

Schriftenreihe der **DGAP**

Der Autor:

Thomas Fuchs ist Karl-Jaspers-Professor für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Thomas Fuchs

Randzonen der Erfahrung



Schriftenreihe der
Deutschen Gesellschaft für
phänomenologische Anthropologie,
Psychiatrie und Psychotherapie (DGAP)

Herausgegeben von
Thomas Fuchs, Thiemo Breyer,
Stefano Micali, Boris Wandruszka

Band 9

Alle Beiträge zu dieser Reihe durchlaufen
vor der Annahme ein peer-review.

Thomas Fuchs

Randzonen der Erfahrung

Beiträge zur
phänomenologischen
Psychopathologie

Verlag Karl Alber Freiburg / München



Originalausgabe

© VERLAG KARL ALBER
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg / München 2020
Alle Rechte vorbehalten
www.verlag-alber.de

Satz: SatzWeise, Bad Wünnenberg
Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN 978-3-495-49101-0

*Meinem psychiatrischen Lehrer
Hans Lauter gewidmet*

Inhalt

Vorwort	11
Einleitung	13

Leib

1) Psychopathologie der Hyperreflexivität	21
2) Depression, Leiblichkeit, Zwischenleiblichkeit	44
3) Selbst und Schizophrenie	63
4) Being a Psycho-Machine. Zur Phänomenologie der Beeinflussungsmaschinen . . .	90
5) Leiblichkeit und personale Identität in der Demenz . . .	109

Raum und Zeit

6) Die Welt als Innenraum. Kafkas »Bau« als Paradigma paranoider Räumlichkeit . .	129
7) Das Unheimliche als Atmosphäre	148
8) Depression als Desynchronisierung. Ein Beitrag zur Psychopathologie der intersubjektiven Zeit	170
9) Das fragmentierte Selbst. Zeitlichkeit und narrative Identität in der Borderline-Störung	193

Inhalt

Intersubjektivität

10) Subjektivität und Intersubjektivität in der psychiatrischen Diagnostik	217
11) Störungen der Intersubjektivität in Autismus und Schizophrenie	237
12) Wahn, Realität und Intersubjektivität. Eine phänomenologische und enaktive Analyse	263

Anthropologische, existenzielle und psychotherapeutische Aspekte

13) Warum gibt es psychische Krankheit? Anthropologische und existenzielle Vulnerabilität	299
14) Leiden an der Sterblichkeit	320
15) Phänomenologie und Psychopathologie des Willens	335
16) Phänomenales Feld und Lebensraum. Skizze einer phänomenologischen Psychotherapie	359

Quellennachweise	381
Literatur zur Einführung	385
Personenregister	387
Sachregister	389

Vorwort

Psychische Krankheiten führen in Randzonen menschlicher Erfahrung. Das feste Gebäude der gewöhnlichen Erfahrung erhält Risse; selbstverständliche Gewissheiten lösen sich auf. In die Helligkeit des Bewusstseins schieben sich von den Rändern her dunkle Schatten. Selbst das sichere eigene Zentrum, von dem aus man sonst die Welt erlebt, beginnt zu schwanken.

Diese Randzonen der Erfahrung zu beschreiben und zu analysieren, um so die Patienten in ihrem veränderten Erleben verstehen und begleiten zu können, ist die Aufgabe der Phänomenologie. Seit Karl Jaspers' *Allgemeiner Psychopathologie* (1913) bildet sie die Grundlagenwissenschaft der Psychopathologie. Allerdings hat sie sich seither in verschiedene Richtungen weiterentwickelt, die Jaspers nicht mehr einbezogen hat. Dazu gehört bereits die eidetische und transzendentale Phänomenologie Husserls, dann die Fundamentalontologie Heideggers, die Leibphänomenologie Merleau-Pontys oder in neuerer Zeit die Phänomenologie des Selbst und der Intersubjektivität. Die heutige Psychopathologie kann damit aus einer reichen und vielfältigen Tradition schöpfen, die so unterschiedliche Dimensionen wie Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Räumlichkeit oder Intersubjektivität und schließlich existenzielle Ansätze umfasst. Die Randzonen der Erfahrung sind heute besser erschlossen als noch vor hundert Jahren.

Die Texte in diesem Band stellen eine Auswahl von Aufsätzen dar, die ich in den letzten zwei Jahrzehnten zu den genannten Themen veröffentlicht habe und die geeignet sein könnten, die Spannbreite phänomenologischen Denkens in der gegenwärtigen Psychopathologie zu dokumentieren. Sie wurden für den Band gründlich überarbeitet, aktualisiert und werden, wie ich hoffe, nun auch neue und interessierte Leser finden.

Vorwort

Ich danke der Deutschen Gesellschaft für Phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie (DGAP) für die Unterstützung der Drucklegung der Beiträge. Herrn Trabert vom Alber-Verlag danke ich für die wie immer angenehme Zusammenarbeit bei der Planung und Vorbereitung des Bandes. Mein ganz besonderer Dank geht an Daniel Vespermann, Lukas Iwer, Mailin Hebell-Dowthwaite und Damian Peikert für die sorgfältige Redaktion und Vorbereitung der Texte zum Druck; sie haben dadurch bedeutend gewonnen.

Meine Dankbarkeit gilt am Ende meinem psychiatrischen Lehrer Hans Lauter, der mich in die Psychiatrie eingeführt hat und mir ein bleibendes Vorbild geworden ist. Ohne ihn wäre auch dieses Buch nicht entstanden, und ich freue mich, wenn er es nun in den Händen hält.

Heidelberg, im November 2019

Thomas Fuchs

Einleitung

»Der Wahn ist eine Möglichkeit des Menschen, ohne die er nicht wäre, was er ist.«

Henri Maldiney¹

»Aber der Gesunde, dessen Seele offen geworden ist an den Grenzen, untersucht im Psychopathologischen, was er selber der Möglichkeit nach ist ...«

Karl Jaspers²

Die beiden Zitate von Maldiney und Jaspers weisen auf zwei Grundannahmen hin, die eine phänomenologische Psychopathologie leiten können:

(1) Psychiatrisches Kranksein ist kein kontingentes Geschehen, das von außen über den Menschen hereinbricht, sondern es gehört als Möglichkeit wesentlich zu ihm. Das Menschsein selbst, seine Konstitution oder psychophysische Organisation weist eine inhärente Brüchigkeit auf, die es zu Konflikten, Störungen und Erkrankungen disponiert. Wenn der Titel dieses Bandes also *Randzonen der Erfahrung* lautet, dann nicht etwa um eine Marginalisierung zum Ausdruck zu bringen – im Gegenteil: Gerade von diesen Randzonen und Ausnahmeerfahrungen her lässt sich der Kern des Menschseins besser verstehen.

(2) Als eine Möglichkeit des Menschseins ist auch dem Gesunden – etwa dem Psychiater, Psychopathologen oder Psychotherapeuten – psychiatrisches Kranksein nie gänzlich fremd und unverständlich. Wenn die Bruchlinien der Erfahrung in uns allen vorgezeichnet sind, dann lässt sich zwischen »gesund« und »krank« keine strikte Unterscheidung mehr treffen. Für den Psychiater folgt daraus eine Haltung der *empathischen Solidarität* mit seinen Pa-

¹ Eigene Übersetzung, im Original: »La folie est une possibilité de l'homme sans laquelle il ne serait pas ce qu'il est« (Maldiney 1973, 210).

² Jaspers 1973, 658.

Einleitung

tienten, in der er das Fremde der psychischen Krankheit zugleich als das ›Andere seiner selbst‹ erkennt. In jedem wachen Erfassen und Nachvollzug psychischen Krankseins erfahren wir immer auch etwas über uns selbst.

Die Phänomenologie ist somit gerade in der Psychiatrie keine distanziert beobachtende, sondern eine teilnehmende und engagierte Methode. Es geht darum, etwas so zum Ausdruck und zur Sprache zu bringen, dass sich der Patient durch das Verstehen des Psychiaters auch selbst verständlicher wird. Er ist nie bloßes Untersuchungsobjekt, sondern vom ersten Gespräch an ein leidender Mitmensch, der in diesem Gespräch auch ein ›geteiltes Leid‹ erfährt. Wenngleich die phänomenologische Psychopathologie auf einer komplexen philosophischen Begrifflichkeit basiert, die der grundlegenden Analyse der primären Erfahrung dient, so ist doch ihr letztes Ziel immer die Anwendung in der therapeutischen Begegnung. Hier sollten ihre Ergebnisse in entsprechender Übersetzung und Erläuterung dem Patienten so weit wie möglich nahegebracht werden, sodass er sich in ihnen wiedererkennt. Die Erfahrung, die die Phänomenologie in grundlegenden oder ›Wesensstrukturen‹ beschreibt, ist doch immer zugleich *seine* Erfahrung.

Eine zentrale Voraussetzung, die den Phänomenologen leitet, ist die, dass in jeder Erfahrung mehr enthalten ist als nur ein gegenständliches Faktum, nämlich die besondere *Seinsweise des Erfahrenen* – des Wahrgenommenen, Erinnerten, Phantasierten usw. – ebenso wie die *Struktur der Erfahrung selbst*, die es freizulegen gilt. Die dazu erforderliche phänomenologische Einstellung beruht auf der ›Einklammerung‹ unserer alltäglichen oder wissenschaftlichen Annahmen über die Realität; insbesondere ist jede Erklärung beiseitezulassen, die die Phänomene aus zugrunde liegenden Ursachen, Mechanismen oder Substraten ableitet. Stattdessen analysiert der Phänomenologe, *wie* sich die Erfahrung und die erfahrene Welt für ein Subjekt konstituieren, wie die jeweilige Beziehung von Subjekt und Welt zu beschreiben ist. Es geht darum, die ursprünglichen Grundlagen unserer Erfahrung *in ihr selbst* freizulegen, vor allem die basalen Struk-

turen von Leiblichkeit, Räumlichkeit, Zeitlichkeit und Intersubjektivität.

Wenn nun der Psychiater diese Aufgabe übernimmt, gelangt er über die bewussten Symptomschilderungen der Patienten zu der präreflexiven Dimension der Erfahrung, die in psychischen Krankheiten betroffen ist. Sie umfasst das, was für gewöhnlich nicht bewusst bedacht oder beabsichtigt, sondern vielmehr implizit und unbewusst gelebt ist, was also unserem habituellen, selbstverständlichen Umgang mit der Welt und den anderen zuzurechnen ist. Zentrale Aspekte sind der gelebte Leib, der gelebte Raum, die gelebte Zeit und die meist unhinterfragten Beziehungen zu anderen. Die phänomenologische Psychopathologie erforscht Abwandlungen dieser Erfahrungsstrukturen, die sich nicht durch empirische Daten aus der Perspektive der 3. Person erfassen lassen: Wie erlebt sich der Patient in seiner Leiblichkeit? Wie ist es, depressiv zu sein? Wie verändern sich Zeit und Raum für einen manischen Menschen? Wie erscheint die Welt einem schizophrenen, einem zwanghaften, einem suizidalen Menschen?

„Welt“ meint freilich nichts Äußereres im Gegensatz zu einem Inneren, sondern, wie Alice Holzhey-Kunz (2001, 105) schreibt, »das Ganze menschlichen Lebens im Sinne des umfassenden Bedeutungszusammenhangs, in dem sich alles menschliche Erleben, Denken und Handeln bewegt«. Solche Zusammenhänge sind einerseits kollektiver Natur: So sprechen wir etwa von der Welt des Mittelalters, der Welt des Theaters, der Welt der Kindheit usw. Andererseits lebt jeder Mensch, auch wenn sich in ihm verschiedene solcher Welten kreuzen, in seiner individuellen und unverwechselbaren Welt, in der er denkt, fühlt und handelt und die er selbst gestaltet. Subjekt und Welt treffen nicht aufeinander, sondern konstituieren sich wechselseitig, ja das Subjekt *ist* in gewissem Sinn zugleich seine Welt.³ Um einen Menschen wirklich zu

³ Vgl. zu dieser hier nur anzudeutenden Thematik Hegels *Phänomenologie des Geistes*: »Die Individualität ist, was *ihr* Welt als die *ihrige* ist; sie selbst ist der Kreis ihres Tuns, worin sie sich als Wirklichkeit dargestellt hat [...]; eine Einheit, deren Seiten nicht wie in der Vorstellung des psychologischen Gesetzes als *an sich* vorhandene Welt und als *für sich* sciende Individualität auseinanderfallen« (Hegel 1970, 232).

Einleitung

verstehen, muss man daher gleichsam seine Welt betreten und sich den *Horizont* vergegenwärtigen, vor dem all seine Handlungen und Verhaltensweisen ihre Bedeutungen gewinnen – auch wenn diese Bedeutungen vom Normalen abweichen wie in psychischen Krankheiten.

Die zentralen Kategorien der phänomenologischen Psychopathologie sind, wie erkennbar geworden ist, immer zugleich Kategorien menschlicher Erfahrung schlechthin: Leiblichkeit, Räumlichkeit, Zeitlichkeit, Intentionalität, Selbsterleben, Intersubjektivität. Die phänomenologische Analyse lässt aber auch die Randzonen, Abwandlungen, Brüche und Entgleisungen dieser Erfahrung besser begreifen. Umgekehrt fällt von diesen Randzonen her ein besonderes Licht auf das Dunkel, das gerade das für uns Nächste, nämlich die präreflexive Erfahrung darstellt. Die sonst verborgenen Aufbaustrukturen des Bewusstseins werden gerade durch ihre Störungen offengelegt, lassen sich aber erst mit den phänomenologisch gewonnenen Begriffen auch angemessen beschreiben. In diesem Sinn erhellen und befruchten sich allgemeine Phänomenologie und phänomenologische Psychopathologie wechselseitig.

Die Beiträge in diesem Band sind nicht zuletzt mit dem Ziel ausgewählt, dieses Wechselverhältnis unter verschiedenen Aspekten zu illustrieren. Sie thematisieren (1) die Leiblichkeit, (2) das Raum- und Zeiterleben, (3) die Intersubjektivität in psychischen Erkrankungen. Besondere Berücksichtigung findet dabei die Psychopathologie der Depression, der Schizophrenie, der Borderline-Störung, des Autismus und der Demenz. Ein abschließender Teil gilt (4) anthropologischen, existenziellen und psychotherapeutischen Aspekten, einschließlich der Psychopathologie des Willens. Damit ist die Spannbreite phänomenologischen Denkens in der Psychiatrie zumindest umrissen; eine allgemeine Einführung in die Phänomenologie und die phänomenologische Psychopathologie kann in diesem Rahmen jedoch nicht geleistet werden. Empfehlungen dazu finden sich am Ende des Bandes.

Literatur

- Hegel, G. W. F. (1970). *Phänomenologie des Geistes*. Werke Bd. 3. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Holzhey-Kunz, A. (2001). Psychopathologie auf philosophischem Grund: Ludwig Binswanger und Jean-Paul Sartre. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 152, 104–113.
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Maldiney, H. (1973). *Regard, parole, espace*. Lausanne: L'Âge d'Homme.

Leib

Psychopathologie der Hyperreflexivität

Einleitung

Die Struktur der menschlichen Leiblichkeit ist grundlegend charakterisiert durch die Polarität zwischen subjektivem Leib und objektiviertem Körper, oder zwischen Leib-Sein und Körper-Haben. Diese vor allem von Plessner, Marcel und Merleau-Ponty hervorgehobene Polarität hat auch für die Psychopathologie eine zentrale Bedeutung. Insofern nämlich psychische Erkrankungen den unbefangenen Lebensvollzug stören oder unterbrechen, setzen sie zugleich an den Bruchlinien an, die sich innerhalb der Leiblichkeit zwischen Leib-Sein und Körper-Haben immer schon zeigen.

In psychischen Krankheiten versagen die stillschweigenden Vermittlungen, die das leibliche Zur-Welt-Sein ausmachen. Statt als Medium des Weltbezugs zu fungieren, macht sich der Leib als Körper störend und widerständig bemerkbar. Selbstverständliches wird auf einmal unvertraut, zweifelhaft oder fremd; Implizites wird explizit und tritt in den Fokus der Aufmerksamkeit. Nun ist zwar die *Explikation des Impliziten* ein Grundprinzip der menschlichen Lebensform, die das in der primären Erfahrung noch qualitativ-holistisch Erlebte ausdrücklich zu machen und sprachlich zu artikulieren vermag. Doch in der Psychopathologie verselbständigt sich dieses Prinzip zu verschiedenen Formen der Selbstentfremdung, die ihrerseits eine vermehrte Selbstbeobachtung zur Folge haben. Dies wird noch gesteigert durch Reflexionsprozesse, die um die verlorene Selbstkongruenz kreisen und in denen die Patienten versuchen, den entstandenen Bruch wieder zu überbrücken oder zu kompensieren. Sie erreichen damit freilich in der Regel nur das Gegenteil. Selbstzentrierung und Hyperreflexi-

Psychopathologie der Hyperreflexivität

vität sind somit einerseits die Folge der Erkrankung, tragen andererseits oft noch zusätzlich zu ihr bei.

Explikation des Impliziten, Selbstentfremdung und Hyperreflexivität sind insofern grundlegende Phänomene der Psychopathologie. Um ihren Zusammenhang näher zu untersuchen, will ich im Folgenden zunächst die implizite oder, wie man auch sagen kann, transparente Struktur der Leiblichkeit und ihr Verhältnis zum reflexiven Bewusstsein erläutern. Im zweiten Teil werde ich die Phänomene der Hyperexplikation und Hyperreflexion anhand einiger psychopathologischer Beispiele beschreiben.

Die implizite Struktur des Leibes

Die implizite Struktur der Leiblichkeit lässt sich folgendermaßen beschreiben: Was im Fokus unserer Aufmerksamkeit liegt, darauf richtet sich der *intentionale Bogen* unseres Wahrnehmens oder auch unseres Handelns.¹ Dieser Bogen wird gebildet durch die Verknüpfung und Integration von Einzelementen – z.B. der Buchstaben, aus denen sich ein gelesener Text zusammensetzt, der einzelnen Gesichtszüge, aus denen der mimische Gesamteindruck resultiert, oder der Einzelbewegungen, die insgesamt den koordinierten Vollzug etwa des Fahrradfahrens oder Tanzens ergeben. Es ist diese Koppelung von Einzelementen zu Wahrnehmungs- oder Bewegungsgestalten, die sich im Medium des Leibes realisiert, ohne dass wir der Einzelemente noch gewahr werden. So bildet der Leib in einer stillschweigenden, impliziten Weise den intentionalen Bogen der jeweiligen Wahrnehmung oder Bewegung. Mit anderen Worten: Er ist auf ihr intentionales Ziel hin *transparent*.

Michael Polanyi (1967) hat diese Struktur der Leiblichkeit als »implizites Wissen« analysiert. Es beruht auf Prozessen der Gestaltbildung, die es uns ermöglichen, Ganzheiten und Sinneinhei-

¹ Den Begriff des intentionalen Bogens prägte Merleau-Ponty zur Bezeichnung der selbstdurchdringenden, nicht der Ich-Aktivität unterliegenden Intentionalität des Leibes (Merleau-Ponty 1945/1962, xvii, 137, 243).

ten anstelle der Einzelemente zu erfassen. Wir verstehen den Gesichtsausdruck eines anderen Menschen unmittelbar, ohne sagen zu können, welche Merkmale ihn ausmachen. Wir hören und verstehen die Sätze, die er spricht, nicht jedoch die einzelnen Laute, oder anders ausgedrückt, wir hören die Laute *als* Sätze. Wir tasten einen Gegenstand ab, indem wir mittels unserer tastenden Fingerkuppen die Oberfläche wahrnehmen, die wir tasten. Ein Blinder tastet die Braille-Schrift *als* Worte, er liest mit den tastenden Fingern. Das heißt: Durch *Proximales* hindurch, das selbst implizit oder transparent bleibt, richten wir uns auf *Distales* im Fokus unserer Aufmerksamkeit (vgl. dazu auch Leder 1990).

Leibliches Bewusstsein lässt sich insofern, mit einem Begriff Hegels, auch als »vermittelte Unmittelbarkeit« charakterisieren (Hegel 1812/1979, 115). Der Leib als Medium vermittelt uns mit der Welt, bleibt aber selbst transparent, und so wird unsere Beziehung zur Welt eine unmittelbare. Andererseits ist diese Vermittlung doch nicht selbstverständlich, sondern anfällig für vielfältige Störungen. Schon eine Ungeschicklichkeit oder ein Unvermögen im Umgang mit Objekten bringt den Leib als ungeeignetes Instrument, als Körper zu Bewusstsein. Auch in Krankheiten macht sich der Körper unangenehm bemerkbar, als Last oder als Hindernis: Das sonst transparente Medium wird *opak*. Störungen der Sinne oder motorische Lähmungen, erst recht Hirnläsionen verschiedenster Art, können bestimmte Zugänge zur Welt beeinträchtigen oder versperren, die der Leib sonst eröffnet. Schließlich können schwere seelische Erkrankungen die Vermittlungsfunktion des Leibes, seine Transparenz insgesamt, stören. Dann geht die Unmittelbarkeit der Beziehung zur Welt verloren, und es entsteht eine mehr oder minder tiefgreifende Entfremdung.²

Auch das reflexive Bewusstsein, die Fähigkeit zur Distanznahme und Überlegung, die den Menschen auszeichnet, hebt die Unmittelbarkeit seiner leiblichen Weltbeziehung auf. Doch damit versetzt es ihn in die Lage, seine primären, impliziten Erfahrun-

² Freilich kann der Leib auch in vielfältigen angenehmen oder lustvollen Erfahrungen in den Vordergrund treten; vgl. dazu etwa Shusterman (2008, 15 ff.).

Psychopathologie der Hyperreflexivität

gen zu explizieren, sie sprachlich zu artikulieren und so dem inter-subjektiven Diskurs verfügbar zu machen, aus dem sich neue Sichtweisen und Möglichkeiten ergeben können. Die Explikation und Artikulation des Impliziten steigert also die Freiheitsgrade, über die der Mensch verfügt (Jung 2009). Zugleich erlaubt es das reflexive Bewusstsein, Alternativen in der Imagination durchzuspielen, sie also in virtuellen Probehandlungen vorwegzunehmen, bis sie in geeigneter Form wieder in den Handlungsbogen des verkörperten Subjekts integriert werden können.

So dient das Bewusstsein auch dazu, in den impliziten Vermittlungen des Leibes entstandene Lücken durch neue Verknüpfungen wieder zu schließen – gleichsam die Brüche zu reparieren, die sich in der Leiblichkeit aufgetan haben. Bewusste Aufmerksamkeit kann neue Wege des Umgangs mit der Welt etablieren und leiten, bis sie sich wieder in Gewohnheiten verwandelt haben, uns »in Fleisch und Blut übergegangen sind«. Durch Übung und Gewöhnung inkorporiert der Leib neue Vermögen. Charakteristisch für den Erfolg ist ein sich häufig plötzlich einstellendes Erlebnis des ›Von-selbst‹, das es erlaubt, sich dem leiblichen Vollzug hinzugeben, sich gleichsam in die eigene Leiblichkeit fallen zu lassen. Der Tänzer hat eine neue Figur erlernt und kann sich ihr ganz hingeben. Der Pianist hat einen Lauf eingeübt, den er nun frei modulieren, ja dem er nun gleichsam selbst zuhören kann. Selbstvergessenheit ist das Kennzeichen des gelungenen leiblichen Vollzugs. Der Leib ist für ein neues Vermögen transparent geworden, so dass sich das fokale Bewusstsein bis zu einem gewissen Grad aus der Handlung zurückziehen und auf die Weise ihrer Ausführung oder auf das distale Ziel richten kann. »Es ist ein allgemeines Prinzip in der Psychologie«, so schreibt William James, »dass das Bewusstsein alle Prozesse verlässt, in denen es nicht mehr von Nutzen ist« (1890/1950, 496; eig. Übers.).³

Hier werden also unter bewusster Leitung neue Vermögen erworben, so lange bis man schließlich wieder vergessen hat, wie man tut, was man tut. Auf der anderen Seite kann aber das refle-

³ »It is a general principle in psychology that consciousness deserts all processes where it can no longer be of use« (James 1890/1950, 496).

xive Bewusstsein, die Rückwendung der Aufmerksamkeit auf den Lebensprozess selbst, auch eine gewissermaßen analytische, zerstörende Wirkung auf die impliziten Koppelungen der Leiblichkeit ausüben. Wir sehen dann buchstäblich den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr – ein Phänomen, das ich als *Hyperexplikation* bezeichnen möchte. Betrachten wir einige Beispiele:

Spricht man ein vertrautes Wort einige Male aus und achtet dabei auf die Mundbewegungen oder Silben, dann erscheint es plötzlich fremd und sinnlos. Die implizite Koppelung von Klang und Bedeutung hat sich vorübergehend aufgelöst. Ein wahrgenommener Gesichtsausdruck verliert oder verzerrt sich, wenn man auf einzelne hervortretende Züge achtet. Prüft man einen Text auf Druckfehler, so kann man schlecht gleichzeitig auf den Sinn des Textes achten. Ähnlich fungiert ein Körperteil, wenn wir uns zu sehr auf ihn konzentrieren, nicht mehr als Element des impliziten Könnens. Ein Musiker, der im Lauf auf seine einzelnen Finger achtet, wird leicht einen Fehler machen, ebenso wie man stolpern kann, wenn man die einzelnen Schritte beim Treppenabwärtslaufen mitverfolgt. Allgemein gesprochen führt also die Rückwendung der Aufmerksamkeit vom Distalen zum Proximalen, vom Sinn zum Sinnträger, häufig zu einer Desintegration gewohnter, selbstverständlicher Vollzüge. Die Transparenz des leiblichen Mediums geht verloren, und die Vertrautheit der Dinge, mit Heidegger gesprochen, ihre Zuhändigkeit im gewohnten Umgang, weicht einer Irritation und Entfremdung.

Besonders störend kann sich die bewusste Aufmerksamkeit auf leibliche Vollzüge auswirken, die überhaupt nicht der bewussten Kontrolle unterliegen, die also nicht ›gemacht‹ werden können, wie etwa das Einschlafen, das Lachen oder Weinen, die sexuelle Erregung oder auch das Gebären. Sie geschehen ›von selbst‹, d.h., sie entspringen einer eigenen Quelle leiblicher Spontaneität.⁴ Willentlich lässt sich allenfalls die Situation aufsuchen

⁴ Freilich gilt dies letztlich für alle leiblichen Vollzüge. Denn auch wenn ich meinen Arm absichtlich bewege, bleibt mir der Ursprung seiner Bewegung doch eigenartig unzugänglich: Ich kann die Bewegung nur willentlich *ausslösen*, so wie man einen Pfeil durch Loslassen von der Sehne schnellen lässt.

Psychopathologie der Hyperreflexivität

oder herbeiführen, in der sich der gewünschte Vollzug für gewöhnlich einstellt. Wird er selbst direkt intendiert, so tritt in der Regel eine Hemmung oder Blockade ein. Noch ein Weiteres lässt sich daran erkennen: Das reflexive Bewusstsein ist nicht in der Lage, gleichsam flussaufwärts zurück zur Quelle leiblicher Vollzüge zu gelangen, und zwar weder in räumlicher noch in zeitlicher Hinsicht.

Räumlich nehmen die Richtungen des Leibes ihren Ausgang von einem nicht lokalisierbaren Ursprung: Mein Leib bleibt immer Nullpunkt oder Mittelpunkt der Orientierung im Raum, ich vermag ihn niemals vor mich zu bringen. Ich sehe mich selbst nie *als* sehenden. Mehr noch: ich sehe mich auch nie so, wie die anderen mich sehen. Kleist (1967) hat in seiner Schrift *Über das Marionettentheater* dargestellt, wie der Blick des anderen einen Bruch in der Leiblichkeit herbeiführt und die Unbefangenheit des präreflexiven Selbstseins aufhebt. Ähnlich beschreibt Luigi Pirandello in seinem Roman *Einer, keiner, hunderttausend* eine schwere psychische Krise, in die der Protagonist gerät, als er sich eines Tages dessen bewusst wird, dass der Anblick seines Gesichts gänzlich den anderen anheimgegeben ist, dass er für sich selbst also immer anders bleiben muss, als er den anderen erscheint.

Aber auch in *zeitlicher* Hinsicht entzieht sich der Lebensvollzug der unmittelbaren Selbstbeobachtung und geht der reflektierenden Feststellung immer voraus. Zumal in den leiblichen Selbstaffektionen von Hunger, Durst, Schmerz, Frische, Müdigkeit usw. erfahren wir, dass wir unserer selbst nie völlig mächtig sind, dass etwas unser Selbst wesentlich ausmacht, was wir doch nicht tun oder bewirken können. Wir erfahren in uns selbst einen Grund des Werdens, einen Ursprung der Spontaneität und Bewegung, dessen wir nicht habhaft werden können. Leben ist, was uns bereits affiziert hat, bevor wir es erfassen, begreifen und darauf antworten können. Es geht seinem Bewusstwerden voraus, und das bewusste Selbst ist sich nur in der Weise des »Selbstentzugs« gegeben (Waldenfels 2002, 191 f.).

Aufgrund dieses ebenso räumlichen wie zeitlichen Selbstentzugs muss der Versuch, den Lebensvollzug reflektierend einzuholen, notwendig misslingen. Ist die Spontaneität und Trans-

parenz des Leibes einmal grundlegend gestört, so arbeitet sich das reflexive Bewusstsein vergeblich an der Störung ab und verstrickt sich in eine leere Hyperreflexion, in fruchtloses Grübeln, bohrenden Zweifel oder zwanghafte Selbstbeobachtung. Dies befördert noch zusätzlich die (Hyper-)Explikation des Impliziten und führt häufig in typische Teufelskreise von Selbstbeobachtung und Selbstentfremdung.

Damit habe ich einige Grundstrukturen des Verhältnisses von Leiblichkeit und reflexivem Bewusstsein umrissen. Im Folgenden werde ich nun auf dieser Grundlage verschiedene psychopathologische Erscheinungsformen von Hyperreflexivität betrachten.

Psychopathologie der Hyperreflexivität

(a) *Schlafstörung*

Beginnen wir mit einem alltäglichen Beispiel, der Schlafstörung. Der Insomniker hat das Vertrauen in die leibliche Selbsttätigkeit des Schlafes verloren. Wenn es Zeit ist, zu Bett zu gehen, ergreift ihn bereits die Angst vor der schlaflosen Nacht, er wird unruhig und kann schon deshalb nicht einschlafen. Nun beginnt er sich zu beobachten und verfolgt mit angespannter Aufmerksamkeit, was in und um ihn vorgeht. Immer mehr rückt die vergehende Zeit in den Vordergrund, die tickende Uhr, die Minuten oder die Stunden. Mit allen Mitteln versucht der Insomniker, sich von den quägenden Gedanken an die schlaflose Nacht abzulenken, doch dies misslingt, da sich, aufgrund einer Heimtücke des Bewusstseins, gerade das Abgewehrte erst recht in den Vordergrund drängt. Jeder Versuch, es zu bekämpfen, steigert die Hyperreflexion. Alle Anstrengungen, den Schlaf doch noch herbeizuführen, haben nur zur Folge, ihn umso sicherer zu verhindern. Denn wir *fallen* in den Schlaf, wie die Sprache schön sagt, und wer ihn ergreifen will, der vertreibt ihn. – Es liegt nahe, dass die Therapie darauf zielen muss, die zwanghafte Intention zu schlafen durch eine Gegenintention aufzuheben, etwa indem der Patient angehalten wird,

Psychopathologie der Hyperreflexivität

zur Nacht eine Entspannungstechnik anzuwenden, ohne dabei jedoch einzuschlafen zu dürfen. So kann er lernen, das Einschlafen wieder zu vergessen, es also von selbst geschehen zu lassen.

(b) Zwangsstörung

Einen besonders günstigen Nährboden findet die Hyperreflexion bei zwanghaften Persönlichkeiten und Zwangsstörungen. Ein typisches Beispiel gibt Viktor Frankl, der auch die Technik der »De-reflexion« und »paradoxaen Intention« zur Behandlung solcher Störungen entwickelt hat:

Ein 21-jähriger, perfektionistischer Patient, auf dem Gymnasium Vorguzschüler und Klassenprimus, begann nach dem Abitur eine Buchhalterlaufbahn, merkte jedoch bald, dass seine Schrift nicht immer gut leserlich war. Von seinem Chef darauf aufmerksam gemacht, versuchte er sie zu verbessern und opferte seine ganze Zeit, um »schön schreiben zu lernen«. Er begann, Buchstaben aus der Handschrift seines Freundes zu übernehmen, wusste jedoch bald nicht mehr, welche Buchstaben er verwenden, wie er eigentlich schreiben solle. Nur mehr auf seine Handschrift konzentriert, konnte er schließlich vor anderen nicht mehr schreiben, entwickelte Ängste vor ihrer Beobachtung und musste seine Tätigkeit aufgeben. In der Klinik gelang es durch Vorgabe der paradoxaen Intention: »Dem schmiere ich etwas vor, ich schreibe nur um zu schmieren, nur um 30mal stecken zu bleiben«, innerhalb von 3 Wochen, die Störung zu heilen. (Frankl 2007, 198)

Wir sehen hier deutlich, wie die Rückwendung der Aufmerksamkeit auf den motorischen Vollzug zu einer Auflösung des impliziten Könnens führt, verstärkt durch die Angst und Scham vor anderen. An die Stelle des intendierten Inhalts setzt sich zunächst die Form des Schreibens selbst. Das wäre an sich noch kein Schaden, denn die bewusste Übung könnte ja durchaus zu einer Verbesserung der Schrift beitragen. Der zwangsneurotische, perfektionistische Mensch jedoch findet, sobald er einmal die leibliche Selbstverständlichkeit verlassen hat, nicht wieder zu ihr zurück. Er will alles *machen* und kann nichts geschehen lassen, aus Angst, die Kontrolle zu verlieren, sich gehen zu lassen. Die paradoxe

therapeutische Instruktion erlaubt ihm nun genau dies und greift damit zugleich seine verdrängten, rebellischen Wünsche auf: endlich einmal richtig schmieren zu können, ja dem Chef »etwas vorzuschmieren«. So löst sich der Reflexionskrampf, und der Patient gewinnt das Vertrauen in sein implizites leibliches Vermögen zurück.

(c) *Hypochondrie*

Das Paradigma pathologischer Reflexion auf den Leib als Körper ist die Hypochondrie. Auch der Hypochonder hat das Vertrauen in die natürlichen leiblichen Prozesse verloren und versucht vergeblich, sich durch medizinische Überwachung der Funktionsfähigkeit seines Körpers zu versichern. Gerade damit stört er die Unauffälligkeit und Selbstdämmung der leiblichen Vollzüge. Seine misstrauische Selbstbeobachtung verstärkt oder erzeugt selbst ungewohnte Leibempfindungen, die er dann als bedrohliche Symptome interpretiert.

So ängstigte sich ein Patient vor einem Tumor, durch den er das Augenlicht verlieren könnte. Er beobachtete fortwährend seine Sehfähigkeit und registrierte angespannt seine Augenempfindungen, wodurch er freilich nur zusätzliche Verspannungen, Missemmpfindungen und Tränensekretionen hervorrief. Auch seine Aufmerksamkeit richtete sich also in typischer Weise vom Distalen zurück zum Proximalen, vom Gesehenen zum Sehen, zum Auge. (Patient der eigenen Klinik)

Doch hat bereits der Verlust des Vertrauens in den eigenen Körper mit einem reflexiv gewonnenen Wissen zu tun. Im Hintergrund der Hypochondrie nämlich steht das Bewusstsein, als leibliches Wesen grundsätzlich krankheitsanfällig und verletzbar, ja sterblich zu sein, so dass jeder banale Schmerz prinzipiell schon die Möglichkeit tödlicher Krankheit andeuten kann. So sensibel der Hypochonder für die Verletzlichkeit seiner leiblichen Existenz ist, so unerträglich ist sie zugleich für ihn. Er versucht daher, die stets gegenwärtig erlebte Gefahr von Krankheit und Tod durch ängstliches Beobachten aller körperlichen Vorgänge zu bannen. Mehr und mehr wird dem Hypochonder sein Leib selbst zum quasi-ero-

Psychopathologie der Hyperreflexivität

tischen Objekt, das sich vor die Welt schiebt, statt für sie transparent zu sein. Die eigene und die ärztliche Zuwendung zum Leib ersetzen nun, was an mitmenschlicher Beziehung verloren geht. Die Medizin, die Ärzte sollen den Riss wieder schließen, der sich im Dasein aufgetan hat – so als ließe sich die grundlegende Tatsache der Anfälligkeit und Sterblichkeit des Leibes aufheben, indem er fortwährend beobachtet, untersucht und in Kontroll- oder Diätrituale gezwungen wird.

Der Hypochonder repräsentiert den naturwissenschaftlichen Anspruch auf absolute Kontrolle des Körpers und kann doch das Faktum von Krankheit und Tod nicht leugnen. Die hypochondrische Neurose wird zum oft lebenslangen Kampf gegen eine Grundbedingung des Daseins, die nicht anerkannt, sondern negiert wird. Auch hier geht es therapeutisch um die Dereflexion, die Wendung der Aufmerksamkeit vom Körper weg nach außen, zu den Aufgaben und Beziehungen des Lebens, die der Hypochonder scheut.

(d) Magersucht

Auch in der Magersucht oder Anorexia nervosa wird die Dialektik von Leib-Sein und Körper-Haben zum Kern der Störung. Der Körper wird zum Objekt, dessen Volumen und Maße ständig beobachtet, kontrolliert und in ein fatales Zwangsregime gezwungen werden.⁵

Magersüchtige Patientinnen⁶ suchen ihr ideales Selbst im perfekten *body image*, d.h. in ihrem Körper aus der Sicht der anderen. Dabei spielt zweifellos die Dominanz des marktförmigen, überschlanken Model-Körpers in der westlichen Kultur eine maßgebliche Rolle, und die oft groteske Verzerrung des Körperbildes bei den Patientinnen treibt dessen allgemeine Verzerrung

⁵ Eine lesenswerte leibphänomenologische Analyse der Anorexie gibt Marciński (2014).

⁶ Da es sich zu über 90 % um Erkrankte weiblichen Geschlechts handelt, wähle ich im Folgenden zur Bezeichnung das Femininum. Der Anteil männlicher Anorektiker nimmt allerdings in den letzten Jahren zu.