

Zur Folie „Drei Ebenen ...“

Gesundheit, Krankheit, Diagnostik

ICD-10

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)

DSM-5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - (**DSM** „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“)

OPD-2

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Konfliktebene – immer aktiver oder passiver Modus – zum Beispiel:

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, Identitätskonflikt

Strukturebene – immer nach innen und nach außen

- Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung
- Selbststeuerung und Regulierung des Objekts
- Kommunikation nach innen und nach außen
- Bindung innen und Bindung außen

Wir sagen, wenn wir krank sind, dass uns etwas fehlt. Oder wir sagen: Mir ist alles zu viel! Was hat es mit diesen „Fehlen“ oder „Zuviel“ auf sich (letztlich fehlen mir Kräfte, wenn etwas zu viel ist – die Selbstdiagnose, dass etwas „fehlt“ dominiert)? Der Störfaktor im Gesamtorganismus drängt sich auf und erzwingt im günstigsten Fall ein Nachdenken. Wir kommen dann vielleicht darauf, dass am Normalzustand der Gesundheit etwas „fehlt“ oder „zu viel“ ist, wir sind nicht mehr „heil“, die Selbstverständlichkeit des Lebendig-Seins ist eingetrübt. Es ist sonderbar, dass uns das Fehlen von etwas, von dem wir nicht wissen, was es ist, das wunderbare Dasein der Gesundheit vermittelt. Ich merke am Fehlen, dass alles (oder auf jeden Fall mehr) da war. Das kann man als In-der-Welt-Sein oder Wachsein bezeichnen. Es ist eine raumfüllende Gegenwärtigkeit (Gegenwartsbewusstsein durch Microtracking).

Irgendwelche Beschwerden haben wir wahrscheinlich immer – egal in welchem Alter wir sind. Wir bemühen uns aber darum, ein ungefähres Gleichgewicht zu erlangen, so dass die Gesundheit fast in den Hintergrund tritt. Spürbar wird sie durch Wohlgefühl und Vitalität, was wiederum unternehmungsfreudig, mutig, selbstvergessen macht. Wir nehmen dann sogar Strapazen und Anstrengungen auf uns, fassen Ziele ins Auge, an die wir

vorher nicht im Traume gedacht haben. Gesundheit ist somit ein Gefühl und Bewusstsein von Da-Sein und Mit-den-Menschen-Sein. Wir sind im Gleichgewicht. Uns erfasst nicht die kraftzehrende Polarität des Zuwenig und leeren Zuviels. Wir leben die verborgene Harmonie und müssen sie nicht forciert nach außen zur Schau stellen.

In der traditionellen Sichtweise auf den Menschen, sind wir es gewohnt, körperliche, psychische/geistige und soziale Einschränkungen und Symptome voneinander abzugrenzen. Ein Armbruch muss körperlich behandelt werden, es sei denn, mich haben die Umstände des Unfalls so stark gekränkt, dass ich deprimiert bin. Ich bin gereizt, nerve mein*e Partner*in oder Arbeitskolleg*innen und werde gemieden. So gesehen sind die drei oben erwähnten Aspekte der Persönlichkeit beisammen und bedürfen der ganzheitlichen Behandlung oder Pflege.

Dass leidende oder kranke Menschen Experten oder Heiler aufsuchen, findet seit Beginn der Menschwerdung statt. Die aus dieser Beziehung entstandene Dynamik ist festgelegt: Sie besteht aus dem Hilfesuchenden und dem Helfer. Die Rollen sind deutlich aufgeteilt: Mit Krankheit ist Hilflosigkeit und Passivität, mit Heilung Expertentum und Aktivität verbunden. Eine fast unüberbrückbare Kluft besteht zwischen den beiden Protagonisten.

Anekdote von Camus: In einer Nervenheilanstalt kommt der Arzt am Badezimmer vorbei und sieht einen Patienten, der in der Badewanne angelt. Der Arzt fragt: „Und, beißen sie an?“ Der Patient sagt: „Idiot! Siehst du denn nicht, dass ich in einer Badewanne sitze!“

Gadamer (S. 211) kommentiert: „Die ganze Unheimlichkeit des Abgrundes, der einen von dem Kranken trennt, tut sich auf. Für den Gestörten ist des Arztes Überlegenheit nichts als Ignoranz.“ Der Scherz des Arztes als leutselige Herablassung führt zu seinem „Absturz“. Ist diese Kluft zwischen Erkranktem und Arzt in der traditionellen Auteilung der Rollen überhaupt zu überwinden. Kann der Helfer in dem Beispiel „richtig“ reagieren? Gibt es Möglichkeiten des Miteinander-Teilens, so dass eine gemeinsame Welt entsteht?

Wenn wir die Beispiele Schlafstörungen, innere Unruhe und Niedergeschlagenheit nehmen, dann haben diese subjektiv empfundenen Phänomene auch körperliche, psychische und soziale Anteile. Dem Experten stehen nun die oben genannten Diagnose-schemata zur Verfügung. In aufwendigen Studien wurden diese „Schubladen“ erarbeitet. Ohne Mühe wird der Diagnostiker das Label „Depression“ vergeben. Die Diagnose legt eine bestimmte Behandlung nahe, weil laut ICD-10 eine „Störung“ vorliegt. Die konkrete Erfahrungswelt des Patienten wird verlassen und eine „zweite Wirklichkeit“ erschaffen, auf dem Hintergrund statistisch gewonnener Normwerte und Standardgrößen. Es wird lediglich auf das Verhältnis zwischen ICD-Diagnose und Interventionsprogramm geschaut. Der individuelle Mensch bleibt außen vor. Die Erfahrungsbereiche des Einzelnen werden kaum noch erfasst, so dass eine Kluft entsteht zwischen theoretischen Aussa-

gen (Diagnostik) und praktischem Umgang mit dem Menschen. Wissenschaftswissen und Alltags- und Erfahrungswissen klaffen zunehmend auseinander.

Vor allem in der Psychotherapie kommt dieses Dilemma zum Ausdruck. Die meisten Praktiker schließen sich diesen empirischen Erkenntnissen an und diagnostizieren nach vorgefertigten Modellen. Das Problem in diesem Wissenschaftsverständnis ist, dass Diagnosen immer Behandlungen erzwingen, indem von außen eingegriffen wird. Das traditionelle Subjekt-Objekt-Verhältnis wird zementiert.

Das Menschenbild, das humanistischen Ideen verpflichtet ist, nimmt Menschen als Gesamtorganisation wahr. Der Körper ist nur ein Teil des Ganzen und muss natürlich bei Beschwerden gründlich untersucht werden. Wird der Mensch als Gesamtorganismus wahrgenommen, betritt der „Experte“ eine andere Welt und spürt, dass er Mensch ist, der sich Wissen angeeignet hat. Er lässt sich auf die Beziehung ein und erkennt, dass es eine Vielfalt von subjektiv als gültig verstandene und als wahr empfundene Realitäten gibt, so dass die Welt auf vielfältige Weise erlebt und interpretiert werden kann. Ferner gibt es eine Vielfalt von Weltanschauungen, Werte- und Glaubenssystemen, Lebenseinstellungen und Lebensstilen, die den Menschen dazu befähigen können, ein befriedigendes, erfülltes Leben zu führen. Daher wird der Therapieprozess an den individuellen Besonderheiten des Patienten orientiert und nach ihnen variiert. Damit ist eine bestimmte psychische Beeinträchtigung eines bestimmten Menschen eine einmalige Konstellation von dessen Lebensprozessen im Kontext seiner Geschichte (evolutionäre, genetische und biographische) und seiner Umgebung (materiell, biologisch aber vor allem sozial).

Nochmals die depressive Erkrankung: „Wie immer verschiedene (genetische, neurobiologische, biographische, interpersonelle) ursächliche Bedingungen im jeweiligen Fall zusammenspielen – sobald die Depression sich manifestiert, ist sie per se eine personale Erkrankung. Denn die Verstimmung geht mit einer tiefgreifenden Veränderung, einer Einengung bzw. Konstriktion des Leberlebens einher (psychomotorische Hemmung, Beklemmung, Schwere, Antriebsverlust). Kaum eine andere Krankheit erfasst den Menschen in gleicher Weise in seiner leiblichen Subjektivität. Sie resultiert dementsprechend aber auch in negativen Selbstwahrnehmungen, -bewertungen und typischen depressiven Denkmustern, in denen die Person insgesamt betroffen ist. Diese erhöhen ihrerseits im Sinne sich selbst erfüllender Voraussagen die Wahrscheinlichkeit weiterer Versagenssituationen und tragen so zusätzlich zur Depressivität bei.“

(Fuchs, Thomas; Fuchs, Thomas. Das Gehirn - ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption (German Edition) (S.367-368). Kohlhammer Verlag. Kindle-Version)

5-HTTLPR das »Orchideen-Gen«

Sie kamen auf diesen Namen, weil Orchideen empfindliche Pflanzen sind, die nur unter den richtigen Umständen zu voller Pracht erblühen können. Hatten diejenigen mit der »depressiven« Genvariante es von Geburt an schwerer, mit Stress umzugehen?

In kleinen Studien von ca. 500 Personen hat man Wechselwirkungen festgestellt: Zwischen 5-HTTLPR und Geschlecht, zwischen 5-HTTLPR und Erziehungsverhalten, zwischen 5-HTTLPR und Familienstrukturen. 5-HTTLPR hing anscheinend mit sehr, sehr vielen Dingen zusammen, die für die Entwicklung einer Depression bedeutsam waren, aber es waren Zufallsbefunde.

2019 endete all das abrupt. In diesem Jahr erschien eine Studie, die Daten von 600.000 Menschen genauer unter die Lupe nahm, eine für die Forschung gigantische Anzahl. Das Ergebnis: Nicht nur 5-HTTLPR, auch achtzehn weitere Gene, die als mögliche »Depressionsgene« gehandelt worden waren, hatten in Wahrheit keinerlei nachweisbaren Einfluss auf depressives Erleben. Wie war das möglich?

Es gab zuvor viele ganz, ganz kleine Einzelstudien mit weniger als fünfhundert Teilnehmern. Das ist für genetische Studien absurd klein. Den Zusammenhang zwischen Depression und 5-HTTLPR, der über zwanzig Jahre lang beschrieben und angeblich auch belegt worden war – es gab ihn einfach nicht.

Eben weil schon lang gemutmaßt worden war, Serotonin sei für Depressionen mitverantwortlich, hatte sich an genau dieser Stelle ein gewaltiger, kostspieliger und schlussendlich ergebnisloser Forschungsbetrieb entwickelt: bei einem kürzeren, irgendwie unproduktiven Gen, das den Transport von Serotonin angeblich nicht ausreichend vorantrieb. Das Serotonin-Transportergen 5-HTTLPR verschwand genauso wieder in der Versenkung wie die Serotonin-Hypothese der Depression selbst. Trotzdem werden diese Antidepressiva fleißig weiterverschrieben. Man schätzt, dass es ca. 10 bis 15 Jahre dauert, bis diese Erkenntnisse in den psychiatrischen Praxen und Kliniken angekommen ist.

Es gibt, daran kann überhaupt kein Zweifel bestehen, depressive Menschen. Menschen, die sehr stark leiden. Mitunter so stark, dass sie nicht mehr leben wollen. Aber haben sie dann auch eine »Depression« im Sinne eines »Dinges«, das einer körperlichen Krankheit gleicht?

Padberg, Thorsten. Die Depressions-Falle: Wie wir Menschen für krank erklären, statt ihnen zu helfen (German Edition) (S.150). FISCHER E-Books. Kindle-Version.