Leib

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 Einzelelementen – 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 Einzelelementen zu Wahrnehmungs- oder Bewegungsgestalten, die sich im Medium des Leibes realisiert, ohne dass wir der Einzelelemente 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 selbsttätigen, nicht der Ich-Aktivität unterliegenden Intentionalität des Leibes (Merleau-Ponty 1945/1962, xvii, 137, 243).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ten anstelle der Einzelelemente 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 vermittels 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.).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

gen zu explizieren, sie sprachlich zu artikulieren und so dem intersubjektiven 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).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

xive Bewusstsein, die Rückwendung der Aufmerksamkeit auf den Lebensprozess selbst, auch eine gewissermaßen analytische, zersetzende 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 Zuhandenheit 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 *auslösen*, so wie man einen Pfeil durch Loslassen von der Sehne schnellen lässt.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 quälenden 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,

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 »Dereflexion« und »paradoxen Intention« zur Behandlung solcher Störungen entwickelt hat:

> Ein 21-jähriger, perfektionistischer Patient, auf dem Gymnasium Vorzugsschüler 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 paradoxen 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

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 Selbsttätigkeit 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, Missempfindungen 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-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 Patientinnen[6] 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 Marcinski (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.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

in der Gesellschaft nur auf die Spitze. Dennoch ist die Schlankheit für die anorektischen Mädchen und Frauen nicht etwa mit dem Ziel sexueller Attraktivität verbunden, sondern vielmehr mit dem Ideal des engelsgleichen, asexuellen, ja letztlich des verschwindenden Körpers. Tatsächlich verweigern sich Magersüchtige gerade der Reifung und Sexualisierung des Körpers und den damit verbundenen weiblichen Identitätsangeboten, nicht zuletzt, weil sie mit der endgültigen Trennung von der gleichsam noch ›vorgeschlechtlichen‹ Kindheit verbunden sind.

Der pubertierende Körper, der nun weibliche Formen annimmt und sie zur Erotik und Sexualität hinlenken will, wird für die Magersüchtige zu einem fremden, ja abstoßenden Objekt, um das doch das ganze Denken fortwährend kreist. Die Leibfeindlichkeit richtet sich besonders auf alles, was mit Verdauungs- und Stoffwechselvorgängen verbunden ist:

> Es ekelte mich vor mir selbst, vor meinem vollgestopften Körper. […] Der Geschmack von faulen Eiern stieg in mir hoch. Ich stellte mir vor, wie nun alles in mir in einen Fäulnisprozess übergegangen sein musste. (Graf 1986, 49)

Die Nahrung wird zum *Fremdkörper,* und ihre Einverleibung ist nicht mehr mit Genuss, sondern mit Ekel verbunden. Im Erbrechen wird das abgelehnte, nicht assimilierbare Fremde wieder ausgestoßen. Dahinter steht letztlich ein verzweifelter Kampf um Abgrenzung, Autonomie und Autarkie: Die Anorektikerin kämpft gegen ihre Abhängigkeit vom Leib und seiner unkontrollierbaren Natur, vor allem von seinen Hunger- und Geschlechtstrieben. Ihn vollständig kontrollieren zu können, von der Nahrung, aber zugleich auch von den anderen unabhängig zu werden, wird zur Quelle eines grandiosen Triumphs. Ich fühle keinen Hunger mehr, kein Begehren: Das heißt, ich bin autark und benötige nichts mehr von außen.

Damit entfremdet sich die Anorektikerin immer mehr von ihrem primären, natürlich-triebhaften Leibsein und gerät in einen extremen Dualismus. Wie in der platonischen, gnostischen und zum Teil auch christlichen Tradition wird der Leib zum »Kerker der Seele« (Platon, *Gorgias* 493a), zum Körper, den man nur

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

widerwillig hat, an den man gekettet ist, der dafür aber diszipliniert, bestraft und ausgehungert wird, wenn es sein muss, bis hin zum Tod:

> Es war, als müsste ich meinen Körper bestrafen. Ich hasse und verabscheue ihn. Wenn ich ihn ein paar Tage normal behandelte, musste ich ihn wieder entbehren lassen. Ich fühlte mich in meinem Körper gefangen – solange ich ihn unter strenger Kontrolle hatte, konnte er mich nicht betrügen. (Zit. nach Kaplan 1988, 330)

Obwohl also das kulturelle Schlankheitsideal, Diäten und Verzerrungen des Körperbilds eine auslösende Rolle spielen, stellen solche äußerlichen Aspekte doch nicht die eigentliche Quelle der Störung dar. Vielmehr versuchen die Patientinnen ihren zutiefst empfundenen Mangel an Selbstwert und Identität zu kompensieren, indem sie ihren Körper unterwerfen und in ein Instrument der Selbstperfektionierung verwandeln. Die Magersüchtige greift dabei das gesellschaftliche Ideal des *body image* auf, kehrt es aber zugleich um, denn ihr geht es nicht mehr um den Körper-für-andere, sondern im Gegenteil darum, durch Askese und Unterwerfung des Körpers von allen anderen unabhängig zu werden. Letztlich trägt das unerbittliche Streben der Patientinnen nach Vollkommenheit religiöse Züge: Ihr Ideal ist der engelshafte, ja letztlich der verschwindende Körper; ihr eigentliches Leitbild ist nicht das Model, sondern die Heilige.[7]

(e) Hyperreflexivität in der Schizophrenie

Die wohl tiefgreifendste Auflösung leiblicher Spontaneität begegnet uns in der Schizophrenie. Zumal in den basalen und frühen Stadien der Krankheit erleben schizophrene Patienten einen Verlust des impliziten Könnens und Wissens, das sich auch mit dem Begriff des Common Sense bezeichnen lässt, also der grundlegenden Vertrautheit mit der Welt und mit den anderen Menschen, die

[7] Eine weitere Form der Hyperreflexivität, die sich auf den ›Außenleib‹, also die Erscheinung des eigenen Körpers oder das Körperbild richtet, stellt die Dysmorphophobie dar.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

an das Medium des Leibes gebunden ist. Die phänomenologische Psychopathologie hat dafür den Begriff der »Entkörperung« (*disembodiment*) geprägt (Fuchs 2005a; Fuchs & Schlimme 2009). Diese besteht in einer schleichenden Desintegration leiblicher Gewohnheiten und Handlungsabläufe, die gerade das Selbstverständliche und Alltägliche immer fragwürdiger und problematischer erscheinen lässt. Die Hyperexplikation erfasst hier, wie wir sehen werden, zunehmend proximale Bereiche der leiblichen Vollzüge, bis diese als gänzlich ich-fremd, ja schließlich als von außen gesteuert erlebt werden. Betrachten wir einige Beispiele von frühen Stadien dieser Störung. So konnte ein schizophrener Patient Minkowskis nicht mehr lesen,

> denn er wird von einem Wort oder einem Buchstaben festgehalten und kann nicht auf den Sinn des Satzes achten. Er prüft, ob alle »i«s einen Punkt haben, ob die Akzente richtig stehen, ob alle Buchstaben die richtige Form haben. (Minkowski & Targowla 1927/2001, 273; eig. Übers.)

> Also zeitweise konnte ich nichts tun, ohne darüber nachzudenken. Ich konnte keinen Handgriff mehr machen, ohne dass ich denken musste, wie ich das mache. […] Manchmal habe ich schon über Worte nachgedacht, warum jetzt »Stuhl« »Stuhl« heißt zum Beispiel, oder solche Sachen. (Patient der eigenen Klinik)

> Wenn ich etwas tun will wie etwa Wasser trinken, dann muss ich das im Detail durchgehen – einen Becher finden, hinübergehen, den Hahn aufdrehen, den Becher auffüllen, trinken. (Chapman 1966, 239; eig. Übers.)

Hier zerfallen die impliziten Koppelungen bzw. sensomotorischen Syntheseleistungen und müssen durch bewusste Planung und Ausführung ersetzt werden. Es gelingt den Patienten nicht mehr, einen einheitlichen Handlungsbogen zu realisieren und sich dabei auf selbstverständliche Weise ihres Leibes zu bedienen. Dies führt zum Verlust von Spontaneität, zunehmender Selbstbeobachtung und Hyperreflexion. Jede noch so geringfügige Handlung bedarf einer gezielten Aufmerksamkeit und Willenstätigkeit, gewissermaßen einer ›cartesianischen‹ Einwirkung des Ich auf seinen Körper. Nicht umsonst sprechen die Patienten oft von einem Bruch zwischen sich und ihrem Körper, fühlen sich innerlich ausgehöhlt oder wie leblose Roboter. Denn das Gefühl des Lebendigseins be-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ruht darauf, den eigenen Leib gewissermaßen zu bewohnen und sich durch ihn selbstverständlich auf die Welt richten zu können.

> Ich bin wie ein Roboter, den jemand anderes bedienen kann, aber nicht ich selbst. Ich weiß, was zu tun ist, kann es aber nicht tun. (Chapman 1966, 231; eig. Übers.)

Die Störung des gewohnten leiblichen Umgangs mit der Welt kann sich in einer subtilen Entfremdung der Alltäglichkeit manifestieren, wie sie Blankenburg (1971) eindrucksvoll beschrieben hat. Gerade solche Dinge werden zum Problem, »die sich rational nicht eindeutig bestimmen lassen, die Sache des ›Feingefühls‹ sind« (ebd., 82): welches Kleid man trägt, wie man jemanden anspricht, sich entschuldigt usw. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit »macht sich vor allem […] in den unzähligen kleinen Verrichtungen des Alltags bemerkbar, ergreift aber darüber hinaus die gesamte Lebensorientierung« (ebd., 80). Dem Kranken drängt sich gerade das als unabweisbares Problem auf, was der Gesunde *vergessen* hat, weil er es schon gewohnt war, bevor er danach fragen konnte: wie es möglich ist, in der Welt zu sein, zu handeln, zu leben. Gerade das Vergessene, d. h. das im leiblichen Gedächtnis gewohnt und vertraut Gewordene ist dem Kranken nicht mehr verfügbar.

Anders als bei den neurotischen Störungen, die wir zuvor betrachtet haben, müssen wir in der Schizophrenie eine tieferreichende Ursache der Selbstentfremdung annehmen. Die phänomenologische Psychopathologie geht von einer Störung des basalen leiblichen Selbsterlebens aus, das allen Lebensvollzügen zugrunde liegt und ihnen die Qualität der »Meinhaftigkeit« verleiht (Parnas 2000; Sass & Parnas 2003). Es liegt gewissermaßen am weitesten proximal, nämlich im Kern aller intentionalen Akte. Die Schwächung dieses präreflexiven Selbstgefühls durchdringt daher alle Bereiche des Erlebens und kann reflexiv nicht kompensiert werden:

> Ich muss mich ständig fragen, wer ich eigentlich bin. […] Darüber denke ich so viel nach, dass ich zu nichts anderem mehr komme. Es ist nicht leicht, wenn man sich von Tag zu Tag verändert. Als wenn man plötzlich eine völlig andere Person wäre. (de Haan & Fuchs 2010, 329; eig. Übers.)

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Sobald ihm ein Gedanke durch den Kopf ging […], musste er seine Aufmerksamkeit zurücklenken und sein Bewusstsein untersuchen, um genau zu wissen, was er gedacht hatte; er war ständig beschäftigt mit der Kontinuität seines Denkens. Er hatte Angst davor, er könnte für einen Moment zu denken aufhören, es könnte vielleicht einmal vorgekommen sein, dass »meine Vorstellung stillstand«. Eines Nachts wachte er auf und fragte sich: »Denke ich eigentlich gerade? Da es nichts gibt, das beweist, dass ich denke, kann ich nicht wissen, ob ich existiere.« (Hesnard 1909, 179; zit. n. Parnas & Handest 2003, 128; eig. Übers.)

Vergeblich versucht dieser Patient, seine existenzielle Angst vor dem Selbstverlust durch ständige Selbstvergewisserung zu bannen. Die explizite Rückwendung gelangt nicht zum *Ursprung* der Gedanken, der ihnen eigentlich die Meinhaftigkeit verleihen sollte. Ist der intentionale Akt nicht in das Medium des Selbstgefühls eingebettet, so bleibt er gewissermaßen unerfüllt und muss leer wiederholt werden. Dazu noch ein etwas ausführlicheres Fallbeispiel:

Ein 32-jähriger Patient berichtet, er sei im Alter von etwa 16 Jahren zusehends unsicherer geworden, ob seine persönlichen Dinge wirklich noch die eigenen oder insgeheim von anderen ausgetauscht worden seien. Wenn er sich z. B. Bücher kaufte, war er nicht mehr sicher, ob der Verkäufer sie nicht heimlich durch andere ersetzt hatte; so musste er sie weggeben und wieder neue kaufen. Wenn er Dinge auf seinem Schreibtisch liegen ließ, bekam er später Zweifel, ob sie nicht inzwischen ausgetauscht worden waren. Zusehends sei das Vertrauen in seine Umgebung verloren gegangen.

Während des Studiums, mit 21 Jahren, konnte er auch seinen eigenen Aufzeichnungen aus der Vorlesung nicht mehr trauen. Schließlich begann er auch zu zweifeln, ob seine eigenen Arme oder die von jemand anderem die Arbeit machten, mit der er gerade beschäftigt war. Er musste seine Arme sorgfältig von den Händen bis zum Körper verfolgen, um sicherzugehen, dass er selbst das sei, und habe immer wieder nach hinten gesehen, ob da nicht jemand anderes stand, der sie bewegte. Nun begann er die einfachsten Handlungen anzuzweifeln. Er brauchte endlos zum Anziehen, da er die Kleider mehrmals berühren und seine Bewegungen ständig bewusst wiederholen musste, denn er konnte seinen Händen nicht mehr trauen. Er wusste nicht mehr, ob er die Hosen richtig hielt, und in welcher Reihenfolge er die Kleider anziehen sollte. Jeder Handgriff sei nun zu einer Mathematikaufgabe geworden, über die er mit größter Konzentration habe nachgrübeln müssen. So blieb er in den alltäglichsten

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abläufen stecken und geriet in zunehmende Verzweiflung. (Nach Bürgy 2003, 9 ff.)

Die basale Selbstentfremdung manifestiert sich bei diesem Patienten zunächst in einem Misstrauen gegenüber der Zugehörigkeit seines Eigentums. Die Verlässlichkeit der persönlichen Dinge ist für ihn deshalb von existenzieller Bedeutung, weil die Kontinuität der äußeren Umgebung die gespürte Brüchigkeit der Selbstkohärenz kompensieren soll. Doch die Vertrautheit der Dinge lässt sich durch bewusste Aufmerksamkeit nicht herstellen, und die persönliche Umgebung erscheint zunehmend entfremdet. Schließlich geht auch das Gefühl der Urheberschaft für die eigenen Bewegungen verloren, und die gewohnten Handlungseinheiten lösen sich auf. Um diesen Verlust auszugleichen, muss der Patient jede Bewegung bewusst vorbereiten und ausführen, indem er seinen Körper wie ein äußeres Instrument benutzt. Aber selbst dann zweifelt er, ob die Bewegung nicht von jemand anderem ausgeführt wurde. Es bleibt ihm nur die ohnmächtige Selbstbeobachtung und Hyperreflexion.

Mit zunehmender Entfremdung und Explikation der leiblichen Intentionalität in der Schizophrenie kann schließlich sogar der Akt des Wahrnehmens als solcher zu Bewusstsein kommen. Dann wird der Patient gleichsam zum Zuschauer seiner eigenen Wahrnehmungen:

> Ich merke, wie meine Augen die Dinge sehen. (Stanghellini 2004, 113; eig. Übers.)

> Ich sah alles wie durch eine Filmkamera. (Sass 1992, 132; eig. Übers.)

> Es war, wie wenn meine Augen Kameras wären, und mein Gehirn war zwar immer noch in meinem Körper, aber so als wäre mein Kopf riesengroß, so groß wie das Universum, und ich war ganz hinten und die Kameras vorne. So extrem weit weg von den Kameras. (de Haan & Fuchs 2010, 329 f.; eig. Übers.)

Das wahrnehmende Subjekt gerät in eine Position außerhalb der Welt, es wird zum Homunculus, der seine eigenen Wahrnehmungen wie Bilder betrachtet. Diese äußerste Entfremdung, ja Verzerrung des leiblichen Mediums verwandelt die wahrgenommenen

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Dinge in bloße Erscheinungen oder Phantombilder. Darin liegt auch der Kern der künstlichen, rätselhaften und unheimlichen Verfremdung der Umgebung in den Frühstadien der akuten Psychose, die Jaspers (1973) als »Wahnstimmung« beschrieben hat. Anstatt eine objektive, gemeinsame Welt zu konstituieren, ist die schizophrene Wahrnehmung in einer subjektiven, monadischen Sicht gefangen; sie ist nicht mehr transparent auf die Welt hin, sondern opak (Fuchs 2005b).

Eine letzte Stufe wird erreicht, wenn die Auflösung der intentionalen Bögen des Wahrnehmens, Denkens und Handelns so weit fortschreitet, dass die verbleibenden Wahrnehmungs-, Gedanken- oder Bewegungsfragmente einen fremdartigen, dinghaften Charakter annehmen und dem Patienten schließlich von außen aufgezwungen erscheinen.

> Ich konnte nicht mehr denken, wie ich wollte. […] Es war, wie wenn einer gar nicht mehr selber denkt, an seinem eigenen Denken gehindert wird. Ich hatte den Eindruck, dass alles, was ich denke, […] überhaupt nicht zu mir gehört. […] Ich fing an zu überlegen, bin ich das noch oder bin ich eine ausgetauschte Person. (Klosterkötter 1988, 110 f.)

Es ist leicht vorstellbar, wie sich aus diesen entfremdeten Erlebnisformen im weiteren Verlauf typische Ich-Störungen wie Gedankeneingebungen oder verbale Halluzinationen entwickeln können (vgl. Fuchs 2015).

Ich fasse zusammen: In der Schizophrenie ist die Transparenz des Leibes so beeinträchtigt, dass er nicht mehr als Medium der Zuwendung zur Welt fungieren kann. Die Störung des basalen Selbsterlebens entfremdet die Person ihrer leiblichen Vollzüge, und die »vermittelte Unmittelbarkeit« der Beziehung zur Welt zersetzt sich. Es kommt zu einer »Entkörperung«, einer pathologischen Explikation der selbstverständlichen, impliziten Funktionen des Leibes. Vergeblich versuchen die Patienten, dies durch zwanghafte Selbstbeobachtung, ritualisierte Selbstvergewisserung und Hyperreflexivität zu kompensieren. Am Ende steht eine Auflösung des intentionalen Bogens, dessen Bruchstücke dem Patienten als fremde, verdinglichte Fragmente von Empfindungen, Gedanken oder Bewegungen gegenübertreten.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Statt als transparentes Medium des In-der-Welt-Seins zu fungieren, verzerrt somit die leibliche Organisation des Schizophrenen zunehmend die wahrgenommene Realität und verstrickt ihn schließlich in eine wahnhafte Sicht auf sich selbst. Der gelebte Leib wird zu einer entfremdeten, äußerlichen Körpermaschine, die am Ende nicht mehr vom Patienten selbst, sondern von anonymen und fremden Kräften gesteuert erscheint. Was es heißt, ein inkarniertes, verkörpertes Wesen zu sein, können wir wohl nirgends so deutlich erkennen wie an der Schizophrenie, in der das Selbst in seinem Leib nicht mehr zu Hause ist.[8]

Fazit

Wir haben damit einige Erscheinungsformen der Psychopathologie der Hyperreflexivität kennen gelernt. Ihnen ließen sich weitere Beispiele an die Seite stellen, etwa das auf die Vergangenheit zurückgerichtete Grübeln und die quälenden Selbstvorwürfe depressiver Patienten. Doch die dargestellten Formen sollen genügen, um einige allgemeine Schlussfolgerungen zu ziehen:

(1) Psychische Krankheiten stellen Störungen des auf die Welt und in die Zukunft gerichteten Lebensvollzugs dar. Als solche gehen sie zumeist einher mit vermehrter Selbstbeobachtung und -bewertung, mit einer Einengung der Aufmerksamkeit auf die eigene Person, die erlebten Defizite oder Symptome, und mit einer Rückwendung des Denkens auf das bereits Getane oder Geschehene. Diese Phänomene lassen sich im Begriff der *Hyperreflexivität* zusammenfassen.
(2) Die Störung des Lebensvollzugs manifestiert sich andererseits in einer Auflösung der Gewohnheiten, Gestalteinheiten

[8] Therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung dieser Entfremdung seien hier nur angedeutet: Dabei geht es vor allem darum, etwa durch bewegungs-, tanz- oder kunsttherapeutische Verfahren die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und die Verankerung in leiblichen Vollzügen zu fördern (Martin et al. 2016; Galbusera et al. 2019).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

und impliziten Koppelungen, die der Intentionalität des Leibes zugrunde liegen. Übergreifende intentionale Bögen von Wahrnehmung und Handlung lösen sich auf, so dass Einzelelemente störend in den Vordergrund treten. Diese Phänomene habe ich als *Hyperexplikation des Impliziten* bezeichnet.

(3) Hyperreflexivität und Hyperexplikation bedingen und verstärken einander wechselseitig. Bislang Selbstverständliches wird fragwürdig, Vertrautes entfremdet sich, doch die dadurch ausgelöste grüblerische Selbstreflexion trägt noch zusätzlich zu dieser Störung bei. Es entstehen Teufelskreise von Selbstbeobachtung und Selbstentfremdung.

Die anthropologische Grundlage dieser Phänomene lässt sich in der Labilisierung verorten, die der Lebensvollzug durch das personale Selbstverhältnis erfährt: Die »exzentrische Position«, die der Mensch zu sich selbst einnimmt, indem er sich von außen und mit den Augen der anderen sehen kann, enthält immer schon eine Komponente der Selbstentfremdung. Sie manifestiert sich besonders in der ambivalenten Struktur der Leiblichkeit, insofern wir unsere leibliche Natur nicht nur sind, sondern auch haben.

Ebenso bedeutet psychische Krankheit mehr als das einfache Erleiden bestimmter Zustände oder Symptome. Sie impliziert immer auch eine Selbst-Entfremdung oder »Selbst-Entzweiung« der Person. Etwas *in mir selbst* tritt mir gegenüber, entzieht sich meiner Verfügung oder beherrscht mich, während ich vergeblich versuche, die Souveränität wiederzugewinnen – sei es ein Angstanfall, eine depressive Verstimmung, ein Zwangsimpuls oder laut werdende Gedanken. Bislang integrierte Funktionen oder Impulse verselbständigen oder *partikularisieren* sich und entgleiten meiner Kontrolle. Psychisches Kranksein erfasst die Person zentral, nämlich in ihrem Selbstverhältnis.

Aus diesem Grund stellt das Selbstverhältnis des Patienten auch eine ständig wirksame Komponente des Krankheitsverlaufs dar. Jeder psychopathologische Zustand ist durch eine bestimmte Haltung charakterisiert, die der Betroffene zu ihm einnimmt – er kann ihn passiv erleiden, ihm nachgeben, ihn ausagieren, über ihn

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

nachgrübeln, gegen ihn kämpfen usw. Diese unterschiedlichen Weisen des Sich-Verhaltens sind selbst maßgebliche Merkmale einer Erkrankung. Die wohl radikalste Manifestation des Selbstverhältnisses (und als solche eine nur dem Menschen gegebene Möglichkeit) stellt der Suizid dar, insofern er eine letzte Stellungnahme des Patienten zu seiner Situation bedeutet.

Freilich soll darüber nicht vergessen werden, dass auch zentrale Möglichkeiten der Selbstregulierung ebenso wie der therapeutischen Behandlung auf dem personalen Selbstverhältnis beruhen. Die bewusste Aufmerksamkeit kann z. B. erforderlich sein, um überschießende, aus der Leiblichkeit aufsteigende Impulse zu hemmen, etwa bei Borderline-Störungen oder auch bei Pädophilen, die durch eine normative, reflexiv vermittelte Orientierung ihre sexuellen Impulse zu kontrollieren lernen müssen. Die Explikation des Impliziten ist auch notwendig, wenn es um die therapeutische Veränderung pathogener Verhaltens- und Beziehungsmuster geht; denn dazu müssen sie in der Therapie erst bewusst gemacht, also aus dem unwillkürlichen Modus herausgelöst werden. Mit zunehmender Bewusstheit lassen sich diese Muster nach und nach durch geeignetere Verhaltensweisen ersetzen. Zur Therapie gehört nicht zuletzt auch die Reflexion auf den eigenen Lebensweg, auf die Ziele, Aufgaben und die Beziehungen zu anderen, die dem Leben Sinn verleihen. Sofern die Reflexion also in die therapeutische Beziehung eingebettet ist und nicht um sich selbst kreist, kann sie klärend, befreiend und heilsam wirken.

Eine besondere Form des nicht-reflektierenden Bewusstseins hat allerdings in den letzten Jahren zu Recht immer mehr therapeutische Bedeutung erlangt, nämlich die *Achtsamkeit*. Gerade das wache, nicht wertende oder eingreifende Achten auf den eigenen Gefühlszustand und die leiblichen Empfindungen führt zu einer Haltung des Sein-Lassens, die diesen Zustand ertragen lässt und unter der Hand verändert. Es ist kein prüfendes Beobachten des Körpers als Funktionsapparat wie in der Hypochondrie, sondern ein spürendes Erkunden des leiblichen Befindens. In der Achtsamkeit geht es gewissermaßen um die Wiedervereinigung des Getrennten, nämlich von Bewusstsein

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

und Leiblichkeit, in der lebendigen Gegenwart. Die Polarität von Implizitem und Explizitem, die aus dem personalen Selbstverhältnis resultiert, birgt somit Potenziale zur Krankheit ebenso wie zur Heilung.

Literatur

Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien.* Stuttgart: Enke.

Bürgy, M. (2003). Zur Phänomenologie der Verzweiflung bei der Schizophrenie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 51*, 1–16.

Chapman, J. (1966). The early symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 112*, 225–251.

De Haan, S. & Fuchs, T. (2010). The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia. Two case studies. *Psychopathology, 43*, 327–333.

Frankl, V. E. (2007). *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in die Logotherapie und Existenzanalyse* (9. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Fuchs, T. (2005a). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 12*, 95–107.

Fuchs, T. (2005b). Delusional mood and delusional perception – A phenomenological analysis. *Psychopathology, 38*, 133–139.

Fuchs, T. (2015). From self-disorders to ego disorders. *Psychopathology, 48*, 324–331.

Fuchs, T. & Schlimme, J. E. (2009). Embodiment and psychopathology: A phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry, 22*, 570–575.

Galbusera, L., Fellin, L. & Fuchs, T. (2019). Toward the recovery of a sense of self: An interpretative phenomenological analysis of patients' experience of body-oriented psychotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research, 29*, 234–250.

Graf, A. (1986). *Die Suppenkasperin. Geschichte einer Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Hegel, G. W. F. (1812/1979). *Wissenschaft der Logik*. Werke Bd. 5. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Hesnard, A.-L. M. (1909). *Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. Etude de psychologie clinique*. Bordeaux: Université de Bordeaux.

James, W. (1890/1950). *The Principles of Psychology*. Bd. 2. New York: Dover Publications.

Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.

Jung, M. (2009). *Der bewusste Ausdruck: Anthropologie der Artikulation.* Berlin: De Gruyter.

Kaplan, L. (1988). *Abschied von der Kindheit: Eine Studie über die Adoleszenz*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kleist, H. von (1967). Über das Marionettentheater. In ders., *Das Erdbeben in Chili, Das Bettelweib von Locarno, Die heilige Cäcilie, Über das Marionettentheater und andere Prosastücke* (S. 56–65). Stuttgart: Reclam.

Klosterkötter, J. (1988). *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Berlin Heidelberg New York: Springer.

Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.

Marcinski, I. (2014). *Anorexie – Phänomenologische Betrachtung einer Essstörung*. Freiburg München: Alber.

Martin, L. M., Koch, S. C., Hirjak, D. & Fuchs, T. (2016). Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia – A multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 7*, Artikel 483.

Merleau-Ponty, M. (1945/1962). *Phenomenology of Perception* (übers. v. C. Smith). London: Routledge.

Minkowski, E. & Targowla, R. (1927/2001). A contribution to the study of autism: The interrogative attitude. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 8*, 271–278.

Parnas, J. (2000). The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia. In D. Zahavi (Hrsg.), *Exploring the Self: Philosophical and Psychopathological Perspectives on Self-Experience* (S. 115–147). Amsterdam: John Benjamins.

Parnas, J. & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 44*, 121–134.

Platon (1994). *Gorgias*. Übersetzung und Kommentar (v. J. Dalfen). Platon Werke. Bd. VI-3. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. New York: Anchor Books.

Sass, L. A. (1992). Schizophrenia, delusions, and Heidegger's »Ontological Difference«. In M. Spitzer, F. Uehlein, M. A. Schwartz & C. Mundt (Hrsg.), *Phenomenology, Language, and Schizophrenia* (S. 126–143). Berlin Heidelberg New York: Springer.

Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin, 29*, 427–444.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Shusterman, R. (2008). *Body Consciousness. A Philosophy of Mindfulness and Somaesthetics*. New York: Cambridge University Press.
Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press.
Waldenfels, B. (2002). *Bruchlinien der Erfahrung. Phänomenologie – Psychoanalyse – Phänomenotechnik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Depression, Leiblichkeit, Zwischenleiblichkeit

Einleitung

Depressionen zählen nach herrschender Klassifikation (ICD 10; DSM-V) zu den affektiven Erkrankungen. Danach besteht ihr Kern in einer Störung der allgemeinen Affektlage und Emotionsregulation, typischerweise verbunden mit negativen Kognitionen, Selbstbewertungen und Emotionen, insbesondere Angst-, Insuffizienz- und Schuldgefühlen. Fakultativ können sich nach dieser Konzeption somatisch-vegetative Begleiterscheinungen einstellen; dann erhält die Diagnose den Zusatz »mit somatischem Syndrom« (ICD 10). Andererseits basieren die vorherrschenden psychologischen und psychotherapeutischen Ansätze auf kognitiven Modellen: Sie betrachten den Kern der Depression als eine Kombination aus fehlerhafter Informationsverarbeitung und verzerrtem Denken (Clark & Beck 1989; Beck & Alford 2009). Die kognitive Verhaltenstherapie gilt daher als Psychotherapie der Wahl (Beck et al. 1979).

Beiden Ansätzen ist gemeinsam, dass sie Depression als eine ›innere‹, d. h. innerpsychische und individuelle Störung betrachten. Der herrschenden Anschauung zum Trotz sind die affektiven und kognitiven Symptome der Depression keineswegs bei allen Kranken zu finden. Stattdessen klagen sie über konstante Erschöpfung, Übelkeit, Taubheit, verschiedene Formen von Schmerzen oder andere körperliche Missempfindungen. Man behilft sich dann mit Bezeichnungen wie ›larvierte‹ oder ›somatisierte‹ Depression, so als handele es sich dennoch um eine primär affektive Störung. Transkulturelle Forschungen, so die großangelegte WHO-Vergleichsstudie von 1997 (Gureje et al. 1997), weisen jedoch darauf hin, dass das Kernsyndrom der Depression keines-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

wegs »psychologischer« Natur ist. Vitalitäts- und Antriebsverlust, Abgeschlagenheit, Schmerzen, Appetit-, Schlaf- und andere biologische Rhythmusstörungen rangieren als Beschwerden weit vor depressiver Stimmung oder Schulderleben. Bereits 1920 hat Kurt Schneider den Begriff der *Vitalstörungen* zur Bezeichnung der leibnahen depressiven Symptome eingeführt (Schneider 1920). Dazu gehören lokalisierte körperliche Missempfindungen ebenso wie die allgemeine Störung des Lebensgefühls, die »vitale Baisse«, die »vitale Traurigkeit« oder die »leere und inhaltslose Angst« als »spezifisch zyklothyme Leibgefühle« (Schneider 1992).

Diese frühen Einsichten haben sich nicht in einer entsprechenden Konzeption der Erkrankung niedergeschlagen. Doch konsultieren weltweit deutlich über die Hälfte der depressiven Patienten den Arzt mit somatischen Beschwerden: In der Türkei, in Griechenland, Nigeria, China und Indien sind es über 85 %, nur in Frankreich und Italien liegt der Anteil unter 60 % (Kirmayer & Groleau 2001). Bereits in früheren Studien fanden sich in Afrika und Südamerika vorwiegend somatische Symptome und eine psychomotorische Hemmung (Binitie 1975; Mezzich & Raab 1980; Escobar et al. 1983). Daraus lässt sich schließen, dass Depressionen in der Mehrheit der Kulturen primär als *vital-leibliche Störung* erfahren und nicht erst sekundär in den somatischen Bereich verschoben oder projiziert werden (Pfeiffer 1984; Kleinman & Good 1985).

Dabei kann die überwiegende Mehrzahl der Patienten bei Nachfragen jedoch durchaus psychische Symptome benennen und aktuelle Belastungen als Ursachen in Betracht ziehen. Sie klagen auch vorwiegend über die Unfähigkeit, ihren Aufgaben nachzukommen und am sozialen Leben teilzunehmen (Kleinman & Good 1985; Kirmayer 2001). Somatisches und psychosoziales Krankheitserleben bilden offenbar in unterschiedlichsten Kulturen eine integrale Einheit, der Leib fungiert als das primäre Ausdrucksfeld interpersoneller Konflikte: Leiblichkeit und Beziehungssituation sind so eng miteinander verknüpft, dass man geradezu von einer »Soziosomatik« (Kirmayer 2001) anstelle der ›Psychosomatik‹ sprechen kann.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Die Spaltung zwischen somatisch-äußerlichen und psychisch-innerlichen, eigentlichen Symptomen erscheint somit als das Produkt einer spezifisch westlichen Kulturentwicklung. Sie setzt eine sowohl gegenüber dem Körper als auch gegenüber der sozialen Umwelt abgegrenzte Psyche, d. h. einen zentralen personalen Innenraum voraus, dem der Leib nur als eine Art Projektionsfeld anhängt. ›Somatisierung‹ bedeutet dann die Verschiebung psychischer Inhalte in den sekundären körperlichen Bereich – eine Sichtweise, die sich häufig mit dem Konzept der Alexithymie verknüpft, also der mangelnden Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen. Dies führt zu der eurozentrisch geprägten Vorstellung, Angehörige nicht-westlicher Kulturen hätten nur ungenügende psychische oder sprachliche Möglichkeiten, Gefühle in reifer Form wahrzunehmen und auszudrücken, weshalb sie zum Somatisieren neigten.

Die westliche Psychopathologie sieht psychische Krankheit primär als einen Prozess im Inneren des Subjekts, der nur sekundär mit dem leiblichen und mit dem sozialen Raum zu tun hat. Ganz andere Konzepte finden sich in Kulturen, deren Mitglieder sich weniger als separierte Individuen, sondern als Teile sozialer Gemeinschaften oder auch transzendenter Zusammenhänge erleben. Störungen der Stimmung und des Befindens werden dann weniger als individuelle, intrapsychische Erfahrung, sondern vielmehr als leibliches, interpersonelles oder auch atmosphärisches Geschehen erlebt. So gelten in der traditionellen japanischen oder chinesischen Psychopathologie das Klima oder bestimmte soziale *Atmosphären* wie das *Ki* oder *Qi* geradezu als Träger psychischer Störungen (Kimura 1995; Kitanaka 2012), dies spiegelt sich in den Schilderungen und Klagen der Patienten wieder (Lee et al. 2007). *Ki* bedeutet »Luft«, »Atem«, aber auch »Stimmung« oder »Atmosphäre« und bildet so das intersubjektive ›Zwischen‹, das als Ursprung leibseelischer ›Verstimmungen‹ angesehen wird.

Die phänomenologische Psychopathologie steht solchen Auffassungen seit jeher nahe, besonders insofern sie ihren Ausgangspunkt von leibphänomenologischen Konzeptionen wie denen von Maurice Merleau-Ponty (1965) oder Hermann Schmitz (1965, 1989) nimmt. In ihnen wird der Leib nicht nur als der pri-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

märe Raum des Selbsterlebens, des Befindens und der Gestimmtheit aufgefasst, sondern auch als Medium des Elementarkontakts mit der Umwelt, des primären Zur-Welt-Seins. Der Leib ist auch immer schon auf andere leibliche Wesen ausgerichtet, er ist von frühester Kindheit an durch Begehren und Empathie mit ihnen verbunden. Die leibliche Resonanz der Mimik, Gestik und der Affekte vermittelt die Einstimmung mit anderen und damit grundlegende Atmosphären wie Wärme, Behaglichkeit, Vertrautheit oder im negativen Fall Kälte, Spannung, Missstimmung oder Misstrauen. Der Leib ist, mit einem Begriff Merleau-Pontys (2003, 256), eingebettet in eine Sphäre der »*Zwischenleiblichkeit*«, die die Individuen umgibt und verbindet, und als solcher wird der Leib auch zum Medium der *Interaffektivität*. Aus dieser Sicht erscheinen psychische Krankheiten eher als Veränderungen des gelebten Leibs, des gelebten Raums und der Beziehungen mit anderen. »The patient is ill; this means, *his world* is ill«, wie der niederländische Psychiater van den Berg (1972, 46) treffend formulierte. Bevor ich mich der Depression unter diesen Aspekten zuwende, will ich die Phänomene von Zwischenleiblichkeit und Interaffektivität noch etwas näher betrachten.

Interkorporalität und Interaffektivität

In der westlichen Intellektualkultur ist es üblich geworden, Gefühle als ›mentale‹ Phänomene anzusehen, während die Welt als solche von allen affektiven Qualitäten frei sein soll. Diese Introjektion der Gefühle in einen psychischen Innenraum ist eine fortwirkende Erbschaft des platonischen und später des cartesianischen Dualismus. Tatsächlich leben wir ja nicht in einer rein physikalischen Welt, sondern der erlebte Raum ist immer erfüllt von affektiven Qualitäten. Wir fühlen etwas in der Luft liegen oder spüren eine heitere oder feierliche Atmosphäre; Gefühle gehen von Situationen, Personen oder Objekten aus, sie ziehen uns an oder stoßen uns ab. All dies affiziert uns über das Medium unseres Leibes, der auf die verschiedenen Gefühle und Atmosphären mit der Resonanz von subtilen Empfindungen, Regungen und

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Bewegungsanmutungen reagiert, auch wenn wir dessen oft nicht gewahr werden. Angst zu empfinden, ist nicht möglich ohne ein zumindest unterschwelliges Gefühl von Spannung, ein Zittern, Herzklopfen, stockenden Atem oder die Tendenz, sich zurückzuziehen oder zu fliehen. Vermittels dieser Leibempfindungen sind wir auf die bedrohliche Situation gerichtet und nehmen sie als solche wahr. Ähnlich verhält es sich mit allen anderen Gefühlen: Der Leib ist gewissermaßen der *Resonanzkörper* des Gefühls- oder Stimmungsraums (vgl. Fuchs 1996, 2013a).

Eine bedeutsame Komponente dieser Resonanz sind die Kinästhesen. Gefühle sind dynamische Kräfte, die uns motivieren und bewegen, sie induzieren Bewegungstendenzen nach vorne, hinten, oben, unten oder in anderer Weise. Gefühle sind insofern primär verkörperte Handlungsmotivationen (Sheets-Johnstone 1999). Als solche werden sie aber nicht nur innerlich empfunden, sondern auch im Ausdruck und Verhalten sichtbar, oft als Rudimente oder Vorzeichen von Handlungen. Der mimische und gestische Haltungsausdruck von Gefühlen ist Teil der leiblichen Resonanz, die eine Rückwirkung auf das erlebte Gefühl selbst hat, aber auch eine *zwischenleibliche Resonanz* induziert (Fuchs & De Jaegher 2009; Froese & Fuchs 2012). Der Leib wird vom Ausdruck anderer affiziert; wir empfinden die Kinetik, Intensität und Dynamik ihrer Gefühle durch unsere eigenen angedeuteten Kinästhesen. Zwischenleiblichkeit wird so zur Basis von Interaffektivität und Empathie.

Dies lässt sich besonders in der frühen Kindheit erkennen. Auch hier sind Gefühle primär keine innerpsychischen Zustände des Säuglings, sondern immer von Mutter und Kind geteilte Regungen, in denen die leibliche Resonanz beider Partner sichtbar wird. Daniel Stern (1998) hat die zeitlich-dynamischen Muster (sog. Vitalitätsaffekte, Ausdruckskonturen und -intensitäten) betont, die von Mutter und Kind geteilt werden, und sie mit einem gemeinsamen Tanz verglichen. Säuglinge nehmen Emotionen in Form der intermodalen Eigenschaften von rhythmischen, melodischen, vokalen, mimischen und gestischen Äußerungen wahr (z. B. ›crescendo‹ oder ›decrescendo‹, ›accelerando‹ oder ›ritardando‹, ›explosiv‹ oder ›verblassend‹ usw.). Diese intermodalen

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Konturen bilden eine der maßgeblichen Brücken des Gefühlsverstehens. Das schließt die Tendenz ein, den Ausdruck, die Vokalisierungen, Bewegungen und Haltungen des anderen nachzuahmen (Condon 1979; Hatfield et al. 1994). All dies lässt sich in den Begriffen der *Affektabstimmung* (*affect attunement*; Stern 1998) oder *Interaffektivität* zusammenfassen: Gefühle sind primär im ›Zwischen‹, in der Intersubjektivität beheimatet, und erst mit zunehmender Kontrolle des Affektausdrucks lassen sie sich vor anderen verbergen.

Die Verknüpfung von Leib und Welt charakterisiert auch die Phänomenologie der *Stimmungen*. Sie durchdringen und färben einerseits das gesamte Erlebnisfeld, weshalb wir ja auch von einer heiteren, unheimlichen oder düsteren Stimmung sprechen können, die eine Situation charakterisiert. Auf der anderen Seite schließen Stimmungen leibliche Hintergrundgefühle ein, etwa Leichtigkeit oder Frische in den gehobenen Stimmungen und Schwere, Dumpfheit oder Trägheit in den gedrückten Stimmungen. Das Wort ›Stimmung‹ impliziert bereits eine Metaphorik, die an das Stimmen von Instrumenten angelehnt ist – es geht gewissermaßen um die Einstimmung von Leib, Selbst und Welt auf einen gemeinsamen Grundton oder auf eine übergreifende Tonalität wie Dur oder Moll (Fuchs 2013b).

Darüber hinaus verknüpfen Stimmungen das leibliche Hintergrundempfinden mit den *Potenzialen* einer gegebenen Situation. Die Bedeutsamkeit, die die Dinge und Situationen für uns haben, gründet Heidegger zufolge

> in der Befindlichkeit, als welche sie die Welt zum Beispiel auf Bedrohbarkeit hin erschlossen hat. Nur was in der Befindlichkeit des Fürchtens, bzw. der Furchtlosigkeit ist, kann umweltlich Zuhandenes als Bedrohliches entdecken. […] Ein reines Anschauen […] vermöchte nie so etwas zu entdecken wie Bedrohliches. (Heidegger 1927/1986, 137 f.)

Stimmungen sind somit gleichermaßen leibliche Hintergrundgefühle wie auch Formen des In-der-Welt-Seins. Sie zeigen an, wie es um unser Leben steht, wie wir grundsätzlich disponiert sind, auf die gegenwärtige Situation zu reagieren, ob wir z. B. zu etwas ›aufgelegt‹, ›in der Stimmung sind‹ oder nicht.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Zusammengefasst: Im Gegensatz zu den gängigen kognitivistischen Konzepten, die mentale Zustände im Inneren des Kopfes lokalisieren, betrachtet die Phänomenologie Gefühle und Stimmungen als eingebettet in unsere leiblichen Beziehungen zur Welt und zu den anderen. Es sind Formen des In-der-Welt-Seins, die uns im Stimmungsraum erfassen, die den momentanen Stand unserer Beziehungen, Interessen und Konflikte anzeigen und die sich als Haltungen und Ausdrucksformen unseres Leibes manifestieren. Diese Sichtweise ist im Übrigen auch unter Ethnologen geläufig: Zahlreiche ethnographische Studien, vor allem aus dem Pazifik und aus Afrika, zeigen, dass Gefühle in indigenen Kulturen nicht als Innenzustände aufgefasst werden, sondern in erster Linie soziale Beziehungen anzeigen und aus der Interaffektivität der Beteiligten erwachsen. Dementsprechend gelten in diesen Kulturen zumeist Ungleichgewichte und Störungen des sozialen Systems als Quelle emotionaler Störungen oder psychischer Krankheiten (Lutz & White 1986; Lindholm 2007).

Depression als zwischenleibliche und interaffektive Erkrankung

Vor diesem Hintergrund werde ich nun die Depression als eine primär leibliche, zwischenleibliche und interaffektive Erkrankung beschreiben. Thesenhaft formuliert: In der Depression kapselt sich der subjektive Leib von den lebendigen Kontakten mit der Umwelt ab. Statt als Medium der Zuwendung zur Welt zu fungieren, verdichtet und verdinglicht er sich zum Körperobjekt, das allen nach außen gerichteten Impulsen Widerstand entgegensetzt. Zugleich versagt die zwischenleibliche Resonanz, über die sich der elementare Kontakt zu den anderen herstellt. Es kommt zu einer Abwandlung der existenziellen Grundgefühle im Sinne eines generellen Empfindens der Getrenntheit, Ausgrenzung oder sogar des Ausgestoßenseins aus dem sozialen Verband. Damit manifestieren sich in der Leiblichkeit auch die Trennungs- und Verlusterfahrungen, die die typischen depressions*auslösenden* psycho-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

sozialen Situationen kennzeichnen. Diese Konzeption will ich in mehreren Schritten entwickeln.

a) Leibraum

Die leibliche Grundverfassung in der Depression lässt sich als eine *konstante beengende Spannung* oder *Konstriktion* beschreiben: als ein Erstarren in der leiblichen Enge. Die Konstriktion kann sich auf einzelne Leibinseln konzentrieren (Panzer- oder Reifengefühl über der Brust, Globus im Hals, Druck im Kopf) oder in diffuser, grundloser *Angst* als generalisierter leiblicher Enge äußern. Diese vitale, elementare Angst der Depression unterscheidet sich von der normalpsychologischen Angst nicht nur durch ihren fehlenden Anlass, sondern vor allem durch die *Fixierung* der Enge. Die Schwere der Glieder und der Widerstand des Brustkorbs bei der Inspiration, sonst im Lebensvollzug aufgehoben und damit unbewusst, machen sich hemmend und einengend bemerkbar. Die lokale oder generalisierte Konstriktion verdichten den fluiden Leib zum kompakten Körper, der allen expansiven Richtungen Widerstand entgegensetzt. Damit tritt die sonst ausgeblendete Materialität des Körpers in den Vordergrund; man kann die Depression insofern auch als eine »*Korporifizierung des Leibes*« beschreiben (Fuchs 2002, 2005).

Die Enge wird nicht nur innerleiblich erlebt, sie versperrt auch den Austausch von Leib- und Umraum. Dies manifestiert sich in beengter Atmung, Appetitlosigkeit und Obstipation, im Verlust von Libido, Antrieb und Spontaneität, in fehlendem Elan und anhaltender Erschöpfung. Charakteristisch ist auch die Unfähigkeit, sich im Weinen zu lösen, denn Weinen bedeutet eine spontane Aufweichung leiblicher Rigidität, die dem Depressiven verschlossen bleibt. Die Lebendigkeit des Leibes weicht einer mehr oder minder ausgeprägten Reduktion der vitalen Dynamik: Das vorgealterte Aussehen der Patienten, die blasse und welke Haut, bei schwerster Depression schließlich die Abmagerung bis zur Kachexie – all dies bedeutet auch eine ›Korporifizierung‹, nämlich im Sinne einer Annäherung an den *corpus* (lat. = Körper,

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Leichnam), gipfelnd in der Erstarrung des melancholischen Stupors.

b) Sensomotorischer Raum

Auf den Umraum bezogen führt die Konstriktion zu einer Hemmung von Wahrnehmung, Bewegung und damit der Fähigkeit, sinnlich, fühlend und handelnd an der Welt zu partizipieren. In der *Wahrnehmung* ist oft das sympathetische Empfinden beeinträchtigt: Die Patienten berichten dann von einem Verlust des Geschmacks, von einer Blässe der Farben oder von einem gedämpften Hören wie aus weiter Entfernung. Es mangelt der Wahrnehmung an Intensität und Vigilanz. Der Blick wirkt müde, leer und erloschen; Interesse und Aufmerksamkeit erlahmen, sodass die Patienten schließlich nur noch passiv aufnehmen, was von außen in sie eindringt.

Die leibliche Konstriktion resultiert andererseits in *psychomotorischer Hemmung*. Die motorischen und sprachlichen Äußerungen sind auf das Notwendigste reduziert; Gesten und Bewegungen werden nur noch mechanisch und kraftlos vollzogen. In der gebeugten Haltung, dem gesenkten Kopf, der Schwere der Arme und Beine dominieren die abwärts gerichteten Kräfte. Die Patienten müssen sich selbst zu geringfügigen Aufgaben erst durchringen und bei jeder Handlung die Hemmung überwinden, indem sie mittels einer Willensanstrengung kompensieren, was der Leib nicht mehr von selbst leistet. Damit verändert sich auch die gelebte Räumlichkeit, die für den Gesunden immer von vorweggenommenen Möglichkeiten oder *Protentionen* erfüllt ist. Der Depressive kann nicht mehr im Blicken oder Begehren vorweg bei den Dingen sein. Ihre Attraktivität, ihr grundsätzlicher Aufforderungscharakter geht verloren, sie rücken von ihm ab und schließen sich nicht mehr als Greif- oder Handlungsziele dem Leib an. Sie sind, in Heideggers (1927/1986) Terminologie, nicht mehr selbstverständlich »zuhanden«, sondern nur noch »vorhanden«. Damit schrumpft der Möglichkeitsraum auf die nächste Umgebung des Kranken.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

c) Leiblicher Resonanzverlust

Nun ist der Leib nicht nur das Zentrum des sensomotorischen Raums, sondern auch das Medium unserer affektiven Weltbeziehung, das Zentrum des *Stimmungsraums*. In der Depression verliert der korporifizierte, verfestigte Leib jedoch die Fähigkeit zur emotionalen Resonanz. Die depressive Verstimmung lässt sich insofern als ein Versagen der ›Einstimmung‹ in den Stimmungsraum interpretieren, als ein *Verlust der sympathetisch-partizipierenden Weltbeziehung*.

Im Umgang mit dem Kranken manifestiert sich dieser Verlust als eine Störung der zwischenleiblichen Kommunikation, die durch spärliche oder fehlende Resonanz charakterisiert ist. Die mangelnde Schwingungsfähigkeit lässt sich als eine subtilere Erscheinungsform der generellen leiblichen Konstriktion begreifen. Die Patienten selbst erleben diese Resonanzstörung als Freudlosigkeit und Anhedonie, mit zunehmender Schwere der Depression dann als quälende Gefühlslähmung. Sie können von Gefühlen und Atmosphären – mit Ausnahme der vitalen Angst – nicht mehr ergriffen, von Situationen und Menschen nicht mehr emotional bewegt werden. Schneider hat dies so beschrieben, dass »die vitalen Gefühlsstörungen so hochgradig sind, dass seelische Gefühle nicht wirklich in Erscheinung treten können« (1920, 285). Stattdessen breitet sich eine leere, öde Stimmung aus, die einerseits als leibliche Ermattung und Schwere empfunden wird, sich andererseits als trüber Schleier über den gesamten Umraum legt. Wie in einer Wüste zeichnen sich im entleerten Stimmungsraum keine Richtungen und Wege mehr ab, die interessante Ziele verheißen und die Mühe des Aufbruchs lohnen würden. Die Depression lähmt durch die alles erfassende Atmosphäre der Vergeblichkeit. Eine Patientin Tellenbachs hat dies mit folgenden Worten beschrieben:

> Man ist oder fühlt sich wie ein einzelner kleiner Stein verloren in endloses Grau zerfließender Landschaft. […] Wird man gesund, so bleibt aus diesem Erlebnis des Isoliertseins das Bewusstsein, wie wenig wir aus uns selbst zu leben vermögen, wie sehr wir auf Zusammenhänge angewiesen sind. […] Das Gefühl der Kleinheit, Unsicherheit und Verlorenheit kann

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

so groß werden, dass man etwas wie ein Weltraumgefühl hat, in dem man selbst ein preisgegebener Punkt ist. (Tellenbach 1956, 290 f.)

Die affektive Seite der Erkrankung besteht also in der schmerzlich erlebten Unfähigkeit, Gefühle wie Trauer, Freude oder Heiterkeit leiblich noch spüren zu können. Der Depressive fühlt sich nicht traurig, sondern leer, stumpf oder versteinert. Die leibliche Konstriktion als Grundphänomen der schweren Depression äußert sich demnach nicht nur in gespürter Beklemmung, Angst, Schwere und Hemmung, sondern auch subtiler in einem Verlust der sympathetischen Resonanz. Daher beginnt die Genesung auch typischerweise mit dem Nachlassen der Hemmung und einer Wiederkehr des Antriebs, während das partizipierende Gefühlsempfinden noch fehlt, da die motorische Aktivität einer gröberen, die emotionale Schwingungsfähigkeit aber einer feineren Beweglichkeit der innerleiblichen Dynamik bedarf.

d) Depersonalisation und Wahn

Da der vitale, sympathetische Kontakt mit der Umwelt auch für das Selbsterleben essenziell ist, bedeutet die Störung der leiblichen Resonanz in der schweren Depression immer auch einen gewissen Grad an Entfremdung und Selbstentfremdung. In der Entfremdungsdepression (Petrilowitsch 1956) im engeren Sinn erweitert sich das Unvermögen, Gefühle leiblich spüren zu können, auf das Empfindungsvermögen überhaupt. Das sinnlich Wahrgenommene bleibt abstrakt und vermag keine synästhetischen Mitempfindungen mehr auszulösen. Eine rote Fläche ist dann nicht mehr rot im Sinn von ›warm‹, ›anziehend‹ oder ›grell‹, sondern nur noch ›rot‹; der Patient sieht die Sonne, aber sie scheint ihm nicht. Mit dem Verlust der Resonanz mit der Umgebung kommt es schließlich auch zu den verstörenden Erfahrungen räumlicher Entleerung, wie sie Patienten von Gebsattels (1954) oder Tellenbachs (1956) geschildert haben: Die Welt erscheint fern, unwirklich, nicht mehr greifbar, durch einen Abgrund vom Patienten getrennt. Die leere, farblose

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Weite des Umraums spaltet sich ab von der beklemmenden Enge des Leibes.

Die Selbstentfremdung kann in unterschiedlicher Weise zutage treten, entweder in einem subjektiv geäußerten Fremdheitserleben oder aber im melancholischen *Wahn*. Alfred Kraus hat in mehreren Studien (1991, 2002) herausgearbeitet, dass sich der Wahn in der Depression mit unterschiedlichen Dimensionen des Selbsterlebens befasst: Der Insuffizienzwahn mit dem Selbstwert, der Schuldwahn mit dem Selbst in Verpflichtung gegenüber anderen, der hypochondrische Wahn mit dem leiblichen Selbstsein. Insofern lässt sich die These vertreten, dass die Lähmung der Lebensvollzüge mit dem Übergang in den Wahn die Person in ihrem Selbstsein erfasst, oder mit anderen Worten, dass der wahnhaft Depressive vollständig mit seinem momentanen Zustand des Selbstverlusts identifiziert ist. Die schwere, melancholische Depression lässt sich dann als eine spezifische, nämlich *leiblich-affektive Form der Depersonalisation* beschreiben. Ich möchte dies am Beispiel des Schuldwahns und des nihilistischen Wahns darstellen.

1) Schuldwahn

Wie zu Beginn erwähnt, stellen Schuldgefühle und Schuldideen zwar aus transkultureller Sicht eher westliche Sonderentwicklungen des depressiven Erlebens dar. Gleichwohl haben auch sie ihre Grundlage in der depressiven Leiblichkeit. Bereits Weitbrecht (1948, 64) hob das »elementare, im Beginn oft gegenstandslose, gleichsam kreatürliche Schuldgefühl« des Depressiven hervor, das sich dann erst die Erlebniskomplexe aussuche, an denen es sich konkretisiere. Solche primären Schuldgefühle entspringen dem Zustand der leiblichen Konstriktion, der Abtrennung von der atmosphärisch-zwischenleiblichen Verbindung mit den anderen. Denn das elementare Schulderleben lässt sich auch als ein *Verworfen- oder Ausgestoßensein* aus der Gemeinschaft beschreiben. Die verschiedenen Formen von Sanktionen, an denen sich das Schuldgefühl in der Kindheit herausbildet, implizieren in der Regel Liebesentzug, Missbilligung oder Strafe, d. h. ein Abgeschnit-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ten- und Auf-sich-Zurückgeworfensein, das als leibliche Enge, also als Verlust-, Trennungs- oder Straf*angst* erfahren wird.

Die Erstarrung des Depressiven in leiblicher Enge, die vitale Angst und der Verlust der lebendigen Beziehung zur Welt sind nun geeignet, diese primären Erfahrungen von elementarer Schuld zu reaktivieren: die Trennung von den lebensnotwendigen Bindungen, die Angst vor Strafe und Verstoßung. Gerade für den Typus Melancholicus sind die emotionalen Bindungen zur Mitwelt tatsächlich ›lebensnotwendig‹. Schuldigwerden heißt für ihn in besonderem Maße, aus der mitmenschlichen Geborgenheit herauszufallen (Tellenbach 1983). In der Depression erfährt er nun gerade die leibliche Konstriktion als ein elementares Abgetrennt- und Verworfensein, das ein archaisches, strafendes Gewissen und ein vernichtendes Schulderleben aktiviert.

Die entscheidende Voraussetzung für den Wahn ist dabei der Verlust der Selbstdistanzierung, der zur vollständigen Identifikation der Person mit ihrem gegenwärtigen Zustand führt. Von seiner leiblichen Verfassung überwältigt, muss der Wahnhaft-Depressive *sein Selbst mit seinem aktuellen Erleben gleichsetzen*. Das gegenwärtige Erleben aber bedeutet Auf-sich-Zurückgeworfensein, Verworfensein und Verfall. Ein anderes Selbstsein ist buchstäblich nicht mehr denkbar. Das reflektierende Bewusstsein, gefangen in der leiblichen Erstarrung, tritt in den Dienst des unmittelbaren Erlebens und gestaltet es zum Wahn aus. Der Melancholische ist daher so mit seinem Schuldigsein identifiziert, dass es ihn ganz erfüllt und er *an sich* schuldig ist. Es gibt keine Vergebung, keine Reue oder Wiedergutmachung, denn die Schuld ist nicht eingebettet in eine interpersonale Sphäre, die dies zuließe. Der Schuldwahn resultiert im Gegenteil aus der Unterbrechung aller interpersonalen Beziehungen auf der elementaren Ebene der Zwischenleiblichkeit.

2) Nihilistischer Wahn

Selbstentfremdung und Selbstverlust kulminieren im *nihilistischen Wahn*, in dem der Kranke sein eigenes Dasein oder die Existenz der Welt bestreitet (Cotard 1880; Enoch & Trethowan 1991).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Diese seltene Wahnform lässt sich als ein Extrem der affektiven Depersonalisation auffassen: Die Kranken spüren ihren Leib, ihre Arme und Beine nicht mehr, alles fühle sich abgestorben und tot an; Schmecken, Riechen, Tasten, selbst Wärme- und Schmerzempfindungen seien nicht mehr vorhanden. Daraus schließen sie, dass sie schon gestorben seien und begraben werden müssten. Auch die Menschen und Dinge der Umgebung erscheinen ihnen hohl und unwirklich, die ganze Welt sei leer oder existiere überhaupt nicht mehr.

Auf diesem Erlebnis der Derealisation basiert eine seltene Ausgestaltung des nihilistischen Wahns, nämlich in Form eines *Capgras-Syndroms*: Die Patienten sind der wahnhaften Überzeugung, ihnen nahestehende Personen seien durch Attrappen ersetzt worden (Young et al. 1994). Dieses Phänomen weist auf die atmosphärische Basis der zwischenleiblichen Kommunikation hin: Die Wahrnehmung eines anderen Körpers als ›beseelter Leib‹ ist abhängig von der eigenleiblichen Resonanz. Wir nehmen die anderen nur als Mitmenschen wahr, wenn sie uns in einer gemeinsamen interpersonalen Atmosphäre begegnen. Der vollständige Verlust der empathisch-leiblichen Wahrnehmung hingegen lässt die anderen als bloße Hüllen oder Attrappen erscheinen, die dem Kranken ein täuschendes Theater vorführen. Dies hat der Psychiater Piet Kuiper aus der eigenen Erfahrung einer wahnhaften Depression beschrieben:

> Jemand, der meiner Frau glich, ging neben mir, und meine Freunde besuchten mich. […] Alles ist genauso, wie es sein würde, wenn es normal wäre. Die Gestalt, die meine Frau darstellte, erinnerte mich ständig daran, wie ich ihr gegenüber versagt, sie lächerlich gemacht […] und ihr vergällt hatte, was ihr Freude machte. Was wie das normale Leben aussieht, das ist es nicht. Ich befand mich auf der anderen Seite. Und nun wurde mir auch klar, wie das mit der Todesursache gewesen war und wie sich das Begräbnis abgespielt hatte. Ich war gestorben, aber Gott hatte dieses Geschehen meinem Bewusstsein entzogen, so dass ich nicht wusste, wie ich diese Grenze überschritten hatte. Eine härtere Strafe kann man sich kaum vorstellen. Ohne zu wissen, dass man gestorben ist, befindet man sich in einer Hölle, die bis in alle Einzelheiten der Welt gleicht, in der man gelebt hat, und so lässt Gott einen sehen und fühlen, dass man nichts aus seinem Leben gemacht hat. (Kuiper 1991, 136)

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Für einen Menschen in diesem Zustand äußerster Entfremdung gibt es kein Kriterium mehr, das ihn von der Realität dessen, was er sieht, überzeugen könnte; denn sein ›Sehen‹ ist in der Tat kein lebendiges Wahrnehmen mehr. Zwar ist er offenbar noch in der Lage, über seinen Zustand zu reflektieren, aber Descartes' »*cogito ergo sum*« erweist hier seine Unzulänglichkeit. Einem nur denkenden, nicht leiblich fühlenden Menschen fehlt das lebendige Existieren, das dem Selbstsein zugrunde liegt. Die Bewegung der Existenz, die ein fortwährendes In-Beziehung-Treten und Partizipieren bedeutet, ist zum Stillstand gekommen. Das ›Gestorbensein‹, von dem die Patienten sprechen, ist wohl die naheliegendste Bezeichnung eines solchen Zustandes. Der depressive Wahn erscheint, zusammengefasst, als Ausdruck einer verloren gegangenen Teilhabe am gemeinsamen interaffektiven Raum und einer daraus resultierenden, äußersten Isolation des Subjekts.

Zusammenfassung

In der Depression verliert der Leib seine Funktion als Medium der Weltzuwendung und wird korporifiziert, verdinglicht zum Körper-Objekt. Dies manifestiert sich in einer lokalisierten und generellen leiblichen Konstriktion, in der Dominanz der Materialität und Schwere, schließlich in der Hemmung zentrifugaler Impulse und Handlungsvollzüge. Im Stimmungsraum führt die Korporifizierung zum Versagen der Einstimmung, in der Sphäre der Zwischenleiblichkeit zum Verlust der sympathetischen Resonanz. Die Trennung von der Welt und den Anderen reaktiviert elementare Erfahrungen des *Verworfenseins*, die mit Gefühlen von Scham und Schuld verbunden sind. Da der Leib die Basis des Selbstseins ist, bedeutet die Korporifizierung schließlich auch immer eine unterschiedlich ausgeprägte Selbstentfremdung. Die schwere, melancholische Depression lässt sich dann als eine spezifische, nämlich *leiblich-affektive Form der Depersonalisation* beschreiben. Die autistische Abschließung gipfelt im depressiven Wahn, insofern die Wahninhalte den Verlust der Weltbeziehung zugleich thematisieren und verabsolutieren: Der hypochondrische Wahn

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

die leibliche Konstriktion; der Schuldwahn die Verstoßung aus der mitmenschlichen Gemeinschaft; der nihilistische Wahn das Absterben der lebendigen Existenz selbst.

Damit manifestieren sich in der Sphäre der Leiblichkeit letztlich auch die Erfahrungen, die die depressionsauslösenden Situationen kennzeichnen. Es sind Grunderfahrungen der Trennung, wie sie sich schon in der anaklitischen Depression depravierter Säuglinge äußern, später dann vor allem den Verlust wichtiger Bezugspersonen betreffen; es sind Erfahrungen des Zurückbleibens, der Niederlage, der blockierten Lebensbewegung und des Verlusts von tragenden sozialen Rollen.

Auf diese Trennungserfahrungen reagiert der Depressive als Person, d. h. als leibseelische, psychisch-organische Einheit. Die Depression ist insofern zweifellos eine leibliche Erkrankung auch im biologischen Sinn: Sie geht mit einer Vielzahl von neurobiologischen und gesamtorganismischen Funktionsstörungen einher, mit Dysregulationen des Hormonsystems und der Biorhythmik, metabolischen und immunologischen Veränderungen (Glannon 2002; Kraus 2002). Diese Störungen bedeuten auch auf der biologischen Ebene eine partielle Abkoppelung und Desynchronisierung von Organismus und Umwelt (Fuchs 2001). Doch zugleich sind all diese biologischen Störungen, die in ihrer Gesamtheit die leibliche Konstriktion der Depression ergeben, der sinnhafte Ausdruck einer Störung der Zwischenleiblichkeit und der interpersonalen Beziehungen, die sonst von einem gemeinsamen Stimmungsraum getragen sind. An diesem Stimmungsraum partizipieren wir durch eine leiblich-emotionale Einstimmung und Resonanz. In der Depression versagt diese Einstimmung, und der subjektive Leib schrumpft gleichsam auf den physischen Körper zusammen. Wenn wir die Depression daher als eine affektive Erkrankung bezeichnen, so sollten wir diesen Begriff nicht im Sinne eines innerpsychischen, womöglich nur im Gehirn lokalisierbaren Zustands verstehen. Die Depression ist keine innere, psychologische oder mentale Störung, sondern in erster Linie eine *Verstimmung* im Sinne des Wortes – nämlich eine misslingende Einstimmung in den gemeinsamen atmosphärischen Raum der Zwischenleiblichkeit.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Literatur

Beck, A. T. & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Berg, J. H. van den (1972). *A Different Existence. Principles of Phenomenological Psychopathology*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Binitie, A. (1975). A factor analytic study of depression across cultures. *British Journal of Psychiatry, 127*, 559–563.

Clark, D. A. & Beck, A. T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In P. C. Kendall & D. Watson (Hrsg.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (S. 379–411). San Diego, CA: Academic Press.

Condon, W. S. (1979). Neonatal entrainment and enculturation. In M. Bullowa (Hrsg.), *Before Speech* (S. 131–148). Cambridge: Cambridge University Press.

Cotard, J. (1880). Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Annales médico-psychologiques, 4*, 168–174.

Enoch, M. D. & Trethowan, W. H. (1991). *Uncommon Psychiatric Syndromes* (3. Aufl.). Bristol: John Wright.

Escobar, J., Gomez, J. & Tuason, V. D. (1983). Depressive phenomenology in North and Southamerican Patients. *American Journal of Psychiatry, 140 (1)*, 147–151.

Froese, T. & Fuchs, T. (2012). The extended body: A case study in the neurophenomenology of social interaction. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 11 (2)*, 205–235.

Fuchs, T. (1996). Leibliche Kommunikation und ihre Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 44*, 415–428.

Fuchs, T. (2001). Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology, 34 (4)*, 179–186.

Fuchs, T. (2002). The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of Phenomenological Psychology, 33 (2)*, 223–243.

Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 12 (2)*, 95–107.

Fuchs, T. (2013a). The phenomenology of affectivity. In K. W. M. Fulford, M. Davies, G. Graham, J. Sadler & G. Stanghellini (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (S. 612–631). Oxford: Oxford University Press.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Fuchs, T. (2013b). Zur Phänomenologie der Stimmungen. In F. Reents & B. Meyer-Sickendiek (Hrsg.), *Stimmung und Methode* (S. 17–31). Tübingen: Mohr Siebeck.

Fuchs, T. & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 8 (4)*, 465–486.

Gebsattel, E. von (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin: Springer.

Glannon, W. (2002). Depression as a mind-body problem. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 9 (3)*, 243–254.

Gureje, O., Simon, G. E. & Üstün, T. B. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A world health organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry, 154 (7)*, 989–995.

Hatfield, E., Cacioppo, J. & Rapson, R. L. (1994). *Emotional Contagion*. New York: Cambridge University Press.

Heidegger, M. (1927/1986). *Sein und Zeit* (16. Aufl.). Tübingen: Niemeyer.

James, W. (1884). What is an emotion? *Mind, 9 (34)*,188–205.

Kimura, B. (1995). *Zwischen Mensch und Mensch. Strukturen japanischer Subjektivität*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 62, Suppl. 13*, 22–28.

Kirmayer, L. J. & Groleau, D. (2001). Affective disorders in cultural context. *Psychiatric Clinics of North America, 24 (3)*, 465–478.

Kitanaka, J. (2012). *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and Depression*. Berkeley, CA: University of California Press,.

Kraus, A. (1991). Der melancholische Wahn in identitätstheoretischer Sicht. In W. Blankenburg (Hrsg.), *Wahn und Perspektivität* (S. 68–80). Stuttgart: Enke.

Kraus, A. (2002). Melancholie: Eine Art von Depersonalisation? In T. Fuchs & C. Mundt (Hrsg.), *Affekt und affektive Störungen* (S. 169–186). Paderborn: Schöningh.

Kuiper, P. C. (1991). *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. Frankfurt am Main: Fischer.

Lee, D. T., Kleinman, J. & Kleinman, A. (2007). Rethinking depression: An ethnographic study of the experiences of depression among Chinese. *Harvard Review of Psychiatry, 15 (1)*, 1–8.

Lindholm, C. (2007). An anthropology of emotion. In C. Casey & R. B. Edgerton (Hrsg.), *A Companion to Psychological Anthropology: Modernity and Psychocultural Change* (S. 30–47). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Lutz, C. & White, G. M. (1986). The anthropology of emotions. *Annual Review of Anthropology, 15*, 405–436.
Merleau-Ponty, M. (1965). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
Merleau-Ponty, M. (2003). *Das Auge und der Geist. Philosophische Essays*. Hamburg: Meiner.
Mezzich, J. & Raab, E. (1980). Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry, 37 (7)*, 818–823.
Petrilowitsch, N. (1956). Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie, 194 (3)*, 289–301.
Pfeiffer, W. M. (1984). Transkulturelle Aspekte der Depression. *Nervenheilkunde, 3*, 14–17.
Schmitz, H. (1965). *System der Philosophie. Bd. II/1: Der Leib*. Bonn: Bouvier.
Schmitz, H. (1989). *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.
Schneider, K. (1920). Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 59*, 281–286.
Schneider, K. (1992). *Klinische Psychopathologie* (14. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
Sheets-Johnstone, M. (1999). Emotion and movement. A beginning empirical-phenomenological analysis of their relationship. *Journal of Consciousness Studies, 6 (11–12)*, 259–277.
Stern, D. N. (1998). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
Tellenbach, H. (1956). Die Räumlichkeit der Melancholischen. I. und II. Mitteilung. *Nervenarzt, 27 (1)*, 12–18; *27 (7)*, 289–298.
Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.
Weitbrecht, H.-J. (1948). *Beiträge zur Religionspsychopathologie, insbesondere zur Psychopathologie der Bekehrung*. Heidelberg: Scherer.
Young, A. W., Leafhead, K. M. & Szulecka, T. K. (1994). The Capgras and Cotard delusions. *Psychopathology, 27 (3–5)*, 226–231.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Selbst und Schizophrenie

Einleitung

Dann geschieht etwas Merkwürdiges. Mein Bewusstsein (meiner selbst, meines Vaters, des Raums, der physikalischen Realität um uns herum) wird mit einem Mal verschwommen. […] Ich glaube, ich löse mich auf. Ich fühle mich […] wie eine Sandburg, deren ganzer Sand in die zurückweichende Brandung abrutscht. […] Das Bewusstsein verliert nach und nach seine Kohärenz. Das eigene Zentrum gibt nach. Das Zentrum hält nicht mehr. Das »Ich« wird zu einem Schleier, und das feste Zentrum, von dem aus man die Realität erlebt, zerbricht. […] Es gibt keinen stabilen Standpunkt mehr, von dem man Ausschau halten, die Dinge aufnehmen und einschätzen könnte, was geschieht. Kein Kern hält die Dinge noch zusammen oder bildet die Linse, durch die wir sonst die Welt sehen. (Saks 2007, 12 f.)[1]

Dieser Bericht einer Patientin von ihren ersten Krankheitserfahrungen im 7. Lebensjahr macht deutlich, wie die Schizophrenie das Selbsterleben im Kern erfassen kann. Zwar sind Phänomene der Selbstentfremdung oder Depersonalisation nicht auf die Schizophrenie beschränkt: Ein Sich-selbst-Fremdwerden im weiteren Sinn ist vielmehr so charakteristisch für psychische Krankheiten, dass bereits der Psychiater Wilhelm Griesinger (1861) die Entfremdung als ihr Grundmerkmal ansah, und die französische Psychiatrie bezeichnete sie insgesamt mit dem Begriff der *aliénation*. Doch allein die Schizophrenie stellt auch die Selbstzugehörigkeit der eigenen Empfindungen, Gedanken und Handlungen in Frage und bedroht schließlich die Person bei vollem Bewusstsein mit der Selbstauflösung. Für ein Verständnis dieser Erkrankung, das über

[1] Dieses und alle weiteren englischen Zitate wurden vom Autor ins Deutsche übersetzt.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

die bloße Symptombeschreibung hinausgeht, ist insofern eine philosophisch fundierte Psychopathologie unabdingbar. Umgekehrt müssen die schizophrenen Störungen des Selbsterlebens für jede Philosophie der Subjektivität von zentralem Interesse sein, die ihre Konzepte von Selbstbewusstsein, Personalität oder Intersubjektivität an empirischen Phänomenen überprüfen will.

Die zentrale Rolle des Selbsterlebens für die schizophrenen Psychosen war von Psychiatern bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts betont worden. Kraepelin (1913, 668) charakterisierte die Schizophrenie als »eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhanges der psychischen Persönlichkeit« und als »Zersplitterung des Bewusstseins« (»Orchester ohne Dirigent«). Bleuler, der der Krankheit den heutigen Namen gab, sah ihre »elementarsten Störungen in einer mangelhaften Einheit, in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühles der Persönlichkeit« (Bleuler 1983, 411). Die Krankheit sei durch eine Dissoziation psychischer Vorgänge bestimmt, die zu einer »Spaltung der Persönlichkeit« führe und das Ich nie »ganz intakt« lasse (Bleuler 1911, 58). Berze nahm wenig später eine »basale Veränderung des Selbstbewusstseins« und eine »Hypotonie des Bewusstseins« an (Berze 1914). Jaspers schließlich resümierte die von verschiedenen Autoren genannten Grundstörungen der Schizophrenie in den Begriffen von »Inkohärenz, Spaltungen, Zerfall des Bewusstseins, […] Schwäche der Apperzeption, Insuffizienz der psychischen Aktivität, Störung der Assoziationsspannung« und fügte selbst das Erlebnis des von außen »Gemachten« hinzu, das die Gedanken, Wahrnehmungen oder Handlungen der Kranken erfasse (Jaspers 1973, 484, 486).

Die phänomenologisch orientierte Psychopathologie der letzten Jahrzehnte hat diese Konzepte durch subtile Analysen des basalen, präreflexiven Selbst- und Welterlebens erweitert, das bei den Patienten meist schon vor dem Ausbruch der Krankheit in der akuten Psychose tiefgreifend verändert ist (Blankenburg 1971; Fuchs 2000, 2005; Sass & Parnas 2003; Stanghellini 2004). Entscheidend für das Verständnis der Erkrankung ist demnach aus phänomenologischer Sicht weniger die sogenannte ›produktive‹

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Symptomatik der akuten Phase (d. h. Wahnideen und Halluzinationen) als vielmehr die schleichende Aushöhlung des leiblichen Selbsterlebens, Wahrnehmens und Handelns, die in unauffälligen Vorstadien häufig bis in die Kindheit der Patienten zurückreicht. Diese Abwandlungen des Erlebens angemessen zu beschreiben, erfordert zunächst eine Differenzierung des Selbstbegriffes, die gerade präreflexive Erfahrungsschichten zu erfassen vermag. Ich werde eine solche Unterscheidung kurz skizzieren, um dann auf dieser Grundlage die Störungen des Selbsterlebens in der Schizophrenie zu analysieren.

Selbst und Selbsterleben

Bezug nehmend auf neuere phänomenologische, entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Konzepte unterscheide ich im Folgenden zwei grundlegende Formen des Selbsterlebens, nämlich (a) das basale, präflexive oder leibliche Selbst und (b) das erweiterte, reflexive oder personale Selbst (vgl. Damasio 1999; Zahavi 1999; Gallagher 2000; Rochat 2004).

(a) Basales oder leibliches Selbst

Ein basales Selbsterleben ist allen Bewusstseinsprozessen inhärent. Es lässt sich weiter differenzieren in die Dimensionen des (1) primären leiblichen Selbst, (2) des ökologischen Selbst und (3) des sozialen Selbst.

(1) Das basale Selbst ist zunächst charakterisiert durch ein *implizites, präreflexives Selbstgewahrsein*, das in jeder Erfahrung mitgegeben ist, ohne eine explizite Introspektion oder Reflexion zu erfordern. Jedes Erlebnis schließt auch das Erleben ein, »wie es ist«, es zu haben, d. h., es ist unmittelbar und ohne eigene Zuschreibung als »meinhaft« gegeben (Nagel 1994; Zahavi 1999). Sehe ich z. B. eine Wohnung, so sehe ich nicht nur Gegenstände vor mir, sondern bin mir zugleich implizit meines Sehens und

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

meiner Gegenwart inne. Dieses Innesein ist nicht etwa ein zusätzliches Bewusstsein im Hintergrund, sondern das allgemeine *Medium*, in dem sich jede Erfahrung artikuliert. Michel Henry (1963) bezeichnet diese elementare, nicht objektivierende Selbstgegebenheit in aller Erfahrung als *Ipseität*: Wir können nur von der Welt affiziert werden, insofern wir uns selbst bereits präreflexiv gegeben, selbst-affiziert sind. Damit überhaupt etwas zur Erfahrung gelangen, sich im Bewusstsein manifestieren kann, muss ein elementares Selbstempfinden beteiligt sein: »Selbst-Manifestation ist das Wesen der Manifestation« (»l'auto-manifestation est l'essence de la manifestation«; Henry 1963, 173).

Andererseits ist dieses basale Selbsterleben nicht als eine nur formale oder transzendentale Voraussetzung der Erfahrung zu denken, als entkörpertes ›Ich‹. Es schließt vielmehr die Dimensionen der Selbstaffektion, der Leiblichkeit und der Zeitlichkeit ein, das heißt die Selbstgegenwart eines leiblich und zeitlich verfassten Subjekts. Ipseität ist an ein elementares Leib- oder Lebensgefühl gebunden, d. h. an die Selbstaffektion des Leibes, die sich weiter in viszerale, propriozeptive und kinästhetische Empfindungen differenziert. Ipseität schließt auch eine basale zeitliche Selbstkohärenz und -kontinuität ein, wie sie von Husserl in der *Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins* analysiert wurde (Husserl 1969). Diese Selbstkontinuität ist bereits mit der protentional-retentionalen Verknüpfung des Bewusstseinsstroms als solcher gegeben, ohne dass es dazu einer expliziten Rückerinnerung oder eines reflexiven Selbstkonzeptes bedürfte. Daher bleibt das basale Selbsterleben auch beim Verlust des autobiographischen Gedächtnisses erhalten, wie etwa bei globalen Amnesien oder Demenzerkrankungen.

(2) Das primäre Erleben ist aber nicht reines Selbsterleben, sondern schließt auch eine sensomotorische *Beziehung* zwischen erlebendem Subjekt und Umwelt ein, die durch den Leib und seine habituellen Vermögen vermittelt ist (Merleau-Ponty 1966). Über seine Sinne, Glieder und Vermögen ist der Leib eingebettet in den Umraum, der sich ihm seinerseits als Feld von Möglichkeiten und Valenzen präsentiert. Durch die strukturelle Koppelung des sub-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

jektiven Leibes mit einer komplementären Umgebung erweitert sich das basale Selbst zu einem leibräumlichen oder »*ökologischen Selbst*« (Neisser 1988). Diese verkörperte Dimension des Selbsterlebens ist so eng an die Interaktion mit der Umwelt gebunden, dass seine Grenzen nicht einmal notwendig mit denen des Körpers zusammenfallen: Beim geschickten Umgang mit Gegenständen, etwa beim Klavierspielen oder Autofahren, schließen sich die Instrumente an das Körperschema an und werden zu Teilen des fungierenden Leibes; daher spürt der Blinde den Boden an der Spitze seines Stocks, nicht in seiner Hand.

Entwicklungspsychologisch reichen die bisher beschriebenen Dimensionen des Selbsterlebens bis in die Pränatalzeit zurück. Bereits ab dem 3. Monat steht der Fetus in vielfältigem sensomotorischen Kontakt mit seiner Umgebung, erkennbar an zunehmend geordneten Bewegungsmustern und Reaktionen auf Tast- oder Hörreize (Schindler 1987; Nickel 1993). Durch fortschreitende Integration der propriozeptiven, kinästhetischen und sensorischen Modalitäten bilden sich frühe Strukturen des Selbst aus, die sich als sensomotorische *Selbstkohärenz* bezeichnen lassen. Damit verknüpft sind vermutlich elementare Erfahrungen der *Selbst-Urheberschaft (self-agency)*, d. h. der Erfahrung, die Quelle von Spontaneität und Aktivität zu sein und so Veränderungen in der Umgebung (z. B. Widerstand) hervorrufen zu können (Stern 1998).

(3) So wie sich das ökologische Selbst in der sensomotorischen Interaktion mit der Umwelt allgemein konstituiert, so entwickelt sich das *soziale Selbst* in den zwischenleiblichen Interaktionen der ersten Lebensmonate. Babys sind schon bald nach der Geburt in der Lage, mimische Bewegungen von Erwachsenen wie Mundöffnen, Zungezeigen oder Stirnrunzeln zuverlässig und nicht nur reflexhaft nachzuahmen (Meltzoff & Moore 1977, 1989). Sie verfügen also bereits über ein intermodales Körperschema, dass die an anderen wahrgenommene Mimik in die eigenen, kinästhetisch empfundenen Körperbewegungen umsetzt. Der eigene Körper und der des anderen werden von vorneherein als miteinander verwandt erfahren.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Über die zunächst nur körperliche Nachahmung entwickelt sich zunehmend auch eine emotionale Resonanz mit den Bezugspersonen. Bereits mit 6–8 Wochen zeigen sich in Mutter-Kind-Dyaden sogenannte Proto-Konversationen, d. h. fein abgestimmte Koordinationen von Gestik, Vokalisierungen und Affekten (Trevarthen 1998). In ihrem Verlauf erwirbt das Kind spezifische affektiv-interaktive Schemata, die sich mit Stern (1998) als »implizites Beziehungswissen« beschreiben lassen – ein präreflexives Wissen, wie man mit anderen umgeht, Gefühle austauscht, Aufmerksamkeit erregt, Ablehnung vermeidet, Kontakt wiederherstellt usw. Es entspricht dem, was Merleau-Ponty (2003, 256) als »Zwischenleiblichkeit« (*intercorporéité*) bezeichnet hat – ein wechselseitiges Verstehen auf der Basis von leiblicher Kommunikation und Empathie. Durch diese leiblich-affektive Resonanz lernt der Säugling sich selbst im anderen kennen; er entwickelt ein *Selbst-mit-anderen* oder ein soziales Selbst.

(b) Erweitertes, reflexives oder personales Selbst

Das primäre Selbsterleben entsteht mithin weder aus einer Selbstreflexion noch aus einer sozialen Zuschreibung; es ist vielmehr in jeder Erfahrung mitgegeben. In ersten Stufen erscheint es bereits in der Pränatalzeit, um sich im 1. Lebensjahr weiter zu differenzieren. Erst vom 2. bis 4. Lebensjahr entwickelt sich das *reflexive oder personale Selbst*, erkennbar an der Fähigkeit, sich selbst im Spiegel zu erkennen, sich mit ›ich‹ zu bezeichnen und von anderen abzugrenzen und schließlich sich selbst als in einer zeitlichen Kontinuität stehend zu erfassen. Die Differenz von Selbst und anderem, die vorher nur implizit gegeben war, wird nun als solche bewusst, und das Kind erkennt sich als eine Person unter anderen. Einen zentralen Schritt auf diesem Weg bilden ab dem 9. Lebensmonat Situationen gemeinsamer Aufmerksamkeit (*joint attention*): Das Kind lernt, auf ein Objekt zu zeigen, damit die Aufmerksamkeit der Mutter zu lenken und sich durch Rückblicke ihrer Aufmerksamkeit zu vergewissern. Damit beginnt es, die Mutter als Wesen mit einer eigenen Intentionalität zu er-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

fassen, d. h. mit einer Perspektive, die von seiner eigenen verschieden ist (Tomasello 2002; Fuchs 2012b).

Diese Perspektive der anderen wird in der Folge verinnerlicht zum reflexiven Selbstbewusstsein: Das Kind betrachtet nicht mehr nur äußere Objekte, sondern auch sich selbst mit den Augen anderer und wird sich so zum Objekt, d. h. der eigene Leib wird zum »Körper-für-andere« (Sartre 1962). Diese Perspektivenübernahme ist allerdings nicht nur eine kognitive Leistung, sondern schließt eine Reihe von ›selbstreflexiven Emotionen‹ ein wie Scham, Verlegenheit, Stolz oder Schuldgefühl, die auf einem internalisierten, bewertenden ›Blick des anderen‹ beruhen.

Somit ist das personale Selbst durch eine Reihe von eng miteinander verknüpften Fähigkeiten charakterisiert:

- durch die Fähigkeit, andere als intentionale Agenten zu verstehen und ihre Perspektive nachzuvollziehen (*Perspektivenübernahme*);
- durch ein höherstufiges Bewusstsein der eigenen Zustände und Erlebnisse (*introspektives oder reflexives Selbstbewusstsein*);
- durch die Fähigkeit, die eigenen Erfahrungen zu verbalisieren und zu kohärenten Geschichten zu verknüpfen (*narrative Identität*);
- schließlich durch ein begriffliches und autobiographisches Wissen von sich selbst (*Selbstkonzept*).

In all diesen Aspekten weist das personale Selbst eine inhärent *intersubjektive* und reziproke Struktur auf: Es konstituiert sich durch die fortwährende Beziehung zu anderen, in der Verknüpfung einer primär leib-zentrierten und einer sekundär allozentrischen Perspektive, die von einer übergeordneten *exzentrischen Position* aus integriert werden (Plessner 1975). So ist auch die narrative Identität an aktuelle oder potenzielle Zuhörer gebunden, ja die anderen sind immer auch Ko-Autoren unserer Lebensgeschichte (Carr 1986). Trotz dieser komplexen und dialektischen Struktur aber bleibt das erweiterte Selbst abhängig vom präreflexiven Selbstgewahrsein. Nur ein Wesen mit einem primären

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Selbsterleben ist in der Lage, sich selbst auch aus der Sicht der anderen zu sehen, Geschichten von sich zu erzählen und ein Selbstkonzept zu entwickeln. Daher betreffen Störungen des basalen Selbst immer auch das erweiterte oder personale Selbst.

Schizophrenie als Selbststörung

Wenden wir uns nun auf dieser Grundlage der Schizophrenie zu. Wie bereits erwähnt, betrachten neuere phänomenologische Ansätze die Schizophrenie als eine grundlegende Störung des basalen Selbsterlebens oder der Ipseität (Parnas 2003; Sass & Parnas 2003). Die damit verknüpfte Entfremdung von der eigenen Leiblichkeit lässt sich auch im Begriff des *disembodiment* zusammenfassen (Stanghellini 2004; Fuchs 2005; Fuchs & Schlimme 2009). Er nimmt Bezug auf die Konzeptionen von verkörperter Subjektivität (*embodiment*), die sich gegenwärtig vor allem in den Kognitionswissenschaften verbreiten (Varela et al. 1991; Gallagher 2005; Thompson 2007; Fuchs 2012a).

Die Grundstörung umfasst folgende Aspekte:

a) eine Schwächung des basalen leiblichen Selbsterlebens;
b) eine Störung der impliziten Funktionen des Leibes, mit der Folge einer Entfremdung des Wahrnehmens und Handelns (ökologisches Selbst);
c) eine Störung des zwischenleiblichen Kontakts mit anderen (soziales Selbst);
d) dazu tritt schließlich eine Störung auf der Ebene des personalen Selbst, die die *exzentrische Position* (Plessner 1975) und damit die Abgrenzung von Ich und Anderem betrifft.

Das Verständnis der Schizophrenie als *disembodiment* beruht auf dem grundlegenden Zusammenhang des präreflexiven Selbstseins mit der Leiblichkeit: Der gelebte Leib ist implizit oder stillschweigend in allen Gefühlen, Wahrnehmungen und Handlungen gegenwärtig; er trägt und vermittelt das alltägliche In-der-Welt- und Mit-anderen-Sein. Diese selbstverständliche leibliche Einbet-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

tung in die Welt geht in der Schizophrenie verloren. Man könnte sagen, die Patienten ›bewohnen‹ ihren Leib nicht mehr, eben im Sinne des vertrauten und gewohnten Lebensvollzugs, der an das Medium des Leibes gebunden ist. Damit wird die Schizophrenie *zu einer fundamentalen Störung der Person in ihrem Vermögen, sich durch ihre Leiblichkeit hindurch auf die gemeinsame Welt zu richten und an ihr teilzunehmen.*

a) Primäres leibliches Selbst

Die Störung des basalen Selbsterlebens manifestiert sich zunächst in einem oft schwer beschreibbaren Gefühl der mangelnden Lebendigkeit, der Leere, der fehlenden Anwesenheit und der Fremdheit in der Welt bis hin zur ausgeprägten Depersonalisation. Bereits Minkowski (1927) sah dementsprechend die Grundstörung der Schizophrenie in einem »Verlust des vitalen Kontakts mit der Realität«. Dies kann sich auch in Klagen über eine mangelnde Klarheit oder Durchsichtigkeit des Bewusstseins äußern (›wie in einem Nebel‹). Die Störung des grundlegenden Selbst- und Lebensgefühls durchdringt alle Bereiche des Erlebens und kann reflexiv nicht kompensiert werden:

> Es ist, als wäre ich kein Teil dieser Welt mehr […] als wäre ich von einem anderen Planeten. Ich bin wie nicht existent. (Parnas et al. 2005, 245)

> Oft überkommt mich ein Gefühl von völliger Leere, als ob ich aufgehört hätte zu existieren. (Ebd.)

> Ich empfinde gegenüber allem eine zunehmende Taubheit, denn ich werde zu einem Objekt, und Objekte haben keine Gefühle. (McGhie & Chapman 1961, 109)

Häufige Folge dieses Selbstverlusts ist eine zwanghafte Selbstbeobachtung oder *Hyperreflexivität* (Sass 2000)[2] im Bemühen, die verlorene primäre Selbstgewissheit zu kompensieren:

[2] Vgl. den Aufsatz »Psychopathologie der Hyperreflexivität« in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Ich muss mich ständig fragen, wer ich eigentlich bin. […] Darüber denke ich so viel nach, dass ich zu nichts anderem mehr komme. Es ist nicht leicht, wenn man sich von Tag zu Tag verändert. Als wenn man plötzlich eine völlig andere Person wäre. (de Haan & Fuchs 2010, 329)

b) Ökologisches Selbst

Die basale Störung des Selbsterlebens erfasst auch die leibräumliche oder ökologische Dimension, also die über den Leib vermittelte, sensomotorische Verbindung von Subjekt und Umwelt. Es kommt zu einer Entfremdung selbstverständlicher Handlungsvollzüge und Wahrnehmungen, die sich auch als *pathologische Explikation* bezeichnen lässt (Fuchs 2001, 2011).

Die Explikation des Selbstverständlichen ist an sich eine häufige Erfahrung. Wenn man eine Wahrnehmungsgestalt in ihre Einzelelemente auflöst, also diese Elemente expliziert, sieht man sozusagen den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. Betrachtet man z. B. die Merkmale eines Gesichts einzeln oder aus zu großer Nähe, so geht die Wahrnehmung des Gesichtsausdrucks insgesamt verloren. Wiederholt man ein Wort mehrere Male und achtet dabei auf die einzelnen Silben, so wird es bald hohl klingen und seine gewohnte Bedeutung verlieren. Sucht man einen Druckfehler, kann man kaum gleichzeitig auf den Sinn des Textes achten. Ähnlich verhält es sich im Handeln: Fokussiert man sich dabei zu sehr auf ein Körperteil, so fungiert dieses nicht mehr als Komponente des impliziten Könnens. Ein Musiker, der auf seine einzelnen Finger achtet, wird leicht einen Fehler machen. Allgemein gesprochen führt also die Rückwendung der Aufmerksamkeit vom Sinn zum Sinnträger oder vom Ziel zum Mittel häufig zu einer Entfremdung und Desintegration gewohnter Vollzüge.

In der Schizophrenie geschieht nun eine pathologische Explikation. Gerade das Selbstverständliche, Gewohnte und Alltägliche wird unvertraut oder fremd; sonst unbeachtete Details oder unbewusste Handlungsabläufe treten irritierend in den Vordergrund. Diese Explikation erfasst zunehmend zentrale Lebensvollzüge, bis diese als gänzlich ich-fremd, ja schließlich als von außen gesteuert

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

erlebt werden. Bevor wir diese Phänomene an Beispielen näher betrachten, wollen wir die Frage stellen, wie sie sich mit der Grundstörung der Ipseität in Zusammenhang bringen lassen.

Die sensomotorische Vermittlungsfunktion des Leibes ist an die Meinhaftigkeit der leiblichen Empfindungen und Bewegungen gebunden. Eine Störung der basalen Selbstaffektion muss daher zu einer Opazität des leiblichen Mediums führen. Um dies an einem alltäglichen Beispiel zu verdeutlichen: Verliert man aufgrund der Kompression eines Nervs vorübergehend die Empfindung in der eigenen Hand, so fühlt sie sich nicht nur taub oder kribbelnd an, sondern dient auch nicht mehr als geeignetes Medium des Tastens. Statt für die Struktur und Gestalt der betasteten Oberfläche ›durchlässig‹ zu sein, werden ihre Tastbewegungen ungelenk, und ihre Empfindungen lassen den Betroffenen nur noch die Hand selbst als fremdes, verdinglichtes Objekt erleben – als Hindernis statt als Medium. Somit können wir sagen: Die Meinhaftigkeit der vermittelnden leiblichen Komponenten (etwa der taktilen, akustischen, kinästhetischen Empfindungen) macht sie für die intentionalen Akte des Wahrnehmens und Handelns transparent; ein Verlust der Meinhaftigkeit hingegen resultiert in einer zunehmenden Opazität und Verdinglichung des Mediums. Damit aber treten die vermittelnden Komponenten einzeln, störend und entfremdet hervor.

(1) Im *Handeln* äußert sich dies in einer zunehmenden Desintegration von leiblichen Gewohnheiten und automatischen Abläufen. In vielen Situationen gelingt es den Patienten nicht mehr, einen geschlossenen Handlungsbogen auszuführen und sich dabei auf selbstverständliche Weise ihres Leibes zu bedienen. Stattdessen müssen sie sich künstlich, durch Vorsätze oder Rituale zu bestimmten Aktionen veranlassen:

> Seit einiger Zeit muss ich immer zuerst denken, wie ich etwas mache, bevor ich es dann mache. Wenn ich mich z. B. hinsetzen will, muss ich mir das erst überlegen und förmlich vorstellen, bevor ich es tue. Genauso ist es mit anderen Dingen wie Waschen, Essen und sogar Anziehen – alles was ich sonst gemacht habe, ohne mich überhaupt darum zu kümmern.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

[…] Ich brauche viel mehr Zeit, weil ich mir ständig bewusst bin, was ich tue. (McGhie & Chapman 1961, 107)

Wenn ich etwas tun will wie etwa Wasser trinken, dann muss ich das im Detail durchgehen – einen Becher finden, hinübergehen, den Hahn aufdrehen, den Becher auffüllen, trinken. (Chapman 1966, 239)

Die selbsttätigen, synthetischen Leistungen des Leibes zerfallen und müssen durch bewusste Planung und Ausführung ersetzt werden. Selbst geringfügige Handlungen bedürfen dann oft einer gezielten Willenstätigkeit und Anstrengung. Die stillschweigende mediale Funktion des Leibes, vermittels deren sich das Subjekt sonst auf die Welt richtet, zersetzt sich.

(2) In der *Wahrnehmung* manifestiert sich die Entfremdung der Leiblichkeit in einer Störung der Fähigkeit, vertraute Gestalten und Muster zu erkennen, verbunden mit einer Fragmentierung des Wahrgenommenen und einer Überfülle von Details. Auch hier kommt es also zu einer pathologischen Explikation:

Ich muss mir die Dinge im Kopf zusammensetzen. Wenn ich meine Uhr anschaue, sehe ich die Uhr, das Uhrband, das Zifferblatt, die Zeiger usw., und dann muss ich das zu einem Ganzen zusammensetzen. (Chapman 1966, 229)

Alles ist wie zerstückelt, und man muss ein Bild daraus machen, wie ein Foto, das in Teile zerrissen ist und wieder zusammengesetzt wird. […] Wenn ich mich bewege, dann ist es wieder ein neues Bild, das ich zusammensetzen muss. (McGhie & Chapman 1961, 106)

Ich bemerke so viel mehr von den Dingen und muss sie die ganze Zeit anschauen. Nicht nur die Farbe der Dinge fasziniert mich, sondern alle kleinen Details wie etwa die Kratzer auf einer Oberfläche ziehen meine Aufmerksamkeit auf sich. (Ebd., 105)

Die Auflösung von Gestaltzusammenhängen resultiert in einem Verlust vertrauter Bedeutsamkeiten und führt so zu einer grundlegenden Fragwürdigkeit der wahrgenommenen Welt:

Manchmal dachte ich auch über Worte nach, warum jetzt »Stuhl« »Stuhl« heißt zum Beispiel, oder solche Dinge. (Patient der eigenen Klinik)

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Ein Patient denkt über selbstverständliche Dinge nach: Warum ist das Gras grün, warum haben die Ampeln drei Farben? (Parnas et al. 2005, 250)

Alle existenziellen Fragen verwirren sich in meinem mentalen System. Ich verstehe das Leben nicht. So viele Fragen, so wenig Erklärungen! Warum leben wir überhaupt? (Patient der eigenen Klinik)

Mit zunehmender Entfremdung der Wahrnehmung von ihrem intentionalen Gehalt kann schließlich das Wahrnehmen als solches zu Bewusstsein kommen, und der Patient wird gleichsam zum Zuschauer seines eigenen Sehens:

Ich merke, wie meine Augen die Dinge sehen. (Stanghellini 2004, 113)

Ich sah alles wie durch eine Filmkamera. (Sass 1992, 132)

Es war, wie wenn meine Augen Kameras wären, und mein Gehirn war zwar immer noch in meinem Körper, aber so als wäre mein Kopf riesengroß, so groß wie das Universum, und ich war ganz hinten und die Kameras vorne. So extrem weit weg von den Kameras. (de Haan & Fuchs 2010, 229 f.)

Statt zu den Dingen selbst zu gelangen, bleibt die Wahrnehmung gleichsam hinter sich selbst zurück; sie präsentiert nicht mehr reale Objekte, sondern nur noch ›Bilder‹ oder ›Filme‹, ähnlich wie in einem *Point-of-View-Shot*.[3] Wird diese Entfremdung des Wahrnehmens von den Patienten nicht mehr als autochthone Störung erkannt, so führt dies schließlich zur paranoiden Externalisierung, d. h. die Veränderung der wahrgenommenen Welt wird fremden oder imaginären Agenten wahnhaft zugeschrieben. Einen Übergang dazu zeigt das folgende Beispiel:

Es kam mir immer unwirklicher vor, wie ein fremdes Land. […] Dann kam also die Idee, das ist doch gar nicht mehr deine alte Umgebung […] es könnte ja gar nicht mehr unser Haus sein. Irgend jemand könnte mir das als Kulisse einstellen. Eine Kulisse, oder man könnte mir ein Fernsehspiel einspielen. […] Dann hab ich die Wände abgetastet. […] Ich habe geprüft, ob das wirklich eine Fläche ist. (Klosterkötter 1988, 64 f.)

[3] Dies ist eine Kamera-Einstellung, die dem Zuschauer einen Blick durch die Augen einer Figur in der Filmszene ermöglicht.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

c) Soziales Selbst

Wie bereits erwähnt, vermittelt der Leib auch die praktischen Fähigkeiten des Umgangs mit anderen, die intuitiven Formen des sozialen Verstehens und Verhaltens vor dem Hintergrund der gemeinsamen Situationen. Dieses implizite Beziehungswissen ist auch die Grundlage des *Common Sense*, d. h. des praktischen Sinns für das in einer Kultur oder Gesellschaftsschicht Übliche, Angemessene und Schickliche – ein Sinn, der nicht durch explizites Regellernen, sondern im Zuge zwischenleiblicher Interaktionen als Habitus erworben wird.

Wenn nun in der Schizophrenie die leibliche Einbettung in die Welt verloren geht, muss sich dies auch in einer grundlegenden Entfremdung der Intersubjektivität äußern. An die Stelle des Mitseins mit anderen tritt ein Grundempfinden der Getrenntheit. Statt am Fluss der alltäglichen Interaktionen teilzunehmen, bleiben die Patienten in einer isolierten Beobachterposition und haben Schwierigkeiten, die Bedeutungen und Sinnbezüge der gemeinsamen Lebenswelt zu erfassen. Eine schizophrene Patientin Blankenburgs hat diese subtile Entfremdung als »Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit« beschrieben:

> Jeder Mensch muss wissen, wie er sich verhält, hat eine Bahn, eine Denkweise. Sein Handeln, seine Menschlichkeit, seine Gesellschaftlichkeit, alle diese Spielregeln, die er ausführt: Ich konnte sie bis jetzt noch nicht so klar erkennen. Mir haben die Grundlagen gefehlt. – Mir fehlt eben, dass, was ich weiß, dass ich das auch im Verkehr mit anderen Menschen – so selbstverständlich […] weiß. Das kann ich dann eben nicht. Da ist mir vieles fremd. […] Und auch ebenso die Denkarten, so das Einfache, das Einfachste. Jeder Mensch ist doch etwas. Jeder bewegt sich doch in einer Bahn. Das ist eben bei mir nicht der Fall. Einfach um das Leben geht es, um ein richtiges Leben-Führen, dass man nicht […] so außerhalb der Gesellschaft, so ausgestoßen ist und so. (Blankenburg 1971, 42 f.)

Wiederum vermag also das explizite »*Wissen, dass …*« das implizite »*Wissen, wie …*« nicht zu ersetzen. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit »macht sich vor allem […] in den unzähligen kleinen Verrichtungen des Alltags bemerkbar, ergreift aber darüber hinaus die gesamte Lebensorientierung« (ebd., 80).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Er ist letztlich gleichbedeutend mit einer Störung der intersubjektiven Konstitution der Lebenswelt, die in Ansätzen bis die Kindheit zurückreichen kann:

> Als ich klein war, beobachtete ich immer meine kleinen Cousinen, um zu verstehen, wann der richtige Moment zum Lachen war, oder wie sie es anstellten zu handeln, ohne vorher darüber nachzudenken. […] Seit meiner Kindheit versuche ich zu verstehen, wie die anderen funktionieren, und bin daher gezwungen, den *kleinen Anthropologen* zu spielen. (Stanghellini 2004, 115)

Den Patienten drängt sich gerade das als unabweisbares Problem auf, was der Gesunde *vergessen* hat, weil er es schon gewohnt war, bevor er danach fragen konnte: wie es möglich ist, mit anderen umzugehen, zu handeln, zu leben. Es mangelt ihnen an dem impliziten Beziehungswissen, das von der frühen Kindheit an den Umgang mit anderen leitet (Fuchs 2001). Stattdessen müssen sie die Beziehungen zu anderen durch bewusste Anstrengungen herstellen, was zu einer ständigen Überlastung und schließlich zu autistischem Rückzug führt.

d) Personales Selbst

Die Störung des basalen Selbsterlebens wirkt sich auch auf die Ebene des personalen Selbst aus, das sich mit der Internalisierung der Perspektive der anderen auf das primäre leibliche Selbst herausbildet. Denn sowohl die Konstitution des personalen Selbst als auch seine Abgrenzung von den anderen, die das Individuum gleichfalls als Personen mit ihrer je eigenen Bewusstseinssphäre erfasst, bleiben an die Verankerung in der eigenen Leiblichkeit gebunden. Daher resultieren aus der primären Beeinträchtigung des leiblichen Selbsterlebens auch Störungen der Ich-Demarkation oder der Abgrenzung von Selbst und Anderen, die Bleuler (1911) auch als *Transitivismus* bezeichnet hat:

> Wenn ich jemanden ansehe, ist meine Persönlichkeit in Gefahr. Ich erlebe eine Umwandlung, und mein Selbst beginnt sich aufzulösen. (Chapman 1966, 232)

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Wenn ich in der Bahn fahre, haben die Blicke der Menschen so etwas Durchdringendes, […] und es ist dann so, wie wenn um mich herum ein Bewusstsein meiner Person entsteht; […] sie können in mir lesen wie in einem Buch. Ich weiß dann nicht mehr, wer ich überhaupt bin. (Fuchs 2000, 172)

Offenbar wird das ›Bewusstsein des Bewusstseins anderer‹ für die Patienten zu einer Bedrohung des eigenen Selbst, das sie in der Begegnung nicht mehr behaupten können. Betrachten wir ein weiteres Beispiel:

Wenn ich in einen Spiegel sehe, weiß ich nicht mehr, ob ich hier mich dort im Spiegel sehe oder ich dort im Spiegel mich hier sehe. […] Sehe ich einen anderen im Spiegel, so vermag ich ihn nicht mehr von mir zu unterscheiden. In einem schlechteren Befinden geht auch der Unterschied zwischen mir selbst und einem wirklichen anderen verloren. […] Ich weiß nicht, ob sich das Innere nach außen kehrt oder das Äußere nach innen. […] Ob es nicht zwei Ichs gibt? (Kimura 1994, 194)

Hier ist es gerade die Virtualität des Spiegelbildes, die das Selbst aus seiner Verankerung wirft. Für den Patienten gibt es keinen Unterschied mehr zwischen dem leiblichen Selbst, das *hier* in den Spiegel sieht, und seinem virtuellen Bild, das er *dort* im Spiegel sieht. Er kann seine Zentrierung im Leib nicht mehr aufrechterhalten, und dies überträgt sich vom Spiegelbild auf die Wahrnehmung anderer. Er wird aus seinem Zentrum gerückt oder ›verrückt‹.

Diese Verrückung lässt sich mit dem Begriff der *exzentrischen Positionalität* verstehen, durch den Helmuth Plessner die spezifisch menschliche oder personale Weise des Umweltbezugs im Unterschied zu dem des Tieres beschrieb (Plessner 1975). Personen sind danach Wesen, die einander als Zentren einer subjektiven, um ihren Leib zentrierten Welt erkennen und die doch gerade durch diese Erkenntnis aus diesem Zentrum heraustreten – in einer virtuellen exzentrischen Bewegung. Das geschieht schon in der Kommunikation der Blicke: Ich sehe den anderen mich sehen, und er sieht mich ihn sehen. Ich bin mir dessen bewusst, dass ich Teil seiner Welt bin und dass er wiederum von diesem meinem Bewusstsein weiß. Dieser oszillierende Wechsel zwischen zwei Perspektiven kennzeichnet auch jedes alltägliche Gespräch, wo

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

wir der Perspektive des anderen bewusst werden und dabei dennoch bei uns selbst bleiben. Dies misslingt jedoch dem schizophrenen Patienten im folgenden Fall:

> Ein junger Mann war in Gesprächen oft verwirrt, da er nicht mehr zwischen sich und dem Gesprächspartner unterscheiden konnte. Er begann, den Sinn dafür zu verlieren, wessen Gedanken von wem stammten, und hatte das Gefühl, als ob der andere irgendwie in ihn »eindringe«. (Parnas 2003, 232)

Wie Blankenburg einmal treffend bemerkte, impliziert jede Perspektivenübernahme schon einen potenziellen Selbst-Verlust, der aber *in statu nascendi* aufgehoben wird (Blankenburg 1965). Jede Begegnung und Interaktion mit anderen beruht auf der Fähigkeit, zwischen der eigenen, verkörperten Perspektive und der virtuell eingenommenen Perspektive des anderen zu wechseln und *zugleich zu unterscheiden*, also sich selbst gegenüber dem anderen zu behaupten. Diese Flexibilität und Sicherheit des Perspektivenwechsels zu erwerben, ist ein entscheidender Schritt der kindlichen Entwicklung im 2. und 3. Lebensjahr. Das Kind erlangt damit die exzentrische Position, die die primäre, leibzentrierte und die sekundäre, dezentrierte Perspektive in Spannung zueinander bestehen lässt und zugleich integriert.

Es ist nun diese dialektische Spannung der exzentrischen Positionalität, die der schizophrene Patient in der Begegnung mit anderen nicht mehr aufrechterhalten kann. Er verliert seine Verankerung im leiblichen Zentrum und damit seine Selbstbehauptung; die beiden Perspektiven werden nicht mehr *integriert*, sondern *konfundiert*. Damit geraten die Patienten in eine entkörperte, imaginäre und wahnhafte Perspektive, die von außen oder von den anderen her auf sie selbst gerichtet ist. Alle scheinen von ihnen zu wissen, alles scheint sich auf sie zu beziehen, weil sie sich selbst nur noch von außen her sehen – gleichsam verloren auf einer exzentrischen Umlaufbahn. Gerade weil sie ihr leibliches Zentrum verlieren, werden sie zum vermeintlichen Zentrum aller fremden Blicke und Intentionen. Der ›Kurzschluss‹ der beiden Perspektiven kann auch zum Wahn der *Gedankenausbreitung* führen: Alle Gedanken des Patienten scheinen den anderen schon

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

bekannt zu sein, denn zwischen seinem eigenen Bewusstsein und dem der anderen besteht kein Unterschied mehr.

Wie sich zeigt, liegt die Voraussetzung für die Störung der Ich-Demarkation in der dialektischen Struktur der Intersubjektivität. Andere als intentionale Wesen oder Personen zu erkennen *und* sich seiner selbst als abgegrenzter Person bewusst zu sein – beides beruht gleichermaßen auf der exzentrischen Position. Geht aber die leibliche Verankerung des Selbst verloren, so kann die Spannung dieser Position nicht aufrechterhalten werden; es kommt zu einer Vermischung der beiden Perspektiven und damit zu einer Auflösung der Grenzen von Ich und Anderem.

Daher manifestiert sich die Erkrankung zum ersten Mal häufig in Situationen sozialer Exponierung oder emotionaler Öffnung gegenüber anderen Menschen, wenn es also in besonderer Weise darum geht, den Perspektivenwechsel ohne Selbstverlust durchzuhalten und die eigene Intentionalität zu behaupten – etwa beim Auszug aus dem Elternhaus, beim Beginn einer ersten intimen Beziehung oder beim Eintritt ins Berufsleben. In diesen Situationen können die Patienten ihre primäre Eigenperspektive einbüßen und sich nach und nach von allen Seiten beobachtet, verfolgt oder beeinflusst erleben. Damit ist es gerade die zentrale Fähigkeit des Menschen, die Perspektive des anderen einzunehmen, die ihn anfällig macht für den Verlust seines personalen Selbst in der Schizophrenie.[4]

Dieser Verlust hat im weiteren Verlauf zwei hauptsächliche psychopathologische Folgen: Zum einen ist der *schizophrene Autismus* wesentlich mitbedingt durch einen Rückzug aus der be-

[4] Aus sozialpsychiatrischer Sicht ist es von Bedeutung, dass auch ein *Mangel an Anerkennung* durch die soziale Umgebung die Selbstbehauptung unterminieren kann. Nach neueren epidemiologischen Studien sind soziale Marginalisierung, Minderheitenstatus, Migration und andere Ausschlusserfahrungen bedeutsame Risikofaktoren für eine Schizophrenie und führen zu signifikant erhöhten Inzidenzen in den betroffenen Populationen (Cantor-Graae & Selten 2005; Fearon et al. 2006; Zammit et al. 2010; Bourque et al. 2011). Obgleich eine Störung der exzentrischen Positionalität von psychologischen Problemen der Selbstbehauptung und des Selbstwerts unterschieden werden muss, kann die Infragestellung des Selbstseins doch auch durch Erfahrungen der sozialen Exklusion, Diskriminierung oder Deprivation verschärft werden.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

drohlichen Sphäre der Intersubjektivität in eine eigenweltliche persönliche Nische. Zum anderen lässt sich auch der *schizophrene Wahn* als eine idiosynkratisch gebildete und zugleich erstarrte Sichtweise auffassen, die den Patienten davor bewahrt, von der Übermacht der fremden Intentionalität überwältigt zu werden.[5] In beiden Fällen kann sich das Selbst nur um den Preis einer massiven Einschränkung und Deformation der Intersubjektivität erhalten.

Resümee und therapeutischer Ausblick

Die Grundstörung der Schizophrenie lässt sich als eine Schwächung des basalen Selbstgewahrseins beschreiben, die zunächst das präreflexive, selbstverständliche In-der-Welt-Sein erfasst. Die sonst durch den Leib stillschweigend vermittelten Lebensvollzüge verlieren ihre Meinhaftigkeit und damit ihre Transparenz. Es kommt zu einer ›Entkörperung‹, d. h. zu einer pathologischen Explikation der sonst impliziten Funktionen des Leibes. Die »vermittelte Unmittelbarkeit« (Hegel) und damit Selbstverständlichkeit der Beziehung zur Welt geht verloren. Gewohnte Handlungssequenzen zersetzen sich und müssen nun eigens geplant oder ›gemacht‹ werden. Integrale Wahrnehmungsgestalten lösen sich auf, störende Details treten in den Vordergrund, und die wahrgenommene Welt verliert zunehmend ihre vertrauten Sinnbezüge. Schließlich werden auch die Beziehungen zu den anderen fragwürdig, und die fraglose Teilnahme an der gemeinsamen Lebenswelt und ihrem *Common Sense* misslingt. Im Gegenteil, die sozialen Interaktionen mit anderen können für die Patienten bedrohlich werden, wenn sie nämlich ihr personales Selbst gegenüber den anderen nicht mehr zu behaupten und abzugrenzen vermögen. Vergeblich versuchen sie, diese verschiedenen Formen von Entfremdung und Selbstverlust durch zwanghafte Selbstbeobachtung, Hyperreflexivität und bewusste Steuerung des eigenen Tuns zu kompensieren.

[5] Vgl. den Aufsatz »Wahn, Realität, Intersubjektivität« in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Der zunehmende Rückzug des Selbst aus der medialen Sphäre der Leiblichkeit lässt, wie wir sahen, entfremdete Wahrnehmungs- und Handlungsfragmente zurück, die nicht mehr vom Subjekt ›bewohnt‹ sind. Die Patienten stehen gewissermaßen außerhalb ihrer eigenen Wahrnehmungen und Handlungen, während diese sich zunehmend zersetzen. In der akuten Psychose – dies kann hier nur noch angedeutet werden – steigert sich die zuvor noch schleichende Entfremdung zum Erlebnis vollständiger Selbstentmächtigung. Nun treten den Patienten die entfremdeten Bruchstücke des eigenen Wahrnehmens, Denkens und Handelns wie von außen gegenüber, als scheinbar von anonymen Mächten ausgelöste Empfindungen, gesteuerte Bewegungen oder eingegebene Gedanken:

Zuerst habe sie nur Schwierigkeiten bei der Hausarbeit bemerkt. Da sei ihr dauernd etwas dazwischengekommen, andere Gedanken, aber auch störende Bewegungen. So sei sie sich mitten beim Kochen plötzlich mehrmals hintereinander mit der Hand an die Stirn gefahren. […] Die Bewegungen seien ganz von selbst abgelaufen, sie habe überhaupt keine Gewalt darüber gehabt. […] Von da an habe sie jede ihrer Bewegungen genauestens beobachtet und dabei bemerkt, dass sie wirklich »wie ein Roboter« herumgelaufen sei. (Klosterkötter 1988, 163)

Sie sei inzwischen überzeugt, dass außerirdische Mächte in der Lage seien, sie zu kontrollieren und dabei auch ihre Bewegungen zu steuern. […] Sie sei […] unter diesen Einflüssen richtig zu einer »Marionette« geworden. (Ebd.)

Mit der Abspaltung des basalen Selbst vom eigenen Leib wird er zu einem äußerlichen, verdinglichten Apparat, der schließlich als von fremden Kräften und Wesen gesteuert erscheint. Das gleiche gilt für die Gedanken, wenn sie nicht mehr in die Selbstaffektion des Erlebens eingebettet sind: Sie tauchen als eingegebene, gemachte Gedanken auf.

Ich konnte nicht mehr denken, wie ich wollte. […] Es war, wie wenn einer gar nicht mehr selber denkt, an seinem eigenen Denken gehindert wird. Ich hatte den Eindruck, dass alles, was ich denke, […] überhaupt nicht zu mir gehört. […] Ich fing an zu überlegen, bin ich das noch oder bin ich eine ausgetauschte Person. (Ebd., 110 f.)

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Bei noch weitergehender Entfremdung gehen die gemachten Gedanken in akustische Halluzinationen über, d. h., sie werden zu ›Stimmen‹. Die so genannten produktiven Symptome der akuten Psychose (Ich-Störungen, Beeinflussungswahn, Halluzinationen) stellen somit Externalisierungen vollständig entfremdeter und als solcher nicht mehr erkannter Eigentätigkeiten dar, die sich den Patienten von außen her entgegenstellen.

Das Konzept des leiblichen oder verkörperten Selbst erlaubt es, die vielfältigen und zunächst heterogen anmutenden Symptome der Schizophrenie wie dargestellt unter einem integrierenden Blickwinkel zu betrachten. Es kann als Paradigma für eine Psychopathologie dienen, welche die Beziehungen der Person zu ihrer Welt auf allen Ebenen als durch das Medium des Leibes vermittelt auffasst. Unter dieser Voraussetzung lassen sich psychische Krankheiten nicht mehr in einem individuellen Innenraum, sei es der Psyche oder des Gehirns, lokalisieren. Sie sind vielmehr Störungen der leiblichen und zwischenleiblichen Existenz – Störungen des In-der-Welt- und Mit-anderen-Seins.

Aus dieser Sichtweise lassen sich jedoch auch bedeutsame *therapeutische Ansätze* ableiten, die die leibliche, expressive und emotionale Erfahrung der Patienten ansprechen. Es geht darum, dass sich schizophrene Patienten wieder in ihrem Leib, in ihren Sinnen, in ihrem *sensus communis* verankern. Dazu geeignet sind verschiedene Therapieverfahren, die abschließend kurz genannt seien (vgl. auch Gühne et al. 2012):

– *Bewegungs- und Tanztherapie* unterstützen durch Melodie und Rhythmus die Einübung von harmonischen Bewegungsgestalten und können so die Verankerung im Leiblichen fördern – denken wir daran, dass Stern (1998) die frühe Affektabstimmung zwischen Mutter und Kind mit einem *Tanz* verglichen hat (Wilke 2007).
– *Körperorientierte Therapien* zur Förderung der Leibwahrnehmung und Zwischenleiblichkeit sind in den letzten Jahren u. a. in London und Heidelberg erfolgreich erprobt worden (vgl. Röhricht & Priebe 2006; Martin et al. 2016; Galbusera et al. 2018, 2019). Durch das Spüren des Getragenseins vom

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Boden (*grounding*), durch Zentrierung in der Leibmitte und die achtsame Erfahrung von Bewegung können die Patienten das Gefühl der Meinhaftigkeit des Leibes wieder erfahren und verankern. Solche Therapien haben sich besonders für die Behandlung der Negativsymptomatik als wirksam erwiesen, einer für die Prognose der Erkrankung zentralen Beeinträchtigung, die notorisch resistent gegen psychopharmakologische Therapie ist.

- *Theatertherapie* kann den Patienten zu mehr Ausdrucksfähigkeit verhelfen, weil sie im Schutz der vorgegebenen Rolle oft Hemmungen abzuwerfen vermögen, die sonst den sozialen Kontakt mit anderen erschweren (Bielańska et al. 1991).
- *Musiktherapie* kann die sinnlich-emotionale Resonanzfähigkeit fördern, gerade auch über die propriozeptiven und viszeralen leiblichen Resonanzen, die sie auslöst (Tang et al. 1994; Ulrich et al. 2007).
- *Kunsttherapie* schließlich vermag in besonderer Weise die Spontaneität, die Ausdrucksfähigkeit und die emotionale Selbstwahrnehmung der Patienten zu unterstützen (Richardson et al. 2007).

All diese Verfahren haben gemeinsam, dass sie weder an einer zugrunde liegenden biologischen Dysfunktion noch an kognitiven Defiziten ansetzen, sondern an der primären, leiblichen und zwischenleiblichen Erfahrung der Patienten. Gerade weil sie nicht dem vorherrschenden, kausal orientierten Paradigma zugehören, belegt ihre unbestreitbare Wirksamkeit, dass die phänomenale Erfahrung eben nicht nur ein Epiphänomen von Substratprozessen darstellt, sondern selbst ihre eigene Bedeutung und Wirkung hat. Die Phänomenologie ist in der Lage, solchen oft aus praktisch-klinischer Erfahrung abgeleiteten Therapieverfahren nicht nur eine geeignete Sprache zur Verfügung zu stellen, sondern auch die notwendige theoretische Begründung zu liefern.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Literatur

Berze, J. (1914). *Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hypophrenien überhaupt*. Leipzig Wien: Deuticke.

Bielańska, A., Cechnicki, A. & Budzyna-Dawidowski, P. (1991). Drama therapy as a means of rehabilitation for schizophrenic patients: Our impressions. *American Journal of Psychotherapy, 45*, 566–575.

Blankenburg, W. (1965). Zur Differentialphänomenologie der Wahnwahrnehmung. *Nervenarzt, 36 (7)*, 285–298.

Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig Wien: Deuticke.

Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie* (15. Aufl., bearbeitet von M. Bleuler). Berlin Heidelberg: Springer.

Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine, 41 (5)*, 897–910.

Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry, 162 (1)*, 12–24.

Carr, D. (1986). *Time, Narrative, and History*. Bloomington, IN: University of Indiana Press.

Chapman, J. (1966). The early symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 112 (484)*, 225–251.

Damasio, A. R. (1999). *The Feeling of What Happens*. San Diego, CA: Harcourt.

De Haan, S. & Fuchs, T. (2010). The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia – Two case studies. *Psychopathology, 43 (5)*, 327–333.

Fearon, P., Kirkbride, J. B., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Lloyd, T., Hutchinson, G., Tarrant, J., Fung, W. L., Holloway, J., Mallett, R., Harrison, G., Leff, J., Jones, P. B. & Murray, R. M. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine, 36 (11)*, 1541–1550.

Fuchs, T. (2000). *Psychopathologie von Leib und Raum*. Darmstadt: Steinkopff.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Fuchs, T. (2001). The tacit dimension. Commentary to W. Blankenburg's »Steps towards a psychopathology of common sense«. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 8 (4)*, 323–326.

Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 12 (2)*, 95–107.

Fuchs, T. (2011). Psychopathologie der Hyperreflexivität. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie, 59 (4)*, 565–576.

Fuchs, T. (2012a). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine ökologisch-phänomenologische Konzeption* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Fuchs, T. (2012b). The phenomenology and development of social perspectives. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 12 (4)*, 655–683.

Fuchs, T. & Schlimme, J. (2009). Embodiment and psychopathology: A phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry, 22 (6)*, 570–575.

Galbusera, L., Fellin, L. & Fuchs, T. (2019). Toward the recovery of a sense of self: An interpretative phenomenological analysis of patients' experience of body-oriented psychotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research, 29 (2)*, 234–250.

Galbusera, L., Finn, M. & Fuchs, T. (2018). Interactional synchrony and negative symptoms: An outcome-study of body-oriented psychotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research, 28 (3)*, 457–469.

Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Science, 4 (1)*, 14–21.

Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford: Oxford University Press.

Griesinger, W. (1861). *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Krabbe.

Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Ay, E. S., Becker, T. & Riedel-Heller, S. (2012). Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. *Der Nervenarzt, 83 (7)*, 855–860.

Henry, M. (1963). *L'essence de la manifestation*. Paris: Presses Universitaires de France (PUF).

Husserl, E. (1969). *Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins (1893–1917)*. Husserliana X (hrsg. v. R. Boehm). Den Haag: Nijhoff.

Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie*. (9. Aufl., nach der unveränderten 4. Auflage von 1946). Berlin Heidelberg: Springer.

Kimura, B. (1994). Psychopathologie der Zufälligkeit oder Verlust des Aufenthaltsortes beim Schizophrenen. *Daseinsanalyse, 11 (3)*, 192–204.

Klosterkötter, J. (1988). *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Berlin Heidelberg: Springer.

Kraepelin, E. (1913). *Klinische Psychiatrie, Teil 2* (8. Aufl.). Leipzig: Barth.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Martin, L. M., Koch, S. C., Hirjak, D. & Fuchs, T. (2016). Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia – A multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 7*, Artikel 483.

McGhie, A. & Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 34 (103)*, 103–116.

Meltzoff, A. N. & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science, 198 (4312)*, 74–78.

Meltzoff, A. & Moore, M. K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology, 25 (6)*, 954–962.

Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung* (übers. v. R. Boehm). Berlin: De Gruyter.

Merleau-Ponty, M. (2003). *Das Auge und der Geist* (hrsg. v. C. Bermes). Hamburg: Meiner.

Minkowski, E. (1927). *La schizophrenie*. Paris: Payot.

Nagel, T. (1994). Wie es ist, eine Fledermaus zu sein. In M. Frank (Hrsg.), *Analytische Theorien des Selbstbewusstseins* (S. 135–152). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical Psychology, 1 (1)*, 35–39.

Nickel, H. (1993). Pränatale und perinatale Entwicklungsforschung auf der Grundlage ökologisch-systemischer Entwicklungstheorien. In H. Nickel (Hrsg.), *Psychologie der Entwicklung und Erziehung* (S. 6–14). Pfaffenweiler: Centaurus.

Parnas, J. (2003). Self and schizophrenia: A phenomenological perspective. In T. Kircher & A. David (Hrsg.), *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (S. 217–241). Cambridge: Cambridge University Press.

Parnas, J., Moeller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology, 38 (5)*, 236–258.

Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin: De Gruyter.

Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P. & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health, 16 (4)*, 483–491.

Rochat, P. (2004). The emergence of self-awareness as co-awareness in early child development. In D. Zahavi, T. Grünbaum & J. Parnas (Hrsg.), *Advances in Consciousness Research. The Structure and Development of Self-Consciousness* (S. 1–20). Amsterdam: John Benjamins Publishing.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Röhricht, F. & Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 36 (5)*, 669–678.

Saks, E. R. (2007). *The Center Cannot Hold. My Journey through Madness*. New York: Hyperion.

Sartre, J.-P. (1962). *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Reinbek: Rowohlt.

Sass, L. A. (1992). *Madness and Modernism. Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York: Basic Books.

Sass, L. A. (2000). Schizophrenia, self-experience, and so-called negative symptoms. In D. Zahavi (Hrsg.), *Exploring the Self: Philosophical and Psychopathological Perspectives on Self-Experience* (S. 149–182). Amsterdam: John Benjamins.

Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin, 29 (3)*, 427–444.

Schindler, S. (1987). Das Bild vom Ungeborenen. Zum Konzept einer Entwicklungspsychologie der Pränatalzeit. In P. Fedor-Freybergh (Hrsg.), *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin* (S. 1–14). München: Saphir.

Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimatied Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press.

Stern, D. N. (1998). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Tang, W., Yao, X. & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomized controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry, 165 (Suppl. 24)*, 38–44.

Thompson, E. (2007). *Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Tomasello, M. (2002). *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Trevarthen, C. (1998). Language development: Mechanisms in the brain. In G. Adelman & B. Smith (Hrsg.), *Encyclopedia of Neuroscience* (2. Aufl.) (S. 1018–1026). Amsterdam: Elsevier.

Ulrich, G., Houtmans, T. & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116 (5)*, 362–370.

Varela, F., Thompson, E. & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA: MIT Press.

Wilke, E. (2007). *Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention*. Bern: Huber.

Zahavi, D. (1999). *Self-Awareness and Alterity. A Phenomenological Investigation*. Evanston: Northwest University Press.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J. E. & Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood: A multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry, 67 (9)*, 914–922.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Being a Psycho-Machine

Zur Phänomenologie der Beeinflussungsmaschinen

Einleitung

Wahnvorstellungen von technischen Apparaturen und Fernwirkungen, von denen sich die Betroffenen manipuliert und geschädigt fühlen, sind ein weit verbreitetes Phänomen psychotischer Erkrankungen. Die Geschichte der Psychopathologie zeigt, dass jeweils die neuesten Technologien Eingang in solche technomorphen Wahnideen fanden. Wie ist die besondere Affinität schizophrener Patienten zum technischen Wahn, zur Maschine zu verstehen? Dieser Frage will ich im Folgenden nachgehen und die Analogien zwischen Technik und schizophrenem Erleben unter psychiatriehistorischen und phänomenologischen Gesichtspunkten untersuchen. Dabei werden sich vier Aspekte als bedeutsam erweisen:

(1) Wirkung aus dem Verborgenen,
(2) magische Grenzauflösung,
(3) Virtualisierung des Realen und
(4) Reifizierung des Psychischen.

Wir werden sehen, dass diese Analogien zur Sphäre der Technik es schizophrenen Patienten ermöglichen, ihre Erfahrungen mit Hilfe der jeweils zeitgenössischen Technologien zu verbalisieren und sie zugleich sich und anderen erklärlich zu machen.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Der »Air-loom« und die Wissenschaften um 1800

Ich beginne mit einer kurzen Fallvignette aus der eigenen Klinik:

Eine 46-jährige Patientin berichtet, sie werde von elektronischen Geräten Tag und Nacht überwacht und durch die Wand hindurch bestrahlt. Das merke sie an den Stromstößen, die nachts durch ihren Rücken liefen. Sie habe vergeblich versucht, sich durch Isolierungen ihrer Wände gegen die Strahlen zu schützen. Man habe ihr dann ohne ihr Wissen einen Mikrochip ins Gehirn implantiert, um so ihre Gedanken zu steuern und Schmerzen zu erzeugen, die sie am ganzen Körper spüre. Zugleich kontrolliere man damit ihre Bewegungen, sodass sie häufig mit den Händen über den Tisch streiche, ohne es zu wollen. Wer dahinter stecke, wisse sie nicht sicher, vermutlich handele es sich aber um Agenten eines ausländischen Geheimdienstes, die sie zur willenlosen Marionette ihrer Pläne machen wollten.

Was diese Patientin schildert, ist in der Psychiatrie seit etwa 200 Jahren als ›technischer Beeinflussungswahn‹ bekannt. Im Jahre 1810 nämlich veröffentlichte John Haslam, Psychiater am Londoner Bethlem Hospital, die *Illustrations of Madness*, einen Fallbericht über seinen Patienten James Tilly Matthews, der sich von 1798 bis 1813 in dem Hospital befand (vgl. Haslam 1810/1988). Der Bericht enthält die erste psychiatrische Beschreibung einer ›Beeinflussungsmaschine‹, also einer fiktiven technischen Apparatur, auf deren verborgene Einwirkung Matthews seine Erlebnisse der Fremdsteuerung zurückführte. Seither tauchten in psychiatrischen Krankengeschichten und Lehrbüchern mehr und mehr solcher Maschinerien auf. Wurden Beeinflussungserlebnisse von psychotischen Patienten in vorindustrieller Zeit noch als magische, dämonische oder teuflische Wirkungen gedeutet, so nahmen technikbezogene Wahnvorstellungen seit der Industrialisierung bis heute immer mehr zu. Dabei fanden die jeweils avanciertesten Technologien Eingang in die schizophrene Wahnthematik: vom Elektromagnetismus über Telegrafie, Film, Radio, Laser bis zum Computer und Internet (vgl. Kranz 1955; Lenz 1964; Jaspers 1973, 614; Steinebrunner & Scharfetter 1976; Podoll et al. 2000). So treffen wir in der Psychopathologie auf ein skurriles Abbild des naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

John Haslams paradigmatische Schilderung einer Beeinflussungsmaschine entstammt einer Übergangsperiode, in der ältere, magisch oder religiös geprägte Wahnvorstellungen allmählich in den Hintergrund traten. James Tilly Matthews' phantastische Maschine, von ihm selbst »Air-loom« oder »Luftwebstuhl« benannt und akribisch gezeichnet, bestand aus einer Kombination mechanischer, pneumatischer, hydraulischer und elektromagnetischer Elemente (Hebel-, Röhren- und Ventilmechanismen, Batterien, Strahlen, Gaszylinder u. a.). Sie spiegelt den modernsten Stand der Technik und Wissenschaften um 1800 wider, insbesondere der mechanisierten Textilindustrie und der mit Namen wie Priestley oder Lavoisier verbundenen pneumatischen Chemie.

Dieser Apparatur bediente sich nach Matthews' Überzeugung eine Verschwörerbande, um über feine Drähte mittels eines magnetischen Fluidums die davon ›imprägnierten‹ Gehirne ihrer Opfer aus der Ferne auf verschiedenste Weise zu beeinflussen. Allerdings schillern die Begriffe, die Matthews zur Beschreibung dieser Wirkungen gebraucht, noch vielfach zwischen naturwissenschaftlichen und magischen Bedeutungen (z. B. »impregnation«, »sympathy«, »sympathetic communication«, »effluvia«).[1] Darin spiegelt sich die Tatsache, dass die Naturwissenschaften und insbesondere die Medizin selbst gerade erst dabei waren, sich von begrifflichen Relikten anthropomorpher Anschauungen zu reinigen, um fortan jegliche magische oder teleologische Wirkung mit dem Bann der ›Unwissenschaftlichkeit‹, des ›Aberglaubens‹ oder des ›Okkultismus‹ zu belegen.

[1] Dazu folgende Auszüge: »*[B]rain-sayings* [Hirnsprechen], which may be defined a sympathetic communication of thought, in consequence of both parties being impregnated with magnetic fluid« (Haslam 1810/1988, 38); »the warp [Webstuhlkette] of the magnetic-fluid […] which being a multiplicity of fine wires of fluid, forms the sympathy, streams of attraction, repulsion etc.« (ebd., 48); »so great is the attraction between the human body and this [magnetic] fluid, that the party becomes certainly impregnated, and is equally bound by the spell« (ebd., 53). – Auch die im »Air-loom« eingesetzten Stoffe erinnern vielfach an magische oder alchemistische Konzepte: »Seminal fluid, male and female – Effluvia of copper – ditto of sulphur – the vapours of vitriol and aqua fortis – ditto of nightshade and hellebore – effluvia of dogs […] – gaz from the anus of the horse […] – vapour and effluvia of arsenic« etc. (ebd., 28).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Gerade der Magnetismus, das wichtigste Wirkprinzip von Matthews' Maschine, war vor seiner naturwissenschaftlichen Erforschung noch ein zentrales Element der *magia naturalis* gewesen, die etwa Paracelsus, Agrippa von Nettesheim oder Johan Baptista van Helmont im 16. und 17. Jahrhundert aus der Volksmedizin in die akademische Medizin eingeführt hatten. Auf der Grundlage des magischen Korrespondenzprinzips, der ›Sympathie‹ und ›Antipathie‹ wandten sie ›magnetische Kuren‹ an, die auch *Fernwirkungen* von Heilmitteln oder ärztlichen Manipulationen einschlossen, wobei man freilich um eine natürliche Erklärung bemüht war: Van Helmont etwa sprach von einem magnetischen Fluidum und von feinsten Ausdünstungen *(effluvia)* des Heilmittels, die natürlicherweise zu ihrem Ursprung zurückkehrten und dort eine Heilung bewirkten. Auch Fernwirkungen seien daher im Grunde durchaus natürliche Vorgänge, frei von Aberglauben oder Zauberei (vgl. Rothschuh 1978, 134–151).

Die Entdeckung der künstlichen Elektrizität ab der Mitte des 18. Jahrhunderts, insbesondere ihre Einführung in die Neurophysiologie durch Luigi Galvani (1737–1798), führte schließlich zu einer sukzessiven naturwissenschaftlichen Umdeutung magischer Wirkprinzipien. Als ein Übergangsphänomen kann der von dem Wiener Arzt Franz Anton Mesmer (1734–1815) begründete *Mesmerismus* betrachtet werden, ein im Grunde auf Suggestions- und Hypnosewirkungen aufbauendes Heilsystem, das die Wiener, Pariser und Londoner Öffentlichkeit seit 1780 in Bann hielt (vgl. Mesmer 1779/1985). Er selbst schrieb seine Erfolge dem sogenannten ›tierischen Magnetismus‹ zu, basierend auf einem äußerst feinen, den ganzen Kosmos durchdringenden Fluidum, das mit bestimmten Techniken akkumuliert und vom Magnetiseur auf den Kranken übertragen werden könne. 1784 untersuchte jedoch eine Kommission der Pariser Akademie der Wissenschaften den ›tierischen Magnetismus‹ und führte die ihm zugeschriebenen Phänomene ausschließlich auf die suggestive Wirkung des Magnetiseurs und die Einbildungskraft der Patienten zurück. Von nun an wurden Suggestion, Imagination oder Hypnose als rein *psychische* Phänomene streng von der physischen Welt geschieden. Der Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin im

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

19. Jahrhundert bedeutete zugleich den systematischen Ausschluss aller ›okkulten‹ Kräfte und Begriffe wie Lebenskraft, Sympathie, Magnetismus, Seele oder Geist aus der Wissenschaft.

James Tilly Matthews war im Rahmen einer politischen Mission in Paris in den Jahren 1792/93 auch mit dem Mesmerismus in Kontakt gekommen, und Elemente dieser Anschauungen lassen sich in seinem Wahnsystem unverkennbar wiederfinden (Porter 1988, xvi). Freilich sind die magnetisch-elektrischen Wirkungen auf die Psyche darin ganz physikalisch gedacht – gegen die Annahme rein suggestiver Kräfte oder gar einer Wirkung seiner eigenen Einbildungskraft hätte sich Matthews zweifellos verwahrt. Der *Air-loom* ist vielmehr ein höchst elaborierter Mechanismus, der auch nur von einem technisch gebildeten Zeitgenossen so konzipiert werden konnte. Matthews reagierte also mit seinen technomorphen Wahnideen auf eine Entwicklung der zeitgenössischen Wissenschaften, die konsequent von ›übernatürlichen‹ zu rein physikalischen Erklärungsprinzipien überzugehen bestrebt waren. Damit stellt sich die Frage, was Matthews – und viele psychotische Menschen nach ihm – dazu veranlasste, sein Beeinflussungserleben in dieser technischen Form zu beschreiben, statt auf die magisch-mythischen Wahnformen früherer Zeiten zurückzugreifen.

Zur Affinität von Technik und Schizophrenie

Für eine Antwort auf diese Frage müssen wir uns einige phänomenologische Grundmerkmale der Technik vergegenwärtigen. Es wird sich zeigen, dass sie in besonderer Nähe zum schizophrenen Beeinflussungserleben stehen, sodass wir geradezu von einer *strukturellen Analogie* von technischen Prozessen und psychotischer Erfahrung sprechen können. Das gilt insbesondere für die elektronischen Techniken und Medien des postindustriellen Zeitalters, die durch Entmaterialisierung, Aufhebung räumlicher Distanzen und instantane Informationsübertragung charakterisiert sind – also durch eine quasi-magische Wirksamkeit noch des Entferntesten.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

(1) Wirkung aus dem Verborgenen

Grundsätzlich realisieren technische Apparaturen eine dem Menschen rein körperlich nicht mögliche Leistung, allerdings meist auf eine nicht mehr anschauliche Weise. Ihre Resultate stellen sich daher dem Unkundigen oft als erstaunlich, ja als Wunder oder Zauberei dar: Es scheint hier nicht mit rechten Dingen zuzugehen. Die eigentlichen Antriebskräfte und Mechanismen der Apparate bleiben meist unsichtbar – ein historisches Beispiel des 17. Jahrhunderts waren etwa die vielbewunderten, von verborgenen hydraulischen Röhrenwerken angetriebenen Automaten in den Versailler Gärten. Dieser ebenso faszinierende wie kryptische Charakter der Technik hat sie seit jeher in den Nähe des Geheimnisses, der Täuschung oder gar des Betrugs gerückt: Der Techniker oder der Ingenieur galt als einer, der um die Geheimnisse der Natur weiß und sie zu manipulieren versteht. Techniker und Magier waren nicht immer deutlich unterscheidbar, zumal bei den *virtuosi* der Renaissance wie Leonardo da Vinci oder Girolamo Cardano und ihren Nachfolgern der Barockzeit (vgl. Berman 1985, Kap. 3 f.).

Diese Zwiespältigkeit kommt bereits in der Etymologie zum Ausdruck: Das griechische *téchnē* bedeutet ›Kunstfertigkeit‹, aber auch ›List‹. Ähnlich sind Maschine und Mechanik abgeleitet von griech. *mēchanē*, lat. *machina*, d. i. die ›künstliche Vorrichtung‹ (vornehmlich die Theatermaschine, daher auch der *deus ex machina*), des Weiteren dann der ›Kunstgriff‹, der ›Betrug‹ oder ›Schein‹. Lateinisch *machinari* heißt dementsprechend ›künstlich ersinnen, im Schilde führen‹. James Tilly Matthews selbst beschuldigte in einem Brief die politischen Feinde Englands geheimer »Machinationen«, noch bevor sich aus diesen Verdächtigungen dann der Wahn einer konspirativen »Maschinerie« entwickelte.[2] Schon in seiner Etymologie zeigt das Technische somit ein Doppelgesicht – es schillert zwischen faszinierender

[2] Engl. »machinations«; vgl. den offenbar schon auf der Grundlage paranoider Verdächtigungen verfassten Brief Matthews' an Lord Liverpool vom 6. 12. 1796 (Porter 1988, xxiii).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:49
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Künstlichkeit einerseits und hinterlistiger Täuschung andererseits.

Dieser hintergründige Charakter der Technik entspricht nun der *Anonymität,* Verborgenheit und Undurchschaubarkeit der Einflüsse, denen sich Schizophrene ausgesetzt wähnen. Die Beeinflussungsapparaturen werden von ihnen zwar in vielfältigsten Gestalten geschildert, sind aber bezeichnenderweise selbst nie zu entdecken. Die intimsten Grenzverletzungen erfolgen aus unerreichbarer Ferne, die keine Identifizierung des Feindes, keine Gegenaktion zulässt. Die Konstrukteure der Maschinerie agieren im Dunkeln, heimtückisch und mit überlegenem Wissen – so auch bei Matthews:

> These assassins are so superlatively skillfull in every thing which relates to pneumatic chemistry, physiology, nervous influence, sympathy, human mind, and the higher metaphysic, that whenever their persons shall be discovered, and their machine exhibited, the wisest professors will be astonished at their progress […] the gang proudly boasts of their contempt for the immature science of the present aera. (Haslam 1810/1988, 57)

Die Technik bildet im Wahn also die Chiffre für eine überlegene, anonyme Intelligenz, die sich der konkreten Präsenz entzieht und gerade aus dem Verborgenen heraus eine umso überwältigendere Wirkung entfaltet.

(2) Magische Grenzauflösung

Seit sich die Technik über die einfache Mechanik hinaus der unsichtbaren Kräfte der Physik zu bedienen lernte, namentlich des Magnetismus und der Elektrizität, trat sie selbst das Erbe der Magie an. Denn diese Kräfte und Felder erzeugten eine Wirkung über jede Distanz hinweg, ja eine *Simultaneität des räumlich Entferntesten*, wie es für die Magie charakteristisch war. Ein Komitee des amerikanischen Kongresses zur Untersuchung von Samuel Morses erstem Telegraphen kam 1838 zu dem Ergebnis, die Erfindung bedeute eine

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

almost instantaneous communication of intelligence between the most distant points of the country, and simultaneously. Space will be, to all practical purposes of information, completely annihilated between the States of the Union, as also between the individual citizens thereof. (Zit. nach Neumann 2004, 206)

In der Folge realisierten Funk, Radar, Satelliten- und Telekommunikation nach und nach eine weltumspannende Gleichzeitigkeit. Die Techniken der unsichtbaren Kräfte lösten die Grenzen auf, die der durchmessene Raum, die ablaufende Zeit und die Festigkeit der Körper einmal gebildet hatten, und erzeugten einen homogenen Raum der Simultan- und Fernwirkungen. Mehr noch: Sie drangen in Gestalt von Telefon, Fernsehen, Video- und Web-Kameras zunehmend in die Privatwelt des Einzelnen vor.

Im gleichen Zug mit dem Ausschluss des Magischen aus der Wissenschaft wurde die moderne Technik damit selbst immer ›magischer‹. Denn das Gemeinsame von Technik und Magie liegt in der Möglichkeit zur Projektion von Macht, Information, ja Bewusstsein über alle Grenzen hinweg. In der elektronischen Kommunikation wird Psychisches buchstäblich in ein ›Fluidum‹ namens *Information* transformiert und als solches beliebig transportiert. Bereits 1964, noch lange vor der Entstehung des Internet, interpretierte Marshall McLuhan die Medientechnologien konsequent als Extensionen des menschlichen Gehirns:

In den Jahrhunderten der Mechanisierung hatten wir unseren Körper in den Raum hinaus ausgeweitet. Heute, nach mehr als einem Jahrhundert der Technik der Elektrizität, haben wir sogar das Zentralnervensystem zu einem weltumspannenden Netz ausgeweitet und damit, soweit es unseren Planeten betrifft, Raum und Zeit aufgehoben. (McLuhan 1964/1968, 9)

Psychisches und Stoffliches werden als digitalisierte Information frei konvertierbar und nahezu beliebig transportabel.

Spätestens hier ist die Konvergenz von ›magischer Technik‹ und psychotischem Erleben unschwer zu erkennen. Die technische Auflösung der Grenzen, die die Intimität des Subjekts abschirmen, die Projektion physischer und geistiger Macht durch Energie- und Informationsübertragung stehen in Analogie zur Beeinflussung aus der Ferne und zur Überwältigung durch ein

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

fremdes Bewusstsein, die schizophrene Patienten erleben. Wenn Matthews seine Erlebnisse der Gedankenbeeinflussung oder des Stimmenhörens als »brain-sayings« bezeichnet, als »a sympathetic communication of thought, in consequence of both parties being impregnated with the magnetic fluid […] rendered more powerful by the action of the electrical machine« (Haslam 1810/1988, 38 f.), dann lässt sich dies durchaus als Telekommunikation *avant la lèttre* bezeichnen. Aber auch die Funk- und Radarwellen, Röntgen-, Laser- und anderen Strahlen, die spätere schizophrene Patienten fühlten, die ihren Körper unter Strom setzen, Vibrationen, Hitze- oder sexuelle Empfindungen verursachen, ja sogar ihren Willen beeinflussen, entsprechen dem Prinzip der technischen Projektion von Macht. Die Technik liefert also passende Metaphern und Erklärungen für die »Auflösung der Ich-Umwelt-Grenzen«, die schon der Psychiater Kurt Schneider als Charakteristikum der schizophrenen Erlebnisstörungen bezeichnete (Schneider 1971, 65).

(3) Virtualisierung des Realen

Damit eng verwandt ist ein weiterer Aspekt, der die Technik in die Nähe psychotischen Erlebens rückt, nämlich die Möglichkeit, Schein oder *Virtualität* zu erzeugen. Wie die *machina* des antiken Theaters kann sich Technik ›hinter der Bühne‹ verbergen und eine eigenständige Realität vortäuschen, wo in Wahrheit nur mechanische oder elektronische Apparaturen am Werk sind. Das gilt natürlich besonders für die Medientechnologien, deren Prinzip geradezu darin besteht, illusionäre und virtuelle Welten zu erzeugen, leibhaftige Präsenz durch Repräsentationen zu ersetzen, also eine fortwährende *Gegenwart des Nicht-Gegenwärtigen* herzustellen. Abbildung und Fiktion, Manipulation und Wirklichkeit lassen sich dabei immer weniger unterscheiden. Günther Anders sprach bereits 1956 von einer »Phantomisierung« der Welt, die sich immer mehr hinter ihren medialen Abbildern verbirgt – Abbilder, die ihren Bildcharakter selbst verschleiern (vgl. Anders 1956, 1; Fuchs 2002, 191–210).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Diese Virtualisierung des Realen entspricht wiederum dem Erleben des *Paranoiden*, für den alles Unauffällige im Hintergrund verdächtig und alles Vordergründige zu Schein oder Täuschung wird. Namentlich in der beginnenden Psychose entsteht oft der überwältigende Eindruck, die umgebende Wirklichkeit sei nur eine von anonymen Mächten inszenierte Vorstellung, und der Kranke stehe auf einer Art Bühne, um von anderen insgeheim beobachtet oder getestet zu werden:

> [W]o man auch hinguckt, sieht alles schon so unwirklich aus. Die ganze Umgebung, alles wird wie fremd, und man bekommt wahnsinnige Angst. […] [I]rgendwie ist plötzlich alles für mich da, für mich gestellt. Alles um einen bezieht sich plötzlich auf einen selber. Man steht im Mittelpunkt einer Handlung wie unter Kulissen. (Klosterkötter 1988, 69)

> Es kam mir immer unwirklicher vor, wie ein fremdes Land. […] Dann kam also die Idee, das ist doch gar nicht mehr deine alte Umgebung […] es könnte ja gar nicht mehr unser Haus sein. Irgend jemand könnte mir das als Kulisse einstellen. Eine Kulisse, oder man könnte mir ein Fernsehspiel einspielen. […] Dann hab ich die Wände abgetastet. […] Ich habe geprüft, ob das wirklich eine Fläche ist. (Ebd., 64 f.)

Die vertraute Realität scheint sich als abgründige Täuschung zu offenbaren, und schließlich fällt den Kranken ›wie Schuppen von den Augen‹, was hinter der Inszenierung steckt – weshalb Conrad (1992, 21) dieses Erlebnis als »*Apokalyptik*« (»Entschleierung«, »Offenbarung«) bezeichnete. Medientechnologien können dann als geeignete Erklärungen dienen: Manche Patienten haben wie in der obigen Kasuistik den Verdacht, man spiele ihnen eine Art dreidimensionalen Film vor, und tasten die Wände ab, um ihre Echtheit zu prüfen (Fuchs 2000, 129). Andere wähnen sich von verborgenen Videokameras beobachtet oder glauben, dem Fernsehen geheime Botschaften entnehmen zu können, die für sie bestimmt sind. Nicht selten verweisen schizophrene Patienten, um ihre Situation zu beschreiben, sogar auf den Film *Die Truman-Show* von Peter Weird (1988), in dem ein kleinstädtischer Versicherungsangestellter ohne sein Wissen von einem Medienkonzern als Hauptdarsteller einer Fernsehserie benutzt wird: Er ist nur von Schauspielern umgeben und wird von verborgenen Kameras Tag und Nacht beobachtet (Fusar-Poli et al. 2008).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Dass heute auch das Internet häufig zum Gegenstand des Verfolgungswahns wird, ist nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass selbst manche Medientheoretiker diesem Medium ein »globales Bewusstsein« zusprechen (vgl. de Rosney 1997; Rötzer 1998). Schon für den psychisch Gesunden kann sich der Computer bekanntlich in ein quasi-personales Gegenüber verwandeln, dem er widrigenfalls Vorsätzlichkeit oder gar Heimtücke unterstellt. Ein schizophrener Patient führte den Absturz seines Programms allerdings auf den direkten Einfluss von Bill Gates zurück, der ihn über das Internet abhöre und Computerviren auf ihn angesetzt habe (vgl. Podoll et al. 2000). Eine andere Patientin fühlte sich durch eine Webkamera aus ihrem Bildschirm heraus beobachtet; später entwickelte sie den Wahn, man habe einen Chip in ihr Gehirn implantiert, über den alle ihre Wahrnehmungen digitalisiert und im Internet verbreitet würden (Schmidt-Siegel et al. 2004, 84–85).

Die genannten Beispiele zeigen, dass sich die psychotische Derealisierung auf die eigene Wahrnehmung insgesamt erstrecken kann, die dann als ›Theatervorstellung‹, als ›Film‹ erlebt oder auch digitalisiert und verbreitet werden kann. Manche schizophrene Patienten erleben sich sogar selbst als Filmkamera:

> Ich war selbst eine Kamera. Der Anblick der Leute, den ich durch meine Augen erhielt, wurde anderswo aufgenommen, um eine Art dreidimensionalen Film herzustellen. (Sass 1996, 286; eig. Übers.)

> Es war, wie wenn meine Augen Kameras wären […] als wäre mein Kopf riesengroß, so groß wie das Universum, und ich war ganz hinten und die Kameras vorne. (de Haan & Fuchs 2010, 329 f.; eig. Übers.)

Der Wahn bezieht sich dann nicht länger auf einzelne täuschende Objekte in der Welt, sondern bringt eine Störung der Wahrnehmung selbst und damit der *Konstitution von Realität* zum Ausdruck: Die Wahrnehmung ist nicht mehr transparent für die Welt, sondern erscheint radikal subjektiviert: Man sieht sich selbst beim Sehen zu, ja schließlich sieht man wie auf einen Film oder wie durch eine Kamera. Die Welt wird zu einer Vorführung, zu einer Hohlwelt des isolierten Bewusstseins. Mediale Wahnvorstellungen sind dann die Äquivalente für eine materialisierte oder ver-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

dinglichte Subjektivität, die nicht mehr ›nach außen‹ dringt und mit der Welt verbunden ist, sondern in ein solipsistisches Erleben eingekapselt bleibt.

(4) Reifizierung des Psychischen

Dies führt uns zur letzten und wohl wichtigsten Analogie von Technik und Schizophrenie: Der technische Wahn wird zum Ausdruck der *Mechanisierung und Verdinglichung* des Psychischen selbst. In der Schizophrenie verlieren, wie wir noch sehen werden, lebendige und seelische Prozesse ihre Einheitlichkeit und nehmen einen synthetischen, mechanischen Charakter an, der von sich aus eine ›Mechanisierung der Seele‹ nahelegt. Die Beeinflussungsmaschine ist insofern Ausdruck einer Selbstverdinglichung, in der das sonst von selbst Geschehende und Selbstverständliche zu einem Künstlichen und von außen ›Gemachten‹ wird.

Eine analoge Tendenz zur Verdinglichung wohnt auch dem naturwissenschaftlich-technischen Denken inne. Die Geschichte der Automaten und Androiden in der Literatur und Technik seit der Neuzeit illustriert das hartnäckige Bestreben des Menschen, Maschinen zu ersinnen und zu erschaffen, die ihm ähnlich sind – die zunächst seinen Leib, dann seinen Geist, zuletzt auch seine Gefühle imitieren. Er spiegelt sich in seinen eigenen Maschinen (vgl. Meyer-Drawe 1996). Um 1630 entwarf René Descartes zum ersten Mal eine konsequent mechanistische Physiologie des Körpers und verglich ihn mit den schon erwähnten Automaten der Versailler Gärten:

> Und tatsächlich kann man die Nerven der Maschine, die ich beschreibe, sehr gut mit den Röhren bei diesen Fontänen vergleichen, ihre Muskeln und Sehnen mit den verschiedenen Vorrichtungen und Triebwerken, die dazu dienen, sie in Bewegung zu setzen, ihre *spiritus animales* mit dem Wasser, das sie bewegt, wobei das Herz ihre Quelle ist und die Kammern des Gehirns ihre Verteilung bewirken. (Descartes 1632/1969, 56 f.)

Descartes sah im Automaten noch ein Modell der Körperfunktionen, also nur des Lebens, nicht der Seele. Doch 120 Jahre später

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

erklärte Julien Offray de la Mettrie den Menschen insgesamt zu einer Maschine, die auch sein Verhalten steuert, sodass »im Leben […] ein jeder die Rolle spielt, die ihm von den Triebfedern einer von ihm nicht konstruierten Maschine (mit Denkvermögen) vorgeschrieben wird« (La Mettrie 1748/1985, 12). Auch die Seele ist nur ein »empfindlicher materieller Teil des Gehirns« (La Mettrie 1747/1990, 111). 1818 schließlich, wenige Jahre nach John Haslams *Illustrations of Madness*, erscheint Mary Shelleys Roman *Frankenstein oder Der moderne Prometheus*, in dem die Elektrizität einen künstlichen Menschen zum Leben erweckt. In den kybernetischen Androiden und Cyborgs des Science-Fiction-Films oder in den Robotern der KI-Forschung finden diese Ideen ihre zeitgemäße Fortsetzung.

Die Materialisierung der Seele schreitet fort in den gegenwärtigen Versuchen, Geist und Bewusstsein zu naturalisieren, als Produkt oder Epiphänomen neurobiologischer Prozesse zu begreifen. Wahrnehmungen, Denken und Gefühle scheinen sich mit bildgebenden Techniken im Gehirn lokalisieren und so verdinglichen zu lassen. Das Subjekt wird entlarvt als ein Konstrukt, eine Illusion des Gehirns: Die in unserem Rücken operierende neuronale Maschinerie erzeugt nur das Trugbild eines handelnden Selbst. Wir mögen wohl glauben, dass wir selbst unsere Gedanken lenken; tatsächlich werden sie von neuronalen Generatorsystemen entworfen und uns zugespielt wie ein Film, auf den wir keinen Einfluss haben (Fuchs 2003).

All diese Tendenzen zu einer Mechanisierung des Lebendigen und einer Materialisierung des Seelischen konvergieren offensichtlich mit dem Erleben schizophrener Patienten, nämlich der Verdinglichung ihres Leibes und ihres Selbsterlebens insgesamt:

– Zum einen verlieren die Patienten das selbstverständliche Zuhausesein in ihrem Leib, der sich ihnen entfremdet, und dessen unwillkürliche Vollzüge sie oft durch bewusst ›gemachte‹, synthetische Bewegungen oder Rituale ersetzen müssen: Der eigene Körper mutiert zu einer Maschine oder einem Roboter, die Glieder zu mechanischen Werkzeugen,

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

die Augen zu Scannern oder Kameras (Fuchs 2000, 120 f., 2005). Interozeptive Empfindungen werden zu *Coenästhesien*, d. h. fremdartigen, irritierenden Zuständen von Spannung, Zug, Druck oder Strom, die mehr und mehr von einer äußeren Macht manipuliert erscheinen.

– Zum anderen wird die *Subjektivität* des Patienten insgesamt für ihn zu einem quasi-materialen Objekt, verräumlicht im Gehirn und manipulierbar durch physikalische Einwirkungen. Gedanken verwandeln sich in Dinge, die sich in das Gehirn wie in einen Behälter transportieren oder aus ihm entfernen lassen (Kraus 1994). Empfindungen, Überzeugungen, Willensakte und Bewegungen des Patienten werden durch ›Hebel‹ oder ›Knöpfe‹ von außen bedient.[3] Selbst Gefühlsbeziehungen nehmen die Patienten konkretistisch als physikalische Felder wahr, etwa Feindseligkeit als elektrische Spannung oder sexuelle Anziehung als Magnetfeld.

Im schizophrenen Beeinflussungserleben werden die Patienten von außen gepeinigt, bearbeitet, gelenkt, doch all dies geschieht in mechanischer, entfremdeter Form: Der andere ist nicht spürbar oder sichtbar gegenwärtig, sondern nur aus der Anonymität heraus, hinter einer Apparatur tätig. Ein Patient des japanischen Psychiaters Kimura fasste das Erlebnis der Fernsteuerung in dem Satz zusammen: »*I am a psycho-machine*« (Kimura 2001, 331).

Die Selbstentfremdung und Verdinglichung als Grundlage des technischen Wahns wird auch in einer anderen klassischen Darstellung der Beeinflussungsmaschine deutlich. Viktor Tausk beschrieb 1919 den Fall der 31-jährigen Patientin Natalija A., die

[3] Ein Beispiel findet sich auch bei Matthews: »[T]he assailants have a method by which they contrive to elongate the brain. The effect produced by this process is a distortion of any idea in the mind, whereby that which had been considered as most serious becomes an object of ridicule. All thoughts are made to assume a grotesque interpretation; and the person assailed is surprised that his fixed and solemn opinions should take a form which compels him to distrust their identity, and forces him to laugh at the most important subjects« (Haslam 1810/1988, 33). Hier führt also eine »Dehnung« des Gehirns buchstäblich zu einer Verzerrung des Denkens!

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

sich seit Jahren von einem Apparat mit der Gestalt ihres eigenen Körpers beeinflusst fühlte, dessen Inneres aus elektrischen Batterien bestehe (Tausk 1983). Alle Manipulationen an diesem Körperduplikat vollzögen sich gleichzeitig an ihr selbst: »Wenn in den Apparat hineingestochen wird, dann fühlt sie einen Stich an der entsprechenden Stelle des eigenen Körpers« (ebd., 256). Die Missetäter, die ihn handhaben, verursachen dadurch bei ihr ekelhafte Gerüche, Träume, Gedanken, Gefühle und sexuelle Empfindungen.

Hier erscheint die Maschine als Verdoppelung des eigenen Körpers, der technomorph verdinglicht und nach außen projiziert wird. Die entfremdeten eigenleiblichen Empfindungen und Regungen werden nun durch eine ›magische Technik‹ produziert. Das eigene Leben vollzieht sich nicht mehr spontan und von selbst, sondern hat sich in eine extern betriebene Apparatur verwandelt. Louis Sass deutet Natalijas Beeinflussungsmaschine dementsprechend als

> Spätsymptom einer Art Introversion, als Kristallisierung einer erlebten Welt, in der sich die explizite Aufmerksamkeit auf innere Empfindungen und Körperbild-Erlebnisse fixiert, die für gewöhnlich latent bleiben, während die äußere Welt die Aufmerksamkeit auf sich zieht. Nach dieser Interpretation wäre die Beeinflussungsmaschine eine Projektion nicht des physischen, sondern des subjektiven Körpers – des gelebten Leibs, der gewissermaßen nach außen gestülpt, verfestigt und durch die Intensität eines selbstbezogenen Blicks verdinglicht wird. (Sass 1996, 227; eig. Übers.)[4]

[4] Auch Tausk selbst sieht Natalijas Beeinflussungsapparat als Endstück einer Entwicklungsreihe an, die von Entfremdungserlebnissen in Bezug auf den eigenen Körper, die Gedanken oder Gefühle fortschreite zum Erlebnis des Gemachten, weiter zur Erklärung durch Annahme einer feindlichen Macht und schließlich zum technischen Wahn (Tausk 1983, 248 f.). Eine verwandte Selbstentfremdung schilderte Roland Kuhn (1952) bei einer schizophrenen Patientin: Sie glaubte sich zunächst von einem Radioapparat bestrahlt und elektrisiert, es werde auch ein Film von ihr gedreht. Später gab sie an, sie könne sich nicht mehr selbst bewegen, sondern werde von einem grauen Kran bewegt, der hinter ihr stehe, *oft auch in ihr selbst sei* und dann nur noch mit Haut überspannt erscheine. Die schrittweise Mechanisierung und Reifizierung der Selbsterfahrung wird hier deutlich erkennbar.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Der entscheidende Grund der Affinität von Schizophrenie und Technik ist damit deutlich geworden: Die Maschine ist die geeignete Metapher für eine Subjektivität, die sich selbst äußerlich und zu einem synthetischen Objekt oder Apparat geworden ist. *Die Mechanisierung des Psychischen geht dem technischen Erklärungswahn voraus*: Was sich in der Beeinflussungsmaschine widerspiegelt, ist nur die Entfremdung und Verdinglichung der Subjektivität der Patienten selbst.

Resümee

In unserer Untersuchung haben sich vier Aspekte gezeigt, die eine strukturelle Analogie von Technik und schizophrenem Erleben begründen:

(1) Wirkung aus dem Verborgenen,
(2) magische Grenzauflösung,
(3) Virtualisierung des Realen,
(4) Mechanisierung des Lebendigen und Reifizierung des Psychischen.

Diese Analogien machen die Technik zur naheliegenden Folie einer Selbstbeschreibung schizophrener Patienten, die auch Komponenten eines Erklärungswahns besitzt. Daher haben sich in ihren Wahnvorstellungen seit der Industrialisierung die jeweils neuesten technischen Errungenschaften niedergeschlagen, insbesondere Techniken der Fernwirkung und der Virtualisierung. Die verschiedenen Formen von Beeinflussungsmaschinen lassen sich somit als Projektionen einer entfremdeten, verdinglichten Subjektivität in eine anonyme äußere Apparatur auffassen.

Werfen wir vor diesem Hintergrund noch einen abschließenden Blick auf die technologische Kultur. Der technische Beeinflussungswahn liefert eine aufschlussreiche Parallele zum Projekt der Moderne, dessen Grundtendenz man mit Gernot Böhme darin sehen kann, »alles Gegebene in ein Gemachtes zu transformieren« (Böhme 2001, 2–6). Der zu Beginn beschriebene Prozess der

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

wissenschaftlichen Reinigung der Natur von allen subjektiven, anthropomorphen Anteilen fördert eine Art Skelett der Realität zutage, das sich leichter zerlegen und manipulieren lässt als die noch nicht ›entzauberte‹ Wirklichkeit. In der *Hypermoderne* wendet sich der wissenschaftlich-technische Fortschritt auf den Menschen selbst zurück: Sein Leib und sein Geist erscheinen immer mehr als eine komplexe Maschinerie biologischer und neuronaler Prozesse, die sich manipulieren oder auch umkonstruieren lassen. Lebensweltliche Selbstverständlichkeiten lösen sich auf, und an ihre Stelle treten technisch verfügbare Konstrukte. Dazu gehört die biomedizinische Technisierung des Körpers ebenso wie das neurowissenschaftliche *Enhancement* der Psyche.

Dies führt zu einer Konvergenz des Fortschrittsprozesses mit Erlebnisformen Schizophrener und ihrem *Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit* (Blankenburg 1971). Schizophrene sind in gewissem Sinne hypermodern, insofern sie das Psychische verdinglicht erleben und zu einer rationalistisch-mechanistischen Sicht des Lebens und der interpersonalen Beziehungen neigen. Auch für sie verwandelt sich alles natürlich Gegebene in ein künstlich Gemachtes – gemachte Gedanken, gemachte Gefühle, gemachte Handlungen. Und so wie James Tilly Matthews die drahtlose Kommunikation antizipierte, so nehmen heutige schizophrene Patienten in ihren technischen Wahnvorstellungen eine Hypermoderne vorweg, in der selbst noch das Bewusstsein als programmierbare Software ausgegeben wird und Gefühle sich in manipulierbare biochemische Stoffe verwandeln. Ihr Wahn verweist damit auf die entfremdende Wirkung einer Anthropotechnik, in der die Maschine nicht mehr der Naturbeherrschung dient, sondern sich auf den Menschen selbst zurückwendet und so am Ende tatsächlich zur ›Beeinflussungsmaschine‹ werden könnte.

Literatur

Anders, G. (1956). *Die Antiquiertheit des Menschen. Band I: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*. München: Beck.

Berman, M. (1985). *Die Wiederverzauberung der Welt*. Reinbek: Rowohlt.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Enke.

Böhme, G. (2001). *Einführung in die Philosophie. Weltweisheit – Lebensform – Wissenschaft.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Conrad, K. (1992). *Die beginnende Schizophrenie* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

De Haan, S. & Fuchs, T. (2010). The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia – Two case studies. *Psychopathology, 43 (5)*, 327–333.

De Rosney, J. (1997). *Homo symbioticus*. München: Gerling Akademie.

Descartes, R. (1632/1969). *Über den Menschen (1632) sowie Beschreibung des menschlichen Körpers (1648)* (dt. Übers. v. K. E. Rothschuh). Heidelberg: Schneider.

Fuchs, T. (2000). *Psychopathologie von Leib und Raum*. Darmstadt: Steinkopff.

Fuchs, T. (2002). Cinematographische Anmerkungen zum Verschwinden der Wirklichkeit. In ders., *Zeit-Diagnosen. Philosophisch-psychiatrische Essays* (S. 191–210). Kusterdingen: Graue Edition.

Fuchs, T. (2003). Kosmos im Kopf? Zur Kritik des Cerebrozentrismus. *Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken, 33*, 350–366.

Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 12 (2)*, 95–107.

Fuchs, T. (2006). Being a Psycho-Machine. Zur Phänomenologie der Beeinflussungsmaschinen. In T. Röske & C. Brand-Claussen (Hrsg.), *Air Loom. Der Luftwebstuhl und andere gefährliche Beeinflussungsmaschinen* (S. 24–41). Heidelberg: Wunderhorn.

Fusar-Poli, P., Howes, O., Valmaggia, L. & McGuire, P. (2008). ›Truman‹ signs and vulnerability to psychosis. *British Journal of Psychiatry, 193 (2)*, 168.

Haslam, J. (1810/1988). *Illustrations of Madness.* London New York: Routledge.

Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.

Kimura, B. (2001). *Cogito* and I: A bio-logical approach. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 8 (4)*, 331–336.

Klosterkötter, J. (1988). *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Berlin Heidelberg: Springer.

Kranz, H. (1955). Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 23*, 58–72.

Kraus, A. (1994). Phenomenology of the technical delusions in schizophrenics. *Journal of Phenomenological Psychology, 25 (1)*, 51–69.

Kuhn, R. (1952). Über magische und technische Wahninhalte. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 115 (2–3)*, 73–84.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

La Mettrie, J. O. de (1747/1990). *Die Maschine Mensch* (dt. Übers. v. C. Becker). Hamburg: Meiner.

La Mettrie, J. O. de (1748/1985). *Über das Glück, oder Das höchste Gut (»Anti-Seneca«)* (dt. Übers. v. B. Laska). Nürnberg: LSR-Verlag.

Lenz, H. (1964). *Vergleichende Psychiatrie. Eine Studie über die Beziehung von Kultur, Soziologie und Psychopathologie*. Wien: Maudrich.

McLuhan, M. (1964/1968). *Die magischen Kanäle. Understanding Media*. Düsseldorf Wien: Econ.

Mesmer, F. A. (1779/1985). *Abhandlung über die Entdeckung des thierischen Magnetismus*. Tübingen: Edition Diskord.

Meyer-Drawe, K. (1996). *Menschen im Spiegel ihrer Maschinen*. München: Fink.

Neumann, J. (2004). The media's impact on international affairs, then and now. In D. S. Alberts & D. S. Papp (Hrsg.), *The Information Age. An Anthology of Its Impact and Consequences* (S. 206–216). Honolulu, HI: University Press of the Pacific.

Podoll, K., Habermeyer, E., Nöller, B., Ebel, H. & Saß, H. (2000). Internet als Wahnthema bei paranoider Schizophrenie. *Nervenarzt, 71 (11)*, 912–914.

Porter, R. (1988). Introduction. In J. Haslam, *Illustrations of Madness* (S. xi-xlvii). London New York: Routledge.

Rothschuh, K.-E. (1978). *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart: Hippokrates.

Rötzer, F. (1998). *Digitale Weltentwürfe*. München: Hanser.

Sass, L. (1996). *Madness and Modernism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Schmidt-Siegel, B., Stompe, T. & Ortwein-Swoboda, G. (2004). Being a webcam. *Psychopathology, 37 (2)*, 84–85.

Schneider, K. (1971). *Klinische Psychopathologie* (9. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Steinebrunner, E. & Scharfetter, C. (1976). Wahn im Wandel der Geschichte. Eine historisch-vergleichende Studie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 222 (1)*, 47–66.

Tausk, V. (1983). Über die Entstehung des ›Beeinflussungsapparates‹ in der Schizophrenie. In ders., *Gesammelte psychoanalytische und literarische Schriften* (S. 245–286). Wien Berlin: Medusa.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Leiblichkeit und personale Identität in der Demenz

Einleitung

Demenzielle Erkrankungen wirken in besonderer Weise beunruhigend und bedrohlich, denn sie stellen in Frage, was wir als die Grundlage unseres Selbstseins ansehen: unsere kognitiven Fähigkeiten. Eine Person im vollen Sinn zu sein, ist in westlichen Kulturen entscheidend gebunden an die Intaktheit dieser Funktionen, also an Überlegung, Rationalität und Gedächtnis. Beeinträchtigungen, die mit einem demenziellen Prozess einhergehen, müssen daher in Konflikt mit zentralen Werten unserer Kultur geraten. Die Demenz wird zur Bedrohung der Person und wirkt mehr als alle anderen psychischen Erkrankungen stigmatisierend: Der Verlust der Rationalität und des autobiographischen Gedächtnisses scheint in den fortgeschrittenen Stadien der Krankheit nur noch einen fassadenartigen Körper zurückzulassen, dessen Äußerungen allenfalls noch Fragmente der früheren Person zu erkennen geben. Für utilitaristische Ethiker wie Singer (1979) oder McMahan sind Menschen mit schwerer Demenz konsequenterweise auch keine Personen mehr, sondern allenfalls noch »Quasi-Personen« oder »Post-Personen« (McMahan 2003, 46 ff., 55).

Doch diese Identifizierung unseres Selbstseins mit Kognition, Rationalität und Gedächtnis beruht letztlich auf einem dualistischen Konzept der Person: auf einem Menschenbild, in dem der Körper nur als der Trägerapparat für den Geist bzw. für das Gehirn gilt. Der Kortex und das Denken werden damit zum Sitz der menschlichen Personalität, während der Rest des Körpers ebenso wie die verkörperten Gefühle ohne die kognitiven Erkenntnis- und Steuerungsleistungen nur noch ein Schattendasein führen.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Dieser Sichtweise will ich im Folgenden eine andere Auffassung von Personalität gegenüberstellen, die ihre Grundlage in der Leibphänomenologie hat. Danach ist Selbstsein wesentlich lebendig und leiblich. Leibsein aber ist etwas anderes, als einen Körper zu haben; der Leib, das sind wir selbst. Nur als Leib kann der Mensch sich spüren, sich ausdrücken, anderen Menschen und der Welt begegnen. Alles Wahrnehmen, Denken, Tun vollzieht sich durch dieses Medium des Leibes: Die Augen sehen, die Ohren hören, die Hände greifen und die Zunge spricht, ohne dass wir sie beachten. Was immer wir auch bewusst planen oder tun – wir leben aus einem leiblichen Grund heraus, den wir nie vollständig bewusst zu machen vermögen.

Der Leib hat aber auch eine eigene Geschichte. Seit der frühesten Kindheit haben sich seine Erfahrungen in unseren Gewohnheiten und Fähigkeiten niedergeschlagen, fühlend, wahrnehmend und handelnd mit den Dingen und mit anderen Menschen umzugehen. All diese Gewohnheiten und Erfahrungen lassen sich zusammenfassend als *Leibgedächtnis* bezeichnen. Es weist auf eine Kontinuität der Person hin, die nicht in ihren biographischen Erinnerungsbeständen verankert ist, sondern in einer im Leib sedimentierten Erfahrung. Diese Form des Gedächtnisses ist erst in jüngster Zeit für das Verständnis und die Behandlung der Demenz fruchtbar gemacht worden (vgl. Kontos 2004; Fleischman et al. 2005; Golby et al. 2005; Harrison et al. 2007). Und doch ist es ein Gedächtnis, das noch bis in späteste Stadien der Erkrankung erhalten bleibt und in dem sich die Lebensgeschichte eines Patienten manifestiert.

Die folgenden Überlegungen gelten zunächst dem herrschenden kognitiven oder rationalistischen Verständnis von personaler Identität und stellen ihm eine leibfundierte Konzeption *verkörperter Personalität* gegenüber. Anschließend stelle ich das Leibgedächtnis in seinen wichtigsten Aspekten dar, um dann zu fragen, welche Rolle es in der Demenzerkrankung, insbesondere für die Aufrechterhaltung der personalen Identität spielt.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Personale Identität

Die kognitivistische Konzeption der Person hat eine Geschichte, die bis in die europäische Neuzeit zurückreicht und von der zunehmenden Trennung des personalen Subjekts von seiner Leiblichkeit und Lebendigkeit geprägt ist. Das dualistische und rationalistische Personenverständnis bei Descartes (1642/1954) oder Locke (1690/2006) ist an Selbstbewusstsein, Erinnerung und vernünftige Reflexion gebunden, denn das moderne Subjekt will seiner selbst gewiss, souverän und autonom sein. Allerdings ist diese Gewissheit des *cogito* immer nur als instantanes Selbstbewusstsein möglich. Nicht länger eingebettet in seine Leiblichkeit, muss das Ich fortwährend denken, um zu existieren, und sich selbst reflektieren, um seiner gewiss zu sein. Doch was tut die *res cogitans*, das denkende Ding, wenn es einmal nicht denkt, wenn es sich dem Leib, dem Schlaf oder dem Vergessen überlassen soll? Was ermöglicht dann die fortdauernde Kontinuität der Person? – Dies hatte bereits John Locke als Problem des cartesianischen Subjekts erkannt:

> Was Schwierigkeiten zu bereiten scheint, ist die Tatsache, dass dieses Bewusstsein stets durch Zustände des Vergessens unterbrochen wird. […] In allen diesen Fällen, in denen […] wir unser vergangenes Ich aus den Augen verlieren, erheben sich Zweifel, ob wir dasselbe denkende Ding, das heißt dieselbe Substanz sind oder nicht. (Locke 1690/2006, 420)

Lockes bis heute maßgebliche Lösung war die folgende: Es ist das Selbstbewusstsein und sein Gedächtnis, das es der Person ermöglicht, sich über die Gegenwart hinaus in der Zeit zu erstrecken:

> Soweit nun dieses Bewusstsein rückwärts auf vergangene Taten oder Gedanken ausgedehnt werden kann, so weit reicht die Identität dieser Person. (Ebd., 420)

Das Gedächtnis also bildet die rettende Brücke: Die Einheit und Identität der Person ist gebunden an die Möglichkeit der bewussten Erinnerung. Mit ihrer Hilfe lassen sich vergangene Episoden des Lebens aneignen und in das gegenwärtige Selbst integrieren. Das aber heißt, dass ich nur so lange ich selbst bleibe, als ich mich an meine früheren Zustände erinnern und sie mir zuschreiben

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

kann. Lockes Auffassung setzt sich fort bis zu den heutigen psychologischen Konzeptionen personaler Persistenz:[1] Die Identität der Person reicht nur so weit wie ihre Erinnerung an sich selbst. Das hat allerdings die kontraintuitive Konsequenz, dass wir uns im Grunde weder Zustände des Schlafes noch unsere Pränatal- oder Säuglingszeit selbst zuschreiben können. Mehr noch: Unter dieser Voraussetzung muss am anderen Ende des Lebenswegs eine Demenzerkrankung die Person in ihrem Kern bedrohen, sobald sie sich nicht mehr an ihre früheren Erlebnisse zu erinnern vermag.

Doch ist es tatsächlich so, dass unser Selbstsein, unsere Identität ausschließlich von unserem Gedächtnis und Wissen über uns selbst abhängt? Keineswegs – denn diesem Wissen von sich selbst, dem *Selbst-als-Objekt*, liegt das *Selbst-als-Subjekt* voraus, ein kontinuierliches präreflexives Selbsterleben, das nicht explizit gemacht oder in Worte gefasst werden muss. Die meiste Zeit des Tages machen wir uns nicht bewusst, wer wir sind, denken nicht über uns nach und müssen keine autobiographischen Erinnerungen aufrufen, um doch auf selbstverständliche Weise unserer selbst inne zu sein. Wir sind immer schon mit uns selbst vertraut, und diese Selbstvertrautheit ist etwas leiblich Gespürtes, nichts Gewusstes.

Hätten wir dieses basale Selbsterleben nicht, so würde uns alles biographische Wissen nichts nützen, denn wir kämen uns selbst auf elementare Weise abhanden. So bedeutsam der mögliche Zugriff auf jenes Wissen für unsere narrative Identität sein mag, Selbstsein in einem grundlegenden Sinn ist nicht an biographisches Erinnern oder Wissen über die eigene Person gebunden. Es ist vielmehr eine intrinsische Qualität jeder Erfahrung, eine Eigenschaft des kontinuierlichen Bewusstseinsstroms selbst (Zahavi 1999, 2006; Dainton 2008). Die präreflexiv gelebte Leiblichkeit vermittelt damit eine Kontinuität des Selbstseins, die letztlich die subjektive Seite des Lebensprozesses selbst darstellt und keine reflexive Form der Selbstidentifizierung erfordert (Fuchs 2017a).

[1] Hauptvertreter sind etwa Shoemaker (1970, 1999), Lewis (1976), Parfit (1976, 1984) oder Garrett (1998).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Wir werden noch sehen, dass ein solches basales Selbsterleben auch in späten Stadien der Demenz erhalten bleibt.

Die Phänomenologie des leiblichen Subjekts lässt sich erweitern zu einer Konzeption *verkörperter Personalität*, die hier nur kurz skizziert werden kann (für eine ausführlichere Darstellung siehe Fuchs 2012a, 2013, 2017b): Dem Paradigma der *embodied cognition* zufolge ist Bewusstsein nicht ein bloßes Produkt des Gehirns, sondern vielmehr eine übergreifende Aktivität des gesamten Organismus in Beziehung zu seiner Umwelt. Nur ein mit einem fühlenden, wahrnehmenden und beweglichen Körper verbundenes Gehirn ist in der Lage, als zentrales Vermittlungsorgan für psychische Prozesse zu dienen, denn nur durch die fortlaufenden Interaktionen von Gehirn, Körper und Umwelt entstehen und stabilisieren sich die Formen bewussten Erlebens. Personalität ist insofern eine Manifestation des Lebensprozesses eines menschlichen Organismus und damit verkörpert in den Fähigkeiten und Tätigkeiten des Leibes.

Das Leibgedächtnis

Die Gewissheit des Bei-sich-Seins, die das cartesianische Subjekt in der Selbstbeobachtung und Erinnerung zu finden glaubte, liegt, wie wir sahen, diesen reflektierenden Akten immer schon voraus. Nun könnte man einwenden, es handele sich dabei nur um ein »minimales Selbst« (Zahavi 2006), das kaum unseren Erwartungen an Individualität und Personalität genügt. Damit jedoch würde man die *Geschichte des Leibes* vernachlässigen, die ihn im Laufe der Biographie immer mehr zum Medium unserer individuellen Existenz werden lässt. Denn alle Lebensvollzüge gehen in das leibliche Gedächtnis ein und bleiben als Erfahrungen und Bereitschaften darin aufgehoben: Der Leib ist »geronnene Existenz«, und umgekehrt »die Existenz unaufhörliche Verleiblichung« (Merleau-Ponty 1966, 199). Betrachten wir diese Geschichte des Leibes etwas näher.

Das explizite Gedächtnis, das Locke im Auge hatte, ist keineswegs die einzige und primäre Form von Kontinuität, die sich

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

in unserem Leben über die Zeit hinweg herstellt. Das meiste von dem, was wir erfahren und erlernt haben, wird uns gar nicht im Rückblick, sondern vielmehr im praktischen Lebensvollzug zugänglich: Durch Wiederholung und Übung haben sich Gewohnheiten gebildet, die von selbst aktiviert werden; eingespielte Bewegungsabläufe sind uns ›in Fleisch und Blut‹ übergegangen – etwa der aufrechte Gang, das Sprechen oder Schreiben, der Umgang mit Gegenständen wie einem Fahrrad oder einem Klavier. Als *implizites* oder *leibliches Gedächtnis* können wir nun die Gesamtheit der sedimentierten Erfahrungen bezeichnen, die über das Medium des Leibes aktualisiert werden, ohne dass wir uns dazu an frühere Situationen erinnern müssen (Schacter 1987; Fuchs 2012b). Dieses bereits von Maine de Biran (1953) und Henri Bergson (1991) identifizierte Gedächtnis vergegenwärtigt die Vergangenheit nicht im Rückblick, sondern enthält sie vielmehr als gewachsene und gegenwärtig wirksame Erfahrung in sich. Es ist unsere *gelebte Vergangenheit*.

Dieses implizite Gedächtnis tritt in verschiedenen Erscheinungsformen auf (Fuchs 2008, 2012b), von denen ich vier kurz beschreiben möchte:

(1) Als *prozedurales Gedächtnis* können wir die bereits beschriebenen *sensomotorischen* Fähigkeiten des Leibes bezeichnen: eingespielte Gewohnheiten, den geschickten Umgang mit Instrumenten ebenso wie die Vertrautheit mit Wahrnehmungsmustern. Durch Wiederholung und Übung gehen Bewegungsfiguren ebenso in das prozedurale Gedächtnis ein wie wiederkehrende Gestalten der Sinneswahrnehmung. Es entlastet damit unsere Aufmerksamkeit von einer Überfülle an Details und ermöglicht den unreflektierten Lebensvollzug. Statt einzelner Äste und Blätter sehen wir den ganzen Baum. Das Handeln wird erleichtert, indem wir uns statt den einzelnen Bewegungen den Handlungszielen zuwenden können, etwa der Melodie, die wir spielen möchten, und nicht den separaten Bewegungen unserer Finger.
(2) Als *situatives Gedächtnis* ermöglicht das Leibgedächtnis, räumliche Situationen wiederzuerkennen und sich in ihnen

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

zurechtzufinden, etwa in der Wohnung, der Nachbarschaft oder der Heimat. Leibliche Erfahrungen verbinden sich in besonderer Weise mit Innenräumen, und je öfter dies geschieht, desto mehr wird dieser Raum erfüllt von einer vertrauten Atmosphäre. *Wohnen* und *Gewohnheit* sind gleichermaßen im Leibgedächtnis begründet. Ein Beispiel von Gaston Bachelard verdeutlicht dies:

> [Ü]ber die Erinnerungen hinaus ist das Elternhaus physisch in uns eingezeichnet. Es besteht aus einer Gruppe von organischen Gewohnheiten. Aus einem Abstand von zwanzig Jahren […], würden wir noch die Reflexe jener »frühesten Treppe« wiedererkennen, über eine bestimmte, etwas zu hohe Stufe würden wir nicht stolpern. Das ganze Sein des Hauses würde sich entfalten, unserem eigenen Sein treu geblieben. (Bachelard 1960, 47)

(3) Auch die intuitive, non-verbale Kommunikation mit anderen einschließlich des empathischen Ausdrucksverstehens beruht auf leiblichen Vermögen, nämlich auf dem *zwischenleiblichen Gedächtnis*, das bis in die früheste Kindheit zurückreicht. Schon im ersten Lebensjahr erlernt der Säugling Muster von sozialen Interaktionen mit anderen, die sich seinem Leibgedächtnis einprägen, lange bevor sich das autobiographische Gedächtnis im zweiten Lebensjahr entwickelt. In der Säuglingsforschung spricht man auch vom *impliziten Beziehungswissen* (Stern et al. 1998): ein leibliches Wissen, wie man mit anderen umgeht – wie man mit ihnen Vergnügen hat, Freude ausdrückt, Ablehnung vermeidet usw. Eine andere Form des zwischenleiblichen Gedächtnisses finden wir bei gut aufeinander eingespielten Tanzpartnern, deren Hände und Körper ohne gezielte Blickführung miteinander interagieren.

(4) Schließlich gehören zum Leibgedächtnis auch die individuellen Haltungen, Ausdrucks- und Verhaltensweisen, die einem Menschen in Fleisch und Blut übergegangen und so zu seiner *leiblichen Persönlichkeitsstruktur* geworden sind (Fuchs 2006). Die unterwürfige Haltung etwa eines selbstunsicheren Menschen, seine Nachgiebigkeit und Ängstlichkeit gehören einem einheitlichen Haltungs- und Ausdrucksmuster an,

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

> das seine Persönlichkeit ausmacht. Auch Bourdieus soziologischer Begriff des *Habitus* hat hier seinen Ort: Die kultur- und klassenspezifische Sozialisation in der frühen Kindheit geht mit in das Leibgedächtnis und die Umgangsformen eines Menschen ein: »Als einverleibte, zur Natur gewordene und damit vergessene Geschichte ist der Habitus wirkende Präsenz der gesamten Vergangenheit, die ihn erzeugt hat« (Bourdieu 1987, 101).

Wir sehen, wie die kontinuierliche Verleiblichung der Existenz eine Form des Gedächtnisses erzeugt, die die Vergangenheit einer Person in ihre je gegenwärtige leibliche Verfassung integriert. Weit davon entfernt, nur eine anonyme präreflexive Existenz zu gewährleisten, bildet der habituelle Leib immer einen Auszug der persönlichen Geschichte. Dies entspricht Merleau-Pontys Konzeption der Kontinuität des leiblichen Subjekts:

> [U]nd so bin auch ich keine Reihe psychischer Akte, noch auch übrigens ein zentrales Ich, das diese in einer synthetischen Einheit versammelte, sondern eine einzige, von sich selber untrennbare Erfahrung, ein einziger »Zusammenhang des Lebens«. (Merleau-Ponty 1966, 463)

Das rationalistische und kognitivistische Verständnis der Person knüpft die Bedingungen für Personalität an die explizite, bewusste Erinnerung. Ein hochgradig demenzieller Patient wäre danach keine Person mehr, da er sich nicht mehr an seine früheren Zustände erinnern kann. Doch dieses Personenverständnis trennt das Selbstsein vom Leib ab. Die grundlegende Kontinuität der Person ergibt sich nicht aus dem Bestand expliziten Wissens über die eigene Biographie, aus deren Vergegenwärtigung in der Erinnerung oder aus der Einheit einer erzählbaren Geschichte. Sie beruht vielmehr zum einen auf der leiblichen Selbstvertrautheit des Subjekts: dem präreflexiven Selbstempfinden, das uns nie ganz verlässt. Zum anderen beruht sie auf dem leiblichen Gedächtnis, d. h. auf einer *gewachsenen, im Leibgedächtnis sedimentierten und als solcher implizit immer gegenwärtigen Geschichte*.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Leibgedächtnis und Demenz

Diese Konzeption verkörperter Personalität und Geschichte ist auch in der Lage, unser Bild der Demenz zu verändern. An die Stelle einer gehirn- und kognitionszentrierten Perspektive tritt eine Sicht auf den Patienten in seiner je individuellen Leiblichkeit, die ihrerseits in eine soziale Umwelt eingebettet ist (Fuchs 2010; Summa 2011a, b). Wichtiger als die kognitiven Leistungen und die meist reduzierten oder fragmentierten sprachlichen Äußerungen werden die leiblichen Ausdrucks- und Verhaltensweisen. Dies betrifft auch das leibliche Gedächtnis. Zwar ist der fortschreitende Verlust des autobiographischen und semantischen Gedächtnisses eines der frühesten und markantesten Symptome der Alzheimer-Krankheit. Hingegen bleiben weite Bereiche des Leibgedächtnisses noch in späten Stadien der Erkrankung unbeeinträchtigt; dies lässt sich etwa durch entsprechende motorische oder visuelle Lernaufgaben belegen. Selbst Walzertanzen und ähnliche Fertigkeiten können sich Demenzkranke noch aneignen (vgl. Rösler et al. 2002; Eldridge et al. 2002; Fleischman et al. 2005; Harrison et al. 2007).[2]

Dementsprechend lassen sich noch gut erhaltene Fähigkeiten in allen oben beschriebenen Ausprägungen des Leibgedächtnisses finden, deren Realisierung freilich in der Regel an geeignete, komplementäre Umgebungsbedingungen gebunden ist. So bleibt etwa der *prozedurale Umgang* mit Gegenständen (Besteck, Zahnbürste o. ä.) noch lange möglich, auch wenn deren Namen und Funktionen nicht mehr genannt werden können. Ebenso zugänglich bleiben spezifisch persönliche Anteile des impliziten Gedächtnisses: vertraute Umgebungen, Stimmen, Melodien, Gerüche mit ihren Konnotationen und korrespondierenden Atmosphären. Diese Anteile wecken nicht nur entsprechende Emotionen, son-

[2] Diese noch erhaltenen Lernprozesse entsprechen der primär kortikalen Lokalisierung der meisten Demenzen. Prozedurale und andere Formen des Leibgedächtnisses sind überwiegend in *subkortikalen* Arealen des Gehirns (Basalganglien, Kleinhirn, Amygdala u. a.) verankert und bleiben daher über lange Zeit von der Erkrankung unbeeinträchtigt (Schacter 1992; Squire 2004).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

dern oft auch zugehörige autobiographische Erinnerungen, die sich sonst dem unmittelbaren Zugriff entziehen.

Wie wir sahen, bildet das *situative Leibgedächtnis* ein ›Habitat‹, eine ökologische Nische der Vertrautheit von Dingen und Situationen. Die gewohnten Schemata des leiblichen ›Zur-Welt-Seins‹ stellen daher auch für den Demenzkranken Elemente der Sicherheit und Unterstützung dar. Sie immer wieder bestätigt zu finden, fördert das Selbstvertrauen in seine verbliebenen Fähigkeiten. Eine der wichtigsten Aufgaben der Betreuung und Pflege besteht daher in der Aufrechterhaltung einer passenden räumlichen Umgebung, im besten Fall auf möglichst natürliche Weise in der eigenen Wohnung. Auch in Pflegeheimen lassen sich aber persönliche Wohnräume schaffen, die eine Atmosphäre der Geborgenheit vermitteln.

Die leibliche Orientierung im Umraum ist grundlegender als die üblicherweise im psychopathologischen Befund erfasste Orientierung in Raum und Zeit: Diese nämlich stellt die Fähigkeit dar, aus der Unmittelbarkeit des aktuellen Erlebens herauszutreten, um sich selbst in den objektiven geographischen oder zeitlichen Zusammenhang der Welt einzuordnen – eine Fähigkeit, deren Verlust für die Demenz charakteristisch ist. Dagegen folgt die leibliche Orientierung den primären Richtungen und Beziehungen, die der Leib von selbst zur Welt herstellt, etwa den Grundrichtungen von oben/unten, vorne/hinten oder den Verhältnissen von Nähe und Ferne. Sie folgt weiter den vertrauten Angeboten der Dinge (*affordances*, Gibson 1979): Ein Stuhl dient ›zum Sitzen‹, eine Tür ›zum Hindurchgehen‹, ein Bett ›zum Ausruhen‹ usw. Sich auf diese Weise in der Umgebung zurechtzufinden, ist für den Kranken wichtiger als die abstrakte Orientierung aus einer geographisch objektivierten Perspektive heraus.

Das individuelle Habitat, die persönliche Nische bildet sich über die ganze Lebensspanne hinweg. Daher erlaubt die möglichst detaillierte Kenntnis der Biographie, der persönlichen Neigungen und Gewohnheiten des Kranken es den Angehörigen und Pflegenden, in seinem Dasein Kontinuität und Vertrautheit herzustellen. Bekannte Spazierwege oder Urlaubsorte haben oft auch dann noch eine beruhigende und stabilisierende Wirkung, wenn

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

der Kranke nicht mehr über erkennbare Erinnerungen an sie verfügt. Bestimmte Sinnesreize können Atmosphären, Gefühle und sogar Fähigkeiten wecken, die mit vergangenen Lebensabschnitten verknüpft sind, selbst wenn die Erinnerung daran schon verblasst ist (Sung & Chang 2005). Ein Beispiel aus der eigenen Praxis mag dies veranschaulichen:

Ein 78-jähriger Patient mit fortgeschrittener Demenz vermochte seine Verwandten meist nicht mehr wiederzuerkennen. Er wirkte lethargisch, zurückgezogen, körperlich hinfällig und war kaum noch in der Lage, sich selbständig fortzubewegen. Eines Tages besuchten ihn seine beiden Enkelkinder und spielten vor dem Haus Fußball. Der Patient hatte als Jugendlicher selbst lange in einem Verein gespielt; nun stand er plötzlich auf und spielte mit den beiden Jungen. Im Kontakt mit dem Ball erschien er wie verwandelt und verjüngt, er zeigte ihnen seine Dribbelkünste, demonstrierte verschiedene Tricks mit dem Ball und gab dazu fachmännische Erklärungen. Für eine halbe Stunde war von der Erkrankung nichts mehr zu erkennen.

Die Kontinuität des basalen leiblichen Selbsterlebens in der Demenz wird durch solche impliziten Aktualisierungen der Lebensgeschichte eindrucksvoll belegt (vgl. auch Kontos & Naglie 2009). Der einmal erworbene Habitus etwa einer beruflichen oder sportlichen Tätigkeit wird durch eine passende Situation und ihre *affordances* aufgerufen, ohne eine autobiographische Erinnerung oder explizite Koordination zu erfordern. Freilich sind auch die prozeduralen Fähigkeiten des Leibgedächtnisses auf die Dauer gegen die Erkrankung nicht resistent. Viele Patienten verlieren im späteren Verlauf der Krankheit nicht nur die autobiographischen Erinnerungen, sondern in der sogenannten *Apraxie* auch alltägliche Fertigkeiten, sodass selbst eine Zahnbürste zu einem rätselhaften Gegenstand werden kann.

Neben den sinnlich-räumlichen und praktischen Dimensionen des Leibgedächtnisses bildet daher die *Zwischenleiblichkeit* die wichtigste Quelle aufrechterhaltener Kontinuität. Der Verlust verbal-kognitiver Leistungen lässt die non-verbale, emotionale und leibliche Kommunikation und das *knowing how* der alltäglichen Umgangsformen umso bedeutsamer werden. Selbst in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung vermag der mimische und

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

gestische Ausdruck der Patienten noch differenzierte Auskunft über ihr Befinden und ihre Wünsche zu geben (Hallberg & Norberg 1995; Becker et al. 2006; Kruse 2008). Umgekehrt sind Demenzkranke besonders empfänglich für die affektive und atmosphärische Dimension des Kontakts. Sie verfügen über eine differenzierte Gefühlswelt, über Humor und mitunter überraschende Schlagfertigkeit, nicht zuletzt auch über ein starkes soziales Bindungsvermögen.

Die Interaktionen der Patienten werden dabei weniger durch ihre bewussten Überlegungen oder die explizite Beachtung externer Normen bestimmt als durch die selbstverständliche, präreflexive Natur ihres verkörperten sozialen Habitus. Zu Unrecht werden solche Verhaltensrepertoires oft als ›aufrechterhaltene Fassade‹ diskreditiert. Die vertrauten Umgangsformen erlauben es den Patienten vielmehr, die affektive Beziehung mit anderen herzustellen und in rational unverständlichen Situationen auf die basale zwischenleibliche Orientierung zurückzugreifen. Es ist zugleich ihre Weise, sich selbst zu realisieren und sich in ihrer Existenz als Personen zu bestätigen.

Gerade dieses Bedürfnis nach Selbstbestätigung belegt noch einmal das auch in fortgeschrittener Demenz erhaltene Selbsterleben. Was den Patienten verloren geht, ist die *Reflexivität*, also die höherstufige Fähigkeit, sich auf das eigene Erleben oder die momentane Situation zu beziehen und dazu aus einer übergeordneten Perspektive Stellung zu nehmen. Doch das präreflexive Selbst ist davon nicht betroffen: Die Patienten erleben durchaus ihr leibliches Hier-jetzt-Sein ebenso wie ihr Mitsein mit anderen, und zwar vor allem in emotionaler Hinsicht (Summa 2011b). Dies manifestiert sich etwa in der Scham, die sie über Misserfolge oder Unvermögen wie auch über ihre körperliche Entblößung vor anderen empfinden, und ebenso in ihren Gefühlen von Stolz und Freude bei Erfolg und Anerkennung. Nicht zuletzt belegen die nicht seltenen Konflikte, dass die Patienten in der Lage sind, ihre Eigensphäre von anderen abzugrenzen und ihre Wünsche auch mit Heftigkeit zu artikulieren.[3] Die Kontinuität des basalen und

[3] Einen weiteren Hinweis auf das erhaltene Selbsterleben stellt der kom-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

durchaus persönlich geprägten Selbsterlebens erlaubt es daher nicht, von einem Verlust des Selbst in der Demenz zu sprechen.

Resümee

Das Gedächtnis des Leibes enthält eine andere, untergründige Geschichte des Selbst. Ihre Zeitlichkeit folgt nicht dem linearen Fortschritt der autobiographischen Lebensgeschichte, auf die wir gezielt zurückgreifen können. Im Leibgedächtnis setzt sich die Vergangenheit vielmehr als gewachsene, sedimentierte fort und wird in unseren persönlichen Formen des Wahrnehmens, Verhaltens und Umgangs wirksam, ohne dass wir uns ihrer Herkunft im Einzelnen bewusst sind.

Wenn wir Selbstsein als primär leiblich verstehen, dann werden wir auch zu einer anderen Wahrnehmung des Demenzkranken gelangen: Wir sehen in ihm nicht mehr einen Menschen, der seine Rationalität und damit Personalität eingebüßt hat, sondern einen Menschen, der sein Personsein gerade als leiblich-zwischenleibliches zu realisieren vermag, solange er in der zu ihm passenden räumlichen, atmosphärischen und sozialen Umgebung leben kann. Sein Selbstsein erhält sich in der Affinität seines Leibes zur natürlichen und sozialen Mitwelt.

Ein Begriff der Person, der sich allein auf Rationalität und Reflexionsfähigkeit gründet, muss Menschen mit kognitiven Defiziten zwangsläufig stigmatisieren. Für einen an der Zwischenleiblichkeit orientierten Personbegriff hingegen wird die Resonanz- und Beziehungsfähigkeit eines Menschen zu einer wesentlichen Grundlage seiner Personalität – etwa die Fähigkeit, Freude, Dankbarkeit, Trauer oder Furcht zum Ausdruck zu bringen, wie es auch schwer demenzkranke Menschen noch können.

Die auf Descartes und Locke zurückgehenden, rationalistisch orientierten Konzepte der Person haben in der Debatte über den

---

petente Gebrauch von Erste-Person-Pronomina ebenso wie der Selbstbezug durch Sprache, Mimik und Gestik dar, der sich bis in späte Krankheitsstadien nachweisen lässt (Fazio & Mitchell 2009).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Status von Demenzkranken auch von anderer Seite Kritik erfahren. Für Vertreter sozialkonstruktivistischer oder narrativistischer Personauffassungen (Sabat & Harré 1992; Kitwood 1997; Radden & Fordyce 2006) ist Personalität gebunden an soziale Beziehungen und daraus resultierende Zuschreibungen und Anerkennungsformen.[4] Das Selbst oder die personale Identität des Demenzkranken, so folgern diese Autoren, erhält sich in der Anerkennung, die die anderen ihm entgegenbringen, und in der narrativen Fortschreibung seiner Identität, die sie an seiner Stelle leisten.

Doch so bedeutsam die Intersubjektivität für den Begriff der Person ist, ohne eine Verankerung in der Subjektivität des Patienten selbst bleiben solche Zuschreibungen, narrativen Ersatzkonstrukte oder stellvertretenden Interessenwahrnehmungen doch ohne hinreichende Basis. Sie haben sicher ihre Bedeutung für eine personzentrierte Pflege, werden jedoch erst getragen und gestützt von den Verhaltens- und Ausdrucksformen, in denen sich die personale Identität und das Selbstsein der Patienten noch bis zum Schluss manifestiert. Denn die grundlegende Kontinuität der Person besteht im einheitlichen Zusammenhang ihres Lebens, in der ununterbrochenen Zeitlichkeit ihres Leibes.

Literatur

Bachelard, G. (1960). *Poetik des Raumes*. München: Hanser.

Becker, S., Kaspar, R. & Kruse, A. (2006). Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (5)*, 350–357.

Bergson, H. (1991). *Materie und Gedächtnis. Eine Abhandlung über die Beziehung zwischen Körper und Geist* (übers. v. J. Frankenberger). Hamburg: Meiner.

[4] So lautet Kitwoods Definition von Personalität: »[A] position or social relationship that is bestowed on one human being by ›others‹, in the context of relationship and social being« (Kitwood 1997, 8). Eine ähnliche Position vertreten auf der Basis narrativer Identitätskonzepte Radden und Fordyce: »The very self-awareness required to possess an identity depends upon and grows out of the contribution, and particularly the recognition, of other persons« (Radden & Fordyce 2006, 72).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Bourdieu, P. (1987). *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Dainton, B. (2008). *The Phenomenal Self*. Oxford: Oxford University Press.

Descartes, R. (1642/1954). *Meditationen über die Grundlagen der Philosophie. Mit sämtlichen Einwänden und Erwiderungen* (übers. v. A. Buchenau). Hamburg: Meiner.

Eldridge, L. L., Masterman, D. & Knowlton, B. J. (2002). Intact implicit habit learning in Alzheimer's disease. *Behavioral Neuroscience, 116 (4)*, 722–726.

Fazio, S. & Mitchell, D. B. (2009). Persistence of self in individuals with Alzheimer's disease. Evidence from language and visual recognition. *Dementia, 8 (1)*, 39–59.

Fleischman, D. A., Wilson, R. S., Gabriele, J. D., Schneider, J. A., Bienias, J. L. & Bennett, D. A. (2005). Implicit memory and Alzheimer's disease neuropathology. *Brain, 128 (Pt 9)*, 2006–2015.

Fuchs, T. (2006). Gibt es eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? Ein phänomenologisch-psychodynamischer Ansatz. *Psychodynamische Psychotherapie, 5*, 109–117.

Fuchs, T. (2008). Das Gedächtnis des Leibes. In ders., *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays* (S. 37–64). Kusterdingen: Die Graue Edition.

Fuchs, T. (2010). Das Leibgedächtnis in der Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz. Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 231–242). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.

Fuchs, T. (2012a). Person und Gehirn. In C. R. Bartram, M. Bobbert, D. Dölling, T. Fuchs, G. Schwarzkopf & K. Tanner (Hrsg.), *Der (un-) durchsichtige Mensch. Wie weit reicht der Blick in die Person?* (S. 33–45). Heidelberg: Winter.

Fuchs, T. (2012b). The phenomenology of body memory. In S. Koch, T. Fuchs, M. Summa & C. Müller (Hrsg.), *Body Memory, Metaphor and Movement* (S. 9–22). Amsterdam: John Benjamins.

Fuchs, T. (2013). Leiblichkeit und personale Identität. In I. Römer & M. Wunsch (Hrsg.), *Person. Anthropologische, phänomenologische und analytische Perspektiven* (S. 171–188). Münster: Mentis.

Fuchs, T. (2017a). Self across time: The diachronic unity of bodily existence. *Phe-nomenology and the Cognitive Sciences, 16 (2)*, 291–315.

Fuchs, T. (2017b). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Garrett, B. (1998). *Personal Identity and Self-Consciousness*. London: Routledge.

Gibson, J. J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Golby, A., Silverberg, G., Race, E., Gabrieli, S., O'Shea, J., Knierim, K., Stebbins, G. & Gabrieli, J. (2005). Memory encoding in Alzheimer's disease: An fMRI study of explicit and implicit memory. *Brain, 128 (Pt 4)*, 773–787.

Hallberg, I. R. & Norberg, A. (1995). Nurses' experiences of strain and their reactions in the care of severely demented patients. *International Journal of Geriatic Psychiatry 10*, 757–766.

Harrison, B. E., Son, G. R., Kim, J. & Whall, A. L. (2007). Preserved implicit memory in dementia: A potential model of care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 22 (4)*, 286–293.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham, UK: Open University Press.

Kontos, P. C. (2004). Ethnographic reflections on selfhood, embodiment and Alzheimer's disease. *Ageing & Society, 24 (6)*, 829–849.

Kontos, P. C. & Naglie, G. (2009). Tacit knowledge of caring and embodied selfhood. *Sociology of Health and Illness, 31 (5)*, 688–704.

Kruse, A. (2008). Der Umgang mit demenzkranken Menschen als ethische Aufgabe. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 39*, 14–21.

Lewis, D. (1976). Survival and identity. In A. Rorty (Hrsg.), *The Identities of Persons* (S. 17–40). Berkeley, CA: University of California Press.

Locke, J. (1690/2006). *Versuch über den menschlichen Verstand. Band 1: Buch I und II* (hrsg. v. R. Brandt). Hamburg: Meiner.

Maine de Biran, F.-P.-G. (1953). *Influence de l'habitude sur la faculté de penser.* Paris: PUF.

McMahan, J. (2003). *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press.

Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.

Parfit, D. (1976). Lewis, Perry, and what matters. In A. Rorty (Hrsg.), *The Identities of Persons* (S. 91–108). Berkeley, CA: University of California Press.

Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Clarendon Press.

Radden, J. & Fordyce, J. M. (2006). Into the darkness: Losing identity with dementia. In J. C. Hughes, S. J. Louw & S. R. Sabat (Hrsg.), *Dementia: Mind, Meaning, and the Person* (S. 71–87). Oxford: Oxford University Press.

Rösler, A., Seifritz, E., Kräuchi, K., Spoerl, D., Brokuslaus, I., Proserpi, S. M., Gendre, A., Savaskan, E. & Hofmann, M. (2002). Skill learning in patients with moderate Alzheimer's disease: A prospective pilot-study of waltz-lessons. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17 (12)*, 1155–1156.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Sabat, S. R. & Harré, R. (1992). The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease. *Ageing and Society, 12 (4)*, 443–461.

Schacter, D. L. (1987). Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, 13 (3)*, 501–518.

Schacter, D. L. (1992). Understanding implicit memory: A cognitive neuroscience approach. *American Psychologist, 47 (4)*, 559–569.

Shoemaker, S. (1970). Persons and their pasts. *American Philosophical Quarterly, 7 (4)*, 269–285.

Shoemaker, S. (1999). Self, body, and coincidence. *The Aristotelian Society Supplementary Volume, 73 (1)*, 287–306.

Singer, P. (1979). *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Squire, L. R. (2004). Memory systems of the brain: A brief history and current perspective. *Neurobiology of Learning and Memory, 82 (3)*, 171–177.

Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. & Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 19 (3)*, 300–308.

Summa, M. (2011a). Das Leibgedächtnis. Ein Beitrag aus der Phänomenologie Husserls. *Husserl Studies, 27 (3)*, 173–196.

Summa, M. (2011b). Zwischen Erinnern und Vergessen. Implizites Leibgedächtnis und das Selbst am Beispiel der Demenz-Erkrankungen. *Phänomenologische Forschungen, 2011*, 155–174.

Sung, H. & Chang, A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 14 (9)*, 1133–1140.

Zahavi, D. (1999). *Self-Awareness and Alterity. A Phenomenological Investigation*. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Zahavi, D. (2006). *Subjectivity and Selfhood. Investigating the First-Person Perspective*. Cambridge, MA: MIT Press.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

https://doi.org/10.5771/9783495823712-19, am 18.11.2024, 15:28:50
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb