

## Psychopathologie der Hyperreflexivität

Von THOMAS FUCHS (Heidelberg)

Die Struktur der menschlichen Leiblichkeit ist grundlegend charakterisiert durch die Polarität oder Ambivalenz zwischen subjektivem Leib und objektiviertem Körper oder zwischen Leib-Sein und Körper-Haben. Diese vor allem von Plessner und Merleau-Ponty hervorgehobene Polarität hat auch für die Psychopathologie eine zentrale Bedeutung. Insofern nämlich psychische Erkrankungen den unbefangenen Lebensvollzug stören oder unterbrechen, setzen sie zugleich an den Bruchlinien an, die sich innerhalb der Leiblichkeit zwischen Leib-Sein und Körper-Haben immer schon zeigen. In psychischen Krankheiten versagen die stillschweigenden Vermittlungen, an die das leibliche Zur-Welt-Sein gebunden ist. Statt als Medium des Weltbezugs zu dienen, macht sich der Leib als Körper störend und widerständig bemerkbar. Selbstverständliches wird auf einmal unvertraut, zweifelhaft oder fremd; Implizites wird explizit und tritt in den Fokus der Aufmerksamkeit. Diese *Explikation des Impliziten* bedeutet immer auch eine gewisse Selbstentfremdung und hat als solche bereits eine vermehrte Selbstbeobachtung zur Folge. Dies wird noch gesteigert durch Reflexionsprozesse, die um die verlorene Selbstkongruenz kreisen und in denen die Patienten versuchen, den entstandenen Bruch wieder zu überbrücken oder zu kompensieren. Sie erreichen damit freilich in der Regel nur das Gegenteil. Selbstzentrierung und Hyperreflexivität sind somit einerseits die Folge der Erkrankung, tragen andererseits oft noch zusätzlich zu ihr bei.

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

### I. Die implizite Struktur des Leibes

Die implizite Struktur der Leiblichkeit lässt sich folgendermaßen beschreiben: Was im Brennpunkt unserer Aufmerksamkeit liegt, darauf richtet sich der *intentionale Bogen* unseres Wahrnehmens oder auch unseres Handelns.<sup>1</sup> Dieser Bogen wird gebildet durch die Verknüpfung

---

<sup>1</sup> Den Begriff des intentionalen Bogens prägte Merleau-Ponty zur Bezeichnung der selbsttätigen, nicht der Ich-Aktivität unterliegenden Intentionalität des Leibes; vgl. Merleau-Ponty (1962), xvii, 137, 243.

und Integration von Einzelementen – zum Beispiel der Buchstaben, aus denen sich ein gelesener Text zusammensetzt, der einzelnen Gesichtszüge, aus denen der mimische Gesamteindruck resultiert, oder der Einzelbewegungen, die insgesamt den koordinierten Vollzug etwa des Fahrradfahrens oder Tanzens ergeben. Es ist diese Koppelung von Einzelementen zu Wahrnehmungs- oder Bewegungsgestalten, die sich im Medium des Leibes realisiert, ohne dass wir der Einzelemente noch gewahr werden. So bildet der Leib in einer stillschweigenden, impliziten Weise den intentionalen Bogen der jeweiligen Wahrnehmung oder Bewegung. Mit anderen Worten: Er ist auf ihr intentionales Ziel hin *transparent*.

Michael Polanyi (1967) hat diese Struktur der Leiblichkeit als „implizites Wissen“ analysiert. Es beruht auf Prozessen der Gestaltbildung, die es uns ermöglichen, Ganzheiten und Sinneinheiten anstelle der Einzelemente zu erfassen. Wir verstehen den Gesichtsausdruck eines anderen Menschen unmittelbar, ohne sagen zu können, welche Merkmale ihn ausmachen. Wir hören und verstehen die Sätze, die er spricht, nicht jedoch die einzelnen Laute. Wir tasten einen Gegenstand ab, indem wir unsere tastenden Fingerkuppen *als* die Oberfläche wahrnehmen, die wir tasten. Ein Blinder tastet die Braille-Schrift *als* Worte, er liest mit den tastenden Fingern. Das heißt: Durch *Proximales* hindurch, das selbst implizit oder transparent bleibt, richten wir uns auf *Distales* im Fokus unserer Aufmerksamkeit.

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

Das reflexive Bewusstsein, die Überlegung, dient grundsätzlich dazu, die in den impliziten Vermittlungen entstandene Lücke durch neue Verknüpfungen wieder zu schließen – gleichsam die Brüche zu reparieren, die sich in der Leiblichkeit aufgetan haben. Bewusste Aufmerksamkeit kann neue Wege des Umgangs mit der Welt etablieren und leiten, bis sie sich schließlich in Gewohnheiten verwandelt haben, uns „in Fleisch und Blut übergegangen sind“. Durch Übung und Gewöhnung inkorporiert sich der Leib neue Vermögen. Charakteristisch für den Erfolg ist ein sich häufig plötzlich einstellendes Erlebnis des „von-selbst“, das es erlaubt, sich dem leiblichen Vollzug hinzugeben, sich nun gleichsam in die eigene Leiblichkeit fallen zu lassen. Der Tänzer hat eine neue Figur erlernt und kann sich ihr ganz hingeben. Der Pianist hat einen Lauf eingeübt, den er nun frei modulieren, ja dem er nun gleichsam selbst zuhören kann. Selbstvergessenheit ist das Kennzeichen des gelungenen leiblichen Vollzugs. Der Leib ist für ein neues Vermögen transparent geworden, sodass sich das fokale Bewusstsein aus der Handlung zurückziehen und auf das distale Ziel richten kann. „Es ist ein allgemeines Prinzip

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

in der Psychologie“<sup>3</sup>, so schreibt William James, „dass das Bewusstsein alle Prozesse verlässt, in denen es nicht mehr von Nutzen ist.“<sup>3</sup>

Hier werden also unter bewusster Leitung neue Vermögen erworben, solange bis man schließlich wieder vergessen hat, wie man tut, was man tut. Auf der anderen Seite kann aber das reflexive Bewusstsein, die Rückwendung der Aufmerksamkeit auf den Lebensprozess selbst, auch eine gewissermaßen analytische, zersetzende Wirkung auf die impliziten Koppelungen der Leiblichkeit ausüben. Wir sehen dann buchstäblich den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr – ein Phänomen, das ich als *Explikation des Impliziten* bezeichnen möchte. Betrachten wir einige Beispiele:

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

Besonders störend kann sich die bewusste Aufmerksamkeit auf leibliche Vollzüge auswirken, die überhaupt nicht der bewussten Kontrolle unterliegen, die also nicht „gemacht“ werden können, wie etwa das Einschlafen, das Lachen oder Weinen, die sexuelle Erregung oder auch das Gebären. Sie geschehen „von selbst“, das heißt, sie entspringen einer eigenen Quelle leiblicher Spontaneität.<sup>4</sup> Willentlich lässt sich allenfalls die Situation aufsuchen oder herbeiführen, in der sich der gewünschte Vollzug für gewöhnlich einstellt. Wird er selbst direkt intendiert, so tritt in der Regel eine Hemmung oder Blockade ein. Noch ein Weiteres lässt sich daran erkennen: Das reflexive Bewusstsein ist nicht in der Lage, gleichsam flussaufwärts zurück zur Quelle leiblicher Vollzüge zu gelangen, und zwar weder in räumlicher noch in zeitlicher Hinsicht.

*Räumlich* nehmen die Richtungen des Leibes ihren Ausgang von einem nicht lokalisierbaren Ursprung: Mein Leib bleibt immer Nullpunkt oder Mittelpunkt der Orientierung im Raum, ich vermag ihn niemals vor mich zu bringen. Ich sehe mich selbst nie *als* sehenden. Mehr noch: Ich sehe mich auch nie so, wie die anderen mich sehen. Kleist hat in seiner Schrift *Über das Marionettentheater* dargestellt, wie der Blick des anderen einen Bruch in der Leiblichkeit herbeiführt und die Unbefangenheit des präreflexiven Selbstseins aufhebt.<sup>5</sup> Ähnlich

<sup>3</sup> „It is a general principle in psychology that consciousness deserts all processes where it can no longer be of use.“ (James 1950, 496)

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

<sup>5</sup> In dieser Erzählung verliert ein junger Mann seine bis dahin ungewöhnliche natürliche Grazie durch ein unscheinbares Ereignis: Nach einem gemeinsamen Bad mit seinem Freund erblickt er sich im Spiegel bei einer unwillkürlichen Geste, die sie beide an eine antike Plastik erinnert. Seine Versuche, die nun bewusst gewordene Geste vor dem Freund noch einmal zu wiederholen, werden jedoch

beschreibt Luigi Pirandello in seinem Roman *Einer, keiner, hunderttausend* eine schwere psychische Krise, in die der Protagonist gerät, als er sich eines Tages dessen bewusst wird, dass der Anblick seines Gesichts gänzlich den anderen anheim gegeben ist, dass er für sich selbst also immer jemand anderes bleiben muss, als er den anderen erscheint.

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

Auf Grund dieses ebenso räumlichen wie zeitlichen Selbstentzugs muss der Versuch, den Lebensvollzug reflektierend einzuholen, notwendig misslingen. Ist die Spontaneität und Transparenz des Leibes einmal grundlegend gestört, so arbeitet sich das reflexive Bewusstsein vergeblich an der Störung ab und verstrickt sich in eine leere Hyperreflexion, in fruchtloses Grübeln, bohrenden Zweifel oder zwanghafte Selbstbeobachtung. Dies befördert noch zusätzlich die Explikation des Impliziten und führt häufig in typische Teufelskreise von Selbstbeobachtung und Selbstentfremdung.

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

## II. Psychopathologie der Hyperreflexivität

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

---

zur Pose und missglücken auf komische Weise. Von da an geht seine Natürlichkeit immer mehr verloren: „Eine unsichtbare und unbegreifliche Gewalt schien sich, wie ein eisernes Netz, um das freie Spiel seiner Gebärden zu legen, und als ein Jahr verflossen war, war keine Spur mehr von der Lieblichkeit in ihm zu entdecken [...]“ (Kleist 1967, 62)

2. *Zwangsstörung.* Einen besonders günstigen Nährboden findet die Hyperreflexion bei zwanghaften Persönlichkeiten und Zwangsstörungen. Ein typisches Beispiel gibt Viktor Frankl, der auch die Technik der „Dereflexion“ und „paradoxen Intention“ zur Behandlung solcher Störungen entwickelt hat:

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

Wir sehen hier deutlich, wie die Rückwendung der Aufmerksamkeit auf den motorischen Vollzug zu einer Auflösung des impliziten Könnens führt, verstärkt durch die Angst und Scham vor anderen. An die Stelle des intendierten Inhalts setzt sich zunächst die Form des Schreibens selbst. Das wäre an sich noch kein Schaden, denn die bewusste Übung könnte ja durchaus zu einer Verbesserung der Schrift beitragen. Der zwangsneurotische, perfektionistische Mensch jedoch findet, sobald er einmal die leibliche Selbstverständlichkeit verlassen hat, nicht wieder zu ihr zurück. Er will alles *machen* und kann nichts geschehen lassen, aus Angst, die Kontrolle zu verlieren, sich gehen zu lassen. Die paradoxe therapeutische Instruktion erlaubt ihm nun genau dies und greift damit zugleich seine verdrängten, rebellischen Wünsche auf: endlich einmal richtig schmieren zu können, ja dem Chef „etwas vorzuschmieren“. So löst sich der Reflexionskrampf, und der Patient gewinnt das Vertrauen in sein implizites leibliches Vermögen zurück.

3. *Hypochondrie.* Das Paradigma pathologischer Reflexion auf den Leib als Körper ist die Hypochondrie. Auch der Hypochonder hat das Vertrauen in die natürlichen leiblichen Prozesse verloren und versucht vergeblich, sich durch medizinische Überwachung der Funktionsfähigkeit seines Körpers zu versichern. Gerade damit stört er die Unauffälligkeit und Selbsttätigkeit der leiblichen Vollzüge. Seine misstrauische Selbstbeobachtung verstärkt oder erzeugt selbst ungewohnte Leibempfindungen, die er dann als bedrohliche Symptome interpretiert. So ängstigte sich 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. Auch seine Aufmerksamkeit richtete sich also in typischer Weise vom Distalen zurück zum Proximalen, vom Gesehenen zum Sehen, zum Auge.

Doch hat bereits der Verlust des Vertrauens in den eigenen Körper mit einem reflexiv gewonnenen Wissen zu tun. Im Hintergrund der Hypochondrie nämlich steht das Bewusstsein, als leibliches Wesen grundsätzlich krankheitsanfällig und verletzbar, ja sterblich zu sein, sodass jeder banale Schmerz prinzipiell schon die Möglichkeit tödlicher Krankheit andeuten kann. So sensibel der Hypochonder für die Verletzlichkeit seiner leiblichen Existenz ist, so unerträglich ist sie zugleich für ihn. Er versucht daher, die stets gegenwärtig erlebte Gefahr von Krankheit

und Tod durch ängstliches Beobachten aller körperlichen Vorgänge zu bannen. Mehr und mehr wird dem Hypochonder sein Leib selbst zum quasi-erotischen Objekt, das sich vor die Welt schiebt, statt für sie transparent zu sein. Die eigene und die ärztliche Zuwendung zum Leib ersetzen nun, was an mitmenschlicher Beziehung verloren geht. Die Medizin, die Ärzte sollen den Riss wieder schließen, der sich im Dasein aufgetan hat – so als ließe sich die grundlegende Tatsache der Anfälligkeit und Sterblichkeit des Leibes aufheben, indem er fortwährend beobachtet, untersucht und in Kontroll- oder Diätrituale gezwungen wird. Der Hypochonder repräsentiert den naturwissenschaftlichen Anspruch auf absolute Kontrolle des Körpers und kann doch das Faktum von Krankheit und Tod nicht leugnen. Die hypochondrische Neurose wird zum oft lebenslangen Kampf gegen eine Grundbedingung des Daseins, die nicht anerkannt, sondern negiert wird. Auch hier geht es therapeutisch um die Dereflexion, die Wendung der Aufmerksamkeit vom Körper weg nach außen, vor allem zu den anderen hin.

*4. Dysmorphophobie.* Eine andere Form der Hyperreflexivität findet sich in der Dysmorphophobie oder Missgestaltsfurcht, der überwertigen oder wahnhaften Vorstellung, ein objektiv unauffälliger Körperteil, vor allem das Gesicht, die Nase, der Mund oder die Haut seien in massiver Weise entstellt und hässlich. Der betreffende Körperteil steht im Erleben des Patienten unförmig und prominent hervor, als ständiger Gegenstand der Aufmerksamkeit und Besorgnis. Charakteristisch sind intensive Schamgefühle, Angst vor visueller Exposition und das Gefühl, von anderen beobachtet, angestarrt oder heimlich verlacht zu werden. Diese angstvolle Scham macht spontanes leibliches Verhalten unmöglich und kann sich bis zu paranoiden Beziehungsideen steigern. Kosmetische Operationen, die die Patienten häufig vornehmen lassen, ändern meist nichts an der zu Grunde liegenden schweren Selbstwertstörung.

Anders als in der Hypochondrie geht es in der Dysmorphophobie also um das Sich-Zeigen und Gesehenwerden in der eigenen Körperlichkeit, um das *Körperbild* (Fuchs 2010). Die potenzielle Selbstentfremdung, die durch den Blick des Anderen ausgelöst wird, hat Sartre (1962) bekanntlich eingehend analysiert. Der präreflexive Leib erhält dabei eine Außenseite. Er wird zum ungeschützten, angestarrten oder entblößten „Körper-für-andere“, zum Objekt ihrer Bewertung oder möglichen Zurückweisung. Hier liegt der Ursprung selbstbezoglicher Emotionen, insbesondere von Befangenheit und Scham. Der von Scham Ergriffene rückt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und wird schmerzhaft getroffen von zentripetalen Richtungen des Blicks oder des Zeigens, vor denen er „in den Boden versinken“ möchte (Fuchs 2002). Die Rötung und Wärme des Gesichts entsprechen dem peinlichen Erblicktwerden: Der Sich-Schämende steht im Sinne des Wortes im „Brennpunkt“ der Aufmerksamkeit. Damit verknüpft ist eine momentane Selbstentfremdung oder Dissoziation: Der Betroffene sieht gleichsam aus den Augen der Anderen seinem lächerlich gewordenen und beschämten leiblichen Selbst zu. Er ist gleichzeitig der Sehende und der Gesehene.

Scham ist damit auch der zentrale Affekt der Störungen des Körperbildes, insbesondere der Dysmorphophobie. Charakteristischerweise tritt die Störung meist in der Adoleszenz auf, wenn der eigene Leib sich verändert und durch die Sexualität einen neuen Außenaspekt erhält. Verunsicherung, Kränkungen und Selbstwertzweifel lösen nun die Störung aus. Das spontane leibliche Auftreten geht verloren oder kann gar nicht entwickelt werden. Stattdessen tritt der vermeintlich missgestaltete Körper in den Vordergrund, das heißt, das Proximale tritt an die Stelle des Distalen. Der Leib erscheint verdinglicht zum Objekt, um das der Patient in seinem hyperreflexiven Grübeln kreist. Nicht selten führt dies zu einer manifesten Depersonalisation, in der der eigene Körper fremd, taub oder gefühllos erscheint. Wiederum entsteht ein Teufelskreis von schamvoller Selbstbeobachtung und Entfremdung, den der Patient nicht mehr zu durchbrechen vermag.

5. *Hyperreflexivität in der Schizophrenie.* Die wohl tiefgreifendste Auflösung leiblicher Spontaneität begegnet uns in der Schizophrenie. Zumal in den basalen und frühen Stadien der Krankheit erleben schizophrene Patienten einen Verlust des impliziten Könnens und Wissens, das sich auch mit dem Begriff des „Common Sense“ bezeichnen lässt, also der grundlegenden Vertrautheit mit der Welt und mit den anderen Menschen, die an das Medium des Leibes gebunden ist. Die phänomenologische Psychopathologie hat dafür den Begriff der „Entkörperung“ (*disembodiment*) geprägt (Fuchs 2005a, Fuchs u. Schlimme 2009). Diese besteht in einer schleichenden Desintegration leiblicher Gewohnheiten und Handlungsabläufe, die gerade das Selbstverständliche und Alltägliche immer fragwürdiger und problematischer erscheinen lässt. Die Explikation des Impliziten erfasst hier, wie wir sehen werden, zunehmend proximale Bereiche der leiblichen Vollzüge, bis diese als gänzlich ich-fremd, ja schließlich als von außen gesteuert erlebt werden. Betrachten wir einige Beispiele von frühen Stadien dieser Störung:

Ein schizophrener Patient Minkowskis konnte „[...] nicht mehr lesen, denn er wird von einem Wort oder einem Buchstaben festgehalten und kann nicht auf den Sinn des Satzes achten. Er prüft, ob alle ‚i‘ einen Punkt haben, ob die Akzente richtig stehen, ob alle Buchstaben die richtige Form haben.“ (Minkowski u. Targowla 1927/2001)

„Also zeitweise konnte ich nichts tun, ohne darüber nachzudenken. Ich konnte keinen Handgriff mehr machen, ohne dass ich denken musste, wie ich das mache. [...] Manchmal habe ich schon über Worte nachgedacht, warum jetzt ‚Stuhl‘ ‚Stuhl‘ heißt zum Beispiel, oder solche Sachen.“ (de Haan & Fuchs 2010)

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

Hier zerfallen die impliziten Koppelungen beziehungsweise sensomotorischen Syntheseleistungen und müssen durch bewusste Planung und Ausführung ersetzt werden. Es gelingt den Patienten nicht mehr, einen einheitlichen Handlungsbogen zu realisieren und sich dabei auf selbstverständliche Weise ihres Leibes zu bedienen. Dies führt zum Verlust der Spontaneität, zur zunehmenden Selbstbeobachtung und Hyperreflexion. Jede noch so geringfügige Handlung bedarf einer gezielten Aufmerksamkeit und Willenstätigkeit, gewissermaßen einer „cartesianischen“ Einwirkung des Ich auf seinen Körper. Nicht umsonst sprechen die Patienten oft von einem Bruch zwischen sich und ihrem Körper, fühlen sich innerlich ausgehöhlt oder wie leblose Roboter. Denn das Gefühl des Lebendigseins beruht darauf, den eigenen Leib gewissermaßen zu bewohnen und sich durch ihn selbstverständlich auf die Welt richten zu können.

„Ich bin wie ein Roboter, den jemand anderes bedienen kann, aber nicht ich selbst. Ich weiß, was zu tun ist, kann es aber nicht tun.“ (McGhie und Chapman 1961)

Die Störung des gewohnten leiblichen Umgangs mit der Welt kann sich in einer subtilen Entfremdung der Alltäglichkeit manifestieren, wie sie Blankenburg (1971) eindrucksvoll beschrieben hat. Gerade solche Dinge werden zum Problem, „die sich rational nicht eindeutig bestimmen lassen, die Sache des ‚Feingefühls‘ sind“ (ebd., 82): welches Kleid man trägt, wie man jemanden anspricht, sich entschuldigt usw. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit „macht sich vor allem [...] in den unzähligen kleinen Verrichtungen des Alltags bemerkbar, ergreift aber darüber hinaus die gesamte Lebensorientierung“ (ebd., 80). Dem

Kranken drängt sich gerade das als unabweisbares Problem auf, was der Gesunde *vergessen* hat, weil er es schon gewohnt war, bevor er danach fragen konnte: wie es möglich ist, in der Welt zu sein, zu handeln, zu leben. Gerade das Vergessene, das heißt das im leiblichen Gedächtnis gewohnt und vertraut Gewordene, ist dem Kranken nicht mehr verfügbar.

Anders als bei den neurotischen Störungen, die wir zuvor betrachtet haben, müssen wir in der Schizophrenie eine tiefer reichende Ursache für diese Entfremdungsphänomene annehmen. Die phänomenologische Psychopathologie geht von einer Störung des basalen leiblichen Selbsterlebens aus, das allen Lebensvollzügen zu Grunde liegt und ihnen Meinhaftigkeit und Selbstkohärenz verleiht (Parnas 2000, Sass u. Parnas 2003). Es liegt gewissermaßen am weitesten proximal, nämlich im Kern aller intentionalen Akte. Die Störung dieses präreflexiven Selbstgefühls durchdringt daher alle Bereiche des Erlebens und kann reflexiv nicht kompensiert werden:

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

Sobald ihm ein Gedanke durch den Kopf ging, musste er seine Aufmerksamkeit zurück lenken 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.“ (Parnas u. Handest 2003)

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

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

Während des Studiums, mit 21 Jahren, konnte er auch seinen eigenen Aufzeichnungen aus der Vorlesung nicht mehr trauen. Schließlich begann er auch zu zweifeln, ob seine eigenen Arme oder die von jemand anderem die Arbeit machten, mit der er gerade beschäftigt war. Er musste seine Arme sorgfältig von den Händen bis zum Körper verfolgen, um sicherzugehen, dass er selbst das sei, und habe immer wieder nach hinten gesehen, ob da nicht jemand anderes stand, der sie bewegte. Nun begann er die einfachsten Handlungen anzuzweifeln. Er brauchte endlos zum Anziehen, da er die Kleider mehrmals berühren und seine Bewegungen ständig bewusst wiederholen musste, denn er konnte seinen Händen nicht mehr trauen. Er



wusste nicht mehr, ob er die Hosen richtig hielt, und in welcher Reihenfolge er die Kleider anziehen sollte. Jeder Handgriff sei nun zu einer Mathematikaufgabe geworden, über die er mit größter Konzentration habe nachgrübeln müssen. So blieb er in den alltäglichsten Abläufen stecken und geriet in zunehmende Verzweigung (Bürgy 2003).

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

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

„I become aware of my eye watching an object.“ (Stanghellini 2004, 113)

„I saw everything I did like a film camera.“ (Sass 1992, 132)

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

Das wahrnehmende Subjekt gerät in eine Position außerhalb der Welt, es wird zum Homunculus, der seine eigenen Wahrnehmungen wie Bilder betrachtet. Diese äußerste Entfremdung, ja Verzerrung des leiblichen Mediums verwandelt auch die wahrgenommenen Dinge in bloße Erscheinungen oder Phantombilder. Darin liegt auch der Kern der künstlichen, rätselhaften und unheimlichen Verfremdung der Umgebung in den Frühstadien der akuten Psychose, die Jaspers (1963) als „Wahnstimmung“ beschrieben hat. Anstatt eine objektive, gemeinsame Welt zu konstituieren, ist die schizophrene Wahrnehmung in einer subjektiven, monadischen Sicht gefangen; sie ist nicht mehr transparent auf die Welt hin, sondern opak (Fuchs 2005b).

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

„Ich konnte nicht mehr denken, wie ich wollte [...]. Es war, wie wenn einer gar nicht mehr selber denkt, an seinem eigenen Denken gehindert wird. Als wenn die Ideen von außen kämen [...]. Ich fing an zu überlegen, bin ich das noch oder bin ich eine ausgetauschte Person.“ (Klosterkötter 1988, 111)

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

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

Statt als transparentes Medium des In-der-Welt-Seins zu fungieren, verzerrt somit die leibliche Organisation des Schizophrenen zunehmend die wahrgenommene Realität und verstrickt ihn schließlich in eine wahnhaftige Sicht auf sich selbst. Der gelebte Leib wird zu einer entfremdeten, äußerlichen Körpermaschine, die am Ende nicht mehr vom Patienten selbst, sondern von anonymen und fremden Kräften gesteuert erscheint. Was es heißt, ein inkarniertes, verkörpertes Wesen zu sein, können wir wohl nirgends so deutlich erkennen wie an der Schizophrenie, in der das Selbst in seinem Leib nicht mehr zuhause ist.<sup>6</sup>

### III. Fazit

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

- a) Psychische Krankheiten stellen Störungen oder Stockungen des auf die Welt und in die Zukunft gerichteten Lebensvollzugs dar. Als solche gehen sie zumeist einher mit vermehrter Selbstbeobachtung und -bewertung, mit einer Einengung der Aufmerksamkeit auf die eigene Person, die erlebten Defizite oder Symptome, und mit einer Rückwendung des Denkens auf das bereits Getane oder Geschehene. Diese Phänomene lassen sich im Begriff der *Hyperreflexivität* zusammenfassen.
- b) Die Störung des Lebensvollzugs manifestiert sich andererseits in einer Auflösung der Gewohnheiten, Gestalteinheiten und impliziten Koppelungen, die der Intentionalität des Leibes zu Grunde liegen. Übergreifende intentionale Bögen von Wahrnehmung und Handlung lösen sich auf, sodass Einzelelemente störend in den Vordergrund treten. Diese Phänomene habe ich als *Explikation des Impliziten* oder *pathologische Explikation* bezeichnet.
- c) Hyperreflexivität und Explikation bedingen und verstärken einander wechselseitig. Bislang Selbstverständliches wird fragwürdig, Vertrautes entfremdet sich, doch die dadurch ausgelöste grüblerische Selbstreflexion trägt noch zusätzlich zu dieser Störung bei. Es entstehen Teufelskreise von Selbstbeobachtung und Selbstentfremdung.

Die anthropologische Grundlage dieser Phänomene lässt sich in der Labilisierung verorten, die der Lebensvollzug durch das personale Selbstverhältnis erfährt: Die „exzentrische Position“ (Plessner 1970), die der Mensch zu sich selbst einnimmt, indem er sich von außen und

<sup>6</sup> Auf therapeutische Behandlungsmöglichkeiten kann hier nicht ausführlicher eingegangen werden. Dabei geht es vor allem darum, etwa durch bewegungs-, tanz- oder kunsttherapeutische Verfahren die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und die Verankerung in leiblichen Vollzügen zu fördern.

mit den Augen der anderen sehen kann, enthält immer schon eine Komponente der Selbstentfremdung. Sie manifestiert sich auch in der ambivalenten Struktur der Leiblichkeit, insofern wir unsere leibliche Natur nicht nur sind, sondern auch haben.

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

Aus diesem Grund stellt das Selbstverhältnis des Patienten auch eine ständig wirksame Komponente des Krankheitsverlaufs dar. Jeder psychopathologische Zustand ist durch ein bestimmtes Verhältnis charakterisiert, dass der Betroffene zu ihm einnimmt – er kann ihn passiv erleiden, ihm nachgeben, ihn ausagieren, über ihn nachgrübeln, gegen ihn kämpfen usw. Diese unterschiedlichen Weisen des Sich-Verhaltens sind selbst maßgebliche Merkmale einer Erkrankung. Die wohl radikalste Manifestation des Selbstverhältnisses (und als solche eine nur dem Menschen gegebene Möglichkeit) stellt der Suizid dar, insofern er eine letzte Stellungnahme des Patienten zu seiner Situation bedeutet.

Freilich soll nicht vergessen werden, dass auch zentrale therapeutische Behandlungsmöglichkeiten auf dem personalen Selbstverhältnis beruhen. Dazu gehört die Reflexion auf den eigenen Lebensweg und die Beziehungen zu anderen ebenso wie die Lenkung der Aufmerksamkeit auf neue Verhaltensweisen oder Übungen der Achtsamkeit. Gerade das achtsame, nicht wertende oder eingreifende Beobachten des eigenen Zustands führt zu einer Selbstdistanzierung, die diesen Zustand ertragen lässt und oft schon unter der Hand verändert. Unter therapeutischer Anleitung schließlich kann das Bewusstsein zu einem Werkzeug der Überwindung pathogener Verhaltens- und Beziehungsmuster werden; denn um sie zu verändern, müssen sie in der Therapie erst explizit gemacht werden. Die Polarität von Implizitem und Explizitem, die aus dem personalen Selbstverhältnis resultiert, birgt somit Potenziale zur Krankheit ebenso wie zur Heilung.

*Prof. Dr. Thomas Fuchs, Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Voß-Straße 4, 69115 Heidelberg*

## Literatur

- Blankenburg, W. (1971), *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*, Stuttgart.
- Bürgy, M. (2003), Zur Phänomenologie der Verzweiflung bei der Schizophrenie, in: *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 1–16.
- Chapman, J. (1966), The early symptoms of schizophrenia, in: *The British Journal of Psychiatry*, 112, 225–251.
- de Haan, Sanneke u. Fuchs, Th. (im Erscheinen), *The ghost in the machine: Disembodiment schizophrenia. Two case studies.*
- Frankl, V. E. (2007), *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in die Logotherapie und Existenzanalyse*, München.

- Fuchs, Th. (2002), The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression, in: *Journal of Phenomenological Psychology*, 33, 223–243.
- Ders. (2005a), Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 95–107.
- Ders. (2005b), Delusional mood and delusional perception – A phenomenological analysis, in: *Psychopathology*, 38, 133–139.
- Ders. u. Schlimme, J. E. (2009), Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective, in: *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 570–575.
- Ders. (2010), Phenomenology and Psychopathology, in: Sh. Gallagher u. D. Schmicking (Hg.), *Handbook of phenomenology and the cognitive sciences*, Dordrecht.
- James, W. (1890/1950), *The Principles of psychology*, Bd. 2, New York.
- Jaspers, K. (1973), *Allgemeine Psychopathologie*, 9. Aufl., Berlin.
- Kleist, H. von (1967), Über das Marionettentheater, in: ders., *Das Erdbeben von Chili und andere Prosastücke*, Stuttgart, 56–65.
- Klosterkötter, J. (1988), *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*, Berlin.
- McGhie, A. u. Chapman, J. (1961), Disorders of attention and perception in early schizophrenia, in: *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103–116.
- Merleau-Ponty, M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris; ders. (1962) *Phenomenology of perception*, übers. v. C. Smith, London.
- Minkowski, E. u. Targowla, R. (2001), A contribution to the study of autism: the interrogative attitude, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8, 271–278.
- Parnas, J. (2000), The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia, in: D. Zahavi (Hg.), *Exploring the self: Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience*, Amsterdam, 115–147.
- Parnas, J. u. Handest, P. (2003), Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia, in: *Comprehensive Psychiatry*, 44, 121–134.
- Polanyi, M. (1967), *The tacit dimension*, New York.
- Sartre, J.-P. (1962), *Das Sein und das Nichts*, Hamburg.
- Sass, L. A. (1992), Schizophrenia, delusions, and Heidegger's „Ontological Difference“, in: M. Spitzer u. a. (Hg.), *Phenomenology, language, and schizophrenia*, Berlin, 126–143.
- Sass, L. A. u. Parnas, J. (2003), Schizophrenia, consciousness, and the self, in: *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427–444.
- Shusterman, R. (2008), *Body consciousness. A philosophy of mindfulness and somaesthetics*, New York.
- Stanghellini, G. (2004), *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*, Oxford.

## Abstract

As a rule, mental illnesses are connected with increased self-observation, a narrowing of attention to one's own person, and with the backward turn of thinking to what has already been done or has happened. These phenomena can be summed up in the concept of hyperreflexivity. In this paper, this concept is interpreted against the background of Plessner's distinction between the lived and the objective body (Leib and Körper) as implying always already a component of self-alienation. This will be illustrated in a number of psychopathological conditions such as insomnia, obsessive-compulsive disorder, hypochondria and schizophrenia.