**

Schaut man auf die Entwicklungen, die sich im Bereich der Psychiatrie durch neue Techniken (bspw. Neurowissenschaften), durch vielfältige Forschungen aber auch durch einen immer differenzierteren und leistungsorientierteren Blick auf die Dispositionen des Individuums in der Gesellschaft ergeben, so ist die eben geschilderte Problematik aus meiner Sicht von besonderer Bedeutung. Die Kriterien für Diagnosestellungen im Bereich der psychischen Störungen weiten sich zunehmend aus. Immer mehr emotionale Belastungen werden pathologisiert und so dem unnormalen, behandlungsbedürftigen Spektrum des menschlichen Erlebens und Verhaltens zugeschrieben. Dabei wird zum einen übersehen, dass nicht jede menschliche Erschütterung einer psychiatrischen Diagnose bedarf. Zum anderen werden die existentiellen Folgen, die diese Kategorisierungen mit sich bringen aus meiner Sicht unterschätzt. Es bleibt bspw. fragwürdig, ob ein Trauerprozess, der früher als normale, emotionale Reaktion anerkannt war, noch seine gesellschaftliche Akzeptanz und Berechtigung behält, wenn er als Depression der Krankheitswertigkeit zugeführt wird. Auch Porter warnt vor diesen Entwicklungen, wenn er festhält, dass „wir [ ] nicht allen emotionalen Schmerz in psychische Störungen verwandeln [können], ohne radikal unser Menschsein zu verändern und unsere Erlebensfähigkeit abzustumpfen“ (Porter 2005, 225).

An dieser Stelle können das existenzanalytische Verständnis und die praktische existenzanalytische Arbeit mit ihrem Schwerpunkt auf dem Erleben des Patienten und Klienten ihren Beitrag leisten, um die Erlebensfähigkeit zu unterstützen und einer dominierenden Typisierung und Kategorisierung an dieser Stelle entgegenzuwirken.

### **Literatur**

- Bolen J S (1998) Krankheit und die Suche nach dem Sinn. Hugendubel Sphinx, München
- Danzer G, Rattner J (1999) Der Mensch zwischen Gesundheit und Krank-

- heit. Tiefenpsychologische Theorien menschlicher Funktionen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Frances A (2013) Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Dumont Buchverlag, Köln
- Jollien A (2009) Liebe Philosophie, kannst Du mir helfen? Briefe an Boethius, Schopenhauer und den Tod. C.H.Beck, München
- Längle A (1992) Die biographische Vorgangsweise in der PEA. In: Biographie – Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Tagungsbericht Nr. 1/1992 der GLE
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180
- Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. facultas.wuv, Wien
- Leven K H (2008) Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart. C.H. Beck München
- Lütz M (2011) Irre – Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen. Goldmann Taschenbuchausgabe, München
- Lütz M (2013) Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult. Knaur Taschenbuch, München
- Marzano M (2013) Philosophie des Körpers. Diederichs Verlag, München
- Porter R (2005) Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte. Verlag Dörlemann, Lemförde
- Vetter B (2007) Psychiatrie – Ein systematisches Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart
- Vögele C (2008) Klinische Psychologie: Körperliche Erkrankungen – Workbook. BeltzPVU, Weinheim, Basel

**Anschrift der Verfasserin:**

*DIPL. PSYCH. KLAUDIA GENNERMANN*

*Wunstorf, Deutschland*

*k.gennermann@existenzanalyse.com*

*www.klaudia-gennermann.de*