

Anthropologische, existenzielle und psychotherapeutische Aspekte

Warum gibt es psychische Krankheit?

Anthropologische und existenzielle Vulnerabilität

Einleitung

Die Frage, warum es psychische Krankheit gibt, lässt sich auf verschiedene Weise beantworten. Man kann etwa auf genetische Bedingungen oder neurobiologische Dysfunktionen verweisen, auf prägende Kindheitserlebnisse, Traumatisierungen, unbewusste Triebkonflikte und entsprechende Symptombildungen. Oder man kann soziale Bedingungen verantwortlich machen wie den Mangel an materiellen und emotionalen Ressourcen, Ausschluss- und Diskriminierungserfahrungen, Einsamkeit oder Migration. Die Formen ursächlicher Bedingungen für psychische Krankheit sind nahezu unüberschaubar.

Anders verhält es sich jedoch, sofern man die Frage aus der Perspektive der philosophischen und psychiatrischen Anthropologie stellt. Dann gilt sie nicht mehr einzelnen Ursachen für bestimmte Störungen, sondern grundlegender den *Bedingungen der Möglichkeit* dafür, dass Menschen überhaupt psychisch erkranken können. Anders formuliert: Was an der psychophysischen Organisation des Menschen ist es, das ihn für psychische Krankheiten so offensichtlich anfällig oder vulnerabel macht?

Die Tatsache, dass bei freilebenden Tieren anhaltende psychische Störungen kaum zu beobachten sind, spricht für eine *anthropologische Vulnerabilität*, also eine spezifische psychische Gefährdung des Menschen. Beobachtungen von abnormen Verhaltensweisen im Tierreich betreffen in den meisten Fällen Zoo- oder Haustiere; auch die Tiermodelle der Depression beruhen auf experimentell induzierter Hilflosigkeit (Seligman 1975). Zwar kommt es bei Primaten als Folge von früher Deprivation, Traumatisierung, Niederlage oder sozialem Ausschluss zu Verhaltens-

weisen wie Rückzug, Ängstlichkeit, Lethargie oder Apathie (Keehn 1982; Meyer-Holzappel 1996; Brüne 2009); dabei handelt es sich jedoch um reaktive Störungen, häufig vorübergehender Natur. Zwangshandlungen, Manien, Psychosen, Halluzinationen oder Wahnvorstellungen treten bei Tieren nicht auf. Nicht zuletzt ist die Möglichkeit des *Suizids* ausschließlich dem Menschen gegeben. Denn um sich gegen das eigene Leben zu entscheiden, muss man zu diesem Leben und zu sich selbst ein Verhältnis haben; man muss es als Ganzes sehen, bewerten und ihm den Tod vorziehen können – was Tieren offensichtlich nicht möglich ist, denn auch in aussichtslosen Situationen nimmt sich kein Tier aktiv das Leben.¹

Dies ist ein erster – wenn auch bedrückender – Beleg dafür, dass die Möglichkeit psychischer Krankheit und des Scheiterns beim Menschen offensichtlich mit den *höheren Freiheitsgraden* seiner psychophysischen Organisation in Zusammenhang steht. Mit den Worten von Karl Jaspers: »Dem Menschsein ist seine Unfertigkeit, seine Offenheit, seine Freiheit und seine unabschließbare Möglichkeit selber Grund eines Krankseins« (Jaspers

¹ Die Annahme eines qualitativ relevanten Unterschiedes zwischen Mensch und Tier hat inzwischen so viele Gegner – ob unter Evolutionsbiologen, Primatenforschern, Vertretern von Tierrechten oder anderen –, dass diese Aussage auf Widerspruch treffen wird. Man wird anekdotische Beispiele von Walen, Delphinen, Schimpansen oder Elefanten ins Feld führen, die angeblich aus Hilflosigkeit, Lethargie, Trauer oder ähnlichen Motiven heraus den Tod gesucht oder sich ihm zumindest überlassen haben (vgl. z. B. Peña-Guzmán 2017, oder im Überblick Preti 2007). Eine ausführliche Diskussion dieser Frage würde eine eigene Untersuchung erfordern. Hier sei nur entgegnet, dass alle angeführten Beispiele eben niemals so etwas wie *Suizidvorbereitungen* und *gezielte Suizidhandlungen* beinhalten, sondern nur Situationen, in denen der primäre Überlebensimpuls versagt und das Tier dem nahenden Tod keinen Widerstand mehr entgegensetzt. Abgesehen davon, dass dies keineswegs auch die *Vorstellung* des bevorstehenden Todes impliziert, stellen solche Situationen sicher keine *Selbsttötungen* im Sinne des Wortes dar. Die immer wieder angeführten todringenden Wanderungen der Lemminge beruhen auf einem Migrationsinstinkt, der bei Übervölkerung zu blindlings geradeaus gerichteten Herdenbewegungen der Tiere führt, auch wenn Flüsse und Seen vor ihnen liegen. Schließlich geht das nicht selten beobachtete Strand- und Verenden von Walen wahrscheinlich auf eine Störung des Richtungssinnes zurück.

1973, 8). Dieses Zitat dient als Leitmotiv der folgenden Überlegungen. Es geht also um die Frage, inwiefern in der *conditio humana* selbst Bruchlinien, Antinomien und unausweichliche Konflikte angelegt sind, die unter bestimmten Bedingungen zur Überforderung, Dekompensation und schließlich zur psychischen Erkrankung führen können; und inwieweit es gerade die besonderen Freiheitsgrade des Menschen sind, die notwendig mit einer Labilität und Fragilität seiner Psyche einhergehen.

Ich werde im Folgenden zunächst nach den Gründen der *anthropologischen Vulnerabilität* für psychische Krankheit fragen und sie vor allem in der besonderen Offenheit, Variabilität, aber auch Widersprüchlichkeit der Daseinsform des Menschen verorten. Ich werde dann im zweiten Teil diese Disposition zur psychischen Krankheit auch als eine *existenzielle Vulnerabilität* interpretieren, nämlich als eine besondere Empfindlichkeit für die Konflikte und Widersprüche der Existenz, die zu psychischer Krankheit disponierte Menschen zeigen. Diese Vulnerabilität macht sie anfällig für bestimmte Situationen, nämlich *Grenzsituationen*, in denen diese Widersprüche unabweisbar werden und zur Dekompensation und schließlich Erkrankung führen.

1) Anthropologische Vulnerabilität

Betrachten wir zunächst die besonderen Umstände der psychophysischen Organisation und Ontogenese des Menschen; wir werden sehen, dass sie zugleich Bedingungen der Möglichkeit von Entgleisungen und psychischen Erkrankung darstellen.

Instinktarmut und Offenheit der Entwicklung

An erster Stelle steht die bereits von Max Scheler (1928/1976) und Arnold Gehlen (1940/1966) hervorgehobene »Instinktarmut« des Menschen, d.h. seine Entbundenheit von fixierten Trieb- und Verhaltensschemata. Die Verhaltensmuster von Tieren sind ungleich stärker festgelegt durch ihre genetischen Anlagen

und ihre physische Struktur. Der Mensch hingegen verfügt kaum über angeborene Reiz-Reaktions-Muster; er bewegt sich nicht auf biologisch vorgegebenen Bahnen, sondern muss sich seine Verhaltenssicherheit erst erwerben. Er ist in Nietzsches Worten das »nicht festgestellte Tier« (Nietzsche 1954, III, 61). Dementsprechend ist die biologische Ausstattung des Menschen bei Geburt noch unreif und unvollständig; der Biologe Adolf Portmann (1944) sprach von der »physiologischen Frühgeburt«. Erst durch die frühe Sozialisation, also durch den Erwerb von Verhaltensformen, des aufrechten Gangs und der Sprache im Kontakt mit anderen wird er im eigentlichen Sinn zum Menschen.

Damit verbunden ist die in der Tierwelt einzigartige Plastizität des menschlichen Gehirns: Der Kortex ist bei der Geburt noch ganz unentwickelt; der präfrontale Kortex als Grundlage zentraler Fähigkeiten wie der Perspektivenübernahme und Moralentwicklung reift sogar erst bis zum 25. Lebensjahr ganz aus. Das menschliche Gehirn verfügt somit über eine außerordentliche Potenzialität, die sich jedoch nicht von selbst, sondern nur im Verlauf der Sozialisation realisiert. Menschliches Verhalten ist zu einem hohen Grad durch erlernte, d. h. kulturbedingte Schemata und Rollen bestimmt, die die Instinkte ersetzen. Die Kultur und der von ihr vermittelte Habitus als Summe von erworbenen Rollen und Gewohnheiten prägen die Entwicklung des Individuums und entlasten es damit von der Aufgabe, für jede Situation erst eine Orientierung finden zu müssen.

Aber auch die Kultur lässt den Menschen noch unfestgelegt, sie bestimmt ihn nicht vollständig; darin liegt die individuelle Wahlfreiheit und Offenheit der menschlichen Entwicklung. Menschen leben nicht nur, sondern sie *führen ihr Leben*, und damit formen sie sich selbst, d. h., sie gestalten durch ihre Entscheidungen und Handlungen ihre eigene Entwicklung. Diese Offenheit lässt sich optimistisch deuten, wie im berühmten Traktat *De hominis dignitate* des Pico della Mirandola von 1496, in dem Gott zum Menschen sagt:

Die Natur der übrigen Geschöpfe ist fest bestimmt und wird innerhalb von uns vorgeschriebener Gesetze begrenzt. Du sollst dir deine ohne jede

Einschränkung und Enge, nach deinem Ermessen, dem ich dich anvertraut habe, selber bestimmen. Ich habe dich in die Mitte der Welt gestellt [...], damit du wie dein eigener, in Ehre freientscheidender, schöpferischer Bildhauer dich selbst zu der Gestalt ausformst, die du bevorzugst. (Pico della Mirandola 1990, 7)

Auf der anderen Seite bringt diese Entwicklungsoffenheit vielfältige Störungsmöglichkeiten mit sich. Das Gelingen der Entwicklung des Menschen ist prekärer, seine Lebensführung gefährdeter als dies bei den festgelegten Lebensformen der Tiere der Fall ist. Diese Kehrseite der Offenheit manifestiert sich besonders in der menschlichen Disposition zur *Angst*, zugleich einer der häufigsten Erscheinungsformen psychischer Störungen.

Angst als »Schwindel der Freiheit«

Die menschliche Angst hat zunächst wie bei den Tieren eine biologische Funktion im Sinne eines Warnsystems, das bei Gefahr die Flucht- oder Abwehrbereitschaft des Organismus mobilisiert. Dabei ist der Mensch als »physiologische Frühgeburt« von Anfang an einer besonderen Gefährdung ausgesetzt; entsprechend sah Freud die primäre Wurzel der neurotischen Angstbereitschaft in der »lang hingezogenen Hilflosigkeit und Abhängigkeit des kleinen Menschenkindes« (Freud 2000b, 293). Die Angst erfüllt eine wichtige Funktion im biologisch angelegten Bindungssystem (Bowlby 2006), indem sie den Verlust der Nähe der Mutter und damit der für das Kleinkind vital notwendigen Geborgenheit anzeigt. Auch die sogenannte »Disregationsangst« des Frühmenschen (Bilz 1971) galt dem Verlust des Kontakts zur Gruppe, der zum Überleben in einer feindlichen Umwelt erforderlich war. Verlassen, ausgesetzt, verstoßen zu werden kam einem Todesurteil gleich und löste massive Alarmreaktionen aus. Im Gefühl der Verlassenheit in leerer Weite, wie es für Agoraphobien und Panikattacken charakteristisch ist, spiegelt sich immer noch ihre häufige Auslösung durch Trennungssituationen oder andere Verluste.

Die primäre, überlebenssichernde Funktion der Angst tritt im Laufe der Kulturentwicklung allerdings immer mehr in den

Hintergrund. Stattdessen übernimmt die Angst zunehmend die Rolle einer Reaktion des Individuums auf soziale und existenzielle Gefährdungen, für die jene ursprüngliche körperliche Alarmierung nur noch von begrenztem Nutzen ist. So beruht die Kultur-entwicklung auf einem System von Triebkontrollen und -versagungen, die vom Individuum internalisiert werden, das Leben in der Gruppe sichern und das Fehlen von Instinkten ausgleichen. Wie Freud im *Unbehagen in der Kultur* gezeigt hat, geschieht dies allerdings um den Preis der Angst, die gleichsam als innerer Wächter der Selbstkontrolle installiert wird (Freud 2000c).

Die menschlichen Ängste gelten dann Bedrohungen des Selbstwerts oder des eigenen Status in der Gruppe – also Angst vor Versagen oder Herabsetzung. Sie richten sich aber auch auf eine mögliche Bestrafung bis hin zum drohenden Verlust des Schutzes der Gruppe durch Ausgrenzung und Ausstoßung. »Gewissen ist [...] in seinem Ursprung ›soziale Angst‹ und nichts anderes« (Freud 2000a, 39), und die Gewissensängste sind bekanntlich ein reiches Reservoir für neurotische Entwicklungen. Die Konflikte zwischen egozentrischen Bedürfnissen und den sozialen Geboten der Gemeinschaft sind dem Menschen also in die Wiege gelegt. Sie stellen auch, seien sie nun äußerlich ausgetragen oder in das Subjekt verlagert, die häufigsten Anlässe für Ängste und für klinische Angststörungen dar. Dabei kann sich die Angst allerdings auch von konkreten Anlässen abkoppeln und in eine frei flottierende Grundangst verwandeln (Fuchs & Micali 2013).

Die Angstbereitschaft des Menschen wird weiter gesteigert durch seine *Fähigkeit zur Imagination* und zur Antizipation der Zukunft, die ihn mögliche Gefahren – Krankheiten, Verluste, Trennungen, Not – in der Vorstellung vorwegnehmen lässt. Nur für den Menschen erweitert sich die Zeitperspektive aber auch über die nähere Zukunft hinaus bis hin zur Möglichkeit, ja der letzten Ausweglosigkeit des eigenen Todes – eine Grundbedingung des Daseins, deren Bedeutung für misslungene Kompensationsversuche und psychische Störungen gar nicht zu überschätzen ist (Meyer 1979; Fuchs 2003). Mit dem Todesbewusstsein eröffnet sich das Feld vielfältiger existenzieller Ängste, und die

Sorge um das eigene Leben wird, wie Heidegger zeigte, zur grundlegenden Daseinsstruktur.

Dass das Leben dem Menschen nicht einfach vorgegeben, sondern aufgegeben ist, bedeutet zugleich eine höhere, nämlich existenzielle Gefährdung. Sie kann sich in der grundlegenden Angst vor dem Wagnis oder Verfehlen des eigenen Lebens manifestieren, die sich angesichts eines offenen Möglichkeitsspielraums einstellt – in Kierkegaards berühmter Formulierung:

Angst kann man vergleichen mit Schwindel. Wessen Auge in eine gährende Tiefe hinunterschaut, der wird schwindlig. Der Grund seines Schwindels aber ist ebenso sehr sein Auge wie der Abgrund; denn gesetzt, er hätte nicht hinuntergestarrt! So ist die Angst der Schwindel der Freiheit, die aufsteigt, wenn [...] die Freiheit nun hinunterschaut in ihre eigene Möglichkeit und dabei die Endlichkeit ergreift, um sich daran zu halten. (Kierkegaard 1844/1981, 60)

Wie sich der von Höhenschwindel Erfasste am Felsen über dem Abgrund festklammert, so eröffnet sich der Freiheit ein schwindelnder Abgrund von Möglichkeiten, deren Wahl in Ungewissheit und letztlich grundloser Selbstbestimmung erfolgen muss. Der Mensch kann durch eigene Entscheidungen seine Ziele oder Werte verfehlen, ein zu hohes oder auch ein zu geringes Risiko eingehen; nur der Mensch kann im Leben scheitern. Angst ist für ihn der Preis für den *Spielraum der Freiheit*, der den Notwendigkeiten des tierischen Lebens gegenübersteht; und sie ist der Preis für das Bewusstsein vom eigenen Leben und damit auch vom Tod.

Exzentrische Positionalität

Eng mit der Freiheit verknüpft ist eine weitere Grundbedingung des menschlichen Daseins, die der Philosoph Helmuth Plessner (1975) als *exzentrische Positionalität* bezeichnet hat. Während das Tier an seine jeweilige Umwelt gebunden und immer in ihrem Zentrum bleibt, vermag der Mensch gleichsam aus sich herauszutreten und die Perspektive eines Beobachters seiner selbst einzunehmen, und das heißt, sich selbst *mit den Augen anderer zu sehen*. Dies charakterisiert seine »exzentrische« (aus

der Mitte gerückte) Stellung. Er erlangt sie mit der Entwicklung des Selbstbewusstseins und der Reflexivität im 2. und 3. Lebensjahr (Fuchs 2013a). In dieser Phase wird sich das Kind seiner selbst als eines eigenständigen Wesens bewusst, es erkennt sich im Spiegel, lernt »ich« zu sagen, sich von anderen zu unterscheiden und zu sich selbst ein Verhältnis einzunehmen. Dadurch wird der Mensch zur Person im vollen Sinne, nämlich insofern er seiner selbst als Person unter anderen Personen bewusst wird (Spaemann 1996).

So zentral nun Selbstbewusstsein und Reflexionsvermögen für den Menschen und seine kulturellen Errungenschaften sind, sie haben einen Preis. Zunächst erfährt die Unmittelbarkeit und Spontaneität des Kleinkindes damit eine Brechung, die sich etwa in selbstreflexiven Emotionen wie Befangenheit, Stolz, Scham und später im Schuldgefühl äußert – Emotionen, in denen der bewertende Blick oder die bewertende Stimme der anderen gewissermaßen leiblich gespürt wird. Aber die Vulnerabilität, die mit der exzentrischen Position einhergeht, reicht noch weiter. Psychopathologisch manifestiert sich die Labilität des menschlichen Selbstverhältnisses und Selbstwerts z. B. in histrionischen, narzisstischen, depressiven Störungen oder auch in sozialen Phobien: Alle diese Störungen setzen nämlich die Fähigkeit der Perspektivübernahme voraus, also die Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung aus der Sicht der anderen, vor denen das Selbst führerisch, großartig oder aber minderwertig und ausgeschlossen erscheint.

Die widersprüchliche Doppelung des menschlichen Selbstverhältnisses ist bereits im Begriff der Person vorgezeichnet: Er ist abgeleitet vom griechischen *prosopon*, lateinisch *persona*, was ursprünglich die Maske des Schauspielers im antiken Theater bedeutete, später die Rolle, die jemand in der Gesellschaft spielt, und schließlich das Individuum, also den Träger der Maske selbst. Sich mit den Augen der anderen zu sehen resultiert, um George Herbert Meads Begriffe zu gebrauchen, in der Dialektik von »I« und »me«: Sei es in Konflikt oder in vorübergehender Kongruenz, »Ich« und »mich«, Innen- und Außenperspektive stehen immer in Spannung zueinander und sind doch miteinander verknüpft.

Die Person ist damit ein »*homo duplex*«² – abgesehen von seltenen Zuständen unreflektierter Spontaneität gibt es jenseits der Kindheit keine reine Unmittelbarkeit mehr. Die eigene Rolle in der Gesellschaft zu spielen impliziert notwendig ein »Als-ob«, eine Dialektik von Sein und Schein, und es bleibt immer eine letzte innere Distanz zu der Rolle, die man einnimmt.

Ebenso ist das Reflexionsvermögen nicht nur eine Gabe, sondern trägt auch den Keim einer Entfremdung oder Störung in sich. Im exzessiven Grübeln der depressiven Patienten, in den Zwangsgedanken von anankastischen oder schizophrenen Patienten verselbstständigt sich das Denken zu einem leeren Gedankenkreisen, ohne dass die Betroffenen einen Ausweg aus den quälenden Spiralen der Reflexion finden. Es gibt eine regelrechte Psychopathologie der Hyperreflexivität, der exzessiven Bewusstheit, die nur der Mensch entwickeln kann.³ Goethe hatte dafür eine besondere Klarsichtigkeit:

Alle gesunden Menschen haben die Überzeugung ihres Daseins und eines Daseienden um sie her. Indessen gibt es auch einen hohlen Fleck im Gehirn, das heißt eine Stelle, wo sich kein Gegenstand abspiegelt, wie denn auch im Auge selbst ein Fleckchen ist, das nicht sieht. Wird der Mensch auf diese Stelle besonders aufmerksam, vertieft er sich darin, so verfällt er in eine Geisteskrankheit. (Goethe 1833/1949, 526)

Die Reflexion dient eigentlich dem »Probearbeiten«, wie Freud (1911) es ausdrückte, also dem Durchspielen von Handlungsmöglichkeiten mit dem Ziel, einen unterbrochenen Lebensvollzug wiederaufzunehmen. Sie kann sich jedoch auch in sich selbst verstricken und gelangt dann nicht mehr zur Wirklichkeit, wie bei einem schizophrenen Patienten Hesnarde:

² Dieser Ausdruck wurde zum ersten Mal von Buffon in seinem *Discours sur la nature des animaux – homo duplex* (1753) gebraucht und führte zu einer längeren Debatte über das Verhältnis zwischen dem »*homme physique*« und dem »*homme moral*«. Später wurde er von Emile Durkheim (1914/1981) wieder aufgenommen, um die ambivalente Natur des Individuums zwischen privater und öffentlicher Existenz zu kennzeichnen.

³ Vgl. den Aufsatz »Psychopathologie der Hyperreflexivität« in diesem Band.

Warum gibt es psychische Krankheit?

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.)

Anders als bei Descartes geht es hier um einen existenziellen Zweifel, nämlich um die Angst vor dem Untergang des Selbst, die der Patient vergeblich durch ständige Selbstbeobachtung zu bannen versucht. Ist der Zweifel einmal ins Innerste des Subjekts vorgedrungen, dann hilft auch die cartesische Gewissheit des »Ich denke, also bin ich« nicht mehr. Das menschliche Selbstverhältnis macht diesen radikalen Zweifel möglich, und die Reflexion wird zu einer endlosen Schleife.

Ähnlich lassen sich auch die verschiedenen Formen der *Depersonalisation* oder Selbstentfremdung als Ausdruck der grundsätzlichen Gebrochenheit verstehen, die den Menschen charakterisiert: nämlich als ein Wesen, das durch das Selbstbewusstsein auch in Distanz zu seinem primären Selbsterleben tritt. Auch wenn darin zweifellos ein Gewinn an Freiheit liegt – in den Entfremdungserlebnissen kann die Entfernung vom primären Selbstgefühl auch einen quälenden Charakter annehmen:

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

Der Verlust des Selbstgefühls in der exzentrischen Position kann so weit gehen, dass die Übernahme der Perspektive anderer zur Verwirrung führt und die Abgrenzung zwischen Selbst und Anderem sich auflöst, wie in der Schizophrenie:

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«, was er

als extrem beängstigend erlebte. Wenn er auf der Straße ging, vermied er es sorgfältig, sein Spiegelbild in den Schaufenstern anzusehen, weil er nicht sicher war, auf welcher Seite er sich eigentlich befand. (Parnas 2003, 232; eig. Übers.)

Offenbar wird das »Bewusstsein des Bewusstseins anderer« für den Patienten zu einer Bedrohung, und sogar sein Spiegelbild vermag er nicht mehr sicher von sich selbst zu unterscheiden.

Leib-Körper-Verhältnis

Nur für den Menschen wird schließlich auch der selbstverständlich gelebte eigene *Leib* zum beobachtbaren *Körper* als einem Instrument, das man formen und bedienen kann, einem Objekt, das er doch selbst ist, zu dem also eine ambivalente Beziehung besteht. »Der Mensch ist sein Leib und zugleich steht er in der Reflexion seinem Leibe auch gegenüber«, so Jaspers in der *Allgemeinen Psychopathologie* (1973, 295). Die ängstlich-hypochondrische Beobachtung des eigenen Körpers, die Herzphobie, die Dismorphophobie ebenso wie die Essstörungen haben in diesem ambivalenten Verhältnis ihre anthropologische Grundlage: Einerseits ausgeliefert an die Unverfügbarkeit und Kontingenz des eigenen Körpers, versuchen die Patienten andererseits doch ihn zu kontrollieren, zu beherrschen, zu formen oder zu manipulieren.

So hat der Hypochonder das Vertrauen in die natürlichen körperlichen Prozesse verloren und versucht vergeblich, sich durch medizinische Überwachung der Funktionsfähigkeit seines Körpers zu versichern. Seine misstrauische Selbstbeobachtung verstärkt oder erzeugt selbst ungewohnte Leibempfindungen, die er dann als bedrohliche Symptome interpretiert. So ängstigte sich einer meiner Patienten 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. Seine Aufmerksamkeit richtete sich also in typisch hyperreflexiver Weise

von der Welt zurück auf den eigenen Körper, sozusagen vom Gesehenen weg zum Auge.

Doch ist bereits der Verlust des Vertrauens in den eigenen Körper in einem reflexiv gewonnenen Wissen begründet, nämlich im Bewusstsein, als leibliches Wesen auch krankheitsanfällig und verletzbar, ja sterblich zu sein, so dass jeder banale Schmerz prinzipiell schon die Möglichkeit tödlicher Krankheit ankündigen kann. In seiner Angst versucht der Hypochonder, die Gefahr von Krankheit und Tod durch ständiges Beobachten aller Körpervorgänge zu bannen. Doch alle Kontrolle kann das Faktum von Krankheit und Tod nicht aufheben. Die hypochondrische Neurose wird zum oft lebenslangen Kampf gegen eine Grundbedingung des Daseins, die nicht anerkannt und akzeptiert werden kann, nämlich seine Sterblichkeit.

Während die hypochondrische Besorgtheit um den eigenen Körper oft nahezu autoerotische Züge trägt, wird für anorektische Patientinnen der eigene Leib zu einem entfremdeten, abstoßenden Objekt.

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 1985, 49)

Diesen entfremdeten Körper vollständig kontrollieren zu können, von ihm, von der Nahrung, aber damit zugleich auch von den anderen unabhängig zu werden, wird zur Quelle eines grandiosen Triumphs. »Ich fühle keinen Hunger, kein Begehren mehr« bedeutet für Anorektikerinnen: Ich bin autark und benötige nichts mehr von außen. Eine Patientin schreibt:

Es war, als müsste ich meinen Körper bestrafen. Ich hasste und verabscheute 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. (Kaplan 1988, 330)

Die Patientin steigert die in der *conditio humana* angelegte Spannung von Leibsein und Körperhaben zu einem radikalen Dualismus, der an die platonisch-christlichen Vorstellungen vom Körper

als »Kerker der Seele« erinnert. Auch hier wird die anthropologische Gebrochenheit als Grundlage der Erkrankung erkennbar – kein Tier würde seinen Körper freiwillig hungern lassen, denn es *ist* nur sein Körper, es *hat* ihn nicht.

2) Existenzielle Vulnerabilität

Wir haben gesehen, dass die Grundbedingungen der menschlichen Existenz mit einer Labilisierung und Antinomie verknüpft sind, die eine Vulnerabilität für psychische Krankheit mit sich bringt, und ich habe anhand von Angst, Zwang, Entfremdung, Hypochondrie und Essstörung einige Beispiele dafür gegeben. Psychische Krankheit befällt den Menschen nicht als das radikal Andere oder Pathologische, sondern sie ist eine Möglichkeit, die mit dem Menschsein selbst gegeben ist.

Ich will diese Überlegungen nun durch den Begriff einer *existenziellen Vulnerabilität* ergänzen (Fuchs 2013b). Damit ist gewissermaßen die subjektive Seite der anthropologischen Vulnerabilität gemeint. Sie besteht darin, dass gerade psychisch Kranke eine besondere Empfindlichkeit für die Widersprüche der menschlichen Existenz zeigen – Holzhey-Kunz (1994) spricht auch von einer »Hellhörigkeit«. Wir alle leben unter den Grundbedingungen des Daseins, leiden unter den Widersprüchen etwa zwischen Autonomie und Abhängigkeit, Freiheit und Sicherheit, Selbstverwirklichung und Schuld, Lebenslust und Todesgewissheit. Doch psychisch kranke Menschen leiden darunter in besonderer Weise, nämlich so, dass unter Umständen selbst alltäglich erscheinende Konflikt- oder Verlustsituationen für sie zu *Grenzsituationen* werden können, wie Jaspers (1925) sie genannt hat.

Dies sind Situationen, in denen eine bislang verdeckte oder verdrängte Grundbedingung der Existenz zutage tritt und sich nicht mehr leugnen lässt – etwa die Unausweichlichkeit der Freiheit und Entscheidung; die Unvermeidbarkeit von Trennung oder Schuld; die Verletzlichkeit des eigenen Leibes; die grundsätzliche Einsamkeit des Daseins; und schließlich seine unerbittliche End-

lichkeit. »In jeder Grenzsituation«, so Jaspers, »wird mir gleichsam der Boden unter den Füßen weggezogen« (Jaspers 1925, 249); es wird etwas zerbrochen, was Jaspers das »Gehäuse« nennt. Gehäuse sind feste Grundeinstellungen, Grundannahmen und Denksysteme, die dem Menschen vor den Widersprüchen des Lebens und vor den Abgründen der Existenz Schutz geben. Man kann auch von *existenziellen Abwehrmechanismen* sprechen, die das Individuum vor den schwer erträglichen Zumutungen der Existenz bewahren sollen.

Zu solchen Gehäusen gehören etwa implizite, unhinterfragte und selbstverständliche Grundannahmen über das Leben, die eigene Person und die Welt – Annahmen, die Widersprüche des Daseins ausblenden oder leugnen, wie etwa die folgenden:

- (1) Die Welt ist gerecht eingerichtet. Wenn ich mich nur genügend einsetze, wird das auch belohnt (depressive Abwehr).
- (2) Solange ich mir nichts zuschulden kommen lasse, kann mir auch nichts Böses geschehen (depressive Abwehr).
- (3) Wenn ich mich anderen unterordne, kann ich auf ihren Schutz und ihre Führung rechnen (dependente Abwehr).
- (4) Wenn ich alles perfekt mache, habe ich das Leben unter Kontrolle und kann von nichts Unvorhergesehenem überrascht werden (perfektionistische/anankastische Abwehr).
- (5) Wenn ich immer mehr leiste und immer höher aufsteige, entgehe ich der Gewöhnlichkeit, und der Tod kann mir nichts anhaben (narzisstische Abwehr).

Solche Grundannahmen oder Glaubenssätze folgen häufig dem Muster, dass »nicht sein kann, was nicht sein darf«. Das Böse, das Unrecht, das Leiden, der Tod mögen existieren, aber mir können sie nichts anhaben; ich habe nichts getan, ich bin unschuldig oder unverwundbar. Grundannahmen dieser Art charakterisieren z. B. die Persönlichkeit der zur schweren Depression disponierten Menschen, deren Struktur Tellenbach (1983) als »Typus Melancholicus« charakterisiert hat. Ihre Merkmale sind rigide Ordentlichkeit und Pflichterfüllung, überbetonte Gewissenhaftigkeit, Überanpassung an soziale Normen, Festhalten an Bindungen bis zur

Selbstverleugnung und peinliche Vermeidung jeglicher Normverletzung oder Schuld. Damit sind die Patienten zwar sozial eher überangepasst, und ihr starres Gehäuse fällt in der Regel nicht auf. Dennoch erweist es sich letztlich als prekär: Geraten die Betroffenen doch einmal in Rückstand mit ihren Verpflichtungen, erleben sie ungerechtfertigte Zurücksetzungen oder den Verlust naher Bindungen, so bricht für sie buchstäblich eine Welt zusammen; sie geraten in eine Grenzsituation, die in die Depression mündet.

Ich will diesen Zusammenhang zwischen Vulnerabilität, existenzieller Abwehr und Dekompensation in der Grenzsituation an zwei Fallbeispielen veranschaulichen.

Eine 55-jährige Frau hatte sich lange mit der Entscheidung gequält, ob sie ihr Haus verkaufen solle, das ihr nach dem Tod ihres Mannes zu groß geworden war. Auf vielfachen Rat ihrer Umgebung hin rang sie sich schließlich zum Verkauf durch, geriet jedoch bald darauf in eine Krise, in der sie ihren Entschluss bitter bereute, sich heftige Vorwürfe machte und schließlich in eine schwere Depression fiel. Sie klagte unablässig über ihre Fehlentscheidung; sie habe einen schweren finanziellen Verlust erlitten, ihren Kindern irreparablen Schaden zugefügt und sei gar nicht zu einem Umzug in der Lage.

Wie sich nach Besserung der Depression in der weiteren Therapie zeigte, waren vor allem zwei Momente der Entscheidung für die Patientin unerträglich: zum einen ihre Unwiderruflichkeit, die verknüpft war mit der endgültigen Anerkennung des Todes ihres Mannes, mit dem sie über 20 Jahre in dem Haus zusammengelebt hatte; zum anderen musste sie zum ersten Mal eine grundlegende Lebensentscheidung ohne ihren Mann treffen.

Wie die meisten Menschen mit einer Typus-Melancholicus-Struktur war die Patientin in besonderer Weise sensibel und damit vulnerabel für die existenzielle Dimension der Entscheidung, nämlich für die Unwiderruflichkeit, Eigenverantwortung und Einsamkeit des Entschlusses. Ihr Gehäuse war buchstäblich in ihrem Haus verkörpert und brach mit dessen Verkauf zusammen. Der Sturz in die Depression war die Reaktion auf ein Widerfahrnis, in der sich die Vergeblichkeit aller Vermeidungs- und Absicherungsstrategien offenbarte: Trotz aller Vorkehrungen konnte die Patientin der Aufgabe, ihr Leben ohne letzte Absicherung, allein und ungesichert führen zu müssen, nicht entkommen.

Warum gibt es psychische Krankheit?

Ein weiteres Fallbeispiel gilt eher der narzisstischen Form der Abwehr, der Illusion des unbegrenzten Aufstiegs:

Ein 34-jähriger Patient hatte nach einem Studium mit Bestnoten und einem MBA in den USA seine Karriere bei einer Top-Management-Beratung begonnen und 60–80 Stunden pro Woche gearbeitet. Ein abnehmender Freundeskreis und die Wochenend-Partnerschaft wurden zur Gewohnheit. Für ein Asien-Projekt pendelte er zwischen den Kontinenten hin und her und erlaubte sich nur noch maximal fünf Stunden Schlaf pro Nacht. Der Schock kam für ihn, als ihm sein Vorgesetzter dennoch eine »nicht ausreichende Leistung« bescheinigte.

Von da an wurde der Beruf für den Patienten zur Qual, und er geriet zunehmend in Zweifel an seinem Sinn. Schlafstörungen, Schwindel und Kopfschmerzen kamen hinzu. Er hatte das Gefühl, nur noch wie eine Maschine zu funktionieren und sich selbst nur noch von außen zuzusehen. Als sich seine Freundin von ihm trennte, verspürte er kaum noch Gefühl von Schmerz. Drei Wochen später brach er bei einer Sitzung zusammen und wurde in suizidaler Verfassung in die psychiatrische Klinik eingewiesen.

Schon von der Schule an zeigte der Patient eine hochkompetitive Leistungsorientierung, um den Preis der Vernachlässigung mitmenschlicher Beziehungen. Seine Anstrengung ständiger Selbstbeschleunigung konvergierte mit den Ansprüchen einer beschleunigten Gesellschaft, überforderten jedoch seine psychophysischen Ressourcen. Die unerwartete Zurücksetzung wurde zu einer Grenzsituation, in der sich das Prinzip der Selbststeigerung auf Kosten der Beziehungen als Illusion erwies. Sie führte in zunehmende Leere, Entfremdung und schließlich in den depressiven Zusammenbruch. Die Suizidalität des Patienten weist darauf hin, dass die Triebkraft seiner Selbstoptimierung letztlich aus der Abwehr der gefürchteten eigenen Gewöhnlichkeit und Begrenztheit stammte; nun vermochte er die katastrophale Scham über das eigene Versagen nicht mehr zu kompensieren.

Zusammenfassung und Ausblick

Die psychiatrische Anthropologie fragt nach der spezifischen Vulnerabilität der psychischen Organisation des Menschen: Was sind

die Voraussetzungen dafür, dass Menschen überhaupt psychisch erkranken können? Worin bestehen die Entgleisungsmöglichkeiten der psychischen Struktur? Unter welchen grundsätzlich problematischen Bedingungen hat der Mensch sein Leben zu führen, so dass ihn die Aufgabe der Existenz auch überfordern kann? Antworten auf diese Fragen ermöglichen ein vertieftes Verständnis für die existenziellen Widersprüche und Konflikte, mit denen sich besonders psychisch kranke Menschen konfrontiert sehen, und unter denen sie bewusst oder unbewusst leiden.

Ich habe verschiedene Komponenten dieser Vulnerabilität untersucht, in erster Linie die besondere Offenheit, Ungesicherheit und inhärente Widersprüchlichkeit der Organisations- und Daseinsform des Menschen. Diese Ungesicherheit beginnt mit der »physiologischen Frühgeburt«, die den einzigartigen Spielraum für die kulturelle und individuelle Entwicklung des Menschen eröffnet. In dem Maß ihrer Offenheit bleibt diese Entwicklung jedoch zugleich prekär und gefährdet. Der Mangel an vorgegebenen Instinkten und Verhaltensschemata erfordert komplexe Lernprozesse und Abstimmungen mit den Normen, Rollen und Anforderungen der Gemeinschaft und Kultur – Lernprozesse, die von einer entsprechenden Passung mit förderlichen Umwelten abhängig sind und daher auch fehlgehen oder misslingen können.

Die exzentrische Position, die das Kind im Verlauf dieser Sozialisation erwirbt, bedeutet die ausgezeichnete menschliche Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, zu Selbstbewusstsein und Reflexion. Doch gerade das, was den Menschen in gewissem Sinn eigentlich zum Menschen macht, enthält auch den Keim einer Entfremdung und Selbstwidersprochenheit, nämlich zwischen Trieben und Triebkontrolle, zwischen Leib und Körper, zwischen Selbst und Anderen. Die Entfremdung kann sich bis zur Depersonalisation oder in der Schizophrenie bis zum Verlust der Grenzen zwischen Ich und anderen steigern. Nicht zuletzt ist das Bewusstsein des Todes, der unausweichlichen Begrenztheit des Lebens ein schwer erträglicher Begleiter des Menschen, der vielfältige Abwehr- und Verdrängungsleistungen erfordert, häufig aber zu Überkompensationen oder Vermeidungen und letztlich zu missglückter Selbstrealisierung führt.

Wir haben gesehen, dass verschiedene Persönlichkeitstypen sich durch ein spezifisches Gehäuse, eine starre Abwehrstruktur vor einer für sie zu bedrohlichen menschlichen Grundsituation zu schützen suchen. Es sind die Ängste vor der Zufälligkeit und Unberechenbarkeit des Daseins; vor der fehlenden Rechtfertigung der eigenen Existenz, vor dem unvermeidlichen Schuldigwerden; vor der unvertretbaren Freiheit des Selbstseins; oder vor der beschämenden Beschränktheit der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Grenzsituationen jedoch lassen alle bisherigen Sinngehäuse und Abwehrformen fragwürdig werden und konfrontieren den Menschen mit den unauflösbaren Antinomien der *conditio humana*. Die Widersprüche oder Zumutungen des Daseins lassen sich dann nicht mehr verleugnen und werden zu Anlässen für schwere psychische Krisen oder Erkrankungen.

Eine Therapie, die diesen anthropologischen und existenziellen Hintergrund psychischer Krankheit im Blick hat, wird sich nicht darauf beschränken, zur kurzfristigen Entlastung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beizutragen. Sie wird vielmehr die jeweilige Grenzsituation als Möglichkeit nutzen, die Patienten zu einer größeren Offenheit für ihre existenziellen Grundkonflikte zu führen, nach Möglichkeit zu einer Anerkennung und Akzeptanz der prekären und begrenzten Bedingungen der *conditio humana*. Sie wird sie dabei unterstützen, ihre existenzielle Abwehrstruktur mit ihren Grundannahmen zu erkennen, sie zu hinterfragen und eine neue, selbstverantwortete Form ihres Lebens zu finden.

Für die verschiedenen Persönlichkeitstypen, die ich erwähnt habe, wird diese existenzielle Therapie in unterschiedliche Richtung gehen. Doch geht es im Prinzip jeweils darum, die verdrängte menschliche Grundsituation anzunehmen:

- Für den zwanghaften Patienten ist dies die grundlegende Zufälligkeit und Unberechenbarkeit der Welt;
- für den Typus Melancholicus ist es die Einsicht, dass er für sein Dasein keine letzte Rechtfertigung erwarten kann und dass seine rigide Norm- und Pflichterfüllung die eigene Identität nicht ersetzen kann;

- ähnlich ist es für die dependente Persönlichkeit die Notwendigkeit der Selbstwahl und der unvertretbaren Freiheit der Entscheidung;
- für die narzisstische Persönlichkeit schließlich geht es um die Akzeptanz der eigenen Begrenztheit, Gewöhnlichkeit und Endlichkeit.

Eine wesentliche Aufgabe von Psychiatern und Psychotherapeuten scheint mir darin zu liegen, ein Verständnis dieser Grundkonflikte zu erwerben. So können sie ihren Patienten helfen, die existenziellen Implikationen ihrer Krise zu erkennen und sie nicht nur als selbst verschuldetes Missgeschick, sondern als Ausdruck der menschlichen Grundsituation zu verstehen, an der wir alle teilhaben und auch leiden. Denn, um einen Satz von Terenz abzuwandeln: »Wir sind Menschen, und nichts Menschliches ist uns fremd«.⁴

Literatur

- Bilz, R. (1971). *Paläoanthropologie*. Bd. 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. Bd. 1. *Bindung*. München: Reinhardt.
- Brüne, M. (2009). Sind psychische Störungen etwas spezifisch Menschliches? *Der Nervenarzt*, 80 (3), 252.
- Durkheim, E. (1914/1981). Der Dualismus der menschlichen Natur und seine sozialen Bedingungen. In F. Jonas (Hrsg.), *Geschichte der Soziologie 2* (S. 368–380). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Freud, S. (1911). Formulierung über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In ders., *Gesammelte Werke*, Bd. 8 (S. 229–238). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1916/2000a). Zeitgemäßes über Krieg und Tod. In ders., *Studienausgabe*, Bd. IX (hrsg. v. A. Mitscherlich u. a.) (S. 33–60). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1926/2000b). Hemmung, Symptom und Angst. In ders., *Studienausgabe*, Bd. VI (hrsg. v. A. Mitscherlich u. a.) (S. 227–308). Frankfurt am Main: Fischer.

⁴ »Homo sum, humani nihil a me alienum puto« (Terenz).

Warum gibt es psychische Krankheit?

- Freud, S. (1930/2000c). Das Unbehagen in der Kultur. In ders., *Studienausgabe*, Bd. IX (hrsg. v. A. Mitscherlich u. a.) (S. 191–270). Frankfurt am Main: Fischer.
- Fuchs, T. (2003). Leiden an der Sterblichkeit. Formen neurotischer Todesverleugnung. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 41–50.
- Fuchs, T. (2013a). The phenomenology and development of social perspectives. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12, 655–683.
- Fuchs, T. (2013b). Existential vulnerability. Toward a psychopathology of limit situations. *Psychopathology*, 46, 301–308.
- Fuchs, T. & Micali, S. (2013). Phänomenologie der Angst. In L. Koch (Hrsg.), *Angst. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 61–71). Stuttgart Weimar: Metzler.
- Gehlen, A. (1940/1966). *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Frankfurt am Main Bonn: Athenäum.
- Goethe, J. W. v. (1833/1949). Maximen und Reflexionen. In ders., *Gedenkausgabe*, Bd. 9 (hrsg. E. Beutler) (S. 497–678). Zürich: Artemis.
- Graf, A. (1985). *Die Suppenkasperin. Geschichte einer Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hesnard, A.-L. M. (1909). *Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. Etude de psychologie clinique*. Bordeaux: Université de Bordeaux.
- Holzhey-Kunz, A. (1994). *Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene*. Wien: Passagen-Verlag.
- Jaspers, K. (1925). *Psychologie der Weltanschauungen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. unveränd. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Kaplan, L. J. (1988). *Adolescence – The farewell to childhood*. New York: Simon & Schuster.
- Keehn, J. D. (1982). Psychopathology in animals. *The New Zealand Psychologist*, 11, 37–44.
- Kierkegaard, S. (1844/1981). Der Begriff Angst. In ders., *Gesammelte Werke*, 11./12. Abteilung (hrsg. v. E. Hirsch). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Meyer, J. E. (1979). *Todesangst und das Todesbewusstsein der Gegenwart*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Meyer-Holzappel, M. (1996). Erforschung des Tierverhaltens – Weg zum Menschen? In V. Faust (Hrsg.), *Psychiatrie – ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung* (S. 919–928). Stuttgart Jena New York: Gustav Fischer-Verlag.

- Nietzsche, F. (1954). *Jenseits von Gut und Böse*. In ders., *Werke in drei Bänden*, Bd. 2 (hrsg. v. K. Schlechta) (S. 563–759). München: Hanser.
- 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. & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 121–134.
- Peña-Guzmán, D. M. (2017). Can nonhuman animals commit suicide? *Animal Sentience*, 2 (20), 1.
- Pico della Mirandola, G. (1990). *De hominis dignitate. Über die Würde des Menschen* (hrsg. v. A. Buck). Hamburg: Meiner.
- Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin: De Gruyter.
- Portmann, A. (1944). *Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen*. Basel: Schwabe.
- Preti, A. (2007). Suicide among animals: A review of evidence. *Psychological reports*, 101(3), 831–848.
- Scheler, M. (1928/1976). *Die Stellung des Menschen im Kosmos*. München: Nymphenburger Verlagshandlung.
- Seligman, M. E. P. (1975). Depression and learned helplessness. In H. M. van Praag (Hrsg.), *Research in neurosis* (S. 72–107). Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Spaemann, R. (1996). *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ›etwas‹ und ›jemand‹*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. erw. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.

Leiden an der Sterblichkeit

»Wer die Menschen sterben lehrte, der würde sie leben lehren.«

Montaigne¹

Einleitung

Die Aussicht auf den Tod ist für die meisten Menschen nicht erfreulich. Die Gefühle, die uns angesichts des Todes erfassen, bewegen sich zwischen Unbehagen, Angst, Entsetzen, Ohnmacht, Trauer und Resignation oder gar Verzweiflung. Das Wissen um die eigene Sterblichkeit erscheint schwer, ja zu schwer zu ertragen. Es nimmt nicht wunder, dass wir es nach Möglichkeit beiseiteschieben, verdrängen und vergessen, um uns frei dem Leben zuwenden zu können.

Aber mit der Antizipation des eigenen Todes ist die ursprüngliche Einheit des Menschen mit seiner Umwelt zerbrochen. Das Wissen, dass ich jederzeit sterben kann und einmal sterben muss, erzeugt eine Kluft zwischen mir und den anderen. Der Tod individualisiert, er macht mich in einem radikalen Sinn zum Einzelnen. Keiner wird mit mir über seine Schwelle treten. Und so scheint im alltäglichen Dahinleben, in dem wir den eigenen Tod vergessen, eine tiefe Unwahrheit zu liegen. Vom mittelalterlichen *memento mori* bis zu Heideggers Kritik an der »Seinsvergessenheit« reichen die Versuche, den Menschen ihre Sterblichkeit mahnend ins Bewusstsein zu rufen. Denn nur das Wahrhaben des eigenen Todes, so Heidegger, führt den Menschen aus den Ablenkungen des alltäglichen, gemeinsamen Lebens zu einer wahrhaftigen Existenz. Erst durch die radikale Vereinzelung des Todesbewusstseins kann er zu der Entschlossenheit gelangen, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Es gilt, die Angst vor dem

¹ Im Original: »Qui apprendroit les hommes à mourir, leur apprendroit à mourir« (Montaigne 1969, 135).

Tod nicht zu fliehen, sondern sich ihr zu stellen, um gerade daraus die Kraft für ein eigenes, autonomes Leben zu gewinnen. Ja der Tod ist geradezu die Bedingung dafür, das Leben in authentischer Weise zu leben.

Diese heroische Sicht des Lebens hat eine tiefe Wahrheit an sich, aber auch eine nicht unproblematische Einseitigkeit. Im festen Blick voraus auf den eigenen Tod lässt sie die *Geburt* des Menschen außer Acht. Denn Geborensein heißt, das Leben als Gabe erhalten zu haben; und es heißt auch, sich als ›Ich‹ den anderen zu verdanken, nämlich den Eltern und Bezugspersonen der Kindheit. Das Ich kommt erst in der Antwort auf den Anspruch des Du zu sich; die Intersubjektivität ist die Grundlage des Selbstbewusstseins. Menschsein beginnt im Miteinander. Endet es im Für-sich-Sein? Ist die heroische Vereinzelung angesichts des Todes wirklich die eigentliche Bestimmung des Daseins? Ludwig Binswanger, Begründer der von Heidegger selbst abgeleiteten daseinsanalytischen Psychiatrie, hat diese Einseitigkeit kritisiert. Heidegger rücke nur die vereinzelnden Existenzbedingungen der Angst, der Schuld und des Todes in den Vordergrund. Das liebende Miteinander stehe »frierend außerhalb der Tore dieses Seinsentwurfs« (Binswanger 1962, 52). Das Dasein sei aber ursprünglich auf das Miteinander der Liebe angelegt. Kommt der Mensch also im Blick auf den Tod zu sich selbst oder aber durch die Liebe? Oder vielleicht durch ein Drittes – in der Liebe angesichts des Todes?

Stellen wir diese Frage zunächst zurück und wenden uns unserem Thema zu: dem seelischen Leiden, das aus dem Wissen um den eigenen Tod entsteht. Man wird dabei zuerst an die schon erwähnten Gefühle von Angst, Ohnmacht oder Verzweiflung denken, die die Aussicht auf den Tod etwa angesichts einer tödlichen Krankheit auslösen kann. Aber es gibt noch eine ganz andere, verborgenere Quelle des Leidens, und sie liegt gerade in der alltäglichen Abwendung von der Endlichkeit des Lebens. Der Mensch verdrängt den Tod so weit aus dem eigenen Bewusstsein und aus dem sozialen Leben, dass nur noch ein abstraktes Wissen, er werde einmal sterben, zurückbleibt. Aber unter der Oberfläche bedrängt ihn die Angst nur umso mehr. Es bedarf mächtiger Ab-

wehrstrategien, um sie abzuschirmen und das seelische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Doch diese Abwehrstrategien haben ihren Preis; mitunter kosten sie sogar das Leben.

Tod und Neurose: Grundlegende Abwehrstrategien

Der amerikanische Psychotherapeut Irvin Yalom (1989, 143 ff.) hat zwei zentrale Abwehrstrategien beschrieben, die wir im Kampf gegen die Drohung des Todes unbewusst einsetzen:

- Der Glaube an den magischen Schutz durch einen »letzten Retter«, der uns vor dem Untergang im Tod bewahren kann,
- sowie der Glaube an die eigene Besonderheit und Unverletzlichkeit.

Diese beiden Abwehrformen – man könnte sie auch als die symbiotisch-dependente und als die narzisstische Abwehr bezeichnen – sind sicher nicht die einzigen, aber doch sehr häufige Formen der Todesverleugnung.² Betrachten wir sie daher etwas näher.

(1) Der letzte Retter – das ist eine magisch wirksame Schutzperson, die mit nahezu gottähnlicher Allmacht, Güte und Liebe ausgestattet wird, die mich immer im Blick hat, beschützt und vor dem Schrecken des Todes bewahrt. Das kann der Vater oder die Mutter sein, häufig der eigene Partner, aber auch ein Arzt oder Therapeut. Menschen mit dieser Abwehrstrategie fürchten nichts so sehr wie das Alleinsein oder eine Trennung, denn es bedeutet für sie letztlich, dem Tod ungeschützt ins Auge zu sehen. Indem sie sich an einen mächtigen anderen klammern, können sie sich in

² Meyer (1979) hat die Todesangst als Ursprung bestimmter, »thanatophober« Neurosen, vor allem von Angst- und Zwangsneurosen analysiert. Die latent zugrunde liegende existenzielle Angst wird hier durch Umwandlung in eine begrenzte, phobische oder anankastische Symptomatik gewissermaßen entschärft und verdeckt. Auch die Hypochondrie gehört in diesen Zusammenhang. Die folgenden Ausführungen streben also keine vollständige Darstellung der Formen neurotischer Todesverleugnung an.

der Illusion wiegen, mit ihm zu einer symbiotischen Einheit zu verschmelzen. So entgehen sie der existenziellen Angst und Einsamkeit, die das Todesbewusstsein in ihnen wachruft. Häufig finden sie auch einen komplementär dazu passenden (z. B. narzisstischen) Menschen, der ihre Idealisierung und Bewunderung zu seiner eigenen Aufwertung benötigt und selbst noch fördert.

Der Preis für diese Abwehr besteht offensichtlich in einem Verzicht auf Individuation und im Verharren in abhängigen Beziehungen. Solche Menschen wagen sich nicht ins Leben hinaus, weil dies mit einem Verlust kindlicher Geborgenheit verbunden wäre; sie lernen nicht, sich auf sich selbst zu verlassen. Dadurch versäumen sie Entwicklungsmöglichkeiten und bleiben hinter ihren Potenzialen zurück. Irgendwann kommt ihnen dieser Verzicht auf eigenes Wachstum zu Bewusstsein – spätestens, wenn die Illusion der Verschmelzung zerstört wird. Das ist vor allem bei Trennungen, Verlusten oder bedrohlichen Krankheiten der Fall. Nicht selten wird ein idealisierter Partner der Abhängigkeit des anderen überdrüssig und stellt die Beziehung in Frage. Solche Krisen lösen panikartige Angst aus; verzweifelt versuchen die Betroffenen, die Konfrontation mit der existenziellen Ausgesetztheit zu verhindern. Gelingt dies nicht, dann kommt es zu depressiven Zusammenbrüchen.

Fallbeispiel: Eine Bankangestellte im mittleren Alter erkrankt 10 Monate nach dem Tod ihres Vaters an einer Depression. Sie hatte ihn zeitlebens geliebt und verehrt, suchte auch als Erwachsene oft seinen Rat oder Trost und überlegte in schwierigen Situationen oft, was er jetzt wohl tun würde. Sie war mit einem jähzornigen, zu Alkoholexzessen neigenden Mann verheiratet, dessen fortwährende Eifersucht, Drohungen und Schläge sie 15 Jahre lang erduldet, bis er sie schließlich wegen einer anderen Frau verließ. Dies sei, wie sie sagte, ihr Glück gewesen, sie selbst hätte nicht die Kraft zur Trennung gefunden. Im gleichen Jahr verunglückte ihr einziger Sohn mit 16 Jahren bei einem Verkehrsunfall tödlich. Auch damals habe ihr der Vater sehr geholfen. Drei Jahre später festigte sich ihr Leben durch eine neue Partnerschaft wieder.

Die Patientin berichtete, sie sei beim Tod des Vaters innerlich wie erstarrt gewesen, habe nicht weinen und den Tod gar nicht fassen können. Auch jetzt werde sie immer wieder von dem Gefühl beschlichen, er lebe noch, sie müsse ihm unbedingt noch etwas mitteilen. Am Grab empfinde

sie nichts, so als ob er gar nicht begraben wäre. Ihr Leben sei leer und trostlos geworden. In der Psychotherapie wurde deutlich, dass die magisch wirksame, schützende Hülle der idealisierten Vatergestalt der Patientin half, die physischen Schläge ihres Mannes ebenso zu ertragen wie die Schicksalsschläge des Lebens. Unter diesem Schutzschirm konnte sie ihre Scheidung und sogar den Verlust ihres Kindes noch ohne Depression bewältigen. Er verhinderte andererseits die Entwicklung von Autonomie und Selbstbehauptung. Der Tod des Vaters war nun unfassbar, so dass sie nicht in einen Trauerprozess eintreten konnte und die Realität des Grabes verleugnete. Daher vermochte die Patientin die atmosphärische Präsenz des Vaters selbst ein Jahr nach seinem Tod noch fast unverändert zu spüren. In der Therapie kam sie auch zu der Einsicht, dass der Tod des Vaters nicht nur den Verlust lebenslanger Geborgenheit bedeutete, sondern auch die erschreckende Erkenntnis, dass »ich jetzt ja selbst die nächste bin«, d. h. dass er nicht mehr schützend zwischen ihr und ihrem eigenen Tod stand. (Vgl. Fuchs 2000, 274 f.)

Die Krise oder Trennung könnte für Menschen mit dieser Abwehr eine Chance sein, sich mit ihrer tiefsten Angst zu konfrontieren, an ihr zu wachsen und sich zum ersten Mal im Leben auf eigene Füße zu stellen. Allerdings halten viele Patienten hartnäckig an ihrem grundlegenden Glaubenssystem fest und ziehen daraus nur den Schluss, dass sie zu wertlos oder zu schlecht seien, um die Liebe oder den Schutz des idealisierten Retters zu verdienen (Yalom 1989, 164). Ihr depressives Leiden hat darüber hinaus die unbewusste Funktion, als verzweifelter Ruf nach Hilfe und Nähe zu dienen. Die Depression wird aufrechterhalten durch die masochistische Überzeugung: Je mehr ich leide, desto mehr muss der Retter mit mir Mitleid haben und mich wieder aufnehmen; je mehr ich mich hilflos und ohnmächtig zeige, umso eher wird er mich von meiner Qual erlösen. Wird auch diese Hoffnung enttäuscht, dann können Suizidandrohungen oder Suizidversuche das letzte Mittel sein, den Retter zu mobilisieren; nicht selten aber ist der tatsächliche Suizid die Folge des Zusammenbruchs der Abwehr. Die lebenslange Vermeidung der existenziellen Einsamkeits- und Todeserfahrung führt dann am Ende selbst in den Tod.

(2) Betrachten wir die zweite von Yalom genannte Abwehrstrategie, die der Besonderheit oder Grandiosität. Sie beruht auf der

illusionären Wunschvorstellung: Was für die anderen gilt, gilt noch lange nicht für mich – ich bin einzigartig, unverletzbar und der Tod kann mir nichts anhaben. Diese Illusion ist uns allen nicht ganz fremd: Natürlich wissen wir abstrakt, dass wir sterben werden; aber wie Freud bemerkte, sind wir auf einer tieferen Ebene gleichwohl überzeugt von unserer Unvergänglichkeit (Freud 1915, 351). Bei vielen Menschen wird diese Illusion zur Lebensnotwendigkeit, die hartnäckig verteidigt und aufrechterhalten wird. Damit verbunden ist häufig das Streben nach Kontrolle, Effektivität und Perfektion, nach der immer weiteren Vervollkommnung der Persönlichkeit – so als ob es den Tod, den großen Gleichmacher, nicht gäbe. Ist der Glaube an die persönliche Besonderheit und Unverletzlichkeit gepaart mit mangelnder Berücksichtigung der anderen, so entspricht dies der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur.

Eine besondere Form dieser Abwehr finden wir im Typus des *Workaholic*. Er ist gekennzeichnet von Ungeduld, Rastlosigkeit und zwanghafter Hyperaktivität; er macht die Arbeit nicht, weil er es wünscht, sondern weil er es muss. In ständigem Wettlauf mit der Zeit versucht er, in immer kürzerer Frist immer mehr zu leisten oder zu erreichen. »Mußzeit ist eine Zeit der Angst und wird oft wild gefüllt mit einer Aktivität, die der Illusion der Vervollkommnung dient« (Yalom 1989, 152). Jede Stunde, die nicht dafür genutzt wird, erscheint wertlos. Solche Menschen sind häufig auch konkurrierend, ehrgeizig, auf Macht und Prestige bedacht. Aber selbst Erfolge werden ihnen rasch schal, denn zu Entspannung und Genuss sind sie nicht mehr in der Lage. Die Gegenwart bleibt immer unbefriedigend, denn ständig denken sie an das, was sie noch nicht erreicht haben. Dieser verzweifelte Kampf mit der Zeit weist auf eine mächtige Todesangst hin: Es ist, als stünde der Tod jederzeit unmittelbar bevor und ginge es darum, noch rasch möglichst viel zu erledigen.

Auch diese Abwehr hat ihren Preis; er besteht ersichtlich in der Abhängigkeit von Erfolg, Fortschritt und Aufstieg. Umso mehr bringen Misserfolge und Rückschläge das mühsam aufrechterhaltene innere Gleichgewicht ins Wanken; denn mit ihnen ist wertvolle Lebenszeit dem Tod anheimgefallen, gleichsam ent-

wertet und ausgelöscht worden. Plötzlich wird klar, dass das Leben keine Spirale ist, die sich unaufhörlich nach oben schraubt. Eben noch im Höhenflug begriffen, findet der Besondere sich wieder als armseliger Erdenwurm, der sich gleich den anderen am Boden krümmt. Auch hier sind depressive Zusammenbrüche die Folge; sie haben dann aber nicht Appellfunktion für einen idealisierten anderen, sondern vielmehr den Charakter der Selbstanklage, der Scham oder Wut über sich und den Verlust der eigenen Grandiosität.

Einen massiven Angriff auf das narzisstische Gleichgewicht stellt auch eine reale Todesbedrohung dar, sei es ein Unfall, eine schwere Verletzung oder Krankheit. Freud schrieb einmal mit der ihm eigenen trockenen Ironie, »der heikelste Punkt des narzisstischen Systems« sei »die von der Realität hart bedrängte Unsterblichkeit des Ichs« (Freud 1914, 157). Wenn die Todesabwehr durch Grandiosität einmal unterhöhlt ist und sich die Erkenntnis einstellt, »ich werde ja *wirklich* sterben!«, dann fühlt sich der »Besondere« verlassen, ja in gewisser Weise verraten, und protestiert erbittert gegen die Welt und das Schicksal.

Fallbeispiel: Ein 64-jähriger Patient erkrankte ein halbes Jahr nach seiner Pensionierung an einer schweren Depression. Bereits das Ende der Berufslaufbahn hatte ihm sehr zu schaffen gemacht. Unmittelbarer Auslöser war die Extraktion dreier Zähne und die Einpassung einer schlecht sitzenden Zahnprothese. Der Patient stammte aus einfachen Verhältnissen und aus einer überwiegend kränklichen Familie, von der er selbst etwas verächtlich berichtete. Er selbst hatte es durch härteste Arbeit und äußersten Ehrgeiz zum Personalleiter eines großen Unternehmens gebracht. Die Ehefrau berichtete, dass der Beruf für ihn immer an oberster Stelle gestanden habe, wodurch Familie und Partnerschaft sehr zu kurz gekommen seien. Er sei in 45 Berufsjahren nur 10 Tage krank gewesen. Die Depression war gekennzeichnet vom Gefühl des Zerfalls. Alle Kraft, klagte der Patient, sei verschwunden, Arme und Beine gehorchten ihm nicht mehr. Er habe Raubbau an seiner Gesundheit betrieben, sich nicht um seine Familie gekümmert und erhalte nun die Quittung dafür. Das Leben sei für ihn zu Ende. Im weiteren Verlauf entwickelten sich Wahnideen: Der Todesschweiß stehe ihm auf der Stirn, man könne die Leichenflecken auf seinem Gesicht sehen. Man solle ihn in ein Leichenzimmer im Keller fahren und dort liegenlassen.

Der Lebensentwurf des Patienten war durch eine rigide Leistungsorientierung auf Kosten mitmenschlicher Beziehungsfähigkeit charakterisiert. Die Pensionierung jedoch zerstörte die Illusion einer lebenslangen Aufwärtsbewegung, und die Zahnentfernung brachte ihm mit einem Mal die immer verdrängte, ja an anderen verachtete Verletzlichkeit der Existenz zu Bewusstsein. Der depressive Wahn erschien vor diesem Hintergrund als eine Überwältigung durch die Schattenseite der eigenen Existenz: Altern und Krankheit, Schuld und Versäumnis, Tod. Das beharrlich Verleugnete, aber latent Gefürchtete, mit dem sich der Patient nicht auseinandergesetzt und dem er nun nichts entgegenzusetzen hatte, forderte seinen Tribut. (Fuchs 2000, 223 f.)

Die Abwehrstrategie der Besonderheit und Grandiosität ist von besonderer sozialpsychologischer Bedeutung, handelt es sich doch um einen Kampf gegen die Endlichkeit, den die westliche Kultur insgesamt seit der Neuzeit führt. Mit der verlorenen Einbettung in einen übergreifenden, kollektiven und religiösen Zusammenhang wurde die Individuation, die ›Selbstverwirklichung‹ zu einer immer wichtigeren Aufgabe.³ Jedem Einzelnen ist nunmehr die Sorge um sich selbst aufgetragen, und seine Einzigartigkeit erhält absoluten Wert. Das einzigartige Individuum kann auch nicht in den anderen fortleben, es ist unersetzbar.

Der Preis für die immer weiter getriebene Individualisierung ist allerdings eine umso massivere Konfrontation mit der eigenen Vergänglichkeit. Das Leben wird unerhört kostbar: Es bleibt immer weniger Zeit für immer mehr Möglichkeiten und Wünsche. Die Angst, das Wichtigste oder Beste zu versäumen, wird zum Grundgefühl. Für das Individuum mit seiner potenziell unendlichen Vervollkommnungs- oder Erlebniserwartung kommt der Tod immer zu früh: »Wenn das Leben die einzige Gelegenheit ist, steigert sich die Verlustangst ins Unerträgliche« (Gronemeyer 1993, 24). Daraus entsteht der Zwang zur Beschleunigung, der Wettlauf mit der Zeit, unter dem nicht nur der Workaholic, sondern wir alle heute leiden (Fuchs et al. 2018).

Hans Blumenberg hat diese kollektive Neurose als das Leiden unter der Schere gedeutet, die sich zwischen der begrenzten Lebenszeit und der unbegrenzten Weltzeit auftut: Das persönliche

³ Vgl. hierzu die empfehlenswerte Studie von Schlette (2013).

Leben erscheint erschreckend kurz, wenn es nicht mehr in einen übergreifenden Zusammenhang der Tradition und der Jenseitshoffnung eingebettet werden kann (Blumenberg 1986). Wir antizipieren einen Rückblick auf uns selbst, der aber gerade nicht mehr unser eigener Rückblick sein wird. Das Leben geht weiter, aber es ist nicht mehr das unsere. Menschen mit narzisstischen Größenphantasien geraten durch diese Schere unter einen fatalen Zeitdruck. Das ist letztlich auch das Motiv des Faustischen Teufelspakts: durch Beschleunigung, durch Kunstgriffe der Magie oder durch Mittel der Technik ›Zeit zu gewinnen‹, um mehr Wünsche und Möglichkeiten realisieren zu können. »Der Teufel weiß, dass er wenig Zeit hat« (Offb. 12, 12). Als Beispiel nenne ich eine Person, die wie kaum eine andere das vergangene Jahrhundert geprägt hat, nämlich Hitler.

Haffner hat als einen der mächtigsten Antriebe Hitlers den Versuch herausgearbeitet, seinen politischen Zeitplan seiner persönlichen Lebenserwartung unterzuordnen (Haffner 1978, 27). Hitler setzte alles daran, eine weltgeschichtliche Vision innerhalb seines eigenen Lebens zu realisieren, also gewissermaßen eine Konvergenz von Lebens- und Weltzeit zu erzwingen. Immer wieder klagte er darüber, nicht genügend Zeit zu haben, alles in äußerster Eile tun zu müssen. So zählte er in schwachen Momenten vor der Machtergreifung seinem Vertrauten, dem Hamburger Gauleiter Krebs, seine Magenkrämpfe auf, in denen er Vorboten einer Krebserkrankung sah (seine Mutter war an Krebs gestorben). In der Angst, er habe nur noch wenige Jahre zu leben, schrieb er dann: »Ich habe keine Zeit zu warten. [...] Ich muss in Kürze an die Macht kommen, um die gigantischen Aufgaben in der mir verbleibenden Zeit lösen zu können. Ich muss! Ich muss!« (Krebs 1959, 137)

Noch in den letzten Monaten klagte Hitler die Zeit als Trägerin seines großen Willens an: »Es ist die Tragik der Deutschen, dass wir nie genügend Zeit haben« (Genoud 1981, 73). »Ich [...] stehe unter dem Schicksalsgebot, alles innerhalb eines einzigen kurzen Menschenlebens zu vollenden. [...] Wofür die anderen die Ewigkeit haben, dafür bleiben mir nur ein paar armselige Jahre« (ebd., 110). Einen letzten diabolischen Versuch, die Welt-

zeit doch noch unter die eigene Lebenszeit zu zwingen, kann man in Hitlers »Nero-Befehl« vom 19. März 1945 sehen, in dem er selbst die Vernichtung Deutschlands anordnete. Sein extremer narzisstischer Neid gönnte der Welt keine Zukunft; sie sollte mit dem eigenen Tod untergehen. Bereits Ende 1944 hatte er seinem Adjutanten von Below angekündigt: »Wir können untergehen. Aber wir werden eine Welt mitnehmen« (von Below 1980, 398). Wir sehen an diesem extremen Beispiel, welche mächtige Triebfeder die Todesdrohung in der menschlichen Psyche darstellen kann.

Ursprünge der Todesabwehr

Kehren wir noch einmal zu den beiden grundlegenden Abwehrstrategien zurück und stellen sie einander gegenüber. Die erste, die Vorstellung des letzten Retters, richtet sich auf einen idealisierten Anderen; die zweite, die Überzeugung von der eigenen Besonderheit und Grandiosität, richtet sich auf das idealisierte Selbst. Psychodynamisch lassen sich beide Strategien auf frühkindliche Erfahrungen zurückführen, und zwar die eine auf die Erfahrung der Abhängigkeit: Ich bin schwach, aber doch umsorgt von Mutter und Vater, die mir jeden Wunsch erfüllen, mich auf wunderbare Weise beschützen und erhalten. Die andere Abwehr geht einerseits zurück auf idealisierende Eltern, andererseits auf das Erlebnis der Omnipotenz, wie sie das Kleinkind in seiner Eroberung des Raumes macht: Die Welt liegt mir zu Füßen, es gibt keine Grenzen für mich. Wir können annehmen, dass solche Erfahrungen bereits früh zur Grundlage von Abwehrmechanismen gegen die Todesdrohung werden. Darauf deutet auch der in den meisten Kulturen tief verwurzelte Glaube an schützende Gottheiten hin, ebenso wie andererseits die ubiquitären Unsterblichkeitsmythen.

Zum Bewusstsein des Todes gelangt das Kind freilich nicht mit einem Mal; vielmehr macht es schon in den ersten Lebensjahren Erfahrungen, die einem tödlichen Erschrecken, einer drohenden Auflösung oder einem Vernichtungsgefühl gleichkom-

men können. Dazu gehören etwa die Bedrohung der körperlichen Integrität in Verletzung und Schmerz, der Selbstverlust im Schlaf, vor allem aber die mit Trennungen verbundenen Ängste. Alleingelassensein, Liebesverlust, heftige Beschämung, grausame Bestrafung u. a. sind Erfahrungen des Herausfallens aus der liebevollen Gemeinschaft mit der Mutter oder den Eltern – todesähnliche Erfahrungen, aus denen sich später die eigentliche Todesangst entwickelt. Tatsächliche Vorstellungen vom Sterben der Lebewesen und schließlich das Bewusstsein vom eigenen Tod bilden sich erst allmählich vom Ende des zweiten Lebensjahres an, verbinden sich aber mit diesen frühen »Todesäquivalenten« (Lifton 1986, 74 ff.).

Je nach seiner Konstitution und der familiären Beziehungskonstellation schlägt das Kind dann verschiedene Wege ein, um den Schrecken zu bannen. Entweder verleugnet es den Tod, indem es in ängstlicher Abhängigkeit von den Eltern verharrt und sich an die vertraute Umgebung klammert. Getragen und umsorgt zu werden, ist der treibende Wunsch, und fallengelassen zu werden die zentrale Quelle der Angst. Der Psychoanalytiker Michael Balint (1972) beschrieb dies als den »*oknophilen*« Typus (griech. *oknéo* = zögern, sich anklammern). Solche Menschen entwickeln oft eine unbewusste Lebensangst; sie versuchen gleichsam, der Straße zum Tod auszuweichen, indem sie die Zeit der Kindheit fixieren und sich weigern, erwachsen und autonom zu werden.

Oder aber das Kind schlägt den Weg des grandiosen Selbst-Ideals ein; es muss seine Besonderheit beweisen und leidet später oft unter zwanghaftem Ehrgeiz, Leistungsstreben und mangelnder Beziehungsfähigkeit. Nicht selten äußern sich die verdrängten Todesängste und Ohnmachtsgefühle der Kindheit später auch in kontraphobischen Aktivitäten – etwa beim Extrembergsteigen, Bungee- oder Fallschirmspringen, U-Bahn-Surfen oder Motorsport. In Balints polarer Typologie entspricht dem die »*philobatische*« Tendenz (von griech. *akrobátes*), nämlich die Liebe zu den ›freundlichen Weiten‹ und zur Gefahr, die Angstlust an der Herausforderung, durch die das Größenselbst bestätigt wird. Der Philobat begibt sich lieber in die Gefahr, wie ein Artist vom Hochseil zu stürzen, als dass er sich von anderen begrenzen lässt. Der

›Thrill‹ oder der ›Kick‹ besteht darin, den Tod herauszufordern und dabei immer wieder über die eigene verdrängte Todesangst zu triumphieren (Kraus & Csef 1994). Der oknophile und der philobatische Typus Balints entsprechen also zwei gegensätzlichen Reaktionen auf die elementaren, frühen Todesängste: der ›regressiven‹ und der ›progressiven‹ Verleugnung des Todes.

Resümee

Wir haben gesehen, dass die neurotische Abwehr der Todesangst einen hohen Preis hat. Der Schutz durch einen mächtigen Retter verhindert die Entwicklung von Autonomie und Selbstverantwortung; das Streben nach Besonderheit und Grandiosität geschieht auf Kosten der Liebes- und Beziehungsfähigkeit und des Lebensgenusses. Beide Strategien haben ein eingeschränktes Leben zur Folge, bis hin zu einem Stillstand des persönlichen Wachstums. Zentrale Entwicklungsmöglichkeiten bleiben ungenutzt, denn die Aufgabe der Abwehr – die Lösung aus symbiotischen Bindungen oder der Verzicht auf Grandiosität – löst jeweils existenzielle, tödliche Angst aus. Otto Rank schrieb daher treffend, der Neurotiker verschmähe »die Leihgabe des Lebens, um damit der Begleichung der Schuld zu entgehen« – nämlich dem Tod (Rank 1931, 43).

Doch wenn wir beide Abwehrformen in ihrer Entstehung zurückverfolgen, dann stellen wir fest, dass sie letztlich einem Bedürfnis nach Liebe entspringen; einem Bedürfnis, das sich gebrochen hat an den Erfahrungen von Schmerz, Angst, Scham, Trennung, Verlust und Tod. Angesichts dessen flüchten die einen zurück in symbiotische, unreife Beziehungen; sie klammern sich an bestehende Bindungen auf Kosten ihrer Individuation. Die anderen treten die Flucht nach vorne an, in die grandiose Besonderheit und Vereinzelung auf Kosten liebevoller Beziehung; Phantasien der eigenen Großartigkeit sollen die tödliche Einsamkeit kompensieren. Beide Wege sind prekär, denn die Realität des Todes lässt sich auf die Dauer nicht verleugnen und ereilt sie schließlich doch. Weder der heroische Individualismus noch das Verharren im ursprünglichen symbiotischen Miteinander, so können wir

die anfangs gestellten Fragen beantworten, halten der Wirklichkeit des eigenen Todes stand.

Und doch kann gerade die Konfrontation mit dieser Wirklichkeit zur Chance für eine Reifung und Heilung werden. Immer wieder macht man die Beobachtung, dass die Nähe des Todes, ein Unfall, eine schwere Erkrankung, der Verlust eines nahen Menschen oder ein Suizidversuch zu einer tiefgreifenden Wandlung des Betroffenen führen kann. Die realisierte Gegenwart des Todes im Leben lässt illusionäre Wunschvorstellungen zerfallen, sie relativiert Größenphantasien und führt Beziehungen auf eine neue Stufe. Denn solange die Angst vor Einsamkeit und Tod sie überwältigt, werden die einen sich ihren Größenphantasien hingeben wie einer Droge; die anderen werden sich an ihre Nächsten klammern, um sie zu ihrer Rettung zu gebrauchen, und das heißt immer auch missbrauchen. Keine Beziehung und Bindung kann die existenzielle Vereinzelung durch den Tod ganz aufheben. Aber das Leben kann in einer Weise geteilt werden, dass die Liebe den Schmerz der möglichen Trennung in sich aufnimmt. Wir sollen allem Abschied voran sein, schreibt Rilke in den Sonetten an Orpheus, und an anderer Stelle: »Ich will nicht sagen, dass man den Tod *lieben* soll; aber man soll das Leben so großmütig, so ohne Rechnen und Auswählen lieben, dass man unwillkürlich ihn (des Lebens abgekehrte Hälfte) immerfort mit-einbezieht, ihn mitliebt« (Rilke 1991, 268).

Die Vorwegnahme des Endes durchdringt die Liebe und macht sie als endliche gerade kostbar. Ihr Sinn ist dann, wie Robert Spaemann schreibt, »im Bewusstsein der Endlichkeit gehärtete Bedeutsamkeit« (1996, 128). Liebe zum anderen, die nicht durch das Bewusstsein des Todes hindurchgegangen ist – also die unreife Liebe, das Haben- und Besitzen-Wollen –, verstrickt sich in Abhängigkeiten, die sie selbst zur Wurzel von Angst und seelischem Leiden werden lassen. Erst die im Angesicht des Todes gehärtete Liebe, die Liebe der selbstbewussten und freien Hingabe, die nicht mehr besitzen will, um dem Tod zu entgehen – diese Liebe kann auch das Leiden angesichts des Todes lindern.

Literatur

- Balint, M. (1972). *Angstlust und Regression. Beitrag zur psychologischen Typenlehre*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Below, N. von (1980). *Als Hitlers Adjutant 1937–45*. Mainz: Hase & Koehler.
- Binswanger, L. (1962). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. München Basel: Reinhardt.
- Blumenberg, H. (1986). *Lebenszeit und Weltzeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzissmus. In ders., *Gesammelte Werke, Bd. 10* (S. 137–170). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1915). Zeitgemäßes über Krieg und Tod. In ders., *Gesammelte Werke, Bd. 10* (S. 323–355). Frankfurt am Main: Fischer.
- Fuchs, T. (2000). *Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fuchs, T., Iwer, L. & Micali, S. (Hrsg.) (2018). *Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Genoud, F. (Hrsg.) (1981). *Hitlers politisches Testament. Die Bormann Diktate vom Februar und April 1945*. Hamburg: Knaus.
- Gronemeyer, M. (1993). *Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Haffner, S. (1978). *Anmerkungen zu Hitler*. München: Kindler.
- Kraus, M. R. & Csef, H. (1994). Todesangst und Todesfaszination: Phänomene der Gegenwart. *Daseinsanalyse, 11*, 102–112.
- Krebs, A. (1959). *Tendenzen und Gestalten der NSDAP*. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt.
- Lifton, R. J. (1986). *Der Verlust des Todes. Über die Sterblichkeit des Menschen und die Fortdauer des Lebens*. München Wien: Hanser.
- Meyer, J. E. (1979). *Todesangst und das Todesbewusstsein der Gegenwart*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Montaigne, M. de (1969). *Essais. Bd. 1*. Paris: Flammarion.
- Rank, O. (1931). *Technik der Psychoanalyse III. Die Analyse des Analytikers*. Leipzig Wien: Deuticke.
- Rilke, R. M. (1991). Brief an Gräfin Margot Sizzo-Noris-Crouy, 6. Januar 1923. In ders., *Briefe, Bd. II. 1919 bis 1926* (hrsg. v. H. Nalewski) (S. 263–269). Frankfurt am Main Leipzig: Insel.
- Schlette, M. (2013). *Die Idee der Selbstverwirklichung. Zur Grammatik des modernen Individualismus*. Frankfurt am Main New York: Campus.

Leiden an der Sterblichkeit

Spaemann, R. (1996). *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ›etwas‹ und ›jemand‹*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Yalom, I. D. (1989). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Phänomenologie und Psychopathologie des Willens

Einleitung

Ein Patient verharnt stundenlang gebannt vor einer Jacke oder einem Glas Wasser, bevor er das eine oder das andere zu ergreifen vermag. Eine andere Patientin versucht am Morgen aufzustehen und ins Bad zu gehen, liegt aber gegen Mittag noch immer im Bett, obgleich sie sich deshalb schwerste Vorwürfe macht. Ein Angestellter soll eine Vertriebskostenaufstellung anlegen, verliert sich aber in stundenlangen Überlegungen darüber, welches Ordnungsprinzip er der Aufstellung zugrunde legen sollte. Ein renommierter Autor hat sein Werk fast vollendet, kapituliert aber vor den letzten Zeilen und bringt es schließlich niemals zum Druck.

Wie es scheint, haben wir es hier mit unterschiedlichen, aber doch gravierenden Störungen des Willens oder willentlichen Handelns zu tun. Allerdings spielt der Begriff des Willens, vor 100 Jahren noch ein bedeutsames Konzept der Psychopathologie, in der gegenwärtigen Psychiatrie kaum noch eine Rolle.¹ Unter dem Einfluss der Psychoanalyse und des Behaviorismus, die beide – wenn auch aus unterschiedlichen Gründen – mit dem Willensbegriff nichts anfangen konnten, geriet er in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts in Misskredit. In den neueren Kognitionswissenschaften ist der Komplex der sogenannten »exekutiven Funktionen« an seine Stelle getreten. Erst die Debatte um die Willensfreiheit hat in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit wieder vermehrt auf die Frage gelenkt, ob und unter welchen Bedingungen wir willentlich und frei handeln können, d. h. aber auch, wel-

¹ Eine Ausnahme bilden die Arbeiten von Janzarik (2004, 2008) sowie der von Petzold und Sieper herausgegebene Sammelband (2008).

che psychischen Störungen diese Freiheit beeinträchtigen oder aufheben. Die folgenden Untersuchungen gelten nicht der philosophischen Frage nach der Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Willensfreiheit, sondern den Bedingungen, unter denen sich Menschen als frei Handelnde erleben oder aber in ihrer Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sind. Ich werde dazu zunächst den Willen phänomenologisch beschreiben und seine wesentlichen Komponenten herausarbeiten. Auf dieser Grundlage untersuche ich dann die hauptsächlichen Formen der Willensstörungen in der Psychopathologie. Ein kurzer Ausblick gilt abschließend den Fragen der Einwilligungsfähigkeit.

(1) Phänomenologie des Willens

Der Begriff des Willens ist nicht leicht zu fassen, da er ähnlich wie andere Substantivbildungen – ›Ich‹, ›Seele‹, ›Bewusstsein‹ usw. – eine eigene psychische Instanz oder Entität zu bezeichnen scheint, die sich aber recht besehen in der Erfahrung so nicht finden lässt. Unbestreitbar ist nur, dass wir Dinge tun *wollen* – z. B. will ich an einem schönen Tag gerne einen Spaziergang machen, ich spüre die Lust dazu, überlege mir, wann und wohin ich gehen möchte, und realisiere dann schließlich mein Vorhaben, indem ich meine Schuhe anziehe und aus dem Haus gehe. Aber wo in diesen Abläufen finden wir ›den Willen‹? Besser erscheint es wohl, mit dem Begriff zunächst einen Komplex von psychischen Funktionen zu bezeichnen, die von der noch unbewussten Vitalsphäre ihren Ausgang nehmen, jedoch zunehmend deutlich und bewusst werden. Er umfasst dann

- zunächst einen elementaren, noch ungerichteten *Antrieb* oder *Drang*;
- dann *Triebe, Bedürfnisse oder Strebungen*, die auf erwünschte Ziele gerichtet sind;
- weiter den Prozess der eigentlichen *Willensbildung* in einer Entscheidungssituation, der über die Phase des Abwägens bis zum Entschluss verläuft;

- die dem Entschluss entsprechende *Willenshandlung* oder Handlungsabfolge, die das im Entschluss anvisierte Vorhaben realisiert;
- und schließlich die oft als *Willensstärke* bezeichnete Fähigkeit, an einem einmal getroffenen Entschluss gegen innere und äußere Widerstände festzuhalten.

Als *Wille im engeren Sinn* lässt sich dann die Fähigkeit bezeichnen, zwischen verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten und ihnen entsprechenden Wünschen eine überlegte und freie Wahl zu treffen – also der eigentliche »freie Wille«. Ergebnis dieser Willensbildung ist der Wille als Entschluss und die ihm entsprechende, verbindliche Einstellung, die man auch schriftlich niederlegen kann, sei es als Vertrag, Willensverfügung, letzten Willen usw. Eng mit dem freien Willen verknüpft ist der Begriff der *Selbstbestimmung*, verstanden als die Fähigkeit, in einer Wahlsituation einen nicht durch äußere Einflüsse oder Zwänge bestimmten, somit autonomen Willen zu bilden und in die Tat umzusetzen. Drei wichtige Merkmale charakterisieren dieses Vermögen des Willens:

- (1) Es enthält zunächst ein Moment der Wahl oder Entscheidung, das heißt, es setzt im Unterschied zu unkontrollierten Trieb- oder Impulshandlungen bestimmte Freiheitsgrade der Person voraus. Dazu müssen alternative oder unerwünschte Impulse *gehemmt* werden.
- (2) Der Wille setzt ein Handeln-Können voraus, also das Vermögen eines leiblichen Akteurs, aufgrund von Handlungs-urheberschaft und leiblichem Können eine potenzielle Handlung auch umzusetzen. Im Gegensatz zum bloßen Wünschen oder Hoffen ist jedes Wollen somit immer ein aktuales »Tun-Wollen«, das mit der eigenen Handlungsfähigkeit rechnet (Pfänder 1900/1963).
- (3) Schließlich ist der Wille wesentlich auf die Zukunft gerichtet, d. h., er spannt einen zeitübergreifenden »intentionalen Bogen« (Merleau-Ponty 1966) in Richtung des Willensziels auf, dem sich das eigene Handeln und Verhalten im weiteren Verlauf unterordnet.

All dies setzt verschiedene höhere kognitive Funktionen voraus, etwa eine hinreichende Introspektionsfähigkeit, Situationsübersicht, Urteils- und Kritikvermögen – also Fähigkeiten, die zu einer grundsätzlichen Rationalität und damit Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsbildung beitragen. Nicht vorausgesetzt ist hingegen eine Art metaphysischer Wille oder eine autonome psychische Instanz, die zu gegebener Zeit auf den Plan tritt und eine Entscheidung herbeiführt oder gar den Körper in Bewegung setzt. Einen solchen substanzialisierten Willen werden wir in der Analyse der Prozesse von Willensbildung, Entschluss und Handlung nirgendwo finden.

Wohl aber bildet der Wille eine zentrale Fähigkeit der menschlichen Person, insofern sie durch ihr Selbstverhältnis in die Lage versetzt wird, gegenüber ihren primären Impulsen und Trieben Distanz und Freiheit zu gewinnen. Frankfurt (1971) hat in diesem Sinn die Fähigkeit, »Volitionen zweiter Ordnung« (*second-order volitions*) zu bilden und umzusetzen, als das grundlegende Merkmal von Personalität bezeichnet. In solchen Volitionen nimmt die Person zu ihren primären Impulsen wertend, zustimmend oder ablehnend Stellung und erweist damit ihre Freiheit, die Kant als Grundlage der Menschenwürde ansah.

Um nun die Phänomenologie des Willens näher zu analysieren, unterscheide ich zwischen drei hauptsächlichen Strukturmomenten, nämlich der Konation, der Inhibition und der Volition.

- Unter *Konation* verstehe ich die Gesamtheit von Antrieb, Energie, Trieben, Bedürfnissen und Motiven (▷Bewegkräften-), die zu einer Handlung führen können; wir können auch vom »primären Wollen« sprechen.
- *Inhibition* ist demgegenüber die Fähigkeit zur Hemmung von spontanen Triebimpulsen oder Bedürfnissen, mithin eine wesentliche Voraussetzung für Willensfreiheit.
- *Volition* schließlich bezeichnet den Prozess der eigentlichen Willensbildung, des Entschlusses und der willentlichen Handlung, somit die Fähigkeit der bewussten Selbststeuerung.

a) *Konation/Motivation*

Beginnen wir mit der Konation, abgeleitet vom lateinischen *conatus* (= Drang, Trieb, Streben). Dazu gehört zunächst der *Antrieb* als dynamisch-vitale Grundenergie des Organismus, die sich in der gespürten Vitalität, Frische, Energie oder Tatkraft manifestiert. Spezifischer gerichtet sind die *Triebregungen* wie etwa Hunger, Durst, Sexualtrieb oder Bewegungsdrang, sodann die Vielfalt menschlicher *Bedürfnisse und Strebungen* wie Nähe- und Zugehörigkeitsbedürfnis, Leistungs-, Geltungs- und Machtstreben, Neugier, Interesse usw. Die Grundbedürfnisse eines Menschen sind unterschiedlich ausgeprägt und gehören zu seiner dauerhaften Persönlichkeitsstruktur.

Noch konkreter ausgerichtet sind die *Motive* als anhaltende Dispositionen, Neigungen und Wünsche, die Beweggründe für Handlungen darstellen, etwa der Wunsch, eine Familie zu gründen, ein Instrument zu erlernen o.ä. Unter der *Motivation* können wir dann die Gesamtheit der jeweils aktuellen Triebe, Bedürfnisse und Motive verstehen, die zunächst die Ausrichtung und Auswahl des Verhaltens in einer gegebenen Situation begründen, im weiteren Verlauf dann auch zur Konsequenz und Zielstrebigkeit der Handlungsumsetzung beitragen. *Affekte* und *Impulse* schließlich bezeichnen momentane, meist rasch abklingende emotionale Regungen, die durch besondere Merkmale einer Situation hervorgerufen werden und ein eher spontanes Handeln induzieren.

b) *Inhibition*

Die ungehinderte Umsetzung eines Triebs oder Impulses wäre keine willentliche Handlung im eigentlichen Sinn, denn es fehlte ihr das Moment der Selbstkontrolle und Selbstbestimmung. Damit sie geschehen kann, muss eine *Hemmung* einsetzen, die dem Überlegen und Entscheiden Raum gibt. Damit verknüpft ist die Fähigkeit, primäre Strebungen aufzuschieben, Umwege zu ihrer Realisierung in Kauf zu nehmen oder auch ganz auf sie zu ver-

zichten. Diese für die Willensfreiheit zentrale *Suspension* primärer Impulse ist bereits von Locke beschrieben worden:

Da der Geist, wie die Erfahrung zeigt, in den meisten Fällen die Kraft besitzt, bei der Verwirklichung und Befriedigung irgendeines Wunsches *inezuhalten* und mit allen andern Wünschen der Reihe nach ebenso zu verfahren, so hat er auch die Freiheit, ihre Objekte zu betrachten, sie von allen Seiten zu prüfen und gegen andere abzuwägen. Hierin besteht die Freiheit, die der Mensch besitzt. [...] [Wir haben] die Kraft, die Verfolgung dieses oder jenes Wunsches zu unterbrechen, wie jeder täglich bei sich selbst erproben kann. (Locke 1690/1981, II, Kap. 21, §47)

Erst durch diese Hemmung ergibt sich die zeitliche Verzögerung, das Moratorium, das den Raum der Freiheit eröffnet (Fuchs 2020). Vielfach entsteht dieses Moratorium auch aufgrund einer *Offenheit* der Situation, die von sich aus mehrere Handlungsoptionen zulässt, also ambivalent oder polyvalent ist, sodass die Handlungsausrichtung erst durch eine Entscheidung bestimmt werden kann. Damit bedeutet das Auftreten polyvalenter Situationen auch eine vorübergehende Desorientierung, einen Konflikt, der gelöst werden muss. Das ist die Aufgabe der Willensbildung, die schon zum Komplex der *Volition* gehört.

c) *Volition*

Die *Volition* bezeichnet den Übergang von der Konation zur Handlung, und zwar in einer Situation, die alternative Möglichkeiten bereithält und eine Wahl wie auch Entscheidung erfordert. Im Moratorium, das die Inhibition eröffnet, tritt das primäre Wollen in das Licht der Selbstreflexion und zugleich unter die Herrschaft des freien Willens:

Erst mit der Überformung durch den Willen erreicht das jetzt mit seiner fortwirkenden Kraft im Willen aufgehobene Wollen in einem qualitativen Sprung die Ebene menschlicher Entwicklung und Selbstgestaltung. (Janzarik 2008, 568)

In der *Volition* bildet die Person selbst ihren Willen, von der reflektierenden Abwägung (*Deliberation*) bis zum Entschluss (*De-*

zision), und das ist die Voraussetzung für das Freiheitserlebnis in der schließlich resultierenden Handlung. »Ich habe das gewollt« bedeutet jetzt: Ich habe es mir, und sei es auch nur kurz, überlegt und mich dafür entschieden.

Die Willensbildung ist also zunächst ein Prozess der Überlegung, des Mit-sich-zu-Rate-Gehens, der Artikulation und Klärung von Motiven und Gründen. In virtuellen Probebewegungen nimmt die Person künftige Möglichkeiten vorweg, bedenkt ihre Vorteile, Risiken oder Hindernisse und fühlt sich gewissermaßen in die künftigen Situationen ein, um so eine innere Stimmigkeit oder *Kohärenz* und damit eine Orientierung in der offenen Situation zu finden.² Dazu gehören auch Überlegungen, die die Situation aus einer übergeordneten Perspektive beurteilen, etwa indem die Person die Interessen anderer oder moralische Gesichtspunkte miteinbezieht. Deutlich erkennbar wird hier der Zusammenhang von *Wille und Denken*: Willensakte entstehen erst auf der Basis von Überlegungen und Denkprozessen, die zumindest ein gewisses Maß von Auffassungsvermögen, Situationsüberblick, Selbstdistanz und Rationalität erfordern. Die Autonomie der Person beruht nach der klassischen, vor allem auf Kant zurückgehenden Konzeption wesentlich auf der *Freiheit* und *Rationalität* der Willensbildung.

Allerdings erfolgt diese Willensbildung in der Praxis keineswegs auf rein rationale oder streng systematische Weise. Vielmehr stellt sie eher einen dynamisch-kreativen Prozess dar, in dem bewusste und unbewusste Komponenten, Gefühle, Wünsche, Vorstellungen, Erwartungen, Überlegungen und Gründe einander wechselseitig beeinflussen. Die Intuition oder, wie man auch sagt, das »Bauchgefühl« spielen bei der Willensbildung eine wesentliche und häufig ausschlaggebende Rolle. Entscheidungen lassen sich daher nicht ausrechnen und auch nicht voraussehen. Kein psychologisches oder neurobiologisches Verfahren ist in der Lage,

² Thomae (1960) hat dies treffend als »Vorahnung« bezeichnet, worin »Vorahnung« ebenso wie »Nachahnung« anklingt und so das intuitiv-mimetische Moment der Antizipation zum Ausdruck bringt; vgl. hierzu auch Fuchs (2008).

das freie Handeln einer Person mit absoluter Sicherheit vorherzusagen (Fuchs 2020).

Bei hinreichender Klärung stellt sich im Abwägungsprozess schließlich ein Gefühl der Stimmigkeit oder Kohärenz ein: »Das ist das Richtige für mich«, »das mache ich jetzt« – ein Gefühl, das nun in die *Entscheidung* oder den *Entschluss* mündet. Der Prozess der Abwägung muss aktiv zu einem Abschluss gebracht werden, der die möglichen Alternativen bis auf eine verwirft. Anderenfalls entsteht ein zunehmend unangenehmer, quälender Zustand der Entschlusslosigkeit bei gleichzeitigem Entscheidungsdruck, die bekannte ›Qual der Wahl‹. Es kann aber auch nach der getroffenen Entscheidung ein Gefühl mangelnder Selbstkongruenz bleiben, nämlich wenn sich die Person über zentrale Motive hinweggesetzt, zu keiner inneren Klärung und Stimmigkeit gefunden hat, sodass sie sich mit ihrer Entscheidung nicht wirklich identifizieren kann. Die Klärung und Artikulation des eigenen Wollens ist daher eine oft nicht leichte Aufgabe; sie setzt Introspektionsfähigkeit, Selbstkenntnis und nicht zuletzt Geübtheit und Erfahrung voraus, weshalb Peter Bieri (2001) treffend vom »Handwerk der Freiheit« gesprochen hat.

Im sogenannten *Rubikon-Modell* der Willensbildung nach Heckhausen und Gollwitzer (1987) bedeutet der Rubikon die psychische und zeitliche Schwelle im Entscheidungsprozess, die im Entschluss überschritten wird, abgeleitet von Caesars Angriff auf Rom als Auslöser des römischen Bürgerkrieges. Von diesem Moment an geht es nicht mehr um die Abwägung verschiedener Möglichkeiten in einer Haltung der Offenheit, sondern vielmehr um die *Schließung* des Möglichkeitsraums: Jetzt müssen alternative Optionen möglichst konsequent ausgeblendet oder zumindest in ihrem Wert gemindert werden, damit man sich ganz auf die Planung und Umsetzung der gewählten Handlung konzentrieren kann, von der ersten erforderlichen Körperbewegung bis zum Erreichen des eigentlichen Handlungsziels. Der *Willensakt*, also die aus der freien Entscheidung resultierende Handlung, ist eine körperliche Aktion, in der sich die Person, anders als bei reinen Trieb- oder Impulshandlungen, als selbst aktiv und frei erlebt. Häufig realisiert sich der gebildete Wille aber auch erst in einer Folge von

Handlungen, die miteinander verbunden zu dem gewünschten Ziel führen – etwa wenn man sich entschließt, ein Essen zu kochen, eine Party zu veranstalten oder auch ein Studium zu absolvieren.

Für solche länger hingezogene Willensäußerungen bedarf es in besonderem Maße der Intentionalität oder gerichteten Aktivität des Subjekts: zunächst in der Vorwegnahme des Ziels (*Antizipation*), dann in der sinnvollen Anordnung der geeigneten Handlungsschritte (*Sequenzierung*), schließlich wiederum in der Hemmung oder Ausblendung abweichender oder störender Impulse und Einfälle (*Inhibition*).³ Je eindeutiger und folgerichtiger das Handeln, desto mehr ist die Person dabei mit sich im Einklang. Es geht darum, den *intentionalen Bogen* der Handlung bis zum Ziel hin zu spannen und aufrechtzuerhalten, was einer Verbindung aus Antizipation, Aufmerksamkeit und Beharrlichkeit bedarf, d.h. einer fortwährenden Steuerungs- und zugleich Hemmungsleistung – Funktionen, die in der kognitiven Psychologie auch unter dem Begriff der ›exekutiven Funktionen‹ zusammengefasst werden.

Willensstärke ist die alltagspsychologische Bezeichnung für diese im Prozess der Handlung erforderliche komplexe Fähigkeit. Sie setzt zum einen eine geklärte, also zumindest nicht mit hoher Ambivalenz getroffene Entscheidung voraus – anderenfalls wird die Handlung immer wieder vertagt oder lassen sich abweichende Impulse nicht unterdrücken, sodass der Betreffende womöglich seine Entscheidung ganz in Frage stellt und damit gewissermaßen an das Ufer vor dem Rubikon zurückkehrt. Zum anderen bedarf es einer Geübtheit und Festigkeit im Umgang mit entsprechenden Handlungsbögen, die wir auch dem persönlichen Charakter zuschreiben – man spricht in diesem Sinn auch von willensstarken oder -schwachen Persönlichkeiten –, eine Festigkeit, die freilich auch durch kognitive und andere psychische Störungen vielfältig beeinträchtigt sein kann.

Schließlich spielt für die Konsequenz und Beharrlichkeit der Willensumsetzung auch die unter (a) bereits erwähnte *Motivation* eine zentrale Rolle: Wie wichtig ist es mir, das konkrete Ziel zu

³ Mit Janzarik (2004) kann man auch von einer *Desaktualisierung* divergierender Gerichtetheiten sprechen.

erreichen, wie sehr identifiziere ich mich damit? Nach den »Erwartung-mal-Wert«-Modellen (etwa Lawler & Porter 1967; Wigfield & Eccles 1992) ist die Motivation dabei einerseits abhängig vom Wert der erwarteten Befriedigung, andererseits von der Erfolgswahrscheinlichkeit der Handlung. So kann ein hoher Wert des Ziels geringe Erfolgsaussichten kompensieren oder umgekehrt eine hohe Erfolgchance einen eher geringen Befriedigungswert ausgleichen. Hier können z. B. kognitive und verhaltenstherapeutische Interventionen ansetzen, die die Einschätzung der Situation modifizieren, die Verkoppelung von Motiv und Handlungsziel stärken und so die beabsichtigte Handlung erleichtern. Die erfolgreich ausgeführte Handlung mit ihren Resultaten in der Umwelt wird abschließend bewertet und hat als solche Auswirkungen auf die künftige Motivation, sei es im Sinne einer Zufriedenheit, Belohnung und Verstärkung oder aber im Sinne einer Enttäuschung und entsprechenden Dämpfung der Motivation.

(2) Psychopathologie der Willensstörungen

Auf dieser phänomenologischen Grundlage lässt sich nun auch die Psychopathologie der Willensstörungen in drei Gruppen gliedern, wobei es im Einzelnen auch Kombinationen und Überschneidungen gibt:

- a) Störungen der Konation (Antriebsmangel oder -überschuss),
- b) Störungen der Inhibition (Hemmungsmangel oder -überschuss),
- c) Störungen der Volition (Störungen der Willensbildung, Ambivalenz, Intentionalitätsstörung, »Willensschwäche«).

Im Folgenden werde ich diese drei Gruppen von Willensstörungen anhand von psychopathologischen Beispielen darstellen, ohne dabei Vollständigkeit anzustreben. Vorweg sei bemerkt, dass die dabei zugrunde liegenden Erkrankungen von sehr verschiedener Art sind; es kann sich um psychogen-neurotische Störungen, funktionelle Erkrankungen wie etwa Psychosen oder organische

Hirnschädigungen handeln. Die Einteilung folgt also grundsätzlich der Phänomenologie des Willens, innerhalb der drei Gruppen können jedoch ätiologisch ganz unterschiedlich geartete Krankheiten auftreten. Die psychopathologischen Phänomene sind andererseits geeignet, die im ersten Teil dargestellte Phänomenologie normalpsychologischer Willenstätigkeiten durch den Kontrast zu schärfen.

a) *Störungen der Konation*

Zu den Störungen der Konation gehören zunächst Antriebsverlust auf der einen, Antriebssteigerung auf der anderen Seite, wie sie sich vor allem in der Depression bzw. in der Manie manifestieren können. So geht vor allem die schwere, gehemmte Depression mit einem Verlust des Antriebs einher, der selbst alltägliche Handlungen zu einem schier unüberwindlichen Hindernis werden lässt.

Am Morgen wollte ich aufstehen und mich duschen, aber es dauerte drei Stunden, bis ich mich auch nur aufraffen konnte, ins Bad zu gehen. (Patientin der eigenen Klinik)

Ich sage mir: Du musst etwas tun; aber während ich es sage, setze ich mich trotzdem auf den nächsten Stuhl und starre vor mich hin. Sowie ich allein war, machte ich es so, und dabei spürte ich, wie dies Hin und Her zwischen Wollen und Nicht-Wollen an meinen Nerven riss. (Tellenbach 1983, 152)

Die Patientin im ersten Beispiel vermag also den bereits konkret gefassten Entschluss nicht in die Handlung umzusetzen, da ihr gleichsam der ›Wind in den Segeln‹ fehlt. Im zweiten Fall bleibt es bei einem allgemeinen Sollen, das sich aber nicht zu einem bestimmten Handlungsziel konkretisiert und so erst recht wirkungslos bleibt. Einsichtig wird, wie quälend die Aufforderung, sich ›zusammenzureißen‹, für den Depressiven sein muss – die Antriebshemmung lässt alle solchen Appelle oder Vorsätze ins Leere laufen, denn das bloße Wollen oder Sollen auf einem gedanklichen Niveau bleibt wirkungslos, solange der erforderliche vitale

Antrieb fehlt, zumal sich die bleierne Schwere und Erstarrung des Leibes in der Depression diesem kognitiven Wollen geradezu widersetzt.⁴ Die vermeintlich selbst verursachte Willensschwäche verstärkt nur die Selbstvorwürfe und Schuldgefühle der Patienten, denn sie erleben ihr Nicht-Können als moralisches Versagen: »Wenn ich wirklich wollte, könnte ich schon.«

Als *Abulie* oder krankhafte Willensschwäche bezeichnet man in der Psychopathologie allgemein das Unvermögen, einen gefassten Willen, Vorsatz oder Entschluss zur Ausführung zu bringen, sei es aufgrund von Antriebs-, Kraft- und Initiativlosigkeit, psychomotorischer Hemmung oder allgemeiner Apathie. Es kann in der Folge zum völligen Verlust von Willenskraft und Interesse kommen, sodass die Betroffenen an ihrer Umwelt nicht mehr teilnehmen und schließlich in soziale Isolation geraten. Ursachen sind nicht nur Depressionen, sondern auch chronische Schizophrenien oder diffuse wie auch lokale Hirnschädigungen (v. a. des Frontalhirns, der Basalganglien oder des Thalamus). So beschreibt Conrad das schwere Antriebsdefizit bei chronisch Schizophrenen treffend als »Syndrom der gebrochenen Feder«:

Der Kranke vermag überhaupt keine Bedürfnisspannung mehr auszubilden, und bleibt, wohin man ihn auch stellt, stehen, wie eine Uhr mit gebrochener Feder. Sobald man aber von außen den fehlenden Antrieb ersetzt, ihn antreibt, etwas zu tun, dann vermag er jede beliebige Tätigkeit eine kurze Weile auszuführen, bleibt aber sehr bald wieder stehen, wie jene Uhr, die ein paar Schläge macht, wenn man sie schüttelt. (Conrad 1958/1992, 127)

Einen *Überschuss der Konation* finden wir auf der anderen Seite bei der Manie. Sie ist gekennzeichnet durch eine allgemeine Antriebssteigerung und grundlos gehobene Stimmung, durch ein Übermaß an Initiative, Einfallsreichtum und Wagemut bis hin zum bedenkenlosen Draufgängertum. Maniker stehen sehr früh am Tag auf, um verschiedenste Projekte zu beginnen, die sie aber dann ebenso rasch wieder fallen lassen; sie reden viel, laut und gestikulierend; sie reisen herum und mischen sich in alles Mög-

⁴ Vgl. den Aufsatz »Depression, Leiblichkeit, Zwischenleiblichkeit« in diesem Band.

liche ein, was sie nichts angeht. Dabei sind sie kaum ermüdbar, brauchen nur ein Minimum an Schlaf und geben sich jünger und vitaler, als es ihrem Alter entspricht. Ihr Taten- und Bewegungsdrang ist schier unbezähmbar, was aber auch bedeutet, dass sie sich selbst keine Hemmungen und Beschränkungen auferlegen können. Manien beeinträchtigen insofern die freie Willensbestimmung und können durchaus mit dem Verlust der Geschäftsfähigkeit einhergehen.

Betrifft die Manie den Antrieb und die von ihm gespeisten Triebe insgesamt, so finden wir eine *Übermacht einzelner Triebregungen* in allen Formen der Sucht oder Abhängigkeit (sei es von Drogen, Alkohol, Medikamenten, Glücksspiel oder anderem Verhalten). Der Süchtige wird buchstäblich ein Getriebener: Periodisch oder dauerhaft leidet er unter einem meist unüberwindbaren Verlangen, das zu Kontrollverlust, zwanghaftem Konsum und fortschreitender Vernachlässigung anderer Aktivitäten oder Verpflichtungen führt. Kraftlos gleiten alle Einsichten und guten Vorsätze am süchtigen Verlangen ab. Damit belegen die Abhängigkeitserkrankungen erneut die Ohnmacht des rein verstandesmäßigen Wollens, anders als bei der Depression aber nicht aufgrund fehlenden vitalen Antriebs, sondern vielmehr aufgrund massiver leiblicher Triebregungen. Der Süchtige ist daher im Sinne Frankfurts (1971) unfrei, insofern er zwar zu »Volitionen zweiter Ordnung« (*second-order volitions*) gelangt – »ich will diese Sucht nicht haben bzw. ihr nicht nachgeben« –, diese jedoch nicht wirksam zu machen vermag. Die gegenläufigen Richtungen und Motive des Wollens bzw. Nicht-Wollens sind gewissermaßen auf verschiedenen Niveaus der Person angesiedelt, wobei sich die vital-triebhafteste Schicht in der Regel als überlegen erweist.

b) *Störungen der Inhibition*

Auch bei den Störungen der Inhibition können wir wieder eine *Enthemmung* auf der einen und eine *übermäßige Hemmung* auf der anderen Seite unterscheiden. – Geht ein Trieb oder Impuls ungehemmt und ohne eine wenigstens kurz dauernde Überlegung

in eine Aktion über, sprechen wir nicht von einer Willens-, sondern von einer *Trieb- oder Impulshandlung*, die subjektiv mit dem Gefühl des Getrieben- oder Überwältigtwerdens erlebt wird. Hier ist also die Inhibition gegenüber der Konation so geschwächt, dass die Impulskontrolle oder Selbstbeherrschung nicht mehr gelingt. Eine eigentliche Entscheidung zur Handlung kommt daher gar nicht zustande, vielmehr kann sie willentlich gar nicht oder doch nur schwer verhindert werden. Störungen der Inhibition finden sich häufig in hochgradig affektgeladenen Zuständen, aber auch bei impulsiv-unbeherrschten Persönlichkeiten, denen man in der klassischen Temperamentenlehre einen ›cholischen‹ Charakter zusprach.

Die Fähigkeit zur Hemmung spontaner Impulse wird in der Neuropsychologie den schon erwähnten *exekutiven Kontrollfunktionen* zugeschrieben, die im Verlauf der Kindheit erworben werden (Hommel 2002; Müller 2013). Dabei bilden sich durch Einübung von Impulsunterdrückung und Verhaltensaufschub – nicht zuletzt unter erzieherischem Einfluss – hemmende Bahnen vom Frontalhirn zum limbischen System heraus, die den Fähigkeiten der Selbstkontrolle entsprechen.⁵ Psychopathologisch zeigen sich Inhibitionsstörungen etwa bei der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen vom impulsiven Typus, in denen aufgrund von massiven negativen Affekten und Spannungszuständen die Einübung von Impulskontrolle bereits von Kindheit an nicht gelingt. Die Formen impulsiver Verhaltensweisen reichen von Fressanfällen (Bulimie) über zwanghaftes Kaufen, Spielen oder Stehlen (Kleptomanie) bis zu Aggressionsdurchbrüchen, Selbstverletzungen oder Suizidversuchen.

Eine *übermäßige Hemmung* kennzeichnet auf der anderen

⁵ Grundsätzlich lassen sich neurophysiologische Beschreibungen als komplementär zu den phänomenologisch bzw. psychopathologisch erfassbaren Willensleistungen und -störungen begreifen, also im Sinne eines Aspekt- oder Perspektivendualismus (vgl. Fuchs 2010, 103 ff.). Die neurophysiologischen Strukturen und Prozesse werden dabei nicht als kausal verursachend, sondern als *Ermöglichungsbedingungen* für die subjektiv und intersubjektiv erfassbaren Phänomene verstanden.

Seite sogenannte schizophrene Bannungszustände bis hin zum katatonen Stupor: Die Patienten können keinen Willensentschluss mehr umsetzen, aber nicht aufgrund mangelnden Antriebs, sondern weil sie sich wie gebannt oder gelähmt fühlen:

Die Patientin lag im Bett, hörte Gerumpel an der Tür; es kam »etwas« herein, bis ans Bett. Sie fühlte es wie eine Hand den Körper bis zum Hals heraufkommen und konnte sich nicht rühren, nicht einmal schreien, sie war wie gebannt. (Jaspers 1973, 99)

Ähnliche Hemmungszustände lassen sich bei organischen Hirnläsionen wie etwa Schädigungen des orbitofrontalen Kortex beobachten: verlangsamte Bewegungen, Sprachverarmung, Interessenverlust und Entschlussunfähigkeit.

c) *Störungen der Volition*

Gehen wir nun über zu den Störungen der eigentlichen Volition, also der Willensbildung und Willensumsetzung, die wiederum eine Reihe von Ursachen haben können. Dazu gehören

- kognitive Störungen, die die Reflexionsfähigkeit, Situationsübersicht und Handlungsplanung beeinträchtigen (z. B. Demenz),
- Intentionalitätsstörungen (dysexekutives Syndrom),
- Ambivalenz (schizophren, depressiv, neurotisch),
- »Willensschwäche«, z. B. Prokrastination (Erledigungsblockade, Aufschieben).

Kognitive Störungen der Reflexion und Handlungsplanung sind wie bei der Demenz meist organischer Natur. Zur spezifischeren Störung der Intentionalität des Willens, dem sogenannten dys-exekutiven Syndrom, kommt es bei einer Schädigung des dorso-lateralen frontalen Kortex. Die Patienten lassen typischerweise die Zielgerichtetheit und Beharrlichkeit des Handelns vermissen, bei Ablenkungen oder Hindernissen geben sie rasch auf. Problemlösendes Denken und vorausschauende Handlungsplanung sind

zum Teil massiv gestört, das handlungsleitende Konzept geht verloren. Stattdessen haften die Patienten an irrelevanten Details oder verfallen in sinnlose Wiederholungshandlungen (Perseverationen). Hingegen haben sie bei Routinehandlungen wie dem alltäglichen Einkaufen oder der Essenzubereitung in der Regel keinerlei Probleme. Der Neurologe Antonio Damasio beschreibt einen Patienten mit entsprechender Läsion:

Er war unfähig, einen Zeitplan einzuhalten. Wenn er eine Tätigkeit abbrechen und sich einer anderen zuwenden musste, blieb er oft bei der ersten und schien sein eigentliches Ziel aus den Augen zu verlieren. Manchmal unterbrach er auch eine Tätigkeit, weil ihn in diesem Augenblick etwas anderes mehr interessierte. Oder er überlegte den ganzen Nachmittag, welches Ordnungsprinzip er einem Sortiervorgang zugrunde legen sollte: das Datum, die Größe des Dokuments, seine Bedeutung für den Fall? So geriet der Arbeitsfluss ins Stocken. Man könnte sagen, dass er den Arbeitsschritt, an dem er hängen blieb, zu sorgfältig ausführte, und zwar auf Kosten des übergeordneten Ziels. (Damasio 1995, 66 f.)

Damasio kommt zu dem Schluss, dass »die Gefühllosigkeit seines Denkens E. [Elliot] daran hinderte, verschiedenen Handlungsmöglichkeiten unterschiedliche Werte zuzuordnen, so dass seine Entscheidungslandschaft völlig abflachte« (ebd., 85). Nur noch zu rationalen Überlegungen bezüglich der möglichen Alternativen in der Lage und unfähig, sie auch emotional zu bewerten, verlieren sich Elliot und vergleichbare Patienten in den Verästelungen ihrer Berechnungen und gelangen nicht mehr zu einem Abschluss ihrer Entscheidungsprozesse (ebd., 236). Hier zeigt sich deutlich eine kombinierte Störung der *Volition*, also der Fähigkeit, einen übergreifenden intentionalen Bogen des Handelns zu spannen, und der *Inhibition*, nämlich der Desaktualisierung störender Gerichtheiten oder Einfälle; beides ist auf die organische Ursache zurückzuführen.

Anders verhält es sich bei der *neurotisch bedingten Ambivalenz*, auch wenn sie sich in ähnlicher Weise manifestieren kann. Hier kommt es zu einer Entscheidungs- und Handlungslähmung durch gegenläufige Motive oder Strebensrichtungen (meist im Sinne eines Appetenz-Appetenz- oder Appetenz-Aversions-Konflikts), deren Widerstreit sich aufgrund neurotischer Fixierungen

nicht auflösen lässt. Die Ambivalenz äußert sich in Entschlossenlosigkeit, Zaudern, Schwanken, Aufschieben, in unablässiger Selbstbeobachtung oder Zweifel- und Grübelsucht (Hyperreflexivität). In der Weltliteratur ist Hamlet sicher der bekannteste Protagonist des lähmenden Zweifels, mit dem das reflektierende Bewusstsein die Entschlusskraft infizieren kann.

So macht Gewissen Feige aus uns allen;
 Der angeborenen Farbe der Entschließung
 Wird des Gedankens Blässe angekränkt;
 Und Unternehmungen voll Mark und Nachdruck
 Durch diese Rücksicht aus der Bahn gelenkt,
 Verlieren so der Handlung Namen.
 (Shakespeare, Hamlet, III, 1)

Von den verschiedenartigen neurotischen Willensstörungen seien zwei besonders prägnante genannt, nämlich die *Akrasie* und die *Prokrastination*. – Unter *Akrasie* (griech. *akrasía*, von *krátos* = Stärke; »Willensschwäche«, »Handeln wider besseres Wissen«) versteht man das Phänomen, dass eine Person eine Handlung A ausführt, obwohl sie eine alternative Handlung B eigentlich für besser hält. Es handelt sich um ein bereits der antiken Moralphilosophie bekanntes Problem, das von Augustinus in seinen *Bekenntnissen* ausführlich geschildert wird, geht es doch dabei um den im Christentum besonders virulenten Konflikt zwischen Trieb und Moral. Am Beispiel der sexuellen Begierde beschreibt Augustinus seine innere Zerrissenheit:

So stritten in mir zwei Willen miteinander, ein alter und ein neuer, der eine fleischlich, der andere geistig, und ihr Hader zerriss meine Seele. [...] Also nicht unfasslich ist es, teils zu wollen, teils nicht zu wollen, sondern eine Krankheit des inneren Menschen, weil er nicht ganz sich aufrichtet. [...] Also sind es zwei Willen, denn der eine von ihnen ist nicht ganz, und was dem einen fehlt, das hat der andere. (Augustinus 1955, VIII, 9, 21)

Hier haben wir es also mit einem klassischen Willens- und Strebungskonflikt zu tun, einem Widerstreit von Motiven auf unterschiedlichen Niveaus der Person – einem Konflikt, dem wir natürlich auch bei heutigen Patienten vielfach begegnen und in dem es

therapeutisch meist um die grundsätzliche Klärung der persönlichen Motive, Wertorientierungen und Lebensentwürfe geht.

Schließlich sei noch eine auch in akademischen Kreisen verbreitete Form der Willens- und Arbeitsstörung erwähnt, nämlich die *Prokrastination* (lat. *crastinus* = morgig): Vorhaben werden nicht begonnen oder abgeschlossen, es wird verschoben und verschoben, meist verbrämt mit vielfältigen Beschönigungen oder Rationalisierungen. Der Weg zur Hölle ist auch hier mit guten Vorsätzen gepflastert, eine Konzentration auf das eigentliche Vorhaben wird aber vermieden. Im Hintergrund der Störung stehen meist unrealistische Ansprüche an sich selbst, Versagensängste, Autoritäts- und andere Konflikte. Mit fortschreitendem Verlauf kann es zum nahezu völligen Verlust der Willenskraft und schließlich zur sozialen Isolation kommen, wenn die sich auftürmenden Rückstände die Alltagsbewältigung bedrohen. Hier ein literarisches Beispiel:

Wäre ich weniger entschlossen gewesen, mich endgültig an die Arbeit zu machen, hätte ich vielleicht einen Versuch unternommen, gleich damit anzufangen. Da aber mein Entschluss in aller Form gefasst war und noch vor Ablauf von vierundzwanzig Stunden im leeren Rahmen des morgigen Tages [...] meine guten Vorsätze sich leichthin verwirklichen würden, war es besser, nicht einen Abend, an dem ich schlecht aufgelegt war, für den Beginn zu wählen, dem die folgenden Tage sich jedoch leider ebenfalls nicht günstiger zeigen sollten. Aber ich riet mir selbst zur Vernunft. Von dem, der Jahre gewartet hatte, wäre es kindisch gewesen, wenn er nicht noch einen Aufschub von drei Tagen ertrüge. In der Gewissheit, dass ich am übernächsten Tag bereits ein paar Seiten geschrieben haben würde, sagte ich meinen Eltern nichts mehr von meinem Entschluss; ich wollte mich lieber noch ein paar Stunden gedulden und dann meiner getrösteten und überzeugten Großmutter das im Entstehen begriffene Werk vorweisen. Unglücklicherweise war der folgende Tag auch nicht der weit offen vor mir liegende Zeitraum, den ich fieberhaft erwartet hatte. War er zu Ende gegangen, hatten meine Trägheit und mein mühevoller Kampf gegen gewisse innere Widerstände nur vierundzwanzig Stunden länger gedauert. Und als dann nach mehreren Tagen meine Pläne nicht weiter gediehen waren, hatte ich nicht mehr die gleiche Hoffnung auf baldige Erfüllung. (Proust 2011, 220 f.)

Es ist niemand anderes als Marcel Proust, dessen Ich-Erzähler in *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit* mit seinem Projekt, einen Roman zu schreiben, nicht vorankommt und damit die typischen Symptome der Prokrastination beschreibt: das Verschieben mit der Tendenz zur einfallsreichen Selbstrechtfertigung und Beschönigung, die Ausblendung von Konflikten, die Neigung zur Selbstüberschätzung, verknüpft mit gleichzeitiger Angst vor dem möglichen Versagen. Proust litt selbst viele Jahre unter einer Trägheit und Schreibhemmung, die er als krankhafte Willensschwäche auffasste und auf die er in seinen Werken immer wieder anspielt. Es mag die Betroffenen trösten, dass sein eigener Roman am Ende über 4000 Seiten umfasste – Prokrastination ist also offensichtlich überwindbar, und solange sie begrenzt bleibt, vielleicht sogar eine Voraussetzung für Kreativität.

(3) Ausblick: Einwilligungsfähigkeit

Im letzten Abschnitt will ich kurz die medizinethischen Probleme skizzieren, die sich aufgrund von Störungen der Willensbildung und Willensfreiheit stellen.

Zentrale ethische und rechtliche Begriffe wie die Zuschreibung von Verantwortlichkeit, Schuldfähigkeit, Geschäfts- oder Einwilligungsfähigkeit sind an die Voraussetzung freier Willensbildung und Entscheidung gebunden. Das Strafrecht ebenso wie das bürgerliche Recht definieren Willensfreiheit in der Regel als eine Verbindung von *Einsichts- und Steuerungsfähigkeit*, entsprechend den zwei Bedingungen von Rationalität und Freiheit, die dem autonomen Willen zugrunde gelegt werden (vgl. Boetticher et al. 2007). *Einsicht* bedeutet dann die Fähigkeit, die jeweilige Situation angemessen zu beurteilen, etwa Erlaubtes und Verbotenes, Recht und Unrecht einer Handlung unterscheiden zu können. Das *Steuerungsvermögen* bezeichnet die Fähigkeit, das eigene Handeln an solchen Einsichten auszurichten und nicht einem triebhaften oder wahnhaften Impuls zu unterliegen; es beruht wesentlich auf der Inhibition. Wer sich hingegen »in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhaf-

ter Störung« der geistigen Funktionen befindet (§ 104 BGB), also seine Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit eingebüßt hat, der kann als schuld-, geschäfts- oder einwilligungsunfähig erklärt werden.

Die *Einwilligungsfähigkeit* bezeichnet dabei die Fähigkeit eines Betroffenen, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen bzw. diese abzulehnen. Einwilligungsfähig ist nach der Rechtsprechung, »wer Art, Bedeutung und Tragweite bzw. Risiken der ärztlichen Maßnahme erfassen kann« (BGH NJW 1972, 335). Allerdings wird das Prinzip der Autonomie oder der Selbstbestimmung inzwischen so weit ausgedehnt, dass es auch künftige eigene Zustände umfassen soll, in denen Menschen bisher als Nichteinwilligungsfähige allein Objekt der Entscheidung anderer waren. Das Mittel dazu ist die vorab verfügte Willenserklärung, deren rechtlich bindende Wirkung freilich umstritten ist. Ein im Voraus erklärter Wille zum Behandlungsabbruch, etwa bei Demenzkranken, kann nämlich mit späteren Äußerungen des Lebenswillens in Konflikt geraten.

Ein klassisches medizinethisches Dilemma schildert einen demenzkranken Patienten, der zu Beginn seiner Erkrankung eine Patientenverfügung verfasst hat, wonach er alle lebenserhaltenden Maßnahmen ablehne für den Fall, dass er bei fortgeschrittener Krankheit seine Angehörigen nicht mehr erkennen könne (vgl. Jox 2006). Nun tritt dieses Stadium ein, der Patient erfreut sich aber erkennbar seines Lebens, hört gerne Musik und genießt die Zuwendung der Pflegekräfte. Als er nun wegen einer Lungenentzündung im Krankenhaus behandelt werden soll, lehnen die Angehörigen die Antibiotika-Therapie unter Verweis auf seine Patientenverfügung ab. Die Heimleitung und die Ärzte jedoch plädieren für die Behandlung, da der Patient ja deutlich seinen Lebenswillen zeige. Wie soll nun verfahren werden – gemäß dem früher geäußerten autonomen Willen oder gemäß dem jetzt erkennbaren, dem sogenannten »natürlichen Willen« ?

Der *natürliche Wille* ist ein Begriff des deutschen Rechts, der die gegenwärtig vorhandenen Neigungen, Wünsche und Wertungen eines Menschen umfasst, auch wenn ihm die Fähigkeiten zur freien und autonomen Willensbildung fehlen. Dieser natürliche Wille kann sich verbal oder non-verbal, durch Mimik, Gestik oder

Verhalten äußern. Welches Gewicht er gegenüber einer früheren Patientenverfügung haben soll, ist wie erwähnt umstritten. Auf der einen Seite stehen Positionen, wonach eine Vorabverfügung niemals durch spätere natürliche Willensäußerungen außer Kraft gesetzt werden dürfe, auf der anderen Seite die Gegenposition, wonach ein solcher Lebenswille immer den Vorrang genießen sollte. Dazwischen stehen vermittelnde Ansätze, die etwa eine unterschiedlich gewichtete Berücksichtigung beider Willensäußerungen befürworten (vgl. etwa Bundesärztekammer 2010).

Wie immer sich die Gerichte oder die Betroffenen entscheiden – das Dilemma bleibt im Grunde unauflösbar. Denn einerseits betrachten wir es als Bestandteil unserer unveräußerlichen Autonomie, auch für unser zukünftiges Leben verbindliche Entscheidungen treffen zu können. Andererseits gehen wir dabei meist davon aus, dass wir eine solche Entscheidung unter Umständen auch selbstbestimmt revidieren könnten. Die Patientenverfügung jedoch betrifft gerade eine Zukunft, in der wir zu einer solchen Revision nicht mehr in der Lage sein werden. Mehr noch: Wir können nicht wirklich wissen, wie es sich anfühlen wird, in dieser künftigen Lage zu sein – hier liegen schlicht Grenzen des Vorstellungsvermögens.

Freilich kann man den Versuch unternehmen, einen künftigen natürlichen Willen selbst noch einmal zum Gegenstand der eigenen Vorabverfügung zu machen, sei es zustimmend oder ablehnend. Es stellt sich aber doch die Frage, ob hier das Prinzip der individuellen Autonomie nicht an seine Grenzen stößt und ob ihm nicht das Prinzip der *konstitutiven Bezogenheit* des Individuums auf andere an die Seite zu stellen ist. Wie kaum eine andere Erkrankung konfrontiert uns ja die Demenz mit den Grenzen der Selbstverfügung und macht deutlich, wie wir letztlich in unserem Leben, Leiden und Sterben auf unsere Mitmenschen angewiesen sind, nach den Worten des Paulus im Römerbrief (14,7): »Keiner von uns lebt sich selbst, und keiner stirbt sich selbst.« Aus dieser Einsicht heraus mag es leichter fallen, das Leben nicht bis zum Tod unter der eigenen Kontrolle und Planung halten zu wollen, sondern stattdessen die Menschen zu benennen, deren Obhut und Fürsorge man sich dann anvertrauen möchte.

Resümee

Der Überblick zur Psychopathologie der Willensstörungen hatte zum Ziel, die Phänomene zu sichten und den drei dargestellten Komponenten willentlicher Handlungen zuzuordnen. Diese Komponenten lassen sich zunächst als Widerstreit eines *konativen*, vorwärtstreibenden, und eines *inhibitorischen*, retardierenden, Moments auffassen. Im gesunden Zustand halten diese beiden Momente einander so die Waage, dass ein sinnvoller Aufschub des Handelns, ein Moratorium für die Überlegung möglich wird. Dieser Schwebezustand wird dann von der eigentlichen *Volition*, der Willensbildung und schließlich der Entscheidung, wieder aufgelöst. Nun kann die Handlung freigegeben werden und ihren Lauf nehmen, allerdings nicht mehr auf blind-triebhafter Weise, sondern vermittelt über eine fortlaufende Planung, Anordnung und Steuerung. In dieser Phase des eigentlichen willentlichen Handelns wirken intentionale, zielgerichtete und inhibierend-desaktualisierende Funktionen zusammen.

Diese gesamte komplexe Dynamik ist anfällig für vielfältige Störungen, von denen ich solche der Konation, der Inhibition und der Volition unterschieden habe. Sie gehen auf organische, psychotische und neurotische Störungen zurück, die den klinischen Phänomenen ihr unterschiedliches Gepräge geben und psychopathologisch insbesondere bei der forensischen Begutachtung der Schuldfähigkeit sorgfältig zu differenzieren sind. Wollen, Wählen und in Freiheit handeln zu können ist keine Selbstverständlichkeit, sondern eine komplexe Fähigkeit, die von der frühen Kindheit an bis ins Erwachsenenalter hinein erworben und lebenslang geübt wird. Es ist damit eine Errungenschaft, die wir auch wieder einbüßen können, sei es zeitweise oder dauerhaft. Umso wichtiger erscheint es für unser Leben, das Handwerk und die Spielräume der Freiheit zu nutzen, solange wir dies vermögen, und uns hilfreichen Menschen dort anzuvertrauen, wo wir diese Freiheit zu verlieren im Begriff sind.

Literatur

- Augustinus, A. (1955). *Confessiones/Bekenntnisse* (eingel., übers. u. erl. v. J. Bernhart). München: Kösel.
- Bieri, P. (2001). *Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens*. München Wien: Hanser.
- Boetticher, A., Nedopil, N., Bosinski, H. A. & Saß, H. (2007). Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1, 3–9.
- Bundesärztekammer (2010). Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (18), A879–882.
- Conrad, K. (1958/1992). *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Damasio, A. (1995). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List.
- Frankfurt, H. G. (1971). Freedom of the will and the concept of a person. *The Journal of Philosophy*, 68 (1), 5–20.
- Fuchs, T. (2008). Was heißt »sich entscheiden«? Die Phänomenologie von Entscheidungsprozessen und die Debatte um die Willensfreiheit. In ders., *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays* (S. 328–351). Kusterdingen: Die Graue Edition.
- Fuchs, T. (2010). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (3., aktual. u. erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2020). Verkörperte Freiheit. In ders., *Verteidigung des Menschen. Grundfragen einer verkörperten Anthropologie*. Berlin: Suhrkamp.
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11 (2), 101–120.
- Hommel, B. (2002). Planung und exekutive Kontrolle von Handlungen. In J. Müssele & W. Prinz (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie* (S. 797–863). Heidelberg: Spektrum.
- Janzarik, W. (2004). Autopraxis, Desaktualisierung, Aktivierung und die Willenthematik. *Der Nervenarzt*, 75 (11), 1053–1060.
- Janzarik, W. (2008). Wollen und Wille. *Der Nervenarzt*, 79 (5), 567–570.
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Jox, R. J. (2006). Der »natürliche Wille« als Entscheidungskriterium: rechtliche, handlungstheoretische und ethische Aspekte. In J. Schildmann

- (Hrsg.), *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik* (S. 69–86). Berlin: LIT Verlag.
- Lawler, E. E. & Porter, L. W. (1967). The effect of performance on job satisfaction. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 7 (1), 20–28.
- Locke, J. (1690/1981). *Versuch über den menschlichen Verstand. Band 1. Buch I und II*. Hamburg: Meiner.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Müller, S. V. (2013). *Störungen der Exekutivfunktionen – Wenn die Handlungsplanung zum Problem wird*. Göttingen: Hogrefe.
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (Hrsg.) (2008). *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Band I: Zwischen Freiheit und Determination. Band II: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis*. Bielefeld Locarno: Edition Sirius.
- Pfänder, A. (1900/1963). *Phänomenologie des Willens – Eine psychologische Analyse. Motive und Motivation*. Gesammelte Schriften. Bd. 2 (hrsg. v. H. Spiegelberg) (3. Aufl.). München: Barth.
- Proust, M. (2011). *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Band 2: Im Schatten junger Mädchenblüte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Shakespeare, W. (1965). *Hamlet. Prinz von Dänemark. Englisch und deutsch* (übers. v. A. W. Schlegel & L. Tieck; hrsg. v. L. Schücking). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Thomae, H. (1960). *Der Mensch in der Entscheidung*. München: Barth.
- Wigfield, A. & Eccles, J. S. (1992). The development of achievement task values: A theoretical analysis. *Developmental Review*, 12 (3), 265–310.

Phänomenales Feld und Lebensraum

Skizze einer phänomenologischen Konzeption der Psychotherapie

Einleitung

Eine phänomenologische Konzeption der Psychotherapie sieht sich einer grundsätzlichen Herausforderung gegenüber. Schon der Begriff der ›Psyche‹ impliziert nämlich die Vorstellung einer entkörpernten, nicht-räumlichen Innenwelt, sei sie bewusster oder unbewusster Natur, die im Individuum, üblicherweise in seinem Gehirn, zu lokalisieren ist. Ob wir die Triebe, Introjekte oder inneren Objekte der Psychoanalyse zugrunde legen, ob wir von den Gedächtnisspeichern, *Theory of Mind*- oder Selbst-Modulen der Kognitionswissenschaften überzeugt sind oder ob wir die Hirnzentren und -kerne einer phrenologisch anmutenden Neurobiologie für das eigentliche Substrat der Psyche halten – in jedem Fall beruhen die dominierenden wissenschaftlichen Paradigmen auf einer letztlich dualistischen Trennung des Subjekts vom lebendigen Leib und von den Beziehungen zu anderen. Eine solche Sichtweise erscheint jedoch als ungeeignet, um das interaktive Geschehen in der therapeutischen Beziehung zu erfassen.

Die Phänomenologie steht solchen Introjektionen des psychischen Lebens in einen entkörpernten Innenraum kritisch gegenüber. Sie betrachtet die Person nicht als eine Monade, die die Welt in ihrem Inneren repräsentiert, sondern als verkörperntes Wesen, als leibliches »Zur-Welt-Sein« (*être-au-monde*, Merleau-Ponty 1966). ›Verkörperung‹ bezeichnet die menschliche Erfahrung, zugleich Leib zu sein und diesen Leib als Körper zu haben. Dieser Begriff fasst den Leib primär als ein Medium lebendiger, dynamischer Erfahrung auf, nicht als ein physisches, vom Subjekt verschiedenes Objekt. Statt in das Gehirn eingeschlossen zu sein, bewohnen Personen ihren Leib insgesamt, und durch seine Ver-

mittlung gehen sie über den Leib hinaus, vollziehen sie ihr Leben und engagieren sich in ihren Beziehungen. Diese phänomenologische Konzeption des Leibes entspricht einer verkörperten, enaktiven und ökologischen Perspektive auf Geist und Gehirn (Fuchs 2017a).

Eine solche Sicht der Person hat weitreichende Konsequenzen für unsere Konzeptionen von Psychopathologie und Psychotherapie. Wenn das leibseelische Leben sich in die Welt erstreckt, dann lassen sich auch psychische Störungen nicht mehr allein im Individuum lokalisieren, weder in der Psyche noch im Gehirn. Sie sind vielmehr Störungen des In-der-Welt-Seins, der Resonanz und der Kommunikation mit der Umwelt. Die phänomenologische Psychopathologie hat in zahlreichen Analysen gezeigt, wie sich psychisches Kranksein in Veränderungen der Leiblichkeit, des gelebten Raums und der persönlichen Welt eines Patienten insgesamt manifestiert (Fuchs 2016). Der Raum der Möglichkeiten schrumpft, die vertraute Umgebung wird fremd, Menschen und Dinge rücken in Distanz, die Beziehungen zu anderen sind beeinträchtigt. »Der Patient ist krank, das heißt, seine Welt ist krank«, wie es der Phänomenologe van den Berg (1972, 46) ausgedrückt hat.

Die biomedizinische Auffassung von psychischer Krankheit ist daher zu begrenzt; sie muss erweitert und in ein übergreifendes, ökologisches Konzept integriert werden (Fuchs 2017a). Im Folgenden werde ich einige Begriffe entwickeln, die geeignet sind, die Introjektion der Psyche zu überwinden und einen verkörperten, relationalen und ökologischen Zugang zu Psychopathologie und Psychotherapie zu begründen. Sie entstammen der Phänomenologie des Leibes und der Zwischenleiblichkeit (Merleau-Ponty 1966, 2003, 256) ebenso wie der ökologischen Psychologie (Graumann 1990), weisen aber auch eine besondere Nähe zu gestalt- und prozessorientierten Konzepten auf (Greenberg et al. 2003; Boeckh 2015). Dazu gehören insbesondere die Begriffe des phänomenalen Feldes, des Leibgedächtnisses und des Lebensraums (Fuchs 2007a, 2012), die ich ausführlicher darstellen und für die Psychotherapie fruchtbar machen werde.

Phänomenologische Konzepte

Phänomenales Feld und Leibgedächtnis

Als Ausgangspunkt für eine phänomenologische Theorie der Psychotherapie wähle ich den Begriff des *phänomenalen Feldes* (Merleau-Ponty 1966). Er bezeichnet die räumlich und zeitlich ausgedehnte Sphäre subjektiver Erfahrung in einem jeweiligen Moment, bestehend aus dem Fokus und den Randzonen des Erlebens, dem explizit und dem nur implizit Gegebenen. Dieses Feld wird einerseits konstituiert durch *leibliche Hintergrundgefühle*, Stimmungen oder Atmosphären (Böhme 1995; Fuchs 2000a; Ratcliffe 2008), andererseits durch die *sensomotorischen Beziehungen* zwischen dem Leib und dem Umraum mit seinen Valenzen und Möglichkeiten. Noch spezifischer wird das phänomenale Feld von den je gegenwärtigen *sozialen Interaktionen* bestimmt, die sich in Phänomenen wie leiblicher Resonanz, Zwischenleiblichkeit und Interaffektivität manifestieren (Fuchs 2017b). All diesen Phänomenen ist gemeinsam, dass sie nicht einer psychischen Innenwelt zugeschrieben werden können, sondern über den Leib und den Raum ausgedehnt sind:

Dieses Feld der Phänomene ist keine »Innenwelt«, die »Phänomene« selbst sind keine »Bewusstseinszustände« oder »psychischen Tatsachen«, die Erfahrung der Phänomene ist keine Introspektion. (Merleau-Ponty 1966, 81)

Das phänomenale Feld ist somit um den Leib zentriert, der als Hintergrund aller Erfahrung und als Medium der Beziehungen zur Welt fungiert. Das Feld ist nicht nur räumlich, sondern auch zeitlich ausgedehnt: Es enthält einerseits die *unmittelbare Zukunft*, nämlich in Form leiblicher Antizipationen (die Hand nimmt das Ergreifen der Tasse vorweg, der Fuß den Widerstand des Bodens), andererseits auch die *gelebte Vergangenheit*, nämlich in Form eines impliziten leiblichen Gedächtnisses. Mit dem *Leibgedächtnis* bezeichne ich die Gesamtheit erworbener Dispositionen, Fähigkeiten und Gewohnheiten, die durch den Leib ermöglicht und realisiert werden. Durch Wiederholung und Über-

lagerung von Erfahrungen hat sich eine habituelle Struktur herausgebildet; gut eingeübte Bewegungsmuster, Handlungs- und Interaktionsformen sind zu einem selbstverständlichen leiblichen Wissen und Können geworden (Fuchs 2000a, 2012).

Der Leib ist somit auch das Ensemble erworbener Bereitschaften und Fähigkeiten des Wahrnehmens und Handelns, einschließlich des alltäglichen Umgangs mit anderen. Verankert im Leibgedächtnis, projizieren sich diese Bereitschaften in die Umgebung wie ein unsichtbares Netz, das uns mit Dingen und Menschen verbindet. Der Leib ist damit unser fortwährendes Mittel, unsere Vergangenheit zu aktualisieren und uns mit den gegenwärtigen Situationen vertraut zu machen. Was durch das Leibgedächtnis vermittelt ist, ist dabei meist im Sinne des expliziten Gedächtnisses ›vergessen‹, es ist ›unbewusst‹ geworden. So ist die einmal erlernte Fähigkeit, flüssig auf einer Tastatur zu schreiben, ein Gedächtnis ›in den Fingern‹, das dem expliziten Wissen gar nicht mehr zur Verfügung steht – die Finger finden von selbst die richtigen Buchstaben, doch man könnte ihre Lage nicht aus dem Gedächtnis rekonstruieren.

In den leiblichen Erfahrungsstrukturen ist aber nicht nur die Handhabung von Dingen vorgezeichnet, sondern auch der Umgang mit anderen. Bereits im ›ersten Eindruck‹ nehmen wir den Ausdruck des Gegenübers wahr, ohne darauf reflektieren zu müssen, und diese primäre Empathie ist die Grundlage des sozialen Verstehens. Umgekehrt nehmen die eigenen leiblichen Verhaltensmuster die Interaktion mit anderen implizit vorweg. Man denke etwa an die habituelle gebeugt-submissive Haltung, die gehemmte Gestik und den scheuen Gesichtsausdruck eines dependenten Menschen – ein Ausdrucksmuster, das als solches bereits eine bestimmte Art von Beziehung hervorruft. Solche Muster des Umgangs mit anderen werden von früher Kindheit an im Leibgedächtnis verankert – man kann hier auch von einem »zwischenleiblichen Gedächtnis« sprechen, d.h. einem impliziten, praktischen Wissen von sozialen Interaktionen (Fuchs 2012, 2017b). Es umfasst zugleich das Selbst und die anderen, Bewusstes und Unbewusstes:

Die Anderen brauche ich nicht erst anderswo zu suchen: ich finde sie innerhalb meiner Erfahrung, sie bewohnen die Nischen, die das enthalten, was mir verborgen, ihnen aber sichtbar ist. (Merleau-Ponty 1974, 166)

Die intersubjektive Dimension eines phänomenalen Feldes wird damit maßgeblich vom jeweiligen zwischenleiblichen Gedächtnis der Interaktionspartner geprägt, wie es sich aufgrund ihrer Erfahrungen entwickelt hat. Es beinhaltet ihre impliziten Erwartungen an andere und damit auch die Haltungen und Beziehungsmuster, die wesentlich die *Persönlichkeit* eines Menschen ausmachen; denn auch diese ist nicht nur eine innere Charakterstruktur, sondern zugleich immer in den Gewohnheiten, Bereitschaften und Antizipationen des Leibes verkörpert (Fuchs 2006).

Lebensraum

Das momentan erlebte phänomenale Feld lässt sich nun durch den Begriff des *Lebensraums* erweitern. Er geht unter anderem auf Kurt Lewins »topologische« oder »Feldpsychologie« zurück (Lewin 1934, 1969), die auch auf die Gestalttherapie Einfluss nahm (Boeckh 2015, 33 f.), und wurde später in der ökologischen Psychologie und Psychotherapie wieder aufgegriffen (Graumann 1990; Willi 1996). Er bezeichnet die Gesamtheit des von einer Person präreflexiv gelebten und erlebten Raumes mit seinen Situationen, Bedingungen, Wirkungen und Möglichkeiten – also den Umraum eines verkörperten Subjekts im weitesten Sinn.

Dieser Raum ist nicht homogen, sondern um die Person und ihren Leib zentriert. Er ist charakterisiert durch *Qualitäten* wie Nähe oder Distanz, Enge oder Weite, Verbindung oder Trennung, Erreichbarkeit oder Unerreichbarkeit; und er ist strukturiert durch physische oder symbolische *Grenzen*, die der Bewegung Widerstand entgegensetzen können. Daraus ergeben sich mehr oder weniger deutlich abgegrenzte *Bereiche* wie etwa der persönliche Nahraum um den eigenen Körper, das beanspruchte Territorium (Eigentum, Wohnung), die Einflussosphäre einer Person, aber auch Verbots- oder Tabuzonen usw.

Ferner wird der gelebte Raum durchdrungen von Feldkräften oder »Vektoren« (Lewin 1969), die in erster Linie von anziehender oder abstoßender Art sind (Attraktion bzw. Aversion). Sie gehen von entsprechenden Angeboten, »Relevanzen« oder »Valenzen« aus, die sich in der Umgebung zeigen und die den grundlegenden Bedürfnissen eines Menschen entsprechen, seien sie vitaler oder sozialer Natur: Der klare Bach reizt zum Trinken, die fröhliche Gesellschaft zur Teilnahme u.ä. Konkurrierende attraktive oder aversive Kräfte im Lebensraum führen zu typischen Konflikten wie etwa Appetenz-Aversions- oder Appetenz-Appetenz-Konflikten usw. Sie lassen sich als entgegengesetzte Möglichkeits- oder Bewegungsrichtungen auffassen, die einem Menschen offenstehen. In Analogie zum physikalischen Feld treten auch im Lebensraum »Gravitationswirkungen« oder »Ausstrahlungen« auf, verursacht etwa durch den Einfluss bedeutsamer Personen oder einer dominierenden Gruppe; und es bestehen gleichsam unsichtbare »Krümmungen« des Raums, die eine gerade bzw. spontane Bewegung verhindern, z.B. die schon erwähnten Verbots- oder Tabuzonen.

Als ein anschauliches Beispiel für konfligierende Feldkräfte kann die Situation eines kleinen Kindes dienen, das zwischen Mutterbindung und Neugier hin- und hergerissen ist (vgl. Stern 1991, 101). Die Mutter ist zunächst der »sichere Hafen«, gleichsam das Gravitationszentrum, das den erlebten Raum des Kindes so krümmt, dass es sich zunächst nur in ihrer Nähe bewegt. Der Raum erhält damit einen Gradienten, er wird leerer, einsamer, je weiter das Kind sich von der Mutter entfernt. Zwar verdichtet er sich wieder um andere, fremde Personen, doch macht das Kind um sie lieber einen Bogen: Die Raumkrümmung in ihrer Nähe ist »negativ«. Nach und nach lockern der kindliche Explorationstrieb und die ihm entsprechenden attraktiven Umgebungsreize das Band zur Mutter, sodass eine zunehmende Entfernung vom Gradienten möglich wird – allerdings nicht weiter als bis zu jenem Punkt, an dem das Band zu stark gedehnt wird und das Kind doch zur Mutter zurückläuft.

Das Beispiel kann zugleich illustrieren, dass den jeweiligen Feldstrukturen das Leibgedächtnis zugrunde liegt, in diesem Fall

die Geschichte der Nähe- und Bindungserfahrungen, die das Kind mit seiner Mutter gemacht hat. Ein anderes sprichwörtliches Beispiel ist in dem Satz »Gebranntes Kind scheut das Feuer« zu finden, der die aversive Wirkung des Leibgedächtnisses verdeutlicht: Als Resultat von Schmerzerfahrungen wird das Kind bestimmte Objekte oder Zonen intuitiv vermeiden. Ein drittes Beispiel schließlich bieten die Verbotszonen, die die Bewegungsrichtungen des Kindes einschränken, sodass seine spontanen Regungen mit den elterlichen Imperativen in Konflikt geraten, und zwar insofern sich diese als »negativer Gradient« in seinem Lebensraum niedergeschlagen haben.

Der Lebensraum einer Person lässt sich auch als ihre »ökologische Nische« auffassen (Fuchs 2007a). Analog zur biologischen Nische bezeichnet der Begriff die physische und soziale Umwelt, die zu den Wahrnehmungs- und Handlungsbereitschaften, den Bedürfnissen und Absichten einer Person passt.¹ Die persönliche Nische lässt sich in konzentrische Sphären ausdifferenzieren, die die Person umgeben, wie die Sphären der Partnerschaft, Familie, Wohnung, Nachbarschaft, des Arbeitsplatzes, der Gemeinde oder der Heimat. Die jeweilige Sphäre zu bewohnen, mit ihr vertraut und in ihr tätig zu sein, ist ein wesentlicher Aspekt des gelebten Raums.

Zwischen den Äußerungen und Handlungen einer Person und den Reaktionen ihrer Umgebung besteht eine fortlaufende kreisförmige Rückkoppelung, die Willi (1996) als »beantwortetes Wirken« und Rosa (2018) als *Resonanz* beschrieben haben. Leitend ist dabei die Annahme, dass die Person grundsätzlich eine Umgebung für sich sucht und gestaltet, die auf ihre Äußerungen antwortet und für ihre Potenziale die geeigneten Valenzen zur

¹ Damit wird der Begriff der Nische von der rein phänomenologischen Ebene in eine stärker objektivierende Perspektive auf die Umwelt einer Person überführt. Phänomenologie und Ökologie stehen jedoch zueinander in enger Beziehung, denn beide gehen von der unauflösbaren Einheit von Subjekt und Welt bzw. Lebewesen und Umwelt aus. Zugleich ergänzt die ökologisch-systemische Perspektive die subjektorientierte Sicht der Phänomenologie. Einschlägig ist hier auch Jakob von Uexkülls (1973) Umweltbegriff.

Verfügung stellt. Die intensivste Resonanz finden Menschen in ihren familiären oder Partnerbeziehungen. Die Fähigkeit einer Person, auf die Reize und Anforderungen ihrer Umwelt adäquat zu antworten, lässt sich mit einem Begriff von Bernhard Waldenfelds (1998) als ihre »*Responsivität*« bezeichnen.

Durch die Wahl einer bestimmten Umgebung oder Nische mit ihren spezifischen Antworten wird die Person indirekt zum Produzenten ihrer eigenen Entwicklung (Lerner & Bush-Rossnagel 1981). Menschen beeinflussen ihren Lebenslauf und lenken ihre Entwicklung, indem sie ihre Umwelt gestalten und auf sie einwirken, die wiederum entsprechend auf sie reagiert. Der Lebenslauf entwickelt sich als ein zirkulärer Prozess, der durch das eigene Wirken ebenso wie die Antworten der Umgebung bestimmt wird; dies bezeichnet die historische Dimension des Lebensraums.

Das psychopathologische Feld

Wir sehen nun, dass die Konzepte des phänomenalen Feldes, des Leibgedächtnisses und des Lebensraums geeignet sind, die dualistische Introjektion des Seelischen zu überwinden. Sie verlagern, was wir sonst als innere Zustände oder Prozesse der »Psyche« betrachten, zurück in die erlebte Welt, wo sie als leibliche Dispositionen, Handlungstendenzen, Feldkräfte und -valenzen erscheinen. Zugleich bringen diese Begriffe zum Ausdruck, dass Subjekt und Welt nicht getrennt voneinander bestehen, sondern einander konstituieren. Die Frage »Wer bin ich?« ist nicht zu trennen von der Frage »Wie ist die Welt beschaffen, in der ich lebe?«.

In der Konsequenz ist aber auch die Psychopathologie nicht mehr darauf beschränkt, verborgene mentale Zustände zu entdecken, sondern sie wird zu einer *verkörperten und ökologischen Psychopathologie*: Psychische Störungen sind grundsätzlich Störungen der leiblichen und zwischenleiblichen Existenz. Sie lassen sich als spezifische Abwandlungen des phänomenalen Feldes auffassen, die durch beeinträchtigte oder misslingende Interaktions- und Beziehungsmuster charakterisiert sind. Die Freiheitsgrade

des Patienten, den eigenen Bedürfnissen gemäß zu agieren, sind reduziert. Dementsprechend zeigen sich in der Psychopathologie verschiedene Einschränkungen oder Deformationen des Lebensraums, etwa die Tabubereiche des Zwangskranken oder die typischen Vermeidungszonen bei phobischen oder posttraumatischen Störungen.

Freilich bestimmen auch interaktive Dynamiken in hohem Maß das Feld, etwa die Reaktionen von Angehörigen; eine relationale Psychopathologie lässt sich schließlich nicht auf das Individuum reduzieren. Die Krankheit ist nicht »im Patienten«, sondern umgekehrt, der Patient ist gewissermaßen »in der Krankheit«, nämlich in einer veränderten Welt, die seine Bedürfnisse und Erwartungen nicht mehr erfüllt. Psychisches Kranksein resultiert häufig aus *Störungen der sozialen Resonanz oder des beantworteten Wirkens*, etwa aufgrund einer Trennung von bedeutsamen anderen, eines Verlusts wichtiger Aufgaben und Rollen, oder allgemeiner: aufgrund eines Missverhältnisses zwischen den Potenzialen der Person und den Valenzen ihrer Umgebung. Einmal ausgelöst, hemmt die Krankheit ihrerseits das beantwortete Wirken des Patienten, sie verringert seine Responsivität und schließt ihn in seinen eigenen, »egozentrischen« Raum ein.

Um ein Beispiel zu geben: Menschen mit einer »Typus Melancholicus«-Persönlichkeit, die zu schweren Depressionen neigen (Tellenbach 1983), verfügen nur über einen eng umgrenzten Lebensraum. Sie sind überidentifiziert mit den räumlichen Grenzen ihrer Wohnung oder ihren sozialen Rollen, ihren Verpflichtungen im Beruf und in den privaten Beziehungen (Kraus 1977). Sie leben gleichsam unter einem fortwährenden Normalisierungsdruck und ein Zurückbleiben hinter diesen rigiden Selbstansprüchen kann eine depressive Erkrankung zur Folge haben. Ist der Möglichkeitsraum der Patienten also schon primärpersönlich reduziert, so kommt es in der Depression selbst zu einer *Konstriktion* des Leibes und des gelebten Raums (psychomotorische Hemmung, Antriebsmangel, leibliche Rigidität, Oppression und Angst), verbunden mit einem Verlust der Schwingungsfähigkeit, also der emotionalen Resonanz mit der Umwelt, die der Leib sonst

zu vermitteln in der Lage ist.² Die Depression wird damit zu einer tiefgreifenden Störung der Zwischenleiblichkeit, der Responsivität und des Austauschs mit der Umwelt (Fuchs 2013, 2016).

Ein anderes, eher entgegengesetztes Beispiel: Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind meist nicht in der Lage, stabile, verlässliche Beziehungen und Rollenidentitäten auszubilden und sich damit eine konstante persönliche Nische zu schaffen. Stattdessen wird ihr Erlebnisfeld ständig durchkreuzt von intensiven affektiven Impulsen, von denen sie hin- und hergerissen werden. Das führt zu einer Instabilität und Fragmentierung des Lebensraums, mit meist zahlreichen abgebrochenen Beziehungen, Projekten und Berufswegen (Fuchs 2007b). Borderline-Patienten werden also in ihrem Lebensraum gewissermaßen von einem Ort zum anderen geworfen, ohne einen tragenden Grund und ein verlässliches Zentrum ihrer Existenz finden zu können. – In ähnlicher Weise lassen sich auch andere psychopathologische Erkrankungen als Störungen des Lebensraums beschreiben (vgl. Fuchs 2000b).

Zur Phänomenologie des Unbewussten

Die Begriffe des Leibgedächtnisses und des gelebten Raums eröffnen auch ein phänomenologisches Verständnis des Unbewussten, das für die Psychotherapie von besonderer Bedeutung ist. Die Problematik traditioneller psychodynamischer Theorien des Unbewussten als einer Art Kellergeschoss der Seele, in dem finstere Geheimnisse, Bilder und Wünsche verborgen sein sollten, ist wohlbekannt (vgl. zur Kritik z. B. May 1964; Ricoeur 1969). Aus phänomenologischer Sicht ist das Unbewusste weniger in der Tiefe der Psyche verborgen als im interaktiven Feld selbst gegenwärtig:

² Vgl. den Aufsatz »Depression, Leiblichkeit, Zwischenleiblichkeit« in diesem Band.

Dieses Unbewusste ist nicht in unserem Innersten zu suchen, hinter dem Rücken unseres »Bewusstseins«, sondern vor uns als Gliederung unseres Feldes. (Merleau-Ponty 1986, 233).

Unbewusste Fixierungen gleichen daher Verzerrungen oder Einschränkungen im Lebensraum einer Person, verursacht von einer Vergangenheit, die implizit im Gedächtnis und in den Dispositionen des Leibes gegenwärtig bleibt. Ihre Spuren sind freilich nicht in einer psychischen Innenwelt verborgen, sondern manifestieren sich in den »blinden Flecken«, Leerstellen oder Krümmungen des gelebten Raums: in den Handlungen oder Situationen, die ein Patient vermeidet, oder in den Interaktionsmustern, in die er selbst gegen seine bewussten Absichten immer wieder gerät. Sein Verhalten hat gleichsam eine Rückseite, eine Alterität, die ihm selbst verborgen bleibt – das »Andere seiner selbst«. Die Spuren des Unbewussten werden also, wie im Figur-Grund-Verhältnis der Gestaltpsychologie, eher als »Negativ« im phänomenalen Feld erkennbar (vergleichbar einem Filmnegativ), eben in Form der Vermeidungen oder blinden Flecke, die für eine Person charakteristisch sind (Fuchs 2011). Sie können sich aber auch leiblich aktualisieren, nämlich in psychosomatischen oder Konversions-symptomen.

Auf dieser Grundlage gebe ich eine kurze phänomenologische Interpretation der Traumatisierung (1) und des Wiederholungszwangs (2):

- (1) Die Wirkung eines emotionalen Traumas auf die Person lässt sich als eine spezifische Deformation ihres gelebten Raums auffassen: Unbewusst umgehen die Betroffenen dem traumatischen Ereignis ähnliche Situationen oder mit ihm assoziierte Personen. Die Vermeidung ist Teil ihres Leibgedächtnisses geworden, ähnlich einer Schonhaltung, die man nach einer körperlichen Verletzung unwillkürlich einnimmt. Der gelebte Raum ist um diese Zonen herum gewissermaßen negativ gekrümmt, wobei sich deutlich die *Intentionalität* des Unbewussten zeigt: Ein drohender Kontakt mit der Gefahrenzone wird auch ohne ihre bewusste Wahrnehmung bereits vor-

wegnehmend verhindert, weil es sinnvoll ist, den Stress und die Angst der Traumaerfahrung nicht immer wieder zu reaktivieren.³

- (2) Das entgegengesetzte Muster kann man im psychodynamischen Konzept des *Wiederholungszwangs* finden: Hier wird der Patient immer wieder in das gleiche dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster hineingezogen, auch wenn er gerade das zu verhindern versucht. Der gelebte Raum ist um diese Regionen gewissermaßen ›positiv gekrümmt‹, d. h. sie üben eine implizite *Attraktion* aus. Wenn z. B. die frühen Erfahrungen einer Person durch missbrauchende und gewaltsame Beziehungen geprägt worden sind, wird die Spannbreite ihrer möglichen Beziehungen später entsprechend eingengt sein. Ihre impliziten Verhaltensmuster werden sich im Sinne einer Selbsterfüllung ihrer Erwartungen auswirken und den vertrauten Typus von Beziehungen herbeiführen.

Aus phänomenologischer Sicht, so zeigt sich, erscheint das Unbewusste nicht als eine in der Tiefe angesiedelte, intrapsychische Realität, sondern es umgibt und durchdringt vielmehr das bewusste Leben, so wie in einem Vexierbild die ausgeblendete Figur den Vordergrund umgibt. Es ist ein Unbewusstes nicht in der *vertikalen* Dimension der Psyche, sondern vielmehr in der *horizontalen* Dimension des gelebten Raums und der Zwischenleiblichkeit (Romanyshyn 1977). Es ist ein in den sozialen Raum ausgedehntes, relationales Unbewusstes, das aus der Geschichte der Individuen resultiert und ihr gegenwärtiges Verhalten beeinflusst. Es manifestiert sich im interaktiven Feld, indem es beide

³ Eine verwandte Auffassung von Vermeidungsmechanismen findet sich in der Gestalttherapie (Boeckh 2015, 50 ff.). Auch Klaus Grawe hat von »Vermeidungsschemata« gesprochen, die im Laufe der Zeit einen vorwegnehmenden Charakter annehmen und daher nicht mehr bewusst sind: »Kennzeichnend für Vermeidungsschemata ist, dass der gefürchtete Umgebungsbezug und die damit verbundene Emotion in der Regel gerade nicht erlebt werden. Die Zielkomponente von Vermeidungsschemata kann daher immer nur erschlossen werden« (Grawe 2000, 358).

Partner in seine Dynamik hineinzieht, oft durch feinste leibliche Signale wie ein Moment des Zögerns, eine Blickabwendung, eine gesenkte Stimme o. ä. So werden auch frühe Bindungsmuster unbewusst reaktualisiert und inszeniert, besonders in intimen Beziehungen und nicht zuletzt auch in der Psychotherapie.

Das phänomenale Feld in der Psychotherapie

Vor dem Hintergrund der damit entwickelten Begriffe besteht die vornehmliche Aufgabe der Psychotherapie darin, den gelebten Raum des Patienten so zu modifizieren und umzustrukturieren, dass seine Freiheitsgrade erhöht, der Spielraum seiner Möglichkeiten erweitert und befriedigendere Beziehungen zu anderen möglich werden. Wie lässt sich nun diese Umstrukturierung erreichen?

Psychotherapie hatte traditionell das Ziel, eine Veränderung primär im Patienten hervorzurufen und so seine Störung zu behandeln. Aus phänomenologischer Sicht hingegen verlagert sich der Fokus von den Vorgängen im Patienten zu den Prozessen im *interaktiven phänomenalen Feld*, die zum Ausgangspunkt der Veränderung werden. Eine solche Perspektive stimmt mit dem gestalttherapeutischen Vorgehen, aber auch mit der relationalen und intersubjektiven Wende überein, die sich in der Psychoanalyse derzeit auch unter dem Einfluss der Säuglings- und Bindungsforschung vollzieht (Stern 1998; Beebe & Lachman 2003; Altmeyer & Thomä 2016).

Das interaktive Feld entfaltet sich zwischen Patient und Therapeut; es geht hervor aus ihrer leiblichen Präsenz, ihrer Haltung, ihrem mimischen und gestischen Ausdruck, ihren Blicken, Stimmen und Äußerungen. All dies erzeugt eine *zwischenleibliche Resonanz*, die sich auch als beiderseitige Ausdehnung und Überlagerung der Körperschemata beschreiben lässt (»wechselseitige Inkorporation«, Schmitz 1989; Fuchs & De Jaegher 2009). Die Resonanz schließt Komponenten wie imitative und synchronisierte Bewegungen, rhythmische Wechsel von Ausdrucksformen und andere meist unbewusste Signale ein (Kendon 1990; Levenson &

Ruef 1997; Tschacher et al. 2014). Wie sich in Videoanalysen zeigen ließ, ist das Ausmaß der interaktiven Koordination zwischen Therapeut und Patient signifikant korreliert mit der Qualität der Beziehung, der Empathie, der Bindung und mit einem positiven Ergebnis der Therapie, gemessen an Symptomreduktion und Selbstwirksamkeit (Ramseyer & Tschacher 2011).

Das phänomenale Feld involviert und beeinflusst beide Partner weitgehend ohne ihre bewusste Aufmerksamkeit. Es erzeugt einen gemeinsamen affektiven Raum, der sich auch als interpersonale Atmosphäre manifestiert – etwa in der typischen Atmosphäre der Depression, in der Patient und Therapeut ein Gefühl der Schwere, Resignation und Vergeblichkeit empfinden können, oder in der Atmosphäre der schizophrenen Entfremdung, die als »Praecox-Gefühl« des Psychiaters bekannt ist (Ruemke 1941/1990). Bereits diese Qualitäten des Feldes sind diagnostisch aufschlussreich. Darüber hinaus reaktualisieren sich im phänomenalen Feld der Begegnung die Leibgedächtnisse und Beziehungsstile beider Partner.

In der besonderen Ausleuchtung des therapeutischen Feldes können nun auch die Vermeidungszonen, die blinden Flecken oder Lücken im gelebten Raum eines Patienten sichtbar werden. Das Unbewusste zeigt sich dabei weniger im offensichtlichen Verhalten als vielmehr in seiner verborgenen oder »Rückseite«. Wenn ein Patient ein etwas gequältes Lächeln zeigt, das eine unbewusste Furcht vor einer vernichtenden Scham verdeckt, dann lässt sich dies nur verstehen, wenn der Ausdruck als »Negativ« aufgefasst wird. Dies setzt jedoch voraus, nach dem Verdrängten nicht in der Tiefe der Psyche zu suchen, sondern bereits im scheinbar oberflächlichen leiblichen Ausdruck und Verhalten.

Um solche impliziten Beziehungsmuster zu verändern, müssen sie in der Therapie prozessual aktiviert, d. h. aus dem Leibgedächtnis heraus reinszeniert und durch neue Reaktionsweisen ersetzt werden (Grawe 2000, 93 ff.). Diese neuen Erfahrungen sollte der Patient möglichst *mit allen Sinnen*, also in der zwischenleiblichen Situation machen. Die bloße Einsicht genügt nicht – erst wenn die zur Situation passenden impliziten Schemata aktiviert und dann »überschrieben« werden, führt dies zur

Umorganisation des Leibgedächtnisses. Dazu müssen die impliziten Muster nicht unbedingt explizit gemacht werden. Patienten erinnern sich oft lange nach einer Behandlung nicht so sehr an Deutungen oder Einsichten als vielmehr an eine Stunde besonderer Verbundenheit, ein gemeinsames Lachen, einen warmen Austausch von Blicken in einer schwierigen Situation, z.B. bei einer beschämenden Erinnerung. Daniel Stern und die Bostoner »Process of Change Study Group« haben auf der Basis von Mutter-Kind-Forschungen ein Modell des therapeutischen Prozesses entworfen, das sich auf solche »Momente der Begegnung« stützt (*»moments of meeting«*, Stern 2010).

Reagiert der Therapeut dabei anders, als es der Patient gewohnt ist und erwartet hat, entsteht der Keim eines neuen Beziehungs- und Gefühlsmodells. Dazu ist es erforderlich, die eigene zwischenleibliche Resonanz – traditionell als Gegenübertragung bezeichnet – sensibel wahrzunehmen, um sie wie einen Seismographen für die Vorgänge im phänomenalen Feld zu nutzen. Wie oben gezeigt, aktualisiert das Feld dabei nicht nur die Vergangenheit, sondern zeichnet auch mögliche Wege in die Zukunft vor. Mit zunehmender Intuition kann der Therapeut einen Sinn und eine Neugier für die impliziten Möglichkeiten des Feldes entwickeln und es durch feine Reaktionen modifizieren, ohne dabei den Prozess kontrollieren zu müssen.

Freilich ist hier empathisches Verstehen und Handeln alleine nicht immer hilfreich. Um die Fallen der Beziehungsmuster des Patienten zu vermeiden, sollte sich der Therapeut des interpersonellen Prozesses wohl bewusst sein, in den er einbezogen ist. Anderenfalls läuft er Gefahr, in die »attraktiven Zonen« des Patienten hineingezogen zu werden oder unwillentlich an seinen Vermeidungsmustern teilzunehmen (Krause 1997, 90f.). Wenn ein Patient z.B. eine beschämende Erfahrung oder eine für ihn kränkende Einsicht vermeidet, wäre es nicht hilfreich, seine Scheu zu teilen und sich sorgsam um die empfindliche Zone herumzubewegen. Therapeuten sollten vielmehr einen Sinn für kritische Zonen im Beziehungsfeld entwickeln, um sie im sicheren Raum der Therapie soweit wie möglich durch korrektive Erfahrungen zu entschärfen. Gerade ein nicht gleichsinniges, unerwartetes Ver-

halten des Therapeuten kann dem Patienten helfen, eingeschlossene Reaktionsmuster zu durchbrechen. Wiederkehrende Erlebnisse solcher Art können sein implizites Beziehungswissen so umgestalten, dass er auch mit Dritten auf neue Weise umzugehen lernt.

Diese Sensitivität für das phänomenale Feld können Patienten aber auch selbst entwickeln. Eine zentrale Fähigkeit, die sie durch Übung und Wiederholung erlernen können, besteht in der Wahrnehmung leiblicher Regungen, Gefühle und Einfälle unmittelbar bei ihrem Auftreten. Therapeuten können ihre Patienten anleiten, diese Gefühle und Gedanken zu differenzieren, auszudrücken und zu verbalisieren, nach Möglichkeit ohne sie zu bewerten oder abzulehnen. Die zugrundeliegende Annahme besteht darin, dass ein mangelndes Wahrnehmungs- und Unterscheidungsvermögen für leibliche Regungen für psychiatrische Patienten von Nachteil ist, besonders für diejenigen mit Alexithymie, somatoformen oder Essstörungen (Pollatos et al. 2008, 2011). Ihre Körperwahrnehmung und Verbalisierung zu fördern, kann wertvolles Material und Hinweise für den therapeutischen Prozess liefern.

Vor einem ähnlichen phänomenologischen Hintergrund hat Gendlin (2018) die *Focusing*-Methode entwickelt, die Patienten anleitet, sorgfältig auf ihren leiblichen »felt sense« gegenüber einer gegebenen oder vorgestellten Situation zu achten. Indem abwechselnd der *felt sense* tentativ verbalisiert und der sprachliche Ausdruck dann mit dem Gespürten verglichen wird, lassen sich die vagen Hintergrundgefühle differenzieren und auf den intentionalen Kontext beziehen, sodass sie die weitere Selbstklärung und -entwicklung fördern können. Dies zeigt erneut, dass das phänomenale Feld, geprägt vom Leibgedächtnis und unbewussten Richtungstendenzen, auch eine vorwegnehmende, zukunftsgerichtete Bedeutung haben kann, die von besonderer Bedeutung für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses ist.

Resümee

Phänomenales Feld, Lebensraum, Zwischenleiblichkeit und Leibgedächtnis stellen Konzepte dar, die geeignet sind, die dominie-

rende Vorstellung eines psychischen Innenraums und die entsprechende individualistische Psychopathologie zu überwinden. Interne Persönlichkeitsstrukturen werden ersetzt durch verkörperte Dispositionen des Sich-Verhaltens und Handelns in der Welt. An die Stelle isolierter mentaler Zustände treten interaktive Beziehungsprozesse, und kognitionswissenschaftlich orientierte Konzepte wie ›Theory of Mind‹ oder ›Mentalisierung‹ werden ersetzt oder zumindest fundiert durch Zwischenleiblichkeit und Interaktivität (Fuchs 2017b).

Das phänomenale Feld besteht in einer Einheit von leiblichen, sensomotorischen, affektiven und intersubjektiven Prozessen, die in einer präreflexiven Weise erlebt und vollzogen werden. Als solche bilden sie die implizite, vor- oder unbewusste Ebene des psychotherapeutischen Prozesses. Aus einer phänomenologischen Perspektive ist auch das Unbewusste nicht mehr in der Tiefe der Psyche zu suchen, sondern im interaktiven Feld selbst, das aus der Begegnung von Patient und Therapeut hervorgeht. Ihre Leibgedächtnisse, gebildet aus vergangenen Beziehungserfahrungen, werden im therapeutischen Prozess aktualisiert und miteinander verknüpft. Dies wird an den Phänomenen leiblicher Übertragung und Gegenübertragung erfahrbar. Ein phänomenologischer Ansatz erlaubt es dem Therapeuten, seine Aufmerksamkeit für diese verkörperte Interaktion zu schulen, d. h. für die Phänomene von Haltung, Ausdruck, Resonanz oder Dissonanz, Nähe oder Distanz, Synchronie, Präsenz und Atmosphäre. Um diese szenischen Informationen für die Diagnose und Therapie zu nutzen, bedarf es in besonderer Weise der leiblichen Präsenz und der authentischen Interaktion des Therapeuten.

Aus phänomenologischer Sicht ist der Prozess der Psychotherapie viel eher am Erleben orientiert und verkörpert als kognitiv, introspektiv oder ›archäologisch‹ auf die Vergangenheit ausgerichtet. Im Zentrum der Therapie steht nicht die explizite, sondern eher die implizite Vergangenheit, insofern sie das phänomenale Beziehungsfeld des Patienten organisiert und strukturiert. Nur im gegenwärtigen Raum der Therapie werden die impliziten Beziehungsmuster des Patienten reinszeniert und lassen sich durch neue Erfahrungen ersetzen. Wie wir gesehen haben, sind

es dabei gerade unerwartete, nicht konsonante Verhaltensweisen des Therapeuten, die eingeschliffene Reaktionsmuster aufbrechen können und damit dem Patienten eine korrektive emotionale Erfahrung ermöglichen.

Eine phänomenologische, verkörperte Sicht auf psychische Krankheit liefert eine Grundlage für verschiedenartige psychotherapeutische Ansätze, von denen nur einige genannt wurden; andere wären noch zu erwähnen, insbesondere zahlreiche erlebnis- und körperorientierte Verfahren, die eine besondere Affinität zur Leibphänomenologie aufweisen (Payne et al. 2019). Ihr übereinstimmendes Ziel besteht darin, das interaktive phänomenale Feld zu nutzen, um die Fähigkeit des Patienten zu gelingenden Interaktionen mit anderen wiederherzustellen. Auf diesem Weg ermöglicht die Phänomenologie der leiblichen Erfahrung ein vertieftes Verständnis der komplexen Prozesse der psychotherapeutischen Begegnung.

Literatur

- Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hrsg.) (2016). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39 (3), 379–409.
- Boeckh, A. (2015). *Gestalttherapie. Eine praxisbezogene Einführung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Böhme, G. (1995). *Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fuchs, T. (2000a). *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T. (2000b). *Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fuchs, T. (2006). Gibt es eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? Ein phänomenologisch-psychodynamischer Ansatz. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 109–117.
- Fuchs, T. (2007a). Psychotherapy of the lived space. A phenomenological and ecological concept. *American Journal of Psychotherapy*, 61 (4), 432–439.

- Fuchs, T. (2007b). Fragmented selves. Temporality and identity in Borderline personality disorder. *Psychopathology*, *40*, 379–387.
- Fuchs, T. (2011). Body memory and the unconscious. In D. Lohmar & J. Brudzinska (Hrsg.), *Founding Psychoanalysis. Phenomenological Theory of Subjectivity and the Psychoanalytical Experience* (S. 69–82). Dordrecht: Kluwer.
- Fuchs, T. (2012). 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). Depression, intercorporeality and interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, *20* (7–8), 219–238.
- Fuchs, T. (2016). Anthropologische und phänomenologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In H.-J. Möller & R. Laux (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 383–396). Berlin Heidelberg: Springer.
- Fuchs, T. (2017a). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2017b). Intercorporeality and interaffectivity. In C. Meyer, J. Streeck & S. Jordan (Hrsg.), *Intercorporeality: Emerging Socialities in Interaction* (S. 3–24). Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T. & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *8* (4), 465–486.
- Gendlin, E. T. (2018). *Focusing-orientierte Psychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Graumann, C.-F. (1990). Der phänomenologische Ansatz in der ökologischen Psychologie. In L. Kruse, C.-F. Graumann & E.-D. Lantermann (Hrsg.), *Ökologische Psychologie* (S. 124–130). München: PVU.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Psychotherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L., Rice, L. & Elliot, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Kendon, A. (1990). *Conducting Interaction: Patterns of Behavior in Focused Encounters*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kraus, A. (1977). *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Eine existenz- und rollenanalytische Untersuchung*. Stuttgart: Enke.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lerner, R. M. & Bush-Rosnagel, N. A. (Hrsg.) (1981). *Individuals as Producers of Their Development. A Life-Span Perspective*. New York: Academic Books.

- Levenson, R. W. & Ruef, A. M. (1997). Physiological aspects of emotional knowledge and rapport. In W. Ickes (Hrsg.), *Empathic Accuracy* (S. 44–72). New York: Guilford Press.
- Lewin, K. (1934). Der Richtungs-begriff in der Psychologie. Der spezielle und der allgemeine hodologische Raum. *Psychologische Forschung*, 19, 249–299.
- Lewin, K. (1969). *Grundzüge der topologischen Psychologie*. Bern: Huber.
- May, R. (1964). On the phenomenological basis of psychotherapy. In E. W. Straus (Hrsg.), *Phenomenology: Pure and applied. The First Lexington Conference* (S. 166–184). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1974). *Die Abenteuer der Dialektik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Merleau-Ponty, M. (1986). *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *Das Auge und der Geist*. Hamburg: Meiner.
- Payne, H., Koch, S., Tantia, J. & Fuchs, T. (Hrsg.) (2019). *Embodied Perspectives in Psychotherapy*. London New York: Routledge.
- Pollatos, O., Herbert, B. M., Wankner, S., Dietel, A., Wachsmuth, C., Henningsen, P. & Sack, M. (2011). Autonomic imbalance is associated with reduced facial recognition in somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 71 (4), 232–239.
- Pollatos, O., Kurz, A. L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schöpf, V., Kopietz, R., Wiesmann, M. & Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behavior*, 9 (4), 381–388.
- Ramseyer, F. & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (3), 284–295.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of Being. Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford: Oxford University Press.
- Ricœur, P. (1969). *Die Interpretation. Versuch über Freud*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Romanyshyn, R. D. (1977). Phenomenology and psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 64 (2), 211–223.
- Rosa, H. (2018). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
- Ruemke, H. C. (1941/1990). The nuclear symptoms of schizophrenia and the praecoxfeeling (übers. v. J. Neeleman). *History of Psychiatry*, 1 (3 pt3), 331–341.

- Schmitz, H. (1989). *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.
- Stern, D. N. (1991). *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt*. München: Piper.
- Stern, D. N. (1998). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (2010) *Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Tschacher, W., Rees, G. M. & Ramseyer, F. (2014). Nonverbal synchrony and affect in dyadic interactions. *Frontiers in Psychology*, 5, Artikel 1323.
- Uexküll, J. v. (1973). *Theoretische Biologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- van den Berg, J. H. (1972). *A Different Existence. Principles of Phenomenological Psychopathology*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Waldenfels, B. (1998). Response und Responsivität in der Psychologie. In ders., *Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden* (S. 99–115). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Willi, J. (1996). *Ökologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

