

PHILOSOPHIE DER PSYCHOSEN – VOM SYMPTOM ZUM PHÄNOMEN

Dr. Dr. Andrea Moldzio

Klassischerweise ist die Medizin bzw. die Psychiatrie dafür prädestiniert, zu den Psychosen etwas zu sagen, zumal ihr auch die Therapie aufgetragen ist. Mit welcher Berechtigung nähern wir uns also jetzt auf philosophischen Wegen dem großen Thema der Psychosen? Ist es im psychiatrischen Alltag nicht völlig irrelevant, was die Philosophie zu medizinischen und psychologischen Fachgebieten zu sagen hat und lediglich überflüssige Gedankenspielererei? Ich meine nicht! Ich finde sogar, dass philosophische Betrachtungen des Menschen eine unbedingt notwendige Ergänzung zu unserem betont naturwissenschaftlich geprägten Welt- und Menschenbild sein sollten.

Philosophie als Therapie

Die Philosophie ist nämlich seit der Antike der Versuch, zu Erkenntnissen über den Menschen in seiner Welt zu gelangen. Nach Kant lassen sich alle Grundfragen der Philosophie auf eine einzige reduzieren: »Was ist der Mensch?« (1781, A 805, B 833; 1800, S. 25). Er ging sogar noch weiter und reklamierte die Behandlung von »Verrückten« als eigentliche Aufgabe der Philosophen, da er die Mediziner nicht für kompetent hielt, die Kranken wieder in die natürlichen Regeln geordneten Denkens zurückzuführen. Dass die Sorgen und Nöte des Menschen in den Zuständigkeitsbereich von Philosophen fallen, ist eine bereits bei den alten Griechen und besonders im hellenistischen Zeitalter vorkommende Überzeugung, die sich vereinzelt bis zur Philosophie des 20. Jahrhunderts hielt (vgl. Hadot 1999). Schon für Platon war der Philosoph der Arzt der Seele und die Philosophie (noch) allgemeine Lebensform und Lebenskunst, die in der Liebe zur Weisheit und der Suche danach gründete.

Die Philosophie hatte neben ihrem erkenntnistheoretischen Anliegen aber auch einen therapeutischen Anspruch: Sie verstand sich als Therapeutikum gegen Ängste, Sorgen, Schmerzen und zahlreiche andere Formen menschlichen Elends, als Trösterin der Seele (Boethius, Kierkegaard) oder als Anleitung zur Lebensführung bei den Stoikern (Seneca, Marc Aurel). Die Beseitigung dieser Sorgen, und mit ihr der Weg zur Gesundheit und Seelenruhe, konnte in der Antike auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden: die Kyniker machten beispielsweise die gesellschaftlichen Zwänge und Konventionen für die Sorgen der Menschen verantwortlich. Die Epikureer sahen als Ursache für Krankheiten und Sorgen das Streben nach falschen Lustgewinn an, die Stoiker die falschen Ansichten und Werturteile über die Wirklichkeit und die Skeptiker machten pauschal jegliche Urteile und Überzeugungen für die Störung unseres Seelenfriedens verantwortlich.

Schizophrenie als Spiegel

Vielleicht ist jetzt etwas klarer geworden, *dass* die Philosophie etwas mit dem Menschen im allgemeinen zu tun hat, aber *was* hat sie denn ausgerechnet bei einem Menschen, der eine Psychose hat, zu suchen? Der Mensch als Thema der philosophischen Anthropologie ist nicht nur hinsichtlich seiner Befähigung zur Erkenntnis, Wahrheitsfindung oder Ethik interessant, sondern gerade dann, wenn dem Menschen sein ganzes Dasein zur Frage oder problematisch geworden ist. Diese Problematik des Daseins in Form einer »Ver-rückung« des Daseins verdeutlicht sich besonders an schizophrenen Psychosen. Die Schizophrenie führt dem Menschen wie ein Spiegel seine eigene Vulnerabilität und Zerbrechlichkeit vor und stellt ihn vor die Gefahren sich selbst oder die Welt zu verlieren. Die Suche des Menschen nach seinem Platz in der Welt ist für ihn um so existentieller, je mehr er das Gefühl hat, sich selbst verloren zu haben, seine Position nicht mehr finden oder keinen Sinn mehr sehen zu können.

Der Mensch, ist im Gegensatz zur tierischen Instinktgebundenheit, hinausgeworfen in die Freiheit vielfältiger Daseinsmöglichkeiten und damit auch der Gefahr ausgesetzt sich darin zu verirren. Der schizophrene Mensch symbolisiert diese vielfältigen Daseinsmöglichkeiten und wird dadurch zum Knotenpunkt des Interesses zwischen philosophischer Anthropologie und anthropologischer Psychiatrie.

In diesem Sinne betrachtet Benedetti (1994) die Schizophrenie als ein »überdimensioniertes Mikroskop, das verborgene menschliche Daseinsformen sichtbar macht«. Die Schizophrenie amplifiziert seiner Ansicht nach gewissermaßen allgemein menschliche Situationen, die wir dann mit dem von ihr geschärften Auge auch außerhalb des Krankheitsfeldes zu erkennen vermögen. Unser grundsätzlich menschliches Dasein würde dadurch transparenter. In diesem Sinne resümiert Benedetti, »dass die Schizophrenie eine riesige Introjektion allgemein-menschlicher Irrationalität ist. Indem sie der Kranke auf sich nimmt, deckt er sie uns in höchst tragischer Weise auf.« (ebd., S. 179). Damit überführt der schizophrene Mensch die Irrationalität unserer Existenz in die Unverständlichkeit einer Psychose.

Genauso verstand auch M. Bleuler (1972) die Schizophrenie als Enthüllung eines durch sie grell beleuchteten und isolierten Ausschnitts normaler, aber meist verdeckter Menschlichkeit. Und auch Kretschmer (1955) betonte, der »Schlüssel zum schizophrenen Innenleben« sei »zugleich der Schlüssel (und der einzige Schlüssel) zu großen Teilgebieten normalen menschlichen Fühlens und Handelns« (zit. n. Schmitz 1990, S. 415).

Ich möchte mit den vorangegangenen Zitaten von Benedetti, Bleuler und Kretschmer verdeutlichen, dass das Faktum des Schizophrenwerden-könnens nicht als *Herausfall* aus dem Menschlichen zu verstehen ist, sondern als *eine* Möglichkeit, das Menschsein auf eine Spitze zu treiben. Diese »zugespitzte« Existenzform verdeutlicht metaphorisch die Entfremdung des Menschen von sich und den Mitmenschen, seine Einsamkeit (hoch oben auf der Spitze), seinen reduzierten Spielraum, und seine »Verstiegenheit«. Insofern ist der schizophrene Mensch eine Radikalisierung (und kein Verfall) unserer Menschlichkeit (Moldzio 2004).

Anthropologische Psychiatrie

Mit den philosophischen Hintergründen von psychischen Krankheiten hat sich vor allem die anthropologische Psychiatrie beschäftigt. Sie war in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine weitgehend anerkannte und verbreitete Richtung, wenngleich auch auf die phänomenologisch-hermeneutische Strömung eingeengt. Sie ist v. a. mit Namen wie Binswanger, v. Weizsäcker, M. Boss, Blankenburg, Zutt und Kulenkampff verbunden. Sie wurde vor allem durch Phänomenologen und Existenzphilosophen wie Husserl, Heidegger und Sartre beeinflusst. Bedauerlicherweise spielt die anthropologische Psychiatrie in der heutigen Psychiatrie nur noch eine untergeordnete, fast schon historische Rolle. So ist sie auf psychiatrischen oder psychotherapeutischen Kongressen unterrepräsentiert und wenig besucht, ganz zu schweigen von den Publikationen auf diesem Gebiet.

Die phänomenologisch-orientierte anthropologische Psychiatrie hat den Anspruch, Patienten mit adäquaten Kategorien zu beschreiben. Ihre These ist, dass sich in der Psychopathologie regelhafte Abwandlungen menschlichen Erlebens und Sichverhaltens widerspiegeln, die aus dem sogenannte »Wesen« des Menschen heraus verstehbar sind. Die phänomenologischen Methoden wollen nicht etwas auf etwas anderes zurückführen, sondern etwas als es selbst zum Vorschein bringen. Begegnendes soll aus sich selbst heraus »zur Sprache gebracht« werden. Daher war der Schlachtruf der Phänomenologen seit Husserl »zu den Sachen selbst« (Husserl 1952). Nicht die Methode sei entscheidend, sondern die Phänomene des Menschen sollen methodisch ausgelegt werden.

Die phänomenologische Sicht

Doch worin besteht eigentlich der Vorteil eines solchen phänomenologischen Zugangs? Meiner Meinung nach können philosophisch-phänomenologische Reflexionen das Verständnis für psychische Phänomene erweitern und vertiefen und den Blick für Phänomene schulen, die einer einseitigen naturwissenschaftlichen Betrachtung entgehen würden. Sie sollen kein Ersatz, sondern eine wertvolle Ergänzung zum klassisch medizinischen Verständnis sein.

Aber was ist eigentlich ein Phänomen? Ein Phänomen ist etwas, was sich von sich selbst her zeigt, d. h. in Erscheinung tritt. Ein Phänomen verbirgt nicht wie ein Schleier etwas was eigentlich dahinter liegt, sondern ist selbst bereits das worauf es ankommt. Für Heidegger ist ein Phänomen das Offenbare. Phänomene stellen für ihn die Gesamtheit dessen dar, was ans Licht gebracht werden kann, was die alten Griechen als das Seiende verstanden. Dieses Seiende kann sich nun in verschiedener Weise, je nach Zugangsart, von ihm selbst her zeigen. Deswegen sind Phänomene aber noch lange nicht für jeden offensichtlich, sondern müssen oft erst aufgedeckt und entsprechend wahrgenommen werden (Heidegger 1927, S. 28 ff). Zum einen kann ein Phänomen etwas sein, was sich bei entsprechender theoretischer Vorurteilslosigkeit von selbst zeigt, zum anderen aber auch etwas, was erst noch zum Erscheinen gebracht werden muss. Im ersten Fall ist das Phänomen Ausgangspunkt (*terminus a quo*), im zweiten Ziel (*terminus ad quem*) (vgl. Blankenburg 1991).

Für Schmitz (1997) ist »ein Phänomen für einen Menschen zu einer Zeit ein Sachverhalt, dem der Betreffende dann nicht im Ernst den Glauben, dass es sich um eine Tatsache handelt, verweigern kann.« (S. 19; vgl. auch ders. 1990, S. 579 f; 1993).

Symptome hingegen verweisen auf etwas, was sie selbst nicht sind. Sie sind Erscheinungen von etwas, indizieren etwas, das sich selbst nicht zeigt. Fieber kann beispielsweise auf eine entzündliche Erkrankung hinzeigen, die sich selbst aber nicht zeigt. Im Gegensatz zum Symptombegriff ist der Phänomenbegriff nicht eingeeengt auf nur bestimmte Aspekte, die Krankhaftes anzeigen, sondern er hält sich sozusagen offen für alles was ist. Die klassische Psychopathologie als Basis der Psychiatrie mit ihrer Reduktion auf Symptome oder Syndrome beinhaltet bereits eine Selektion der für wesentlich gehaltenen Erscheinungen. Daher bevorzuge ich den Begriff des Phänomens gegenüber dem des Symptoms, um zu verdeutlichen, dass es nicht nur um selektierte Erscheinungen geht, die auf Pathologisches hinzeigen, sondern um eine nicht-wertende, offene Haltung gegenüber allem Begegnenden.

Philosophische Haltung

Doch wie kann sich denn nun ein philosophisches Verständnis im praktischen Sinne gegenüber schizophrenen Menschen auswirken? Meiner Ansicht nach ist für ein Verständnis psychischer Phänomene sowie als Grundlage therapeutischer Bemühungen eine »philosophische Haltung« grundlegend. Unter einer philosophischen Haltung verstehe ich die Einstellung einer generellen Achtsamkeit gegenüber dem Anderen und den Phänomenen, welche die jeweilige therapeutische Haltung noch fundiert. Sie umfasst subtile Formen der Feinfühligkeit, Empathie und v.a. Offenheit gegenüber dem Begegnendem in gemeinsamen Situationen (vgl. Moldzio 2002a).

Haltungen sind meist implizite, latente und nicht näher explizierte Prämissen therapeutischen Denkens und Handelns, welche konzeptionell unterentwickeltes Forschungsgebiet sind, obwohl sie alles auf ihr Aufbauende (z.B. Entscheidungen über diagnostische Maßnahmen und therapeutische Strategien) maßgeblich beeinflussen. Dadurch bleiben so manche therapeutische Möglichkeiten, wie sie eine solche philosophische Haltung bieten würde, weitgehend ungenutzt.

Die philosophische Haltung prägt die Möglichkeiten des Umgangs mit sich selbst und dem begegnendem Anderen und wird damit zur wichtigsten Grundlage für das Herstellen und Gelingen einer therapeutischen Beziehung. Die philosophische Haltung kommt *vor* der rationalen Erkenntnis und vor allem *vor* konkreten Handlungen, da sie bestimmt, worauf ich überhaupt achten und was ich wichtig nehmen soll. Die philosophische Haltung basiert, nach meinem Verständnis, auf drei Faktoren nämlich Wundern, Wahrnehmen und Würdigen.

Aufforderung zur therapeutischen Langsamkeit

1. *Wundern*: Für Aristoteles begann mit dem Sich-wundern die Philosophie. »Warum ist überhaupt Seiendes und nicht vielmehr Nichts?« wunderte sich Heidegger (1953) in seiner Einführung in die Metaphysik. Ein Sich-wundern ähnelt dem kindlichen Staunen, dem das Alltäglichsche und Selbstverständlichsche, jenseits unseres erwachsenen »Schon-immer-Wissens«, noch Anlass zur größten Verwunderung ist. Erst das Wundern ermöglicht uns eine affektgetragene Sehnsucht nach Wissen, ein engagiertes Interesse für uns und die Welt, eine staunende Neugierde auf Fremdes und begründet damit die Möglichkeit Dinge »fragwürdig« zu finden.

Wir staunen oder wundern uns jedoch in erster Linie über Phänomene, die quer zu unserer gewohnten Erfahrung stehen und dadurch unsere Aufmerksamkeit erregen. Gerade psychotische Menschen regen unsere Fähigkeit des Wunderns und Staunens an, da sie aus der geordneten Alltäglichkeit herausfallen. Auf dieser Andersheit basiert ihre Erstaunlichkeit.

2. *Wahrnehmen*: Das Wahrnehmen von dem was ist und wie es ist, meint ein »Sich-einlassen« auf den Anderen mit einer sensibilisierten Rezeptivität. Meist ist unsere Wahrnehmung sensualistisch auf unsere fünf Sinne reduziert, so dass Eindrücke, Atmosphären, Stimmungen oder leibliche Regungen unbeachtet bleiben. Diese gilt es wieder in den Blick zu nehmen, um den Horizont unserer Wahrnehmungsmöglichkeiten zu erweitern. Wahrnehmen meint ein primäres Gewahrwerden des Anderen in seiner gesamten Eigenart mit dem Verzicht auf diagnostische »Vor-Urteile«. Hierbei kommt es nicht darauf an die Symptome zu *durchschauen*, sondern zuvor genau *hinzuschauen*, was für Phänomene sich einem möglichst offenen und vorurteilsfreien Blick von selbst zeigen.

3. *Würdigen*: Die Würdigung des Anderen meint eine Haltung des »Sein-lassens«, welche sich dem »Sich-einlassen« anschließt. Aus der Erstaunlichkeit des Begegnendem entspringt die Offenheit und Bereitschaft diesen in seinem »So und nicht anders Sein« auch anzuerkennen und zu würdigen. Die Würdigung von Phänomenen in ihrer »Eigen-Sinnigkeit« verhindert vorschnelle Deutungen oder Rückführungen von etwas auf etwas anderes.

Insofern kann man die drei Momente der philosophischen Haltung auch als Aufforderung zur therapeutischen Langsamkeit verstehen, die vorschnellen Diagnosen, Deutungen und therapeutischen Interventionen den Wind aus den Segeln nimmt. Dem Willen zur Veränderung (d.h. der Wunsch ein Sosein in ein Anderssein zu überführen), der jeder Therapie inhärent ist, muss eine elementare Wertschätzung und Würdigung seines momentanen Soseins voraus gehen. Mit einer solchen philosophischen Haltung der Achtsamkeit gegenüber Begegnendem ist im therapeutischen Umgang mit kranken Menschen schon viel gewonnen, zumal gerade psychotische Menschen feinste Antennen für die Haltung des Gegenübers haben.

Die Leiblichkeit des Menschen

Doch schauen wir uns Einiges in der philosophische Haltung genauer an: Wenn unsere Wahrnehmung auf die fünf Sinne sensualistisch verkürzt wird, geraten bestimmte Phänomene, wie Atmosphären oder leibliche Regungen, gar nicht erst in unseren Blick. Z.B. fällt durch das Netz der Naturwissenschaften, an dessen Eckpunkten traditionell der Körper und die Seele aufgespannt sind, der Leib als Phänomen. Die sogenannte Leiblichkeit des Menschen ist ein großes Thema der Phänomenologie, insbesondere der Neuen Phänomenologie des Philosophen Herman Schmitz, und damit auch der anthropologischen Psychiatrie. Da die Leiblichkeit eng mit der Identität des Menschen verknüpft ist und diese besonders bei schizophrenen Psychosen auf dem Spiel steht, möchte ich diese exemplarisch aus der Fülle möglicher philosophischer Ansatzpunkte näher betrachten:

Der cartesianische Dualismus mit seiner Trennung von Psyche und Soma prägt bis heute unser anthropologisches Grundverständnis und drängt den Leib, als ein diffuses, nicht zuord-

bares Etwas, in den Hintergrund. So wurde unser Leib nach Sartre (1943) das »'Unbeachtete, das 'mit Stillschweigen Übergangene'« (S. 583). Der Leib ist im Unterschied zum Körper zwar nicht sichtbar oder fassbar, jedoch sehr wohl wahrnehmbar und spürbar. Eine differenzierte Phänomenologie der Leiblichkeit entwickelte Schmitz im Rahmen seiner Neuen Phänomenologie. Er versteht unter »leiblich« zum einen das Spüren am eigenen Körper ohne Zuhilfenahme der fünf Sinne oder des perzeptiven Körperschemas, und zum anderen die leibliche Kommunikation, die über das Spüren des eigenen Leibes weit hinausreicht, um mit der Mitwelt in Kontakt zu treten. Damit ist der Leib nach Schmitz nicht etwas Statisches oder rein Privates, sondern etwas sehr Dynamisches, was mittels leiblicher Kommunikation über das Subjekt hinausgreift (Schmitz 1985, 1987, 1994, 1998a, 1998b; Moldzio 2002b).

Wie ist das zu verstehen? Bereits wenn wir uns irgendwie unwohl fühlen, spüren wie eine ganzheitliche Ermattung, die sich als dumpfe Schwere »ganzleiblich« auf uns legt und die Resonanzfähigkeit auf Erfreuliches oder Erheiterndes erheblich reduziert. Dieses Unwohlsein als leibliches Gestimmtsein ist von jemandem der mit einer entsprechenden Sensibilität begabt ist am eigenen Leib erfahrbar. Dieses eigenleibliche Spüren ermöglicht im Gegensatz zur verbalen Kommunikation, einen direkten und unmittelbaren Zugang zum seelischen Erleben des Anderen. Es vollzieht sich als subtiles leibliches Mitschwingen mit den Ängsten, Stimmungen, Engungen, und Weitungen des Anderen.

Psychose als Störung der Leiblichkeit

Bei Psychosen finden sich aber nicht nur Störungen des Denkens, der Affektivität oder der Wahrnehmung, sondern immer auch fundamentale Abwandlungen der Leiblichkeit. Diese Störungen der leiblichen Identität können beispielsweise zu einer veränderten Psychomotorik, coenästhetischen Missempfindungen, hypochondrischen Ängsten, leiblichen Beeinflussungsgefühlen oder katatonen Phänomenen führen. Die Gewissheit der eigenen Identität bei der ich mich getrennt und verschieden vom Anderen erlebe, ist vor allem auch leiblich verankert. Diese Gewissheit der eigenen Identität ist bei Menschen erschüttert, die sich z.B. von anderen beeinflusst fühlen, die ihre Gedanken schrankenlos auf andere übertragen bzw. umgekehrt oder gar sich mit einer anderen Person verwechseln.

Keineswegs ist jedoch die Gewissheit der eigenen Identität selbstverständlich oder die Verunsicherung darüber gar schizophreniespezifisch. Die Frage nach der eigenen Identität ist so alt wie die Menschheit selbst und wird von jedem Menschen stets neu gestellt, nur die Art und der Umgang des Fragens variiert. Die Frage »Woher weiß ich das ich *ich* bin und nicht ein anderer?« kann zu philosophischen Fragen überleiten (wie bei dem Philosophen Fichte) oder Ausgangspunkt einer tiefen existentiellen Verunsicherung (wie bei einem schizophrenen Patienten von dem japanischen Psychiater Kimura) werden:

Fichte fragte sich in seiner »Wissenschaftslehre«: »Ich schreibe, ich habe also eine Vorstellung von meinem Schreiben; es schreiben aber auch andere neben mir. Woher weiß ich nun, das mein Schreiben nicht das Schreiben eines anderen ist?« (Fichte 1798, S. 574). Eine ähnliche Identitätsproblematik beschäftigte auch einen Patienten von Kimura: »Wenn ich in einen Spiegel sehe, weiß ich nicht mehr, ob ich mich dort im Spiegel sehe oder ich dort im Spiegel mich hier sehe. Stehe ich zwischen zwei Spiegeln, dann entsteht eine unendliche Kette des Mich-Selbst-sehens.« (Kimura 1994, S. 194).

Fragen nach der eigenen Identität

Hier wird deutlich, dass zwischen einem Philosophen und einem schizophrenen Patienten nur graduelle Unterschiede bestehen hinsichtlich der Frage der eigenen Identität. Die Frage nach der Grenze zwischen eigenem und fremdem Leib ist für den Philosophen eine theoretisch-abstrakte Herausforderung, für den schizophrenen Menschen hingegen eine praktisch-existentielle Notwendigkeit.

Dass gerade der Blick in den Spiegel und damit das Gewahrwerden unserer eigenen Leiblichkeit identitätskonstituierend wirkt, beschrieb bereits Abély (1930) im sogen. Spiegelzeichen (*signé du miroir*). Bei diesem pathologischen Zeichen der Schizophrenie, das seiner Ansicht nach besonders im Vorstadium hebephrener Schizophrenien zu beobachten sei, diene der Blick in den Spiegel der Suche nach einer einheitlichen Gestalt des Leibes und damit der Selbstvergewisserung.

Auch für Lacan (1996) hat der Blick in den Spiegel eine wichtige Funktion für die Ich-Entwicklung. Im von ihm so benannten Spiegelstadium (*stade du miroir*), entstehe zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat durch Verinnerlichung des Spiegelbildes imaginär eine Identifikation mit dem eigenen Leib und dem Bewußtsein seiner Einheit. Seiner Ansicht nach wird erst durch Gewahrwerden des eigenen Spiegelbildes der Leib als imaginäre Ganzheit entdeckt. Erst dieses leiblich fundierte Selbsterleben im Spiegelerlebnis eröffne den Raum imaginärer Intersubjektivität. Der Blick in den Spiegel auf sich selbst verdeutliche modellhaft die Spiegelung seiner selbst in den Blicken der Anderen.

Insgesamt scheint mir jedoch Lacan die Bedeutsamkeit des Spiegelerlebens für die Identitätsentwicklung zu hoch anzusetzen, da es weder in unserer europäischen Kultur und noch viel weniger in sogenannten primitiven Kulturen zu den obligatorischen Erfahrungen von Kleinkindern gehört, sich im Spiegel zu betrachten. Es handelt sich wohl eher um eine mögliche, aber nicht notwendige Form der Leiberfahrung.

Wenn man den Lacanschen Gedanken aber weiter fortführt und auf schizophrene Psychosen anwendet, eröffnet das Bewusstwerden der Möglichkeit von Anderen gesehen zu werden, so wie ich mich im Spiegel sehe, auch die Chance die Perspektive des Anderen zu übernehmen. Gerade diese Fähigkeit der Perspektivenübernahme bei gleichzeitig sicherer Verankerung in der eigenen Identität versagt häufig bei schizophrenen Menschen. So kann die von Conrad (1971) beschriebene »Unfähigkeit zum Überstieg«, die er als konstitutiv für den Wahn ansah, auch als eine fundamental leibliche Störung des Schizophrenen verstanden werden. Die Unfähigkeit sich mit den Augen des Anderen zu betrachten, bedingt eine mangelnde Objektivierung und Relativierungen des eigenen Standpunktes von einer exzentrischen Position heraus und begünstigt somit wahnhaft Fixierungen.

»Sich-erblickt-fühlen«

Aber auch umgekehrt kann bei Störungen der leiblichen Identität und Kohärenz, ein ins Krankhafte gesteigerte Gefühl des Ausgeliefertseins an den blickenden Anderen resultieren.

Eine graduelle Steigerung von diesem »Sich-bereits-erblickt-Fühlens« manifestiert sich im paranoiden Wahn, bei dem der Wahnende überall und stets die Blicke auf sich bezogen fühlt oder durch die vermeintlich bannende Wirkung von Blicken dirigiert wird. Para-

noide Beeinflussungsgefühle, wie z.B. das Gefühl ferngesteuert oder von fremden Mächten marionettenartig dirigiert, durch Ultraschall elektrisiert oder »nur« beobachtet, von Kamearas gefilmt oder von bösen Blicken verfolgt zu werden, sind leibliche Ausdrucksformen von Gefühlen des Ausgeliefertseins an den Anderen. Wenn die leibliche Identität bedroht oder fragmentiert ist, fühlen sich die Patienten nicht mehr als Herr ihrer eigenen Handlungen, sondern dem Willen Anderer ohnmächtig ausgeliefert.

Eine fragmentierte leibliche Identität kann sich auch in Gefühlen des körperlichen Zerfalls oder Umwandlung ausdrücken. Die Patienten haben dabei das Gefühl, das ihr Körper in viele Teile zerfällt, sich langsam auflöst, sich verschiebt, verändert oder gänzlich umbildet.

Störungen der leiblichen Identität bedingen eine verminderte Abgrenzungsfähigkeit gegenüber Fremden. Das eigene Ich wird dadurch durchlässiger und vor allem vulnerabler gegenüber Begegnendem. Daher haben schizophrene Menschen auch eine erhöhte Empfänglichkeit für Atmosphären, Stimmungen, Archaisch-Mythisches, Primärprozeßhaftes, die im Unterschied zu Gesunden auch bei geringerer Intensitätsstärke wahrgenommen werden können. Die bedeutungsvolle Zudringlichkeit von Atmosphären und Stimmungen beschrieb Conrad (1971) bei der beginnenden Schizophrenie als Stadien des Tremas und der Apophanie, bei der sich langsam die *Welt für sich* in eine *Welt für mich* verwandelt. Hier wird die Ein(ver)leibung der Welt anschaulich deutlich. So kann z.B. eine harmlose Berührung, ein zufälliger Blick, ein flüchtiger Duft, eine eigentümliche Atmosphäre »entharmlost« als erotisches Angebot, Zeichen einer Verschwörung oder göttlichen Weisung empfunden werden. Dieses Ausgeliefertsein an die atmosphärischen Eindrücke der Welt entsteht aus einer mangelnden Verankerung in einer in sich kohärenten leiblichen Identität, wodurch Fremdes als Eigenes einverleibt wird.

Das empathische Gespräch als »leibtherapeutische Übung«

Zum Schluss möchte ich noch kurz an dem Phänomen der Leiblichkeit verdeutlichen, wie phänomenologische Reflexionen nicht nur das Verständnis schizophrener Phänomene bereichern können, sondern auch den therapeutischen Blickwinkel erweitern: So kann es *ein* therapeutisches Ziel sein, den Patienten wieder in seiner Leiblichkeit zu verankern und ihm zu helfen seine leibliche Identität neu zu begründen. Hierfür entwickelte Scharfetter analog zu den fünf basalen Dimensionen des Ich-Bewußtseins (Ich-Identität, Ich-Aktivität, Ich-Demarkation, Ich-Vitalität, Ich-Konsistenz) differenzierte leiborientierte Ansätze, die sich mit phänomenologischen Überlegungen gut vereinbaren lassen (vgl. Scharfetter 1978, 1990, 1998, Scheepers 1998).

Es ist meiner Meinung nach aber nicht unbedingt erforderlich, wenngleich auch hilfreich, spezielle Techniken wie Scharfetter sie vorschlägt, anzuwenden, sondern das empathische Gespräch als solches, ist bereits eine »leibtherapeutische Übung«. Im therapeutischen Gespräch sind nicht nur die Inhalte, sondern vor allem die zu vor beschriebene philosophische Haltung, aber auch Gebärden, Blick, Stimme, sowie eine bestimmte Gesprächsatmosphäre prägend. Dadurch können Engung und Weitung entsprechend der Störung des Patienten wohldosiert übertragen werden. So können je nach Befindlichkeit des Patienten z.B. Spannungsgefühle des akut geängstigten Patienten durch weitende leibliche Regungen beruhigend aufgefangen werden. Oder Fragmentierungsgefühle des Patienten durch engen-

de, zentrierende leibliche Effekte aufgefangen werden. Antagonistische Effekte durch den Therapeuten vergrößern den Spielraum der Leiblichkeit des Patienten, so dass dem Patienten ermöglicht wird, diesen Spielraum selbst wiederzugewinnen. Ähnlich der »Hilfs-Ich-Funktion« erfüllt der Therapeut damit eine »Hilfs-Leib-Funktion«.

Dem geübten Therapeuten gelingt dies automatisch, ohne dass er sich seiner veränderten Haltung immer bewusst werden muss. Doch ermöglicht ein bewussteres Gewahrwerden von den subtilen Möglichkeiten des Gesprächs eine größere therapeutische Bandbreite und Reflexionsbasis.

Zusammenfassend möchte ich den schizophrenen Menschen als Symbol für die Vielfalt und Abgründigkeit unseres menschlichen Daseins verstehen, der dadurch Philosophie, Psychiatrie und Psychotherapie miteinander verbindet. Dabei ist der schizophrene Mensch nicht der ganz Andere, von uns fundamental verschiedene, sondern derjenige, der den Horizont unseres Daseins erweitern kann, indem er verdeckte Bereiche unseres eigenen Menschseins aufdeckt. Dadurch bringt er das Abseitige, Verzerrte und Widersprüchliche unserer Existenz mit seinen vielfältigen Dissonanzen wieder zurück in unser Menschenbild und ermöglicht somit eine größere Stimmigkeit für unser Selbst- und Weltverständnis.

Der Wunsch, der enormen und faszinierenden Komplexität des schizophrenen Menschen gerecht zu werden, macht einen interdisziplinären und methodenintegrierenden Zugang notwendig. Das zerrissene Band zwischen Philosophie und Therapie wieder zusammenzufügen, um im ganz konkreten Sinne dem Menschen hilfreich zu sein, ist meine Hoffnung für zukünftige Wege in der Philosophie und Psychiatrie.

Bibliographie

- Abély, P.** (1930). Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce. *Annales médico-psychologique* 88, S. 28–36.
- Benedetti, G.** (1994). *Todeslandschaften der Seele*. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen. 4. Auflage. 1. Auflage 1983.
- Blankenburg, W.** (1991). Phänomenologie als Grundlagendisziplin der Psychiatrie. In: *Fundamenta Psychiatrica* 4, S. 92–101.
- Bleuler, M.** (1972). *Die schizophrenen Geistesstörungen*. Thieme. Stuttgart.
- Conrad, K.** (1971). *Die beginnende Schizophrenie*. Thieme. Stuttgart. 1. Auflage 1958.
- Fichte, J. G.** (1798). *Werke 1797–1798*. Lauth, R., Gliwitzky, H. (Hrsg.). Gesamtausgabe der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. Band 2. Stuttgart – Bad Cannstatt 1978.
- Hadot, P.** (1999). *Wege zur Weisheit oder Was lehrt uns die antike Philosophie?* Eichborn. Berlin.
- Heidegger, M.** (1927). *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag. Tübingen.
- Heidegger, M.** (1953). *Einführung in die Metaphysik*. Max Niemeyer Verlag. Tübingen. 4. unveränd. Aufl. 1976
- Husserl, E.** (1952). *Husserliana. Gesammelte Werke*. Band 4. Biemel, M. (Hrsg.). M. Nijhoff. Haag.
- Kant, I.** (1781). *Kritik der reinen Vernunft*. Reclam. Stuttgart. Aufl. 1982
- Kant, I.** (1800). *Logik. Ein Handbuch zu Vorlesungen*. Jäsche, G. B. (Hrsg.). Königlich Preußische Akademie der Wissenschaften. Gesammelte Schriften. Bd. IX. Königsberg.
- Kimura, B.** (1994). Psychopathologie der Zufälligkeit oder Verlust des Aufenthaltsortes beim Schizophrenen. In: *Daseinsanalyse* 11, S. 192–204.

- Kretschmer, E.** (1955). *Körperbau und Charakter*: Springer. Berlin. 21./22. Auflage. 1. Auflage 1921.
- Lacan, J.** (1996). Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion, wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint. In: *Schriften I*. Quadriga. Weinheim. Berlin.
- Moldzio, A.** (2002a). Ein phänomenologischer Blick auf schizophrene Psychosen. In: Ertl, M.; Keintzel, B. Wagner, P. (Hrsg.). *Ich bin tausend Ich. Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen*. Facultas. Wien. S. 236–244.
- Moldzio, A.** (2002b). Verletzte Leiblichkeit. In: Schmitz, H.; Marx, G.; Moldzio, A. (Hrsg.). *Begriffene Erfahrung. Beiträge zu einer antireduktionistischen Phänomenologie*. Koch. Rostock. S. 250–264.
- Moldzio, A.** (2004). *Schizophrenie – eine philosophische Erkrankung?* Königshausen und Neumann. Würzburg. Im Druck.
- Sartre, J.-P.** (1943). *Das Sein und das Nichts*. 1994. Rowohlt. Reibek bei Hamburg.
- Scharfetter, Ch.** (1978). Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Mit Kommentar von G. Benedetti. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*. Band 123, Heft 2, S. 239–255.
- Scharfetter, Ch.** (1990). *Schizophrene Menschen*. Urban & Schwarzenberg. München.
- Scharfetter, Ch.** (1998). Ich-Psychopathologie und Leiberleben. In: Röhricht, F.; Priebe, S. (Hrsg.). (1998). *Körpererleben in der Schizophrenie*. Hogrefe. Göttingen. Bern. Toronto.
- Scheepers, C.** (1998). Ergotherapeutische Wahrnehmungsbehandlung schizophrener Ich-Störungen. In: Röhricht, F.; Priebe, S. (Hrsg.). (1998). *Körpererleben in der Schizophrenie*. Hogrefe. Göttingen. Bern. Toronto. S. 155–170.
- Schmitz, H.** (1980). *Neue Phänomenologie*. Bouvier. Bonn.
- Schmitz, H.** (1985). Phänomenologie der Leiblichkeit. In: Petzold, H. (Hrsg.). *Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Junfermann. Paderborn. S. 71–106.
- Schmitz, H.** (1987). Der vergessene Leib. Phänomenologische Bemerkungen zu Leib, Seele und Krankheit. In: *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 35. S. 270–278.
- Schmitz, H.** (1990). *System der Philosophie*. Band IV: Die Person. Bouvier. Bonn.
- Schmitz, H.** (1993). Neophänomenologie – eine Grundlage für die Psychiatrie? In: Danzer, G.; Priebe, S. (Hrsg.). *Forschen und Denken. Wege in der Psychiatrie*. Königshausen und Neumann. Würzburg. S. 15–33.
- Schmitz, H.** (1994). Der gespürte Leib und der vorgestellte Körper. In: Großheim, M. (Hrsg.). *Wege zu einer volleren Realität. Neue Phänomenologie in der Diskussion*. Akademie-Verlag. S. 75–91.
- Schmitz, H.** (1997). *Höhlengänge*. Akademie Verlag. Berlin.
- Schmitz, H.** (1998a). *Der Leib, der Raum und die Gefühle*. Edition Tertium. Ostfildern.
- Schmitz, H.** (1998b). *System der Philosophie*. 2. Band, 1. Teil. *Der Leib*. Bouvier. Bonn. 3. Auflage 1998. 1. Auflage 1965.