

## Geleitwort

Christian Scharfetter entwickelte seinen ganz eigenständigen Ansatz in der Psychopathologie in und aus der klinischen Praxis am Burghölzli, der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, einen Ansatz, den er kontinuierlich an der Erfahrung überprüfte. Bedingt durch seinen Tod 2012 bleibt diese Entwicklung bei dem erreichten Stand der 6. Auflage stehen.

Ist sie deswegen in einem wissenschaftlichen Umfeld, in dem quantitative und algorithmenbasierte Methoden wie „Research Domain Criteria (RDoC)“ oder „Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)“ großen Einfluss ausüben, als hinfällig anzusehen? Keineswegs! Die Psychopathologie bleibt in der Psychiatrie die unhintergehbare Basis und „Grundlagenwissenschaft“ im Sinne von Werner Janzarik<sup>1</sup>. In ihrer jeweiligen Ausarbeitung verbleibt die Psychopathologie zwar einerseits im Kontext ihrer Zeit, andererseits sichert sie die Bestände und Positionen, auf die zurückgegriffen werden kann und muss. Dieses „muss“ ist keineswegs rhetorisch zu verstehen, sondern verweist auf ein gewonnenes, theoretisch abgesichertes Erfahrungswissen, auf das immer wieder mit Gewinn, gerade auch in schwierigen, uneindeutigen diagnostischen Fragestellungen, Bezug genommen werden kann und das zur Lösung bei schwierigen Einschätzungen diagnostischer *und* therapeutischer Art beiträgt.

Scharfetter widmet sich in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ einerseits allen üblichen Dimensionen psychischen Erlebens und bietet dadurch eine solide Grundlage für deren Erfassen in der beschreibenden und verstehenden Interaktion und Kommunikation zwischen Fachperson und Patientin oder Patient. Zusätzlich wird aber im vorliegenden Text auch deutlich, dass Scharfetter sich in seiner Ich-Psychopathologie besonders den Patientinnen und Patienten zuwendet, die an einer Erkrankung aus der „Gruppe der Schizophrenien“ (E. Bleuler) leiden.

Das ist nicht nur dem Genius Loci geschuldet, sondern darin begründet, dass sich Scharfetter vor allem um die Menschen bemüht, die der vermeintlichen Unverstehbarkeit zum Opfer fallen. Sein Ziel ist es auch, dem reduktionistischen Ansatz operationalisierter Checklisten ein umfassenderes Verständnis der betroffenen Menschen entgegenzusetzen. Er bleibt dabei behutsam und vorsichtig, stellt Fragen, pflegt eine sokratisch zu nennende Bescheidenheit.

Seine Psychopathologie ist durchaus nicht abgehoben. Er wendet sich den verschiedenen Phänomenen in einer klaren Sprache zu, beschreibend, verstehend und erklärend. Er ist bestrebt – so wie wir es in zahlreichen Supervisionen mit ihm erleben konnten –, die Erfahrungs- und Erlebenshorizonte aller Berufsgruppen einzubeziehen, so dass seine Psychopathologie ganz praktisch und hilfreich einsetzbar ist.

Scharfetters weites Verständnis der Psychopathologie als klinisch kompetent, psychiatriehistorisch fundiert, wissenschaftstheoretisch reflektiert und personenzentriert zielt konsequent darauf ab, das stets präsente Risiko einer unkritischen Verkürzung (Dogmatisierung) psychiatrischer Konzepte zu verringern.

Zürich, Frühjahr 2020

Bernhard Küchenhoff, Paul Hoff

<sup>1</sup> Janzarik W (Hrsg.): Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Stuttgart: Enke; 1979

*Allen Kranken  
von denen ich lerne  
und allen  
die sich um sie sorgen*

## Vorwort zur 6. Auflage

Diese Einführung in die Allgemeine Psychopathologie ergab sich aus dem Umgang mit Patienten, mit Studenten und Graduierten – mit jenen therapeutisch und forschend zugleich, mit diesen in Unterricht und Gespräch.

Es ist aufgenommen, was sich mir bewährte – aus dem Werk vieler Psychiater und in der eigenen Anschauung. Die Allgemeine Psychopathologie von Jaspers bleibt weiter wichtig für die Methodenbesinnung (1. Auflage 1913, Fortentwicklung bis 1942, dann nur mehr Neudruck). Im Werk Freuds wirkt die Leidenschaft des Verstehenwollens fort und die Gefährdung des Sich-Verirrens wird in monoideistischen Deutungen deutlich. Die Phänomenologen schulten die Hellhörigkeit für die Sache und wiesen Wege der Hermeneutik. Die Kliniker berichteten aus ihrer persönlichen Kennerschaft. Die empirisch-experimentell-statistisch orientierten Forscher lassen Wert und Grenze des Zählens und Messens am Menschen erkennen. Dies hier ist der Stand meines Verstehens. Da Verstehen ein je eigenes, persönliches, ist damit schon gesagt, dass keineswegs in allem Übereinstimmung mit anderen gewonnen werden kann.

Transkulturelle Psychiatrie, moderne Bewusstseinsforschung (mittels Drogen, Meditation, sensorischer Deprivation und Überflutung u.a.), Religionsphänomenologie, transpersonale Psychologie, Ethnologie, Epidemiologie einschließlich Geschlechtsvergleich, Soziologie (und durchaus auch die Antipsychiatrie) trugen zur Reflexion über Abnormität, Krankheit und Therapie in der Psychiatrie bei. Die Kultur-, Sozial-, Situationsrelativität der verschiedenen Normen- und Abnormitätsbegriffe wurden deutlich; die Unvermeidbarkeit von Normen für unsere zeitgeist- und personabhängige Auffassung vom Menschen und was ihm als einzelnen, als Gruppe, als Menschheit gemäß sei. Daher sind Normen aus der Implizitheit, welche oft Unreflektiertheit bedeutet, in der Reflexion auszufalten (explizit zu machen).

Die Dimensionen verschiedener Krankheitskonzepte, verbunden mit Kausalattributionen, spiegeln das Welt- und Menschenbild (z.B. Dualisten mit Dominanz der Morphologie und Physiologie als „biologischer Basis“ des Mentalen). *Kranksein* (engl. illness, sickness) bezieht sich vorwissenschaftlich (d.h. vor Operationalisierung und Messen) auf *Leiden* (suffering) und *Infirmität* (Dysfunktionalität, impairment), zunächst noch ohne Feststellungen über die Ursache(n) und Bedingungen (Magie, Geister, Seelenraub, Psychotrauma, Körperstörung, Hirnerkrankung, zwischenmenschlicher, interpersoneller oder intra-psychischer Konflikt).

*Krankheit im engeren Sinn* („Morbus“-Modell, „disease“) meint in der Medizin eine vorgestellte Einheit (hypothetisches Konzept) von:

1. Erscheinungsbild (Syndrom-Konstellation) im Quer- und Längsschnitt
2. identifizierbarer Ursache (morphologisch, physiologisch, psychologisch, sozial, kulturell) und Bedingungskonstellation (Ätiologie)
3. Entwicklung (Pathogenese), Verlauf vom Beginn bis zum Ausgang
4. Therapieansprechbarkeit (pharmakologisch, psycho-, soziotherapeutisch)

Solche klar begrenzten und erfassten Krankheiten, nosologische Kategorien, gibt es in der Psychiatrie nicht. Symptome und Syndrome können selten auf eine klare, empirisch feststellbare Ursache und Pathogenese bezogen werden. Zu vielfältig (polymorph) ist das klinische Bild und der Verlauf – und die vermuteten Einflüsse darauf (physische, d. h. Körper-, speziell Gehirnkrankheiten, psychische, d. h. intra-, interpersonelle, soziale, kulturelle).

Die Psychiatrie des 20. und 21. Jahrhunderts (repräsentiert in der WHO, *World Health Organisation*, und der APA, *American Psychiatric Association*, die die zwei wichtigsten Diagnosen-Manuale erarbeitet haben, ICD = *International Classification of Diseases* der WHO, DSM = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der APA) beschränkt sich auf den pragmatischen (aber vagen) Begriff der „Störung“ (disorder): gestört im Erleben seiner selbst (und seiner Welt) und im funktionstüchtigen Bewältigen (deshalb Dysfunktionalität) des Lebens.

*Diagnostische Einheiten* (wie in ICD und DSM konfiguriert) sind ätiologieunabhängig konzipiert. Sie stellen keine nosologischen Kategorien („morbus“) vor. Ähnliche Zustands-Verlauf-Gestalten (z. B. depressive disorder) können verschiedene Ursachen haben. Ähnliche (vermutete) Ursachenkonstellationen können verschiedene klinische Manifestationen hervorrufen (abhängig von Persönlichkeit, Situation, Biographie, Kultur etc.).

Der Einfluss des Welt- und Menschenbildes, ja auch der Persönlichkeit der Forscher, Kliniker, Therapeuten auf das Beobachtete, auf die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen, auf Forschungsschwerpunkte und auf therapeutisches Handeln (*ein* Therapieangebot gegenüber bedürfnisangepasstem vielfältigem Therapieren) ist gegenwärtig zu halten.

Das Grundanliegen der allgemeinen Psychopathologie ist:

1. Grundsätzlich menschenmögliche Erlebnis- und Verhaltensweisen intersubjektiv und interkulturell kommunikabel zu erfassen, zu beschreiben, zu benennen.

Wir brauchen eine Ordnung des Beschreibbaren, eine Sorgfalt des Beschreibens und der Begriffsverwendung. Beschreiben und verstehendes Interpretieren sollten nach Möglichkeit nicht vermengt werden.

Die Wörter der psychopathologischen Terminologie, ja schon der Psychologie, die ihr zugrunde liegen, erschweren selbst vielfach ein Verstehen des-

sen, worauf sie verweisen (NB: Nicht, was sie ihrem Wesen nach erfassen!). Halluzination ist nicht mit „falscher Wahrnehmung ohne gegenständliche Reizquelle“ erfasst. Welcher Facettenreichtum ist im Wahrnehmen zwischen Sinnesempfindung, Erfühlen, anmutungshaftem Spüren, Intuieren, differenzierendem Auffassen, Einordnen, Sinngeben, In-Beziehung-Setzen bis zum „Erschauen“ – weit über die traditionelle abendländische konstruktive Trennung von Kognition und Affekt hinaus.

Der Vorgang der Konstruktion eines Krankheitsbildes ist gestaltpsychologisch zu interpretieren: Sachverhalte und (internalisierte bzw. im Frageninventar vorgegebene) Suchmuster des Untersuchers sind von seiner Persönlichkeit, Motivation, von der interaktionalen Situation der Erhebung und nicht nur von einer supponierten „objektiven“ Wahrnehmungsselektion bestimmt. Psychopathologische Phänomene sind Gestalten, deren Genese von der Prägnanztendenz und Bedeutungsgebung des Untersuchers/Therapeuten mitbestimmt ist. Die Zergliederung der Gestalt „klinisches Bild“ in Symptome als „kleinste“ Beschreibungseinheiten, in subjektive Erfahrungen (engl. symptoms), objektive Zeichen (engl. signs) ist ein sekundärer Prozess. Der Patient als Symptomträger, -produzent ist kein soziales Isolat – er wächst, erkrankt, gesundet oder chronifiziert im kommunikativen Raum (innerfamiliär, extrafamiliär, gesellschaftlich, institutionell). Und diesen bestimmt der Untersucher/Therapeut mit: reflektiert und explizit-intentional oder unreflektiert-implizit, heilsam oder unheilsam.

Die (hier vorgelegte) elementare praxisbezogene Psychopathologie wird weiter auf „Störungen“ des Erlebens und Verhaltens abstellen, die wenigstens annähernd intersubjektiv übereinstimmend erhebbar und beschreibbar sind. Was von solcher Art „Pathologie“ (welche Infirmsein, d.i. Kranksein begründet) außerhalb jeder Selbstverfügung des Patienten liegt oder wie weit sich des Patienten Autonomie (Blankenburg 1985) noch teilweise sogar im „Umgang mit, im Gebrauch von“ Symptomen behaupten kann, das hängt nicht nur vom Patienten und von der hauptsächlichen Verursachung seiner Symptome ab (man denke etwa an psychoorganische Störungen). Wie sehr sich ein Patient allenfalls aus Angst, aus lustvoller oder gequälter Enthebung aus den Lebensniederungen, aus Nicht-mehr-Können, -wollen, aus Selbstaufgabe Erlebensmöglichkeiten oder Verhaltensweisen hingibt, die er zunächst vielleicht sogar noch spielerisch einsetzt, deren Opfer er dann wird, das darf und soll als Frage nach „verantwortlich, teilverantwortlich, nicht verantwortlich“ an Patienten und an unsere Meinung von ihm auch außerhalb forensischer Beurteilung da sein. Wir bleiben dabei der Schwierigkeit eingedenk, solche Beurteilung in ihren Grundlagen argumentativ zu belegen, darüber einen Konsensus der Betreuer zu erzielen (u.U. wichtige Aufgabe für Supervision).

Solche Fragen stellen heißt, auch über den Morbusbegriff hinausdenken, da dieser die Nichtverantwortung des Patienten für seine Störung impliziert. Es heißt, auch für die ethologische Perspektive auf den Krankheitsbegriff offen bleiben: wie weit der Patient selbst durch seine Grundhaltung und Lebensführung in einen dysfunktionellen Zustand hineingerät und allenfalls darin festfährt. Dabei sind solche Überlegungen implizit in Therapie und Rehabilitation enthalten und bestimmen autoritär-kustodiales expertenhaftes Machen und Verwalten (engl. management) des Patienten oder pädagogische, psychoedukative, psychotherapeutische, auch an mitbeteiligte Selbstverantwortung denkende Begleitung.

2. Ihre Topographie als Phänomene der Abweichung von Funktionen des mittleren Tages-Wach-Bewusstseins und als Reaktion darauf aufzuzeigen. Die Phänomene, Erlebnisse, Erfahrungen des Außer-Alltags-Bewusstseins (des Unter- und Über-Bewusstseins) und die funktionell damit verbundenen Verhaltensweisen sind gerade deshalb vom Psychopathologen, Psychiater, klinischen Psychologen achtsam zur Kenntnis zu nehmen (möglichst auch in Selbsterfahrung), damit eine ungemäße Pathologisierung des Außergewöhnlichen („Abnormen“) vermieden werden kann (mit all den negativen Folgen). Erfahrungen besonderer Wach-Bewusstseins-Zustände erfordern ihre Integration in die Alltagslebensführung. Diese ist ihre Bewährungsstätte. Wie die pauschale Pathologisierung solcher Erfahrungen falsch ist, so führt auch die euphemistische Umdeutung von psychopathologischen Manifestationen zu religiös-spirituell-transpersonalen Krisen mit Verleugnung des Krankheitswertes der schweren, d. h. zu Dysfunktionalität führenden Krisen in die Irre.
3. Symptomlehre und daraus abgeleitete Syndromatik ist als Wissenschaft handlungsverpflichtend: Sie soll Konstrukte („Krankheit“) zu erstellen erlauben, die Gegenstand von (kausaler, multikonditionaler, systemischer) Ätiologieforschung und Therapie werden können.

Gegenstands-Gebiet der Psychopathologie sind zur Dysfunktionalität führende (in diesem Sinne „krankhafte“), meist leidvolle Erlebnis- und Verhaltensweisen des wachbewussten Menschen. Psychopathologie befasst sich mit Erscheinungen (Phänomenen) im Feld des Mentalen (im Gegensatz zum Materiellen der Morphologie und Physiologie), der Psyche. Dabei bleibt unbestimmt, was das Mentale seinem Wesen nach sei,

- ob es *einheitlich* sei (eine Seele, viele Seelen, eine Persönlichkeit, mehrere Subpersönlichkeiten, subselves, einheitliches Wachbewusstsein),
- ob es als Substrat der *Subjektivität* diene (eigentlich ein Pleonasmus, denn die Wörter Substrat, Hypostase, Usia, Subjectum meinen ein hypothetisch Darunter- bzw. Zugrundeliegendes),

- was seine *Grenzen* seien; „der Seele Grenzen sind nicht zu ermessen“ (Heraclit); jede Grenzziehung ist unscharf, sie geschieht durch „Setzungen“ verschiedener Konzeptionen in kultureller und persönlicher Auffassung (z. B. schamanische Modelle gegenüber auf das rationale Wachbewusstsein abstellenden Modellen der Aufklärung),
- welches das Verhältnis kognitiver und emotionaler Funktionsbereiche sei,
- welche Vorstellungen vom Ich/Selbst passend seien.
- Im heutigen Verständnis umfasst das Mentale Bewusstes und Unbewusstes. Diese Unterscheidung hat eine lange Tradition, die längst vor Freud in verschiedenen Konzepten entfaltet war. Das Wachbewusstsein ist als eine für das Überleben nötige Funktion der Realitätsbewältigung aufgefasst, wie Berge herausragend aus einem unermesslichen Meer des Unbewussten. Die Übergänge vom klaren selbstreflexiven Wachbewusstsein über medial-atmosphärische Bewusstseinslagen (Anmutung, Intuition, Meditation, Trance, Ekstase), vor allem Fluktuationen in „discrete states of mind“ (Tart 1969), vor- und halbbewusste, subliminale, traumartige (oneiroide) „states of mind“ bis zum Unbewussten schlechthin (Vorgänge in Zellen, Organen) sind als fließend, gleitend anzunehmen.

Die Perspektiven auf „das Unbewusste“ sind vielfältig ausgearbeitet (Buchholz u. Gödde 2005/6). Danach sind auch die Vorstellungen über die Dynamik und Inhalte des Unbewussten sehr verschieden – zwischen der Verehrung als quasidivinen, numinosen Urgrund jeder psychischen Manifestation (Jungs Konzept des Unbewussten, das in Archetypen Gestalt annimmt; z. B. Gott sei eine Projektion des Archetyps Gott) und dem Unbewussten Freuds, das mehr oder weniger zur Müllkippe des vom Überich Verbotenen, Verleugneten, Verdrängten, Abgespaltenen umgedeutet wurde und das auch diese Abfuhr tätigt.

Diese Gegenüberstellung der Gewichtung des Unbewussten beleuchtet die person-, zeitgeist- und kulturabhängigen Vorstellungen. Das Unbewusste wird zur Projektionsstätte der Persönlichkeit der Autoren. Narziss spiegelt sich im Teich. Was sie da zu entdecken wähten, wurde als Ergebnis von Forschung, „ärztlicher“ Erfahrung, Empirie, Wissenschaft, gar Wahrheit präsentiert, in der sprachlichen Einkleidung, die psychogrammatish den Autor charakterisiert: die physikalistische Metaphorik der monoideisten Deutungen Freuds, die animistisch-parapsychologisch-magische Psycho-Mythik von Jung.

Dem gegenüber bleibt die Aufgabe der Psychopathologie, die zu Leid und Versagen (Dysfunktion) führenden Erlebnis- und Verhaltensweisen zu studieren. Erst nach Beobachtung und Beschreibung (die immer schon Interpretatives enthalten) kann die Deutung über bewusste und auch unbewusste Beweggründe (Motive) und Strategien (autotherapeutische Anstrengungen und Abwehrmechanismen) ausgearbeitet und transparent begründet werden.

Die Psychopathologie studiert das breite Spektrum von heute unscharf „Störungen“ (disorder) genannten Erscheinungen, seien sie episodisch, phasisch, krisenhaft, kontinuierlich, deutlich reaktiv auf belastende Lebensereignisse oder aus unbekanntem „unbewussten“ Geschehnissen, als Folge von erkennbaren zerebralen oder allgemein körperlichen Krankheiten oder durch hereditäre (genetische, vererbte) Faktoren mitbedingt. Psychopathologie zieht keine scharfen Grenzen zwischen persönlichkeits-unabhängigen Störungen und den zu Leid und Funktionsbeeinträchtigung führenden Charakterarten, den sog. Persönlichkeitsstörungen. Die Achse-I der DSM (Syndrome) ist immer zu ergänzen durch die Achse-II (die Persönlichkeit des Symptomträgers, seine Lebensgeschichte, die Situation). Dabei sollte ja nicht Pathologisierung der Persönlichkeit (kein hunting von „disorders“) betrieben werden.

Für die 6. Auflage wurde der Text nochmals überarbeitet. Dabei sollte, dem Charakter einer Einführung entsprechend, der knappe Stil beibehalten werden. Inhaltlich ergab sich kaum Neues. Die Sprachwahl spiegelt ein gewisses Haften an der Tradition („endogen“, „neurotisch“), aber auch einen Abstand zu den heute gängigen „Störungs-Katalogen“ wider. Das Literaturverzeichnis wurde stark gekürzt, da Leser der Einführung die Werke selten nachschlagen und durch das Internet leicht Zugang zu aktueller Literatur finden.

Das Werk spiegelt meine jahrzehntelange Tätigkeit als Kliniker in der durch Vater (Eugen) und Sohn (Manfred) Bleuler geprägten psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli sowie die Bemühung um die Literatur (vorwiegend die deutsche und englische). Die zahlreichen Fallbeispiele sind (mit ganz wenigen genannten Ausnahmen) eigene Beobachtungen – sie zeigen meine Perspektive auf das Krankengut, mein Interesse an einer breiten Psycho-Neuro-Biologie: das Leben (Bios) bringt den lebendigen, beseelten Organismus mit dem wunderbaren Organ Gehirn hervor. Das ermöglicht das Lebensphänomen Mentales, Psychisches. Dies schafft durch Soziales Kultur. Aus allen drei Bereichen Somatisches, Mentales, Kulturelles konstellierte sich der Mensch in Gesundheit und Krankheit. Ich bin mir bewusst: Die Einführung ist geschichtlich gewachsen, zeitbedingt, vergänglich – und mag so lange dienlich sein, bis sie durch bessere Entwürfe ersetzt werden kann.

Für die Neuauflage hatte ich die bewährte Hilfe von Frau P. Wiersma. Dem Thieme-Verlag danke ich für die Anregungen und Hilfen bei der Gestaltung.

Zürich, 2010

*Christian Scharfetter*