

*„Auch in der Medizin ist der Trieb zu helfen
noch zu prompt und ungehemmt; die
Überlegung wie und wo zu helfen noch zu
langsam und zu zurückhaltend. Man hat
immer noch zu sehr den Trieb, etwas gegen
die Krankheit zu tun, statt der Überlegung,
wie kann ich helfen.“*

Aus E. Bleuler 1919: „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der
Medizin und seine Überwindung“

Einführung

Die Ursachen epileptischer Anfälle finden sich im Gehirn. Das menschliche Gehirn verändert sich während des gesamten Lebens. Grundlage dieser Veränderungen ist Lernen. Grundlage des Lernens ist Verhalten.

Dieser Logik folgend verändert Verhalten das Gehirn. Daraus folgt, dass Verhalten und somit auch Lernen epileptische Anfälle beeinflussen kann. Eigentlich ist das selbstverständlich. Ebenso selbstverständlich müssten deshalb psychotherapeutische Verfahren in der Epilepsie-Behandlung sein, da sie Lernprozesse in Gang setzen und gezielte Veränderungen des Verhaltens und darüber auch des Gehirns ermöglichen.

Heutzutage wird in evidenzbasierten Behandlungsleitlinien festgehalten, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Therapie einer Erkrankung maßgeblich sind. Die mit den aktuell gültigen Leitlinien empfohlene Behandlung der Epilepsien besteht, entgegen der oben dargestellten Logik, vorwiegend aus der Gabe von Medikamenten. Wenn diese nicht helfen, sollen die Perspektiven für eine Operation abgeklärt werden. Wenn eine Operation nicht in Frage kommt, wird die Möglichkeit der Hirnstimulation entweder mittels Vagusnervstimulator oder auch durch Tiefenelektroden empfohlen (vgl. Leitlinien der DGN, 2008: S. 16).

In Ratgebern, Epilepsieberichten und den Behandlungsleitlinien wird darauf hingewiesen, dass Personen mit Epilepsie unter den psychosozialen Auswirkungen ihrer Erkrankung ebenso leiden, wie unter den Anfällen. Bekannt ist, dass insbesondere Depressionen und Angst häufige Begleiterkrankungen einer

Epilepsie sind. In den Behandlungsleitlinien wird beschrieben, dass diese Erkrankungen selbst dann häufig auftreten, wenn die Anfälle erfolgreich behandelt wurden. Evidenzbasiert ist, dass bei Depressionen und Angsterkrankungen Psychotherapie sehr hilfreich ist. So steht es in den Leitlinien zu diesen Erkrankungen. Obwohl demzufolge auch bei den häufigen Begleiterkrankungen von Epilepsien Psychotherapie empfohlen werden müsste, fehlt in den Leitlinien zu den Epilepsien jeder Hinweis, dass bei Ängsten, Depressionen oder den Epilepsien selbst psychotherapeutische Verfahren angezeigt sein könnten. Stattdessen wird zur Therapie der Begleiterkrankungen ausschließlich empfohlen, zusätzlich zu den Epilepsiemedikamenten mit Neuroleptika weniger zurückhaltend zu sein (vgl. Leitlinien der DGN, 2008: S. 16).

Epilepsiemedikamente und Neuroleptika behindern das Lernen und beeinflussen das Verhalten. Sie fördern Passivität und beeinträchtigen die Selbstwahrnehmung.

Schon lange ist bei vielen chronischen Erkrankungen ein *bio-psycho-soziales Behandlungskonzept* selbstverständlich. Es ist Bestandteil *evidenzbasierter Medizin* (EBM) (Klemperer, 2010) und der Internationalen *Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF: BAR, 2008). Ziel evidenzbasierter Medizin und des ICF ist eine wissenschaftlich fundierte Behandlung, die sich an den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Person orientiert, ihr psychosoziales Umfeld mit einbezieht und Ressourcen für eine Gesundheitsförderung stärkt.

Im Folgenden beschäftige ich mich mit den Fragen:

- Warum finden solche Überlegungen in den Behandlungsleitlinien moderner Epileptologie bislang keine Berücksichtigung?

- Warum wird hier derzeit **nur** geschaut, wie epileptische Aktivität medikamentös gedämpft oder unterdrückt werden kann, anstatt **auch** den Versuch zu unternehmen, das Gehirn über das Verhalten zu beeinflussen, es z.B. gezielt zu entspannen oder zu aktivieren?
- Warum wird **nur** geprüft, wie Teile des Gehirns herausgeschnitten werden können, anstatt **auch** zu prüfen, ob und wie die Regulationsprozesse in den betroffenen Hirnbereichen über das Verhalten stabilisiert werden können?
- Warum wird nicht in Betracht gezogen, dass Betroffene ihr Gehirn **auch** durch gezieltes Lernen verändern können?
- Warum wird **nur** empfohlen, die Folgeerkrankungen wie Ängste und Depressionen medikamentös zu behandeln, obwohl psychotherapeutische Verfahren diesen Störungen am effektivsten entgegenwirken?

Meine Antwort lautet, dass die moderne Epileptologie die Epilepsien fokussiert, anstatt Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden, mit samt ihrem Verhalten aktiv in die Behandlung mit einzubeziehen. Implizit wird durch diese medizinische Vorgehensweise vermittelt, dass die betroffenen Personen selbst an ihrem Schicksal nichts ändern könnten, da die Anfälle losgelöst von ihrem Verhalten allein im Gehirn entstünden. So gesehen erscheinen epileptische Anfälle primär als hirnanorganischer Defekt. Dass sie **auch** ein Verhalten sind, welches im Lebenszusammenhang der betroffenen Personen bedeutsam sein kann, bleibt mit dem derzeitigen medizinischen Epilepsiebegriff ausgeblendet. Diese medizinische Sichtweise blockiert oder verhindert den Versuch *selbst handelnd* mit epileptischen Anfällen umzugehen. Die

daraus resultierende Passivität fördert Angst und Depressionen. Somit schließt sich ein Teufelskreis, der unter bestimmten Bedingungen eine unheilvolle, krankheitsfördernde Dynamik entfalten kann. Dies führt zu einer weiteren Frage: Für wen ist das gut?

Aufbau und Inhalt der Arbeit

Im **ersten Teil** wird ein Erkenntnisprozess nachgezeichnet, der sich aus der praktischen, verhaltenstherapeutisch orientierten Zusammenarbeit mit *Personen* ergeben hat, *die unter epileptischen Anfällen leiden*.¹

Ergebnis dieses Erkenntnisprozesses ist auf theoretischer Ebene ein *Stufenmodell der Anfallsentstehung* (Heinen & Schmid-Schönbein, 1999) und ein subjektwissenschaftlich begründeter *psychosomatischer Epilepsiebegriff*. Zusätzlich wird ein *Behandlungsmodell bei Epilepsie* (Heinen & Meencke, 2011) vorgestellt. Die beiden Modelle illustrieren das Verhältnis von *Ursachen einer Epilepsie* und *Ursachen epileptischer Anfälle* und eröffnen über die Vermittlung von theoretischem Wissen Zugänge zum Leid der Person. Sie bilden m. E. eine Grundlage für die notwendige Etablierung eines psychosomatischen und bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses in der Epileptologie.

Im **zweiten Teil** werden die theoretischen Grundlagen der modernen medizinischen Epileptologie hinterfragt. Ausgangspunkt sind die aktuell gültigen Behandlungsleitlinien *„Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter“* der

1 Der Begriff der „Person, die unter epileptischen Anfällen leidet“ wird stellenweise dem Begriff des „Patienten“ vorgezogen, weil ein psychotherapeutischer Zugang über die Einbeziehung der Lebenszusammenhänge in die Behandlung mehr am Leid der Person ansetzt. Demgegenüber steht aus medizinischer Perspektive die Behandlung der epileptischen Anfälle im Vordergrund, durch die Patienten zu „Objekten“ werden können. Mit dem Begriff der „Person“ wird somit einer verkürzten medizinischen Sichtweise widersprochen, die mit dem Terminus des „Patienten“ oftmals verbunden ist.

Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN, 2008). Über ihre Analyse springt insbesondere das Fehlen eines bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses ins Auge, welches insbesondere in der ICF, aber auch in der EBM vorausgesetzt wird. Wie dieser Mangel in der modernen Epileptologie entstanden ist und welche Bedingungen heute dazu führen, dass er entgegen neuerer Erkenntnisse bestehen bleibt, wird nachgezeichnet. Dabei wird ein Zusammenhang hergestellt, zwischen

1. gewonnenen naturwissenschaftlichen Erkenntnissen in der Epileptologie,
2. den damit verbundenen Veränderungen gesellschaftlicher Sichtweisen der Erkrankung und
3. den sich daraus ergebenden einschränkenden gesellschaftlichen Bedingungen der Behandlung und der weiteren Erforschung der Erkrankung.

Es wird gezeigt, wie eine verkürzte Sichtweise der Erkrankung gesellschaftliche Behandlungs- und Forschungsbedingungen produziert, die diese Verkürzung reproduzieren.

Im **dritten Teil** wird mit einer kritisch psychologischen Praxistheorie die krankheitsfördernde Dynamik dieser Entwicklung in ihren Auswirkungen auf Personen dargestellt, die unter epileptischen Anfällen leiden. Es wird reflektiert, für wen die geschaffenen gesellschaftlichen Bedingungen, die die gegenwärtige Epileptologie bestimmen, gut bzw. funktional sein könnten. Welchen Interessen der derzeit vorherrschende medizinische Epilepsiebegriff in erster Linie dient, soll für Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden, Ärzte, Psychotherapeuten etc. erkennbar und damit auch veränderbar werden.

Abschließend wird in einem **Ausblick** das in der ICF formulierte Krankheitsverständnis dargestellt. Eine grundlegende Entwicklungsnotwendigkeit auf dem Weg zu einer subjektwissenschaftlich begründeten, psychosomatischen Epileptologie wird aufgezeigt.

Teil



**Gewonnene theoretische
Erkenntnisse aus
der praktischen
Zusammenarbeit mit
Personen, die unter
epileptischen Anfällen
leiden.**

1.1 Methoden

Praxisbeispiel 1 (Brief, Jahresbeginn 2010):

Hallo,

Ich hatte vor 5 Jahren einen Anfall, vor 3 Jahren und gestern.

Alle um meinen Geburtstag herum.

Alle, an dem Jahrestag, an dem ich meine Tochter mit 17 Wochen abtrieb, da ich mich nicht allein in der Lage fühlte, zwei kleine Kinder ohne finanziellen Rückhalt groß zu ziehen.

Der Vater wollte beide nicht.

Mein Kind, das ist das Eine.

Das Andere ist ein Geburtstag, ein neues Lebensjahr, dieser Stress, das Neue, das ich damit verbinde.

Auch dieser Alkohol, der Sekt, ich weiß, Sekt tut mir nicht gut.

Und gestern noch eine Überschneidung: Ich trennte mich räumlich von einem Mann. Wir lebten ein halbes Jahr zusammen. Ich feierte mit Freundinnen, er war allein in seiner Wohnung.

In der Früh machte ich mir Sorgen um ihn, er hob nicht ab, als ich anrief. Ich fuhr zu ihm, war so dankbar, dass er einfach nur schläft.

(Ich übertrug meines: in dieser Beziehung hatte ich allzu oft Suizidgedanken und ich spürte auch allzu oft die Aura. Ich wusste, die Beziehung tut mir nicht gut. Sie ist eher ein Psychotrip und trotzdem traute ich mich nicht, endgültig „Nein“ zu sagen. Ich hatte Angst vor ihm. Er trinkt auch viel, wie mein Vater. Auch er war Alkoholiker: Aggression, bei ihm auch).

Ich legte mich zu ihm, er zog mich aus, ich war sehr erregt, er wollte eindringen und dabei bekam ich den Anfall.

Ich biss „nur“ auf die Zunge, kein Urinieren, kein weißer Schaum,

wie bei den letzten zwei Anfällen.

Ich muss unbedingt was tun!

In der Klinik wollten sie mich behalten, alles machen und untersuchen, wegen eines Tumorverdachtes und so. Ich weiß, das ist nicht der Grund. Ich weiß, das ist erstens Beziehung, zweitens Alkohol, Schlafentzug und Angst. Dazu mein eigenes Negieren, mein Verdrängen.

Um all das zu besprechen suche ich eine Anlaufstelle, komme auch gerne nach Berlin, oder wissen Sie eine Anlaufstelle in der Nähe?

Dieser Brief, den ich vor 2 Jahren erhielt, ist ein Praxisbeispiel. Solche Praxisbeispiele werden in dieser Arbeit genutzt, um bestimmte generelle Aspekte der medizinischen Epilepsiebehandlung hervorzuheben.

In diesem Beispiel wird beschrieben, dass der aufgetretene Anfall im Krankenhaus zum Anlass genommen wird, einem medizinischen Verdacht nachzugehen. Es wird ein Tumor als organische Ursache des Anfalls vermutet. Diese Vorgehensweise kann sinnvoll sein. Objektivierbare körperliche und möglicherweise lebensbedrohliche Ursachen epileptischer Anfälle können entweder festgestellt oder auch ausgeschlossen werden. Dazu ist es notwendig, zwischen geschilderten und/oder beobachteten Symptomen und möglichen körperlichen Ursachen einen hypothetischen Zusammenhang herzustellen und diesen Verdacht zu untersuchen.

Kontraproduktiv werden solche diagnostischen Ansätze, wenn ihre Dominanz dem subjektiven Anteil einer Erkrankung keinen Raum lässt. Für diesen subjektiven Anteil, den die Patientin im Brief ausführlich berichtet, fehlt ihr im aufgesuchten Krankenhaus

eine Anlaufstelle. Das, was sie über ihre Anfälle weiß – oder vielleicht auch nur zu wissen glaubt – scheint dort nicht von Interesse zu sein.

In den Schilderungen der Patientin kommt hinter dem Symptom eine langjährige Krankengeschichte zum Vorschein. Diese Geschichte und der daraus resultierende Wunsch, selbst etwas zu tun, um zukünftig Anfälle zu verhindern, bleiben im Krankenhaus ungehört und damit auch unbehandelt. Das ist die eine Seite. Auf der anderen Seite verliert auch das medizinische Diagnose- und Behandlungsangebot aus der Perspektive der Patientin an Bedeutung für ihre Krankheitsbewältigung, weil sie sich mit ihrer Geschichte nicht beachtet fühlt. Die jeweilige Einseitigkeit von Sichtweisen steht einer gesundheitsfördernden Begegnung im Wege von Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden und Ärztinnen und Ärzten, die das mit Epilepsie verbundene Leid eigentlich behandeln wollen und sollen. Eine umfassende Behandlung, in der sowohl die subjektiv bedeutsamen, wie die möglichen körperlichen Ursachen der Anfälle berücksichtigt werden, findet deshalb nicht statt.

Aus psychotherapeutischer Perspektive sind solche Beispiele bei der Behandlung von Anfallskrankheiten alltäglich. Nicht selten ist es erstaunlich, welche Diskrepanzen sich aus einem anderen Blickwinkel auf das Leid der Person ergeben. Mit diesem anderen Blickwinkel sind Sichtweisen von Epilepsie oder Epilepsiebegriffe verbunden, die sich in der derzeitigen medizinischen Behandlungspraxis oftmals unvermittelbar und deshalb blockierend gegenüberstehen. Deshalb habe ich beschlossen, meine Berufspraxis in zweierlei Hinsicht zum Gegenstand subjektwissenschaftlicher Forschung zu machen.

Erstens habe ich untersucht, wie die Gesundheit von Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden, auf psychotherapeutischem Weg gefördert werden kann. Daraus ergeben sich Bedingungen, die in einer umfassenden subjektwissenschaftlich fundierten psychosomatischen Epileptologie zu berücksichtigen sind (Teil 1).

Zweitens habe ich untersucht, warum diese Bedingungen in der derzeit vorherrschenden medizinischen Epileptologie ausgeklammert bleiben. Daraus ergeben sich genau die Defizite, die in dem obigen Praxisbeispiel eine Behandlung behindern. Das hat zur Folge, dass – wie eingangs bemängelt – in erster Linie Epilepsien behandelt werden und nicht Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden (Teil 2).

Zur Analyse meiner Berufspraxis habe ich Methoden und Begriffe *subjektwissenschaftlicher Praxisforschung* genutzt. Über diese Methode lassen sich diejenigen gesellschaftlichen Bedingungen identifizieren, die das derzeitige vorherrschende Verständnis dieser Erkrankung prägen.

Ihre Auswirkungen auf die gegenwärtige Epilepsiebehandlung werden mit einer subjektwissenschaftlichen Praxistheorie im dritten Teil dieser Arbeit beschrieben.

1.1.2 Kritisch psychologische Grundlagen

Die *subjektwissenschaftliche Praxisforschung* ist ein Teilbereich *kritisch psychologischer Aktualempirie*. Mit aktualempirischen Methoden werden in der *Kritischen Psychologie* gegenwärtige gesellschaftliche Lebenszusammenhänge analysiert.

Wichtige Grundbegriffe, sogenannte *Kategorien*, werden mittels *Historischer Empirie* herausgearbeitet (vgl. Holzkamp, 1985). Dazu wird die Entwicklung des Psychischen ausgehend von der Sensibilität bis hin zum menschlichen Bewusstsein rekonstruiert. Ergebnis *Historischer Empirie* ist, dass Menschen gesellschaftliche Subjekte sind. Die Kategorie des *Gesellschaftlichen Subjekts* besagt, dass sich Menschen begründet zu ihren Lebensbedingungen verhalten und im Rahmen gesellschaftlicher Prozesse verändernd auf sie einwirken.

Zunächst ergibt sich daraus das Konzept *gesellschaftlicher Vermitteltheit menschlicher Existenz*. Mit diesem Konzept wird beschrieben, dass unser subjektives Erleben durch gesellschaftliche Entwicklungen sowie damit verbundene Sichtweisen und Bewertungen wie z.B. durch einen vorherrschenden medizinischen Epilepsiebegriff mitbestimmt wird. Ein Epilepsiebegriff ist somit nichts äußerliches, sondern durchdringt das Bewusstsein sowohl der erkrankten Person, wie auch derjenigen Personen, die durch ihre Qualifikationen gesellschaftlich mit der Epilepsiebehandlung beauftragt sind. Er entspringt einer bestimmten Behandlungspraxis und fördert die Wahrnehmung eines bestimmten Ausschnitts der Realität (siehe Kap. 1.2.6).

Neben solchen eher festlegenden gesellschaftlichen Bedingungen wurde aus dem *Gesellschaftlichen Subjekt* von Holzkamp

das Konzept *menschlicher Handlungsfähigkeit* abgeleitet. Es besagt, dass Menschen grundsätzlich mehrere Handlungsmöglichkeiten offen stehen. Menschliches Verhalten ist daher nicht determiniert im Sinne eines Reiz-Reaktions-Schemas, sondern bedingt. Deshalb ist es unter der Voraussetzung prinzipiell veränderbar, dass sich Menschen die gesellschaftlichen Bedingungen bewusst machen, zu denen sie sich begründet verhalten.

Durch die Reflexion von Handlungsgründen kann – so ein weiteres Konzept der Kritischen Psychologie – das *Unmittelbarkeitsverhaftetsein* menschlicher und gesellschaftlicher Existenz überwunden werden. Handlungsgründe und Handlungsziele können vor dem Hintergrund prinzipiell vorhandener Handlungsmöglichkeiten angesichts einer Mittel-Ziel-Relation überprüft werden. Eine Ärztin könnte sich beispielsweise fragen, ob sie ihren persönlichen Wunsch und ihren gesellschaftlichen Auftrag, Personen zu helfen, die unter epileptischen Anfällen leiden, auf dem gegenwärtigen Weg am besten erreicht, oder ob sie einem „*ungehemmten Trieb*“ folgend vor allem etwas gegen die Krankheit tut, so wie es Bleuler in dem einleitenden Zitat, bezogen auf das *autistisch Undisziplinierte in der Medizin*, bereits 1919 problematisierte (vgl. Bleuler, 1919).

Eine weitere, durch historische Empirie gewonnene Kategorie der Kritischen Psychologie ist, dass das Verhalten im Sinne der Arterhaltung funktional ist. Das heißt, begründetes Verhalten ist immer im jeweils wahrgenommenen Interesse der handelnden Person. Daraus wurde als Kategorie abgeleitet, „*dass sich Menschen nicht bewusst schaden*“. Insofern sind vorfindliche gesellschaftliche Strukturen immer auch darauf zu untersuchen, was sie aufrechterhält. Dabei stehen die gesellschaftlich geschaffenen

Bedingungen im Mittelpunkt der Analyse, angesichts derer ein bestimmtes, begründetes Verhalten von Patienten und Ärzten in der gegenwärtigen Epileptologie funktional ist.

Fokus subjektwissenschaftlicher Psychologie ist deshalb die Perspektive von Personen auf die Welt, wie sie ihnen für ihr Handeln bedeutsam erscheint (vgl. Dieck&Heinen, 1990, S.37).

1.1.3 Kritisch psychologische Praxisforschung

Diese Subjektperspektive ist Grundlage und Ausgangspunkt von Praxisforschung. Da menschliches Handeln begründet ist, muss es unter Einbeziehung *gesellschaftlicher Bedingungen* analysiert werden. Aus der jeweiligen Perspektive einer einzelnen Person sind gesellschaftliche Bedingungen aber von unterschiedlicher *Bedeutung*. So unterscheidet sich aus der Perspektive eines Arztes oder eines Psychotherapeuten beispielsweise das, was von epileptischen Anfällen wahrgenommen wird. Ausschlaggebend dafür sind die mit der jeweiligen gesellschaftlichen Tätigkeit verbundenen Handlungsmöglichkeiten, aber auch Behinderungen. So ist es beispielsweise auf der einen Seite psychologischen Psychotherapeuten untersagt, Medikamente zu verordnen. Ärzten steht auf der anderen Seite für Gespräche mit den Patientinnen und Patienten nur ein sehr begrenztes Zeitbudget zur Verfügung. Folge unterschiedlicher Herangehensweisen und den damit im Zusammenhang stehenden Bedeutungen kann ein anderer Epilepsiebegriff sein. Deshalb sind auch diese unterschiedlichen Bedeutungen Gegenstand einer Analyse: einer sogenannten *Bedingungs-Bedeutungs-Begründungsanalyse* (vgl. Holzkamp, 1988; Markard 1988, 1989).

Die Bedeutungen stellen aus der Perspektive der jeweiligen Person einen Zusammenhang her zwischen den gesellschaftlichen Bedingungen und den individuellen Handlungsgründen. Die Bedeutungen definieren den Ausschnitt gesamtgesellschaftlicher Bedingungen, der für die jeweilige Person – auch bedingt durch ihre gesellschaftliche Stellung – relevant ist.

Ziel einer *Bedingungs-Bedeutungs-Begründungsanalyse* ist, ein in der Praxis enthaltenes *Zusammenhangs- und Widerspruchswissen* so aufzubereiten, dass es ein Verstehen des begründeten Handelns ermöglicht und damit Perspektiven einer Veränderung eröffnet (vgl. Markard, 1989; Dieck & Heinen, 1990).

Gesellschaftliche *Zusammenhänge*, als der eine Teil dieses Wissens, schlagen sich beispielsweise in Gesetzen, Regeln und -bezogen auf den vorliegenden Forschungsgegenstand - in den Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN, 2008) nieder. Unter demokratischen Verhältnissen kommen sie durch gesellschaftliche Übereinkünfte auf der Grundlage von Aushandlungsprozessen zustande, die mit wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet sind. Sie definieren Handlungsspielräume. Insofern zählen sie zu Bedingungen, die das Verhalten in gesellschaftlich gewünschter bzw. anerkannter Weise determinieren.

Mit den *Widersprüchen*, als dem anderen Teil dieses Wissens, werden erstens Handlungsmöglichkeiten beschrieben, die sich gegenseitig ausschließen. Zweitens werden Handlungsmöglichkeiten benannt, die durch eine gesellschaftlich vorherrschende Sichtweise eingeschränkt und somit behindert sind.

In der modernen Epileptologie werden beispielsweise die Handlungsmöglichkeiten von Personen, die unter epileptischen

Anfällen leiden, dadurch eingeschränkt, dass eine aktive Gesundheitsförderung wegen des Fehlens eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells in der Behandlung nicht konzeptualisiert ist. Deshalb erscheint Ärzten und mitunter selbst Patienten eine Gesundheitsförderung als ausgeschlossen. Diese einschränkende Sichtweise behindert insbesondere die Behandlungsmöglichkeiten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. So bleibt die Therapie überwiegend auf das Verordnen und regelmäßige Einnehmen der Medikamente beschränkt.

Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden, Ärzte, Psychotherapeuten etc. wollen aber als Subjekte prinzipiell ihre Handlungsfähigkeit im Umgang mit einer Erkrankung erweitern. Eine Therapie, die Handlungsmöglichkeiten einschränkt, steht deshalb per se einem menschlichen Umgang mit Epilepsien im Wege, es sei denn, dass eine aktive Gesundheitsförderung bei Epilepsien – im Unterschied zu allen anderen Erkrankungen – tatsächlich nicht möglich sein sollte.

Angsterkrankungen und Depressionen werden in der Regel dadurch gefördert, dass die Handlungsfähigkeit – also der aktive Umgang mit objektiven oder subjektiv erzeugten Lebensbedingungen – eingeschränkt wird. Sie zählen zu den häufigen Begleiterkrankungen von Epilepsien. Meines Erachtens sind sie in vielen Fällen das Resultat einer medizinischen Behandlung, durch die sich Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden, zur Passivität verurteilt fühlen.

In dem einleitenden Praxisbeispiel (1) zeigen sich die mit dem vorherrschenden medizinischen Epilepsiebegriff verbundenen Einschränkungen. Dort tritt das vermeintliche oder tatsächliche Wissen der Patientin über das Auftreten ihrer Anfälle gegenüber

diagnostischen Verfahren, mit denen ein organischer Anteil der Erkrankung objektiviert werden soll, in den Hintergrund. Dadurch fühlt sich die Patientin in ihrem Leid nicht wahrgenommen. Ein gegenseitiges Verstehen zwischen Arzt/Ärztin und Patientin findet nicht statt. Handlungsmöglichkeiten, um mit den Anfällen umzugehen oder auch um in einem zweiten Schritt die Notwendigkeiten medizinischer Diagnostik verständlich zu machen, werden nicht genutzt. Dadurch können Depressionen und Ängste gefördert werden, in dem Beispiel zusätzlich verstärkt durch den von medizinischer Seite geäußerten Tumorverdacht.

Ziel von Praxisforschung ist, diejenigen gesellschaftlichen Bedingungen zu identifizieren, die in der modernen Epileptologie die Handlungsfähigkeit von Ärzten, Psychotherapeuten etc. und insbesondere von Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden, einschränken. Ergebnis ist eine subjektwissenschaftlich fundierte, psychosomatische Epileptologie, mit der diese Einschränkungen aufgehoben werden. Erweiterte Behandlungsmöglichkeiten sollen dazu dienen, das Leid von Personen mit epileptischen Anfällen zu lindern, also im Sinne von Bleuler dem erkrankten Menschen zu helfen und nicht in erster Linie eine Krankheit zu beseitigen (vgl. Bleuler, 1919).

Aus der Grundannahme, dass sich Menschen nicht bewusst schaden, folgt allerdings auch, dass der gegenwärtige Verzicht auf eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit bzw. die Akzeptanz einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit für etwas gut sein muss. Um solche gesellschaftlichen Entwicklungen zu beschreiben, werden in der *Kritischen Psychologie* begrifflich zwei Arten von Handlungsfähigkeit unterschieden:

Die eine ist die sogenannte *restriktive Handlungsfähigkeit*. Sie

ist dadurch gekennzeichnet, dass sich Menschen unter gesellschaftlich vorgegebenen Bedingungen einrichten. Dabei werden gesellschaftlich zugestandene Entwicklungsräume individuell genutzt, die beispielsweise mit dem Status eines *Patienten* oder eines *Menschen mit einer Behinderung* oder auch eines *Arztes* oder *Psychotherapeuten* verbunden sind. Persönliche Entwicklung und Bedürfnisbefriedigung findet in diesen gesellschaftlich definierten Grenzen statt. Dabei stellt die Verfolgung individueller Interessen den gesellschaftlich vorgegebenen Handlungsspielraum nicht in Frage. *Restriktive Handlungsfähigkeit*, mit der ein Verzicht auf eine Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten verbunden ist, ist funktional, wenn mit der In-Fragestellung dieses gesellschaftlichen Handlungsspielraums der Verlust individueller Privilegien verbunden sein könnte. Deshalb stellt sich im Zusammenhang mit der restriktiven Handlungsfähigkeit auch immer die Frage nach Machtverhältnissen, über die Einzelinteressen bestimmter gesellschaftlicher Gruppen gegenüber anderen gesellschaftlichen Gruppen oder sogar gegenüber einem Gemeinwohl durchgesetzt werden.

Die andere Art von Handlungsfähigkeit ist die *erweiterte Handlungsfähigkeit*. Voraussetzung *erweiterter Handlungsfähigkeit* ist ein gesellschaftlicher Konsens beispielsweise darüber, wie die Gesundheit von Personen, die unter epileptischen Anfällen leiden, verbessert werden kann. Dieser Konsens setzt an der gemeinsamen Veränderung von identifizierten gesellschaftlichen Bedingungen an, die dem Erreichen dieses Ziels im Wege stehen und/oder versucht Bedingungen zu schaffen, die das Erreichen dieses Ziels ermöglichen (vgl. Holzkamp, 1985; Dieck & Heinen, 1990).