

Betäubung in Psychiatrie und Medizin

Thomas Reuster

Programm

Der Beitrag versucht den Begriffsumfang und -nutzen von Betäubung über den in der Medizin gebräuchlichen der Schmerzstillung hinaus auszuloten. Dabei stößt er auf seine Brauchbarkeit in der Psychiatrie, etwa phänomenologisch im Zusammenhang mit Depression oder psychodynamisch mit dem Phänomen der Verdrängung. Darüber hinaus lassen sich auch geistesgeschichtliche Konstrukte wie das Selbst oder Bewusstsein mit Hilfe einer Dialektik verstehen, die zwischen Betäubung und wacher Sensibilität aufgespannt ist.

Schmerzbetäubung

Ich gehe aus von festem, empirischem Grund, von der Betäubungswissenschaft, einer Spezialdisziplin der Medizin. Anästhesiologie: Lehre und Praxis der Betäubung und der Herstellung körperlicher Unempfindlichkeit. Sie untersucht nicht krankhafte körperliche Taubheitsgefühle oder Gefühllosigkeiten infolge Nervenschäden – dies ist Sache der Neurologie; auch nicht, was man psychische Betäubung nennen könnte – dafür sind Psychiatrie und Psychotherapie zuständig. Im Gegenteil: sie ist selber um künstliche Herstellung von Gefühllosigkeit zur Ausschaltung unerträglicher leiblicher, leibhaftiger Gefühle bemüht, solcher also, die eines (räumlich) gespürten Leibes notwendig bedürfen, um überhaupt entstehen und wahrgenommen werden zu können.

¹Scheler 1973 Der bedeutende Anthropologe des 20. Jahrhunderts, Max Scheler¹, prägte den Begriff der Leibgefühle, zu denen der Hauptgegenstand der Anästhesiologie, die körperlichen Schmerzen, zu zählen sind. Diese werden in der Regel nur ungern erlitten. Wie dankbar sind wir schon beim einfachen Ziehen oder Aufbohren eines Zahnes, wenn eine »örtliche Betäubung« die gefühlten Schmerzen des Körpers unterdrückt. Es brauchen die Segnungen der Anästhesiologie von allgemeiner Schmerzlinderung bis zur regionalen Betäubung via örtlicher Nervenlähmung und schließlich auch der Narkose des Bewusstseins (ohne welches Schmerz lediglich ein spezielles neuronales Erregungsmuster ist) nicht durchbuchstabiert zu werden. Sie liegen auf der Hand. Sie sind medizinische Eingriffe in die psychophysische Integrität des Organismus zu besonderen Zwecken und unter besonderen Bedingungen. Und sie sind Frucht der anästhesiologischen Forschung und Praxis. Die moderne Chirurgie mit ihren atemberaubenden Möglichkeiten wäre ohne deren Mittel undenkbar. Die Medizin nutzt Anästhesie also zur Vermeidung oder Verringerung von Schmerzen (Unlust) – und nicht etwa zur Betäubung von Wohlbe-finden oder Lust. Dies soll eigens gesagt sein, weil grundsätzlich alles be-täubbar ist, was sich in den Rastern eines Bewusstseins abbildet: Denken, Fühlen, Schmerzen, Wachheit, auch Hunger, Libido, Bewegungs- und Schaffensdrang. Betäubbar sind aber auch physiologische Reflexe und (vornehmlich überschießende) Reaktionen des autonomen Nervensystems, z. B ein zu schneller Herzschlag, eine überreichliche Magensäureproduktion, ein erhöhter Gefäßtonus. Und schließlich können auch somatische Überempfindlichkeitsreaktionen wie Heuschnupfen oder andere Allergien mit pharmakologischen Mitteln betäubt werden.

Jeder medizinische Eingriff ist aber auch ein Zugriff. Daran scheint das Moment des Gewaltsamen, des Desintegrierenden auf, das auch im Falle der praktischen und nützlichen Anästhesie zu bedenken ist. Daher die Kunst und Verantwortung der strengen Indikation für die Mittel und Methoden dieser Betäubungsmedizin, die notwendig auch Gefährdungen unterliegt. Daher auch sorgsame Aufklärung des betroffenen Patienten. Missbräuchliche Betäubung – also fehlgeleitete, schädigende, maßlose – ist *eine dieser* Gefährdungen; realer Ausdruck und Substrat dieser Gefährdung sowie ihre konkrete Übersetzung in private und soziale Last sind circa 280.000 Menschen in der BRD mit einer Schmerz- und

Betäubungsmittelabhängigkeit.² Die Drastik dieses Befundes soll keineswegs gegen die Anästhesiologie und auch nicht gegen ihre verwendeten Mittel gewendet werden. Das Problem liegt – wie bei allen Suchtmitteln – überwiegend nicht bei diesen. Kein Mittel appliziert sich selbst, auch wenn der Süchtige das Verhältnis umkehrt und glauben muss, es dränge sich auf und lasse ihm keine Wahl. (Die er in der Tat auch nicht hat – womit sein Problem präzise bezeichnet ist). Mit der Sucht als Krankheit treten wir aus dem Bereich der Anästhesiologie heraus und in jenen der *Betäubungspathologie* ein. Dabei geht es um Betäubung um jeden Preis, auch um den höchsten: die eigene Macht über den Willen zu opfern. Das aber ist ein anderes Thema.

²Möller / Laux
/ Kapfhammer 2008

Insgesamt liegen die Dinge im Bereich der somatischen Schmerzbehandlung und -ausschaltung noch recht klar. Man kann ggf. über die Art einer Narkose (Voll- oder Teilnarkose) oder über ihre Anwendung überhaupt diskutieren, z. B. beim Aufbohren eines Zahnes oder beim Einführen eines Endoskopes, auch die Ernsthaftigkeit z.B. eines Rückenschmerzes und dessen schmerzbetäubende Behandlung können diskutiert werden, aber die jeweils zu betäubenden Schmerzen (und/oder Ängste) sind subjektiv real und unmittelbar wahr; wer Schmerzen äußert, kann nicht widerlegt werden; sie sind *eo ipso* ein Beweis; eine logische Begründung ist so widersinnig wie unnötig.

Anders, jedenfalls weniger evident aber folgenreich stellt sich Betäubung in der medizinischen Teildisziplin der Psychiatrie und Psychotherapie dar. »Das Seelenleben« ist wissenschaftlich ein schwieriger zu fassendes Feld mit einem hohen Anteil an häufig wechselnden Hypothesen, die sich überdies nicht alle als falsifikationsfähig verstehen. In diesem Gebiet wird im Folgenden explorativ mit dem Begriff der Betäubung operiert.

Betäubung in Psychiatrie und Psychotherapie

Es soll also gewagt sein, aus medizinischer Perspektive zur Betäubung über die kontrollierte Anwendung in der Anästhesiologie hinaus mehr noch zu sagen. Allerdings nicht pragmatisch, also eines bestimmbaren Nutzens wegen, sondern in analytisch-spekulativer Weise – wobei spekulativ ausgehend von *speculari* (lat.) mit »betrachten«, »auskundschaften«

übersetzt sei und nicht mit einem der Spinnerei verdächtigen »grüblerisch« oder »mutmaßlich«.

Außerhalb der bereits angesprochenen Anästhesiologie kommt der Begriff Betäubung in der wissenschaftlichen Medizin nicht vor (wo kommt er überhaupt sonst vor?). Dies bedeutet nicht unbedingt, dass dafür ein hinreichender Grund besteht. Das Nahe ist – so sinngemäß schon
³ Hölderlin
 1963 die Eingangverse von Hölderlins *Patmos* – manchmal das Fernste³ und wird nicht eigens thematisiert. Das bezeugen z.B. manche natürlichen Erscheinungen, die wohlbekannt, aber keineswegs je im Lichte von Betäubung gesehen und benannt werden – so beim Menschen der Schock oder die Schreckstarre, bei (manchen) Tieren die so genannte Quieszenz als Reaktion auf überschwellige Reize; wiederum beim Menschen aber auch das Knalltrauma, das *als Trauma* faktisch in der *Betäubung* des Hörsinns besteht und damit Betäubung als umschriebene physiologische Reaktion auf plötzliche Überforderung paradigmatisch kenntlich macht.

Über diese Beispiele nähern wir uns einem nahen Bedeutungshorizont von Betäubung in der Psychiatrie und Psychotherapie. Zwar sucht man den Begriff Betäubung in jedem Lehrbuchregister dieser Disziplin umsonst oder höchstens in der Zusammensetzung »Betäubungs-Mittel« oder »Betäubungsmittel-Sucht«. Doch lassen sich eine Reihe psychischer Störungen unter dem Aspekt der Betäubung (modellhaft) fassen. Namentlich die verbreiteten Formen von Depressionen. Die Wucht depressiver Stimmungsarretierung betäubt in krankhaftem Ausmaß andere Funktionen: Interesse, Aufmerksamkeit, Explorationslust, intellektuelle Kraft etc. Es handelt sich – anders als bei Demenzen – um vorübergehende und *erlebte* Betäubungen. Die Depression betäubt das Gefühl des Werdens, der Entwicklung, der Freude, der Erfolgslust, des natürlichen Mit-Seins, und die Betroffenen – es sind nicht wenige – leiden darunter zuweilen mit einem Gefühl der Gefühllosigkeit – so der Fachbegriff – der recht eigentlich ein Gefühl von und für die unkontrollierbare Gefühlsbetäubung ist.

Umgekehrt die Manie, die ebenfalls unkontrollierbare Hebung der Vitalgefühle, der Stimmung, Appetenz, der Risikofreude etc. Hier werden die Gefühlstöne des Melancholischen, Besorgten, Traurigen oder die Haltungen der Vorsicht, des Abwägens und der Rücksicht über einen gestörten psychischen Automatismus gleichsam betäubt samt der daraus entspringenden Reflexion. Beide Zustände sind grundsätzlich reversibel,

die Betäubung (als prinzipiell vorübergehend) wird durch Gesundung aufgehoben. (Die Ent-Täubung der in der Manie erlebten Unbeschwertheit erleben manche manisch gewesene Patienten übrigens als schmerzhaften Verlust, der eigens bewältigt werden muss).

Bei diesen klinischen und praktischen Beispielen ist zu bedenken, dass sie formal grundlegenden Erfahrungsmöglichkeiten des Menschen folgen, sie aber einseitig ausprägen: Positivität und Negativität, Identität und Differenz, Verborgenenheit und Erscheinen, Verbindung und Trennung. Es scheint mir ergiebig, an dieser Stelle auf Heidegger⁴ zu rekurrieren, um diese Einseitigkeit von Daseinsmöglichkeiten als Problem in den Kontext seiner Fundamentalontologie zu stellen: Diese lehrt, das Wahrheitsgeschehen als Verbergen und Entbergen *zugleich* zu sehen und dem Schein zu trotzen, wonach das Entborgene das Verborgene verstellt und der stiere Blick auf den Mythos (oder die Idee) das Offenbare verhüllt. Depression und Manie lassen eine solche Doppelperspektive nicht mehr zu.

⁴Gethmann-Siefert / Pöggeler 1989, 245

Betäubung der Wahrnehmung

Im Weiteren kennt man in der Psychiatrie und Psychotherapie eine breite Phänomenologie verschiedener Formen der psychischen Wahrnehmungssperre als Schutz vor Überlastung durch strapaziösen Input. Sie steht im Dienste des Selbsterhalts, nicht allein des physischen und sozialen, sondern vor allem des Erhaltes des psychischen Selbst. Dessen ihm in der Moderne zugewachsene reflexive Aufgaben heißen explizites Selbst-Bewußtsein und Selbst-Aufklärung.

Gerade aber die Erfahrungen der Grenzen von Selbstaufklärung, die Erfahrung der Lasten der Subjektivität scheinen mir ein Humus für die Frage nach der psychischen Betäubung, die ja dem Programm der Aufklärung widerspricht.

War durch die Aufklärung und den deutschen Idealismus das Ich als Subjekt der Freiheit ins Recht gesetzt worden, so wurde es in der Romantik und später der Psychoanalyse Sigmund Freuds ausdrücklich als ein zerrissenes konzeptualisiert, als welches es die Ära der Moderne durchwandert hat. Das Ich sei gerade nicht Herr im eigenen Haus, das Bewusstsein kenne nur einen kleinen Teil dessen, was es zum Denken,

Fühlen, Handeln treibt. Und nur ein Teil dieses gerade nicht Bewussten sei – wie schon von Carus⁵ oder von Nietzsche⁶ erkannt – einfach nur unbewusst; der überwiegende Rest sei verdrängt und durch Verdrängung überhaupt daran gehindert, Eingang in das Bewusstsein zu finden, weshalb es sich »notgedrungen« auf allen möglichen leiblichen und psychischen Pfaden herumdrücke und im schlimmsten Fall psychische oder sogar körperliche Symptome bilde.

Gerade aber *dieser* Vorgang, etwas aus dem Bewusstsein entfernen, weil es schmerzt, ist das Paradigma von Betäubung. Den physischen Schmerz bzw. seine bewusste Wahrnehmung bekämpft die Anästhesiologie. Wie aber etwas seelisch Schmerzendes »entfernen«?

Freud sah die Lösung darin, dass eine Art Kontrolle am Ort der Bewusstseinschranke erfolgt; sein Grenzwächter heißt Zensur. Zwar ist dabei nicht ganz klar, ob der Wächter aus dem Bewusstsein stammt, sich das Bewusstsein mithin selber schützt, oder ob es von einem unbewussten Wächter geschützt wird.⁷ Jedenfalls lässt die »Zensur« Unverträgliches nicht ins Bewusstsein eintreten.

Die Ausweitung des Betäubungs-Begriffes auf diese Formen bewusstseinsvorgeschalteter Ablendung ist freilich problematisch, denn Freuds Konzeption geht von einem primär unbewussten Seelenleben aus, dessen bewegte Inhalte nur an einem kleinen Stück der Oberfläche überhaupt das Bewusstsein erreichen. Bewusstsein ist bei Freud eine Art Epiphänomen des überwiegend unbewusst Seelischen im Verhältnis 1:(1+x). Es ist das, was die (kluge?) »Zensur« übrig gelassen oder, wenn man will, nicht betäubt hat. Ist dieses darunterliegende Seelische darum betäubt oder ist es einfach primär unbewusst? Die Antwort hängt daran, wie die Zensur hypothetisch gedacht wird: je stärker man sie an das Bewusstsein bindet, desto plausibler wird die Betäubungs-Lesart. Freud selber sprach immerhin davon, es sei das Ich, das sich der Abwehr bediene.⁸

Allgemein richtet sich Betäubung in diesem Kontext immer gegen die mentale Verarbeitung eines Zuviel an Unlust in den Dimensionen des Sozialen, Körperlichen und Gefühls. Auch ein unerquickliches Denken, nicht nur das so genannte Zwangsdenken, ist ein Kandidat für Betäubung. Und ihre Phänomenologie im Erfolgsfall ist vielfältig, aber nicht unbegrenzt: merkwürdiges Vergessen, Nicht-Zuhören, »Abschalten«, etwas nicht gehört haben, etwas nicht gesehen haben, ein Gefühl nicht wahrnehmen (Trauer, Hass, Wut), etwas anderes stellvertretend mit Inte-

resse belegen (Substitution) und so weiter; Freud hat in der *Psychopathologie des Alltagslebens* hierzu eine Reihe interessanter und nachvollziehbarer Beobachtungen mitgeteilt.⁹ Er benutzt das Wort Betäubung nicht, sondern spricht von vom Bewusstsein via »Verdrängung« fernzuhaltenden Wahrnehmungen, Gefühlen, Gedanken. Da wir aber das Bewusstsein nicht als räumlich begrenztes kennen, kann die Metapher »vom Bewusstsein fernhalten« m. E. weniger missverständlich und ohne heuristischen Nachteil auch mit (partieller) »Betäubung« in funktionellen Einheiten des Bewusstseins ersetzt werden. Der Beschreibungszweck ist am Ende derselbe: Etwas, das ins Bewusstsein eintreten, das »eigentlich« gefühlt werden könnte – kann oder soll keine Bearbeitung durch das bewusste Denken, Fühlen und Wahrnehmen finden. Mit allen Folgen, die ebenso dichotom wie komplementär erscheinen: für die innere Homöostase des Bewusstseins schützend; für die Bewältigung von Forderungen der Realität nachteilig.

Auch die französischen Nervenärzte Pierre Janet, Jean Martin Charcot und Pierre Briquet oder in Deutschland und Österreich Otto Binswanger bzw. Josef Breuer forschten vor und neben Freud im Felde der gesellschaftlich hochrelevanten Hysterie, bei der körperliche und seelische Symptome ohne krankhaften organischen Ursprung aus unbewussten Kräften entstehen (Spannungen bei Janet, Triebe bei Freud) und die unter Umgehung des Wachbewusstseins direkt durch Hypnose – so Charcot und seine Schule – gebessert werden sollten. Es handelt sich bei all dem um kühne Konzepte von Bewusstseins-Betäubung im Dienste der Selbstentlastung. Der Stupor, also die Stumpfheit und Taubheit der Sinne und des Verstandes, ist demnach nicht nur eine der Psychiatrie bekannte klinische Minus-Variante des normalen (durchschnittlichen) Wachbewusstseins, sondern etwas neben oder unter ihm, das die Wege und Aktionen des Menschen bestimmt oder mitbestimmt¹⁰. Als derart verborgenes Movens wird es wiederum selber betäubt, wenn es bewusst wird: dann verliert es seine eigentümliche Macht. Umgekehrt: Seine Existenz verweist auf ein partiell betäubtes Bewusstsein, jenes widersprüchliche und fragmentierte Selbst, wie es im kollektiven Bewusstsein der Moderne¹¹ repräsentiert war und durch ein neues Konzept gültig noch nicht abgelöst wurde. Oder, wie man bei Kafka beispielsweise lesen kann: »... ich habe kaum mit mir etwas gemeinsam [...]«¹².

⁹ vgl. Reuster 1990, 50f

¹⁰ Freud 1904

¹¹ Paul Parin in einer mündlichen Mitteilung

¹² Kafka 1973, 622

Es liegt auf der Hand, dass ein solches Bild des Menschen – bei allen Differenzen im Detail – nicht ohne Folgen bleiben kann. Die psychiatrische Speziallehre der Neurosenkunde und Psychotherapie war eine gewaltige Konsequenz. Die gesellschaftliche Macht der Psychotherapeuten, die ausdifferenzierte Krankheitslehre des unglücklichen, also mit sich uneinigen Daseins samt ihren aktuellen Konzepten der Persönlichkeitsstörungen (worin die früheren Neurosen aufgegangen sind), der leibhaften Störungen (Schmerz, Essstörung, dissoziative Störung), und schließlich die Verbreitung psychosomatischer und psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen hat die Kulturlandschaft im Vergleich zu 1900 oder 1950 gewaltig verändert – aber auch die psychologischen Modelle, die einer modernen Person zur Selbsterklärung ihres Aufbaus und ihrer Funktionsmuster zur Verfügung stehen – als Gebrauchsanleitung für das eigene Selbst sozusagen.

Dialektik der Betäubung

Freud hat den Widerstand gegen seine Lehre deutlich zu spüren bekommen. Den Apologeten des aufgeklärten Selbst musste die Lehre, dieses kenne sich wegen eigener Betäubungen im eigenen Hause nicht aus, als *frecher* Angriff erscheinen. Doch ist es ein *logischer* – wenn man einmal auf anthropologische und (psycho-) pathologische Verhältnisse schaut und einfach die Frage stellt, was eigentlich Betäubung erforderlich macht.

Die allgemeine Antwort auf diese Frage ist überraschend einfach: Es ist die physische und psychische Begrenztheit unserer Kapazitäten in extensiver und intensiver Hinsicht. Sie betäubt allererst. Ich kann zwar in der räumlichen Dimension des Unendlichen denken und phantasieren – aber ich kann es nicht ständig. Müdigkeit und Schlaf betäuben schon natürlicherweise »die Gedankenflut«, Unaufmerksamkeit und Konzentrationsschwäche den fortschreitenden Gedankengang oder die Klarheit und Ausdifferenziertheit einer Vorstellung. (Das war schon Leibniz bekannt¹³, und es entging auch dem scharfsinnigen Nietzsche nicht: der Lebensphilosoph hatte selbst den Schaden; jeder Wetterwechsel wirkte, nebst anderen Idiosynkrasien, lähmend auf seine intellektuelle Produktion). Auch Gefühle werden derart betäubt: durch den großen Betäuber

¹³ Leibniz 1971

Schlaf vor allem, durch Ablenkung, Rausch, Tätigkeit; und es hat darin jeder sein Maß, freilich nicht ohne Weiteres ein gutes.

Die Ordnung und die Ökonomie des Selbst fordern Unterscheidung und Trennung in Bezug auf die Welt der Sachen und Gefühle; sie sind ohne Betäubung an anderer Stelle nicht zu haben. Klare Wahrnehmung muss sich befreien von vorlaufender kognitiver Bewertung, intellektuelle Ein- und Durchsicht von einem Überhang des Gefühls. So schreibt beispielsweise Hegel treffend und objektivistisch gepolt an seine Frau: »[W]ie oft sage ich Dir, Du sollest die Sache ohne Empfindung sagen und behandeln;« – um freilich, ganz Dialektiker, zu konzedieren: »doch steht Dir Deine Lebhaftigkeit oft ganz hübsch.«¹⁴ Wo aber ist Betäubung einer Leidenschaft um der Seelenruhe, aber auch der Sache willen angebracht – und in welchem Maße? Es lässt sich nicht ausrechnen. Es ist der praktischen Klugheit und Übung aufgegeben.

¹⁴ Hegel an seine Frau, 9.9.1827; in: Hoffmeister 1954 [Bd. 3], 187

Ein bekanntes Symbol, das nicht nur den dynamischen Zusammenhang von Polaritäten und deren Ausgleich am einfachsten anzeigt, sondern auch für die dialektische Beziehung zwischen Betäubung und Ermöglichung stehen kann, ist das Kreisbild von Yin und Yang. Freilich enthält es nicht unmittelbar diesen Gedanken und das Prinzip gegenseitigen Betäubens, doch schließt es sie auch nicht aus; Deutung liegt in seiner Natur. Nimmt man bestimmte und nach Viktor von Weizsäcker – dem Begründer einer medizinischen Anthropologie – so genannte »pathische« Erlebensdimensionen in den Blick, die widersprüchlichen Gesetzen gehorchen und aufeinander antagonistisch wirken: Liebe und/oder Hass, Angst und/oder Mut, dulden und/oder kämpfen – so wird daran die gegenseitige Betäubung des Einen und umgekehrt die des Andern offenbar.¹⁵ (Von Weizsäckers medizinische Anthropologie wird freilich nur marginal rezipiert. Eine explizite Anthropologie leistet sich die Medizin nicht. Sie folgt in Forschung und Praxis vielmehr einem naturwissenschaftlichen Positivismus.)

¹⁵ von Weizsäcker 1956

Entsprechend darf also in der Rede von der Betäubung als dem Fernhalten eines »Reizes« vom Bewusstsein auch ein dialektisches Prinzip mitgedacht werden. Die mentale Kapazität organisiert nach psychoökonomischen Kriterien das Wahrzunehmende. Versteht man Auswahl als selektive Betäubung, dann ist sie notwendig zur Aufrechterhaltung eines Leistungsspektrums von Perzeption und Apperzeption. Übermäßi-

ge Betäubung (von Reizen) führt das Bewusstsein freilich in eine (Reiz-) Armut, die letztlich verhindert, dass der Mensch sich überhaupt zu etwas verhält und somit existiert.

Die aristotelische Lehre der Mitte (*mesotes*), ist der Möglichkeit eines verfehlten Verhaltens gegenüber Reizen, auch inneren, geschuldet. Die Betonung der Zurückhaltung ihnen gegenüber in der Ataraxie-Lehre der Stoa oder die Philosophien der Leere (*Schunya*) im Buddhismus, im Zen oder überhaupt als ein ubiquitäres Element der Mystik nimmt diesen Aspekt einer – *cum grano salis* – mentalen Betäubung in Anspruch. In der Überzeichnung freilich führt er zu einer totalen weltbezogenen Betäubung. (Auch daher der Sinn des »Mittleren Weges« im Buddhismus, gegen ein Zuviel an Versenkung). Interessant ist die Betrachtung des Gegensatzes: Der *totale* Reiz im Sinne ungebremsster Flut von heftigen Perzeptionen ist zwar das Gegenteil betäubter Reize und somit der Gemütsruhe, doch führt die reale *Übersteuerung* am Regler des Bewusstseins wiederum zu Betäubung, die man gerade intentional aushebeln wollte. Das Bewusstsein wird faktisch und durch ein (subjektiv unterschiedliches) Zuviel an Reiz graduell betäubt. Um seiner eigenen Betäubung zu entgehen und sich rechtzeitig davor zu schützen, regelt es (bzw. sein neuronales Substrat) die Störgröße durch Ab- und Ausblenden herunter. Betäubung ist insofern Teil einer physiologischen mentalen Regulation, und das Bewusstsein samt seinen aktuell unbewussten Anteilen regelt die Intensität und Extensität des Reizflusses. Wo dieser Mechanismus automatisch nicht mehr funktioniert und nervöse Störungen die Folge sind, kommen im Sinne einer Therapie zunächst meditationsnahe Techniken der Entspannung wie Autogenes Training oder in jüngster Zeit die sogenannte Achtsamkeit (*mindfulness*) zur Anwendung. Sofern freilich Eingriffe in den Reizstrom außerhalb der Perzeption möglich sind, kann das Bewusstsein durch leibliche Aktion eingreifen: zum Beispiel bei überstarker Helligkeit durch Abwenden der Augen oder wo möglich durch Dimmung des Lichtes. Daneben sind jedoch auch endogene Herabregelungen der optischen Reizstärke möglich: im Normalfall durch Aufmerksamkeitsdrosselung, im Extremfall durch psychogene Blindheit. Wir stoßen also wieder auf die klinische Phänomenologie der psychischen Betäubung, früher Hysterie, heute dissoziative Störung genannt.

¹⁶ Maturana / Varela 1990 Betäubung ist in dieser Perspektive ein biopsychisches Prinzip im Rahmen von Selbstregulationsprozessen. Auch Autopoiesis¹⁶ ist – als

Selbsterhalt – nur mit dem Attribut des Selbstschutzes durch Reiz- (und notfalls: Selbst-)Betäubung denkbar. Und Emergenz, der systemtheoretische Begriff der Ausnahme, des kreativen Sprungs, der qualitativen Neuordnung, lässt sich in dieser Perspektive denken als Betäubungsver-sagen: Überreicher Reizeintrag und Reizverarbeitung führten zur Geburt neuer Gedanken, Perspektiven, Wahrnehmungen.

Emergenz wäre demnach ein Pendant unserer Träume, die ebenfalls aus (unbewussten) Tagesresten gemacht sind und als Betäubungslücken erscheinen. Emergenz (mit dem Aspekt neuer Ideen) bei Wachheit, und Träume im Schlafe hätten in dieser Sicht dieselbe Wurzel einer nicht restlos bewachten Betäubungsgrenze. Diese eigentümliche Grenze scheint einen tiefen Grund menschlicher Bedingtheit und Freiheit zu markieren.

Zusammenfassung

Am Leitfaden des Begriffes der Betäubung wurde aus medizinischer Sicht zunächst und obligat auf die Bedeutung der Anästhesiologie als etablierter Betäubungswissenschaft und -praxis hingewiesen. Durch den Transport des Begriffes in die Psychiatrie und Psychotherapie ließen sich extreme Erlebensweisen als krankhafte Betäubungen ausgleichend-gegensätzlicher Gefühlstöne beschreiben. Im weiten Feld des von der Psychoanalyse erkundeten Unbewussten kann ebenfalls phänomenologisch von Betäubung (statt mechanistisch von Verdrängung) gesprochen werden. Schließlich erweist sich Betäubung als ein universelles Prinzip, das in dem dynamischen Verhältnis aufeinander wirkender Gegensatzpaare, in deren Spannungsfeld menschliches Erleben und Navigieren subjektiv stattfindet, Störungen eines Gleichgewichtes beschreiben und identifizieren kann.

Literatur

Carus, Carl Gustav: *Psyche*. Jena 1926.

Freud, Sigmund: *Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum*. Berlin 1904.

- Freud, Sigmund: Triebe und Tribschicksale. In: Freud, Siegfried: *Psychologie des Unbewußten. Studienausgabe. Bd. III.* Frankfurt a. M. 1975. [Freud 1975a]
- Freud, Sigmund: Das Ich und das Es. In: Freud, Siegfried: *Psychologie des Unbewußten. Studienausgabe. Bd. III.* Frankfurt a. M. 1975. [Freud 1975b]
- Gethmann-Siefert, Annemarie / Pöggeler, Otto: *Heidegger und die praktische Philosophie.* Frankfurt a. M. 1989.
- Hoffmeister, J. (Hg.): *Briefe von und an Hegel.* 3 Bde. Hamburg 1952-54.
- Hölderlin, Friedrich: Patmos. In: Hölderlin, Friedrich: *Gedichte.* Stuttgart 1963.
- Kafka, Franz: *Tagebücher 1910-1923.* Frankfurt a. M. 1973.
- Leibniz, G. W.: *Neue Abhandlungen über den menschlichen verstand (1765).* Übersetzt, eingeleitet und erläutert von Ernst Cassirer (1915). Nachdruck Meiner. Hamburg 1971.
- Maturana, H. R. / Varela, F. J.: *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens.* München 1990.
- Möller, Hans-Jürgen / Laux, Gerd / Kapfhammer, Hans-Peter: *Psychiatrie und Psychotherapie.* Heidelberg ³2008.
- Nietzsche, Friedrich: Jenseits von Gut und Böse. In: Nietzsche, Friedrich: *Gesamtausgabe.* Bd. 5. München et al. 1967-1977.
- Precht, Richard David: *Wer bin ich und wenn ja, wie viele? Eine philosophische Reise.* München 2007
- Reuster, Thomas: *Viktor von Weizsäckers Rezeption der Psychoanalyse.* Stuttgart / Bad Cannstatt 1990.
- Scheler, Max: Wesen und Formen der Sympathie. In: Scheler, Max: *Gesammelte Werke.* Bd. 7. Bern / München 1973.
- von Weizsäcker, Viktor: *Pathosophie.* Göttingen 1956.