

## Leseprobe:



Daniel Hell

Krankheit als seelische  
Herausforderung

Schwabe reflexe



## Krankheit als seelische Herausforderung

Basel: Schwabe reflexe; 2. Auflage, 2014

(S. 7, aus dem Vorwort: **Leiden als Aufschrei und Widerspruch**)

Die Notwendigkeit medizinischen Fortschritts ist unbestritten. Krankheiten sollen mit möglichst wenigen Nebenwirkungen möglichst erfolgreich behandelt werden, um betroffene Menschen von Schmerz und Leiden zu befreien. Dazu bedarf es der Forschung, die heute meist naturwissenschaftlich ausgerichtet ist.

Diese auch von Forschern vorgebrachte Argumentationsweise ist überzeugend, und doch wird leicht übersehen, dass sie die Forderung beinhaltet, die empirische Forschung habe dem Wohlbefinden der Menschen zu dienen. Wohlbefinden ist aber kein körperlicher, sondern ein seelischer Zustand. Die Befindlichkeit kann nicht wie ein Körper oder Organ als Objekt wahrgenommen und ausgemessen, sondern nur subjektiv erlebt werden. Daraus ist zu folgern, dass dem seelischen Erleben primäre Bedeutung zukommt.

In der wissenschaftlichen Lehre und medizinischen Praxis kehrt sich dieses Verhältnis von Körperlichem und Seelischem allerdings meist um. Die Therapie körperlicher Strukturen und Funktionen bekommt ein so großes Gewicht, dass das Seelische zum Nebenschauplatz wird - wenn Erlebensaspekte überhaupt Berücksichtigung finden.

Für kranke Menschen stellt sich die Situation aber so dar, wie Mediziner ihre Forschung begründen. Erkrankte Personen möchten primär von Beschwerden wie Schmerz, Unruhe, Bedrücktheit oder seelischer Lähmung befreit werden. Im Vordergrund steht für sie nicht allein die Ursache ihrer Not, sondern das Leiden selbst. Sie nehmen oft auch größere körperliche und andere therapeutische Interventionen in Kauf, wenn sich damit nur ihr gestörtes Befinden bessern lässt. Das seelische Befinden hat selbst dann Vorrang, wenn sich Menschen -

ohne körperliche Beschwerden oder Funktionseinbußen - zu kosmetischen Operationen entscheiden. Auch dann tun sie das in der Regel, um sich wohler zu fühlen.

(S. 41/42, aus Kapitel 2 **Schlussfolgerung**)

Was als krank bezeichnet wird, ist von kulturellen Bedingungen abhängig. Die Kriterien für Gesundheit und Krankheit haben sich nicht nur über große Zeitepochen hinweg, sondern auch im Verlaufe des letzten Jahrhunderts grundlegend verändert. Die modernen psychiatrischen Diagnosen sind Kurzbeschreibungen. Sie fassen einzelne Symptome in ihrem zeitlichen Auftreten zusammen. Sie sind nützlich für die Kommunikation zwischen Spezialistinnen und Spezialisten. Sie können statistische Hinweise geben, welche Behandlungsweise einer anderen Behandlungsform im Gruppenvergleich kurz- bis mittelfristig überlegen ist. Ein weiterer Vorteil der modernen Diagnostik liegt darin, dass sie anders als ältere Einteilungsversuche keine ungesicherten Hypothesen über Krankheitsursachen und Prognosen enthält.

Der Vorteil ihrer expliziten Bescheidenheit und Einfachheit wird jedoch zum gravierenden Nachteil, wenn den modernen Krankheitsbegriffen eine Aussagekraft zugemutet wird, die sie nicht erfüllen können. So sind auch die modernen Krankheitsbegriffe nicht geeignet, die individuelle Problematik eines Menschen zu erfassen. Ihre Objektivität geht auf Kosten all dessen, was ein Individuum ausmacht: Wie eine Person mit Belastungen umgeht, was diese Person als negativ oder positiv bewertet, inwieweit sie Leiden zu ertragen bereit ist, wie sie zum Krankheitsverständnis der angewandten Diagnostik steht und welche Behandlungsform ihr entgegenkommt.

(S. 97/98, aus der **Einführung** zu Teil 2)

Die Seele steht für das, was ein Mensch nicht mit seinen Augen beobachten, aber sinnhaft erfahren kann. Wenn wir von einem Menschen sagen, dass er eine «gute Seele» ist oder dass er «mit Leib und Seele» bei einer Sache ist, so meinen wir nicht, dass er ein gutes Gehirn hat, sondern dass er warmherzig, mitfühlend und engagiert ist. Es ist m.E. deshalb falsch, das Gehirn mit der Seele gleichzusetzen, auch wenn das Gehirn eine Voraussetzung dafür ist, dass wir seelisch erleben können.

Die missverständliche Gleichsetzung von Seele mit Gehirn hat damit zu tun, dass wir heute mit größtem Erfolg - gerade auch in der Medizin - auf die Außensicht bzw. die Perspektive der dritten Person setzen, also auf das, was mehrere Personen in gleicher Weise beobachten können. Was aber ein Mensch aus erster Hand erlebt, was er spürt und wessen er inne-

wird, sprengt diese Außensicht und gehört der sogenannten Perspektive der ersten Person an. Der Seelenbegriff stammt denn auch aus einer vormodernen Zeit, in der diese Perspektive noch die Oberhand hatte.

Wenn der Seelenbegriff heute mit dem Gehirn gleichgesetzt wird, so findet ein Dimensionswechsel statt, der einem Kategorienfehler entspricht. Aus einem Symbol wird ein Gegenstand, aus alten Metaphern wie Seelenvogel oder Schmetterling wird eine konkretistische Organvorstellung. Wenn früher Seelisches auch mit Atem, Herz oder Bauch in Zusammenhang gebracht wurde, so wurden für die Seelencharakterisierung Organe ausgewählt, die leiblich spürbar sind. Der Atem oder die Lungen als Ausdruck des Lebenshauchs, das Herz als Ausdruck von Wärme und pulsierender Bewegung, der Bauch mit dem Plexus solaris als Ausdruck des Spürens und Ahnens. Das Gehirn wurde traditionell als Seelenorgan nicht deshalb ausgespart, weil man seine Bedeutung unterschätzte, sondern weil das Gehirn nicht fühlbar und nicht spürbar ist. Selbst Antoniό Damasiό als moderner Neurowissenschaftler hat (in seiner somatischen Markertheorie) dem isolierten Gehirn die Fähigkeit zu fühlen abgesprochen. Es brauche sensorische Afferenzen aus Lunge, Herz, Bauch und Haut, um den Menschen wirklich fühlen zu lassen.

(S. 195/96, aus **Kapitel 15**)

Psychiatrie und Psychotherapie haben sich in ihrer Gründungszeit im 18. und 19. Jahrhundert in ein Gebiet gewagt, das vorher weitgehend durch die kirchliche Seelsorge besetzt war. Sie standen besonders am Anfang ihrer Entwicklung in einem Konkurrenzverhältnis zur Seelsorge. Es wurde der Anspruch erhoben, die Seele psychologisch oder medizinisch zu behandeln, statt seelsorgerlich zu umsorgen. Erst nach und nach wurde in der wissenschaftlichen Psychologie und Psychiatrie deutlich, dass die Seele nicht so leicht greifbar ist. Sie ist kein objektivierbares Phänomen. Je mehr sich die (als Seelenlehre bzw. als Seelenheilkunde angetretenen) Fächer Psychologie und Psychiatrie auf das Beobachtbare und Messbare konzentrierten, desto mehr kam ihnen das Seelische abhanden. Insbesondere die akademische Psychologie und Psychiatrie wandelten sich zu angewandten Neurowissenschaften. Statt von der Seele ist nun vom Gehirn die Rede. Das völlige Aufgeben des Seelischen in einer konsequenten Gehirnkunde oder Encephaliatrie (statt Psychiatrie) erweist sich aber zusehends als unbefriedigend.

Die meisten modernen Menschen sind zwar dankbar, dass ihnen neue Behandlungsformen, die auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, zur Verfügung stehen. Viele möchten aber nicht darauf verzichten, in ihrem seelischen Erleben ernst genommen zu werden.

Sie wollen nicht nur als statistische Größe in empirische Untersuchungen eingehen, sondern auch als je einzelne, unteilbare und einzigartige Personen wahr genommen und zur Entscheidung herangezogen werden. Für dieses Besondere des Menschen steht aber das Wort «Seele». Pascal fand dafür den klassischen Ausdruck: «Lerne, dass der Mensch den Menschen unendlich übersteigt.» Auf die Beachtung dieses ihre physische Existenz Übersteigenden, das seit alters her «Seele» genannt wird, möchten auch hilfesusuchende Menschen nicht verzichten.

Ein Menschenverständnis, das von einer nicht objektivierbaren Seele ausgeht, ist aber nicht geeignet, als wissenschaftliche Grundlage einer reparativen Psychologie oder Psychiatrie zu dienen. Benötigen deshalb Menschen, die seelische Bedürfnisse haben, wieder die Seelsorge? Führt die Renaissance der Seele dorthin zurück, von wo die Psychotherapie ausgegangen ist?