

Die Arbeit des Negativen im Werk André Greens

Charles Mendes de Leon

13

In meinem einleitenden, ca. 45-minütigen Referat mit dem Titel „Die Arbeit des Negativen im Werk André Greens“ greife ich folgende Themen auf. Zuerst führe ich den Begriff des klinischen Denkens (*pensée clinique*) ein, mit dem Green sein theoretisch-klinisches Grossprojekt gekennzeichnet hat. Ich begründe anschließend, weshalb Green-Texte häufig und zu Recht als schwierig eingestuft werden. Als Hauptgrund für diese Widerständigkeit der Texte betrachte ich das Fundament und das Erdgeschoss des dreissigbändigen Green'schen Oeuvres. André Green setzt beim Leser eine gute Kenntnis von vier Autoren schlichtweg voraus, deren Denkmuster er ständig verwendet, ohne sie ausdrücklich zu zitieren. Es handelt sich um: 1. die gesammelten Werke Sigmund Freuds, 2. das Denken Lacans, 3. das Werk Winnicotts und 4. das Werk Bions. Auf dieser stillschweigend als bekannt vorausgesetzten Basis setzt das psychoanalytische Denken Greens ein. Eine zentrale Stellung, als Leitbegriff, nimmt bei Green das *Negative* und die *Arbeit des Negativen* ein. Den Begriff hat er bei Hegel ausgeliehen. Das Negative entwickelt in Greens Aufsätzen ein spezifisches psychoanalytisches Eigenleben.

Meine Einführung schliesse ich mit zwei Fallbeispielen ab, auf die sich Green ausdrücklich bezieht. Es handelt sich um eine Analysestunde Winnicotts und einen Ausschnitt aus der Analyse des „Wolfsmanns“, eines Patienten Freuds, die Green mit der aufgesetzten, negativen Brille einer Relektüre unterzieht. Die Themen, die ich in meinem Referat anschneide, kehren in den Texten, die sie bereits erhalten haben, wieder. Soweit meine Zusammenfassung.

Klinisches Denken... Hat es einen Sinn, von „klinischem Denken“ zu reden? Handelt es sich da nicht um ein Oxymoron, um eine Zusammenstellung zweier sich widersprechender Begriffe in einer Wortgruppe, um ein hölzernes Eisen mithin? Heisst „klinisch“ – seit Emil Kraepelin – nicht Arbeit am Patienten, oder, besser gesagt, in der Situation der Psychotherapie, zusammen mit dem

- 14 Patienten? Und ist diese alltägliche psychotherapeutische Arbeit nicht als „Praxis“, als „praktisch“ einzustufen? Sind Psychotherapeuten nicht Pragmatiker, die bestenfalls geschickt (mitunter weniger kunstvoll) ein schlichtes Handwerk ausüben, die Common Sense vermitteln, coachen, als lebendiges Ohr oder dargebotene Hand ein bescheidenes *nine to six* Dasein in ihren Praxisräumlichkeiten fristen – fernab von den lichten Höhen der Theorie und des Denkens?

Weit gefehlt, würde an dieser Stelle André Green einwenden und als belangreiches Argument sein ausgreifendes Projekt einer *pensée clinique*¹ ins Feld führen, das sich in einem Lebenswerk von über 30 Bänden² niedergeschlagen hat. Das Denken, meint Green, ist in vielen Bereichen des Wissens heimisch. In der Philosophie natürlich, in den empirischen Einzelwissenschaften, in der Theologie. Aber wie ist jene Verfassung von Rationalität näher zu bestimmen, die laut Green einerseits der psychoanalytischen Praxis entsprungen ist, ihr zum andern als Grundlage dient?

Bevor ich mich dem klinischen Denken, der so genannten *pensée clinique* und dem Zusammenhang zwischen diesem und unserem heutigen Tagungsthema, der Negativität in der Psychoanalyse bei Green, zuwende, schiebe ich einige wenige Angaben zur Biographie André Greens ein.

Aus Kairo gebürtig, Sohn sephardischer Eltern, bilingue erzogen, nämlich französisch und englisch, wuchs er in der ägyptischen Hauptstadt auf³. Während der letzten Klassen des Lycée erhielt er Privatunterricht zu Texten von Bergson und Freud. Er fasste zunächst ein Studium der Philosophie ins Auge. Im Jahr 1946, knapp zwanzigjährig, wanderte er nach Paris aus und studierte Medizin mit dem Ziel, Psychiater zu werden. Im Kreis um Henri Ey, dem damaligen Promi der Pariser Psychiatrie, traf der junge André Green unter anderen auf Jacques Lacan. Green war intellektuell von Lacans Denken fasziniert, nahm lange an seinem Seminar teil und arbeitete gleichzeitig in der Gruppe um die Psychoanalytiker-Philosophen Jean Laplanche und Jean-Bertrand Pontalis mit. Das Verhältnis zu Lacan könnte ambivalenter nicht sein. „Gott sei dank bin ich kaum jemals jemandes Vasall gewesen, und später habe ich dann auch sehr darauf geachtet, niemandes

Lehensherr zu werden. Denn solche Beziehungen sind nicht gesund – und ganz anders als man denken könnte, nicht einmal für den Lehensherrn von wirklichem Vorteil. Das beste Beispiel dafür habe ich direkt vor Augen gehabt“, wird Green, auf Lacan gemünzt, später einmal sagen. Die Aversion entlädt sich gelegentlich in scharfer Polemik. Und trotzdem hält Green fest⁴: „Certains ont pu dire de moi que j'étais un maniaque de l'antilacanisme – ce qui me fait bien rire.“ Auf deutsch heisst das ungefähr: „Manche haben mich als Lacan-Hasser bezeichnet. Das ist lächerlich.“ Und Green anerkennt: „La puissance théorisante de Lacan était considérable et inégalée – als Meisterdenker hatte Lacan in der Psychoanalyse nicht seinesgleichen. Lacan hat also Greens psychoanalytisches Denken mitgeprägt, während Greens Texte kaum je den lacanianischen Jargon aufnehmen. Dies bildet einen ersten Grund, weshalb Green ein schwieriger Autor ist – auf Anhieb erkennt der Leser den lacanianischen Hintergrund nicht wieder.

15

Lacan verkörpert gemäss Green den brillanten Intellektuellen ohne jeden Bezug zur psychoanalytischen Klinik und zu einer begründeten, ethisch vertretbaren psychoanalytischen *Technik* – im Gegensatz zu Freud.

Freuds Vorgehensweise besteht in einem stetigen Pendeln zwischen theoretischer Annahme und klinischer Beobachtung. Der Zürcher Psychoanalytiker Giovanni Vassalli⁵ hat in einem Aufsatz mit dem Titel „Skizze einer Epistemologie der Psychoanalyse aus der Technik“ Freuds typische Rationalität, eben dieses Oszillieren zwischen theoretischer Annahme (der Bildung einer Hypothese) und klinischen Fakten als Ausdruck einer *konjunkturalen Vernunft* gedeutet. Die klinische Beobachtung bedient sich in dieser Sicht der psychoanalytischen Technik, unter anderem der Deutung, um die klinischen Fakten festzustellen und bekommt so empirischen Boden unter den Füßen. Vassalli zeichnet die Entstehung der Psychoanalyse *aus* der Technik als ihrem methodischen Ursprung nach. Als Methode mit einem Wozu und einem Wohin: nämlich zur Erforschung und Erkenntnis unbewusster psychischer Vorgänge.

Was hat meine Bezugnahme auf Freud jedoch überhaupt mit der *Pensée clinique* André Greens zu tun? Green hat sich die soeben flüchtig skizzierte freudsche

- 16 *Methode* zu eigen gemacht und mit Hilfe dieser das klinische und das theoretische Spektrum der Psychoanalyse enorm erweitert. Ausgangspunkt seiner klinischen, praxisorientierten Untersuchungen bleiben die psychoanalytischen Entdeckungen sowie die Texte Freuds. Sie behalten ihren Wert, dienen als *common ground* für die Gemeinschaft der Psychoanalytiker, welchen Weg das Denken des einzelnen Analytikers auch immer einschlagen wird. „Faire travailler Freud“ – wörtlich: Freud arbeiten lassen, auf deutsch vielleicht mit „mit Freud über Freud hinausdenken“ zu übersetzen – ist in der französischen Psychoanalyse, somit auch bei Green, derart gebräuchlich und selbstverständlich, dass eine umfassende und genaue Kenntnis der freudschen Gesammelten Werke vorausgesetzt wird. Französische Autoren verzichten oft auf ausdrückliche Zitate, weil ihre frankophonen Leser sie nicht brauchen. Im deutschsprachigen Raum sind die Freudkenntnisse oft verblasst. Damit haben wir nach Lacan eine zweite Quelle für mögliche Schwierigkeiten bei der Green-Lektüre entdeckt und benannt. Um ein Beispiel aus unserem folgenden Seminar zu geben: Wären Sie imstande, aus dem Stegreif eine innere Verbindung zwischen Identifizierung und Negativität herzustellen?

Warum, fragt man sich hier, sollte man sich eigentlich der Mühsal unterziehen, sich an einem unbequemen, sperrigen zeitraubenden psychoanalytischen Autor wie André Green abzarbeiten? Die Antwort lautet: wegen des eingangs von mir erwähnten klinischen Denkens, das einen entscheidenden Unterschied ausmacht zwischen *stummen* und *sprechenden* Texten. Wie denn das? André Green schreibt: „Eine psychoanalytische Veröffentlichung kann zu ihrem Leser sprechen oder sie bleibt stumm.“⁶ Da taucht umgehend die Frage auf, wann eine Arbeit zu den Lesern spreche. Nach Green geschieht dies genau in dem Moment, in dem beim Lesen oder später Assoziationen und Gedanken auftreten, die sich auf die psychoanalytische Erfahrung beziehen. Das bedeutet, dass ein sprechender Text auch dort, wo er nicht ausdrücklich über Therapien oder Analysen berichtet, immer einen Patienten oder einen Patiententypus evoziert und Bruchstücke einer analytischen Psychotherapie in Erinnerung ruft. Das Potential, beim lesenden

Analytiker Assoziationen hervorzurufen, häufig nachträglich, ist der Indikator schlechthin, dass so etwas wie klinisches Denken vorliegt. Ob es Ihnen auch so ergeht, dass manche Arbeiten in diesem Sinn zu Ihnen sprechen, während andere stumm bleiben? Interessanterweise unabhängig von der literarischen Form einer Publikation – szientistisches Paper, geisteswissenschaftliche Abhandlung, Essay usf. – es lassen sich in meinem Kopf fast immer die genannten beiden Lektüreschicksale unterscheiden. Es entspricht meiner persönlichen Erfahrung, dass viele psychoanalytische Artikel und Autoren stumm bleiben, mögen die Papers noch so modern, kenntnisreich und interessant geschrieben sein. Allenfalls hinterlassen sie in mir eine bloss kognitive Erinnerung, ohne dass Wort- und Bildeinfälle, die im psychotherapeutischen Dialog oder beim Zuhören aufkommen, je *Verbindungen* zu diesen Theorieansätzen herstellen – diese Arbeiten bleiben also klinisch stumm. Anders gewendet: Was die Lektüre somit nicht entstehen liess, ist eine klinisch-kreative, transformationsfähige Erinnerungsspur, die mein klinisches Denken während einer psychotherapeutischen Sitzung anreichert.

17

André Green nun war der Vertreter des klinischen Denkens par excellence! „Mais il ne peut pas y avoir de théorie dissociée de la pratique.“ Theorie und Praxis in der Psychoanalyse voneinander zu trennen sei ein Ding der Unmöglichkeit. Green, der sich selbst viel abverlangt hat, war nicht zimperlich bei der Beurteilung von Kollegen. Das unverbundene Nebeneinander von Praxis und Theorie, mithin die Abwesenheit von klinischem Denken, sei ein Ausdruck einer Spaltung – nicht etwa im Patienten, sondern im psychischen Funktionieren und Sein des Therapeuten.

André Green ist im Januar 2012 gestorben. Die heutige Psychoanalyse hat mit ihm einen ihrer wichtigsten Vertreter verloren. Er hat den internationalen psychoanalytischen Diskurs – Deutschland bildet eine Ausnahme – in den vergangenen Jahrzehnten massgeblich mitgeprägt. Das riesige Werk ist in zehn Sprachen übersetzt worden. Zahlreiche Green'sche Konzepte haben sich in der Vielfalt der zeitgenössischen psychoanalytischen Strömungen eingebürgert.

Zum Beispiel: *Die tote Mutter, die Desobjektalisierung, der Tertiärvorgang, die*

- 18 *Drittheit* (Thirdness, in Auseinandersetzung mit dem Philosophen Peirce), die Bedeutung des *Negativen* für die Psychoanalyse, *die Arbeit des Negativen*, *die negative Halluzination*, *Lebens- und Todesnarzissmus*, *Grenzfälle (cas limites)* und *Grenzzustände (états limites)*, *the negative capability*, *private madness* etc.. Wichtige Arbeiten befassen sich mit der Affektdifferenzierung, der Vorstellung, der Sprache, der Rolle des Objekts und des Trieb, der Bedeutung von Kausalität im Psychischen, der Zeit oder mit einer Thematik der philosophischen und theologischen Tradition wie das Wesen des Bösen. Ungeachtet der Tatsache, dass Green aus der Perspektive des klinischen Denkens folgerichtig die angewandte Psychoanalyse als ein gescheitertes Unternehmen eingeschätzt hat, sind Studien über die antike Tragödie, Leonardo da Vinci, Shakespeare, Joseph Conrad, Borges, Henry James u.a. entstanden. Inzwischen haben Sie es erraten: die Green'sche Textwelt ist grenzenlos, was die Aufgabe, Ihnen heute eine Einführung anhand von kurzen Textabschnitten zu geben, für mich nicht vereinfacht.

In Anbetracht der theoretischen Fülle – man ist versucht zu sagen Überfülle – drängt sich die Frage nach einer möglichen Redundanz auf. Sind die von André Green neu eingeführten Fachbegriffe alle ohne Ausnahme notwendig? Wäre weniger mehr gewesen? Nur eine sorgfältige Studie über das Green'sche Oeuvre oder einen Leitbegriff wie die Arbeit des Negativen, könnte zu einer sachlichen Klärung dieser Frage beitragen.

Jedenfalls ist es Green gelungen, dank einer stupenden Fähigkeit zur theoretischen Integration, eine *grossformatige Hintergrundtheorie* für die psychoanalytische Praxis zu entwerfen. Diese erweist sich für die psychoanalytische und psychotherapeutische Arbeit mit jenen psychischen Strukturen, den so genannten Grenzfällen, die heutzutage – nicht immer aber oft – den Praxisalltag bestimmen, als überaus hilfreich. Die psychoanalytische Erforschung der Grenzfälle (*cas limites*) steht meistens im Mittelpunkt von Greens Interesse und bildet die Grundlage für eine Theoriebildung, die sich für die alltägliche klinische Technik als wegleitend erweist. Sie erinnern sich an die Forderung an das klinische Denken, die von Green eingelöst wird: das klinische Denken sollte den Praxisalltag in die

Reflexion einbeziehen und nach einer zirkulären Bewegung auf diesen einwirken. Sprich eine flexible, für den Patienten massgeschneiderte Behandlungstechnik hervorbringen.

19

Nach dieser flüchtigen Skizze zu Leben und Werk kehre ich zu den Stolpersteinen zurück, die den Leser eines Green-Artikels erwarten. Die impliziten Denkmuster Lacans und die Selbstverständlichkeit des Freud'schen Gesamtwerks habe ich bereits angeführt. Was für Freud und Lacan gilt, gilt ebenfalls für Winnicott und Bion. Gute Kenntnisse dieser beiden englischen Psychoanalytiker werden einfach als vorhanden angenommen. Das Labyrinth der Freud'schen Schriften erhielt bei Green zunehmend Objektbeziehungsakzente unter dem Einfluss von Winnicott und Bion. Green habe, meint François Duparc (1996)⁷, zwischen Soma und Psyche, zwischen Bion und Winnicott, zwischen der Klinik sogenannter früher Störungen und der Freud'schen Metapsychologie, zwischen der Mutter als dem Objekt früher Verrücktheit und dem Vater als Garanten der ödipalen Triangulierung Verbindungen gesucht und geschaffen. Die Denkfiguren Freuds, Lacans, Winnicotts und Bions bilden gewissermassen die Eckfahnen eines Spielfeldes, auf dem sich das mäandrierende Denken Greens bewegt. Green integriert die übrige für ihn bedeutsame Fachliteratur durch Zitate und Literaturhinweise – die übliche Vorgehensweise wissenschaftlichen Schreibens. Von dieser Seite her sollten also keine Probleme auftauchen für Interessierte, die (noch) nicht Green-Insider sind.

Wie verhält es sich nun mit dem *Negativen* und der *Arbeit des Negativen*? Das ist auf jeden Fall begrifflicher Import aus der Philosophie Hegels. Es klingt für mich verdächtig, wie unermüdlich André Green unterstreicht, dass er lediglich den Begriff bei Hegel gefunden habe, im Übrigen indessen nicht, wirklich in keiner Weise von Hegel beeinflusst sei. Hier bleibt er der Schüler Freuds, der zu den Philosophen bekanntlich ein distanziertes, polemisches Verhältnis hatte. Die Lichtgestalt Spinozas bleibt die Ausnahme von der Regel. Im Originalton (Freud): „Ich bin überhaupt nicht für die Fabrikation von Weltanschauungen. Die

- 20 überlasse man den Philosophen, die eingestandenermaßen die Lebensreise ohne einen solchen Baedeker, der über alles Auskunft gibt, nicht ausführbar finden. Nehmen wir demütig die Verachtung auf uns, mit der die Philosophen vom Standpunkt ihrer höheren Bedürftigkeit auf uns herabschauen“. Und so weiter, sei's drum.

In der „Phänomenologie des Geistes“, in der Vorrede, lesen wir folgende Passage, auf die sich Green bezieht: „Das Leben Gottes und das göttliche Erkennen mag also wohl als ein Spielen der Liebe mit sich selber ausgesprochen werden, die Idee sinkt zur Erbaulichkeit und selbst zur Fadheit herab, wenn der Ernst, der Schmerz, die Geduld und *Arbeit des Negativen* (Hervorhebung CMdL) darin fehlt.“ (Hegel, S.24)⁸.

Die *Arbeit des Negativen*, *le travail du négatif*, *the work of the negative*. 1993 tritt die *Arbeit des Negativen* (*Le travail du négatif*)⁹ als Buchtitel ins Rampenlicht. Aber wenn man die frühen Texte Greens liest, kommt man zum Schluss: das Negative, die *Arbeit des Negativen*, sie waren immer schon da. Das technisch-klinische Instrument der *negative capability* beispielsweise (aus den Aufsätzen Bions entlehnt, der es seinerseits beim englischen Dichter John Keats gefunden hatte) wurde bei Green in den frühen Siebzigerjahren Gegenstand der Untersuchung. Während anderenorts, namentlich in deutschen Landen, das Verstehen zu einer Art von hermeneutischer Umzingelung der Patienten ansetzte – um den Preis eines traumatisierenden Ausbaus des falschen Selbst der allerfragilsten Menschen – stellte Green (mit Bion) die zentrale Fähigkeit des Analytikers, vieles eben nicht zu verstehen, als Qualitätsmerkmal guter psychoanalytischer Therapie heraus.

Kommen wir auf den Begriff der *Arbeit des Negativen* zurück. Hegel hatte ja über „das göttliche Erkennen“ und „das Spielen der Liebe mit sich selber“ gesprochen. Ob das Gegensatzpaar *narcissisme de vie* (Lebensnarzissmus), *narcissisme de mort* (Todesnarzissmus) als ein Nachhall aus der Vorrede der *Phänomenologie des Geistes* gehört werden kann? Wer weiss. Aus einem Hauptwerk Hegels mithin wird die *Arbeit des Negativen* als Spinn-off in die *théorie vivante*¹⁰

Greens importiert. Ich weiss nicht, ob Green den folgenden Gedanken Freuds, einen metatheoretischen Kommentar aus dem Artikel „Zur Einführung des Narzissmus“ irgendwo zitiert. Vielleicht oder auch nicht, jedenfalls wird die theoretische Grösse „Arbeit des Negativen“ allmählich entwickelt, wie es Freud vorgezeichnet hatte. Freud (1914) schrieb dazu, dass er sich lieber „mit nebelhaft verschwindenden, kaum vorstellbaren Grundgedanken gerne begnüge“, in der Hoffnung, sie im Laufe ihrer Entwicklung klarer zu erfassen. Dies sei dem „scharf umschriebenen Begriff einer spekulativen Theorie“ (die obligate Philosophenschelte) vorzuziehen.

21

Eine simple, eingängige Definition des Negativen oder der Arbeit des Negativen wird man bei Green vergeblich suchen; freilich lassen sich mit der Zeit die Konturen des Grundgedankens hinreichend fassen, so dass das Negative sich selbst nicht in einem Ausmass negiert, dass es sich dem Verstehen im Nebulösen entzieht.

So weit meine Bemerkungen zur Herkunft des Negativen, zu seiner Übersiedlung aus der Denkwelt Hegels in ein klinisches Denken, das zwar nicht ausschliesslich, indes vorwiegend um die Auswirkungen *psychischer Destruktivität* auf das menschliche Sein, auf die Übertragung und die Gegenübertragung im psychoanalytischen Prozess kreist.

An dieser Stelle ist es wohl angebracht, auf das Pendeln zwischen theoretischen Annahmen und Konstrukten einerseits und Beobachtung oder Intuition andererseits zurückzukommen, das den Kern des klinischen Denkens ausmacht. Wie und wo ist André Green klinisch, seiner eigenen Vorgabe entsprechend, auf das *Phänomen* des Negativen gestossen? Ein Aufsatz aus dem Jahr 1997 erteilt bereits im Titel Auskunft: The intuition of the negative in „Playing and Reality“¹¹, das heisst, im wichtigsten Buch Winnicotts, das auf Deutsch „Vom Spiel zur Kreativität“ heisst. Die Hochschätzung Winnicotts durch Green ist, wie ich aus Gesprächen mit Zürcher Kollegen weiss, nicht immer leicht nachvollziehbar: zu gründlich hat eine selbst- und ichpsychologische Übersetzung die Paradoxien und den evozierenden Sprachwitz des englischen Originals eingeebnet und einen

- 22 interessanten psychoanalytischen Denker in einen nahezu beliebigen psychologischen Trivialautor verwandelt.

Jedoch liefert die originale Fassung des ersten Kapitels von *Playing and Reality*, nämlich die Erörterungen Winnicotts über das Übergangsobjekt und die Übergangsphänomene keine *unmittelbare* Anschauung des Negativen: Winnicott hat dem Negativen keinen besondern *theoretischen Status* verliehen. Green sagt dazu: „Einen grossen Teil dessen, was ich zum Negativen vorbringen will, habe ich im klinischen Material des zweiten Abschnitts ...gefunden“ – und nimmt dabei Bezug auf das vorhin erwähnte Kapitel „Transitional Objects and Transitional Phenomena“ (Übertragungsobjekte und Übertragungsphänomene), das neben der Theorie mehrere *Fallbeispiele* enthält. Wie ist es Green gelungen, das Negative aus dem klinischen Material, das Winnicott vorstellt, zu gewinnen? Green geht in zwei Schritten vor. Zuerst fokussiert er auf die Schlüsselbegriffe „Übergangsobjekt“ und „Nicht-Ich-Besitz“ (not-me-possession). Die Methode ist deduktiv, indem das klinische Denken das verborgene Negative im Übergangsobjekt und im Nicht-Ich-Besitz aufweist. In meinem Einführungsreferat verzichte ich auf die gegebene Begründung. Bei der nachfolgenden gemeinsamen Lektüre werden wir diese Methode der Deduktion noch kennen lernen.

Ein Fallbeispiel Winnicotts, das seine Annahmen illustriert, schildert den Verlauf einer Analysestunde einer jungen Frau. Winnicott verdichtet den Ablauf des klinischen Materials – wörtliche Zitate aus dem Gespräch der beiden werden in grundsätzliche, komplizierte Überlegungen eingebettet. André Green hat diesen Textabschnitt nachträglich sozusagen mit einem lacanianischen Ohr neu gehört. Was ist ihm dabei aufgefallen? Folgendes: Die Signifikanten „nicht“ (not) und „negativ“ (negative) begleiten wie ein Basso continuo das Sprechen der Patientin. Sie zeigen an, laut Green, wie das Negative sich zeigt, indem es hinweist auf ein Etwas, das sich selbst nicht zeigt, das abwesend ist, das fehlt. Mitunter verwendet Green in seinen Arbeiten die Formel „la représentation de la représentation de l'irreprésentable“ – das heisst: die *indirekte* Darstellung einer

Vorstellung, die psychisch *fehlt*, weil sie in der Entwicklung des Subjekts keinen positiven Niederschlag hat finden können. Wegen einer frühen Traumatisierung zum Beispiel.

23

Mein heutiges Einführungsreferat möchte ich beenden mit Ausschnitten aus diesem therapeutischen Dialog zwischen Winnicott und einer Patientin in *Playing and Reality*. Übrigens wird diese Patientin fünfzehn Jahre nachher ihre Analyse in Paris bei Green fortsetzen. Einen unmittelbaren Zugang zur dialogischen Struktur der betreffenden psychoanalytischen Sitzung gewähren die Texte Winnicotts und Greens freilich nicht, weil, wie ich eben gesagt habe, bereits Winnicott das analytische Material komprimiert hat. Green hat in seiner nachträglichen Darstellung derselben Analysestunde bei Winnicott mit weiteren deutenden Kommentaren nachgedoppelt. In einer gleichsam archäologischen Bewegung, der Psychoanalyse angemessen, habe ich versucht, diese analytische Sitzung, die irgendwann in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts in London stattgefunden hat, von den eingesprengten Worten der Patientin her zu rekonstruieren. Ich stelle mir vor, dass das Gespräch zwischen den beiden folgenden Verlauf genommen haben könnte:

Die Patientin, ein Grenzfall, deren grosse Intelligenz von Winnicott betont wird, beginnt die Sitzung mit einem Traum. Winnicott sagte: „In Ihrem Traum erscheine ich Ihnen als geizige, dominierende Frau, die Ihnen *nicht* viel gibt.“

„Mein letzter Analytiker war männlicher als Sie, er ist für mich immer eine männliche Figur geblieben“, sagte die Patientin und fügt an, „es freut mich so, dass ich jetzt häufiger träume“.

Darauffin erzählt die Frau einige Erlebnisse aus ihrem Alltag, die sie als bereichernd empfunden hat. Dann folgt ein Tagtraum.

„Mein Tagtraum ist wieder aufgetreten“, sagte die Patientin, „wie meistens befand ich mich in einem Zug und es gab einen schweren Unfall. Wer sollte meine Kinder benachrichtigen, und wie? Wie würden Sie es erfahren, Mr. Winnicott? Ich habe geschrien, aber meine Mutter hörte es *nicht* ... Einmal habe ich meine Katze eine Weile allein gelassen. Meine Nachbarin hat mir erzählt, dass

24 sie stundenlang geschrien hat, einfach furchtbar! Das erinnerte mich an die vielen Trennungserlebnisse während des Kriegs, als ich ein Mädchen war.“

Winnicott denkt inzwischen über die traumatische Wucht dieser Separationserfahrungen nach, die ihm seit längerem bekannt ist. Jahre danach sollte er in dem erwähnten Kapitel über die Übergangsobjekte schreiben: „In dieser Analyse hatte das Material typischerweise häufig einen Bezug zum *negativen Aspekt von Beziehungen* ... Meine Patientin und ich besprachen die Tatsache, dass Tieren oder kleinen Kindern nicht alles mit Worten erklärt werden könne. Ihre Katze zum Beispiel hatte keine Möglichkeit, ihre *Abwesenheit* zu begreifen, ebenso wenig wie ein knapp zweijähriges Kind ... Wenn keine Erklärung dafür gegeben werden kann, warum die Mutter zu lange abwesend ist, dann ist sie aus der Sicht des Kindes tot. Das ist genau die Bedeutung des Wortes „tot“.“ [Übersetzung CMdL]

An dieser Stelle überspringe ich eine Passage der Falldarstellung Winnicotts in *Playing and Reality*, weil sie für das Durchklingen des Negativen, dem unsere Aufmerksamkeit gilt, weniger wichtig ist. Ich halte mich an die Stellen, die André Green anführt, weil sie für sein intuitives Erfassen *negativer* Phänomene wegweisend gewesen seien.

Die Patientin war als ungefähr elfjähriges Mädchen wegen der Luftangriffe im zweiten Weltkrieg evakuiert und zu Pflegeeltern gegeben worden. An jenem Ort hatte sie im Verlauf der Jahre ihre Eltern und ihre Kindheit vollständig vergessen.

„Ich habe mich geweigert, diese Leute Onkel und Tante zu nennen. Überhaupt habe ich es geschafft, sie nie mit irgend einem Namen anzusprechen.“

Winnicott kommentiert: „Dies war ihre Art, für sich ein *Negativ der Erinnerung* an Mutter und Vater zu bewahren. Es versteht sich, dass dieses Muster sich in ihrer frühen Kindheit bereits etabliert hatte.“

In der Übertragungsbeziehung zu Winnicott sagt die Patientin: „Das Einzige, was sich hier *wirklich* anfühlt, ist die Lücke, die Unterbrechung.“ Das heisst: Der Tod, die Abwesenheit oder die vollständige Amnesie, ergänzt Winnicott. Er schreibt: „Die wichtigste Botschaft für mich, den Analytiker, war es zu begreifen, dass etwas endgültig wegradiert werden konnte, dass das Inhaltsleere (*the blank*)

für sie die einzige Tatsache und Wirklichkeit seien.“

25

Die Patientin kommt wiederum auf ihren vorherigen Analytiker zu reden, den sie als ausgesprochen männlich wahrgenommen hatte. Sie sagt:

„Mein früherer Analytiker wird für mich immer mehr Bedeutung haben als Sie, Mr. Winnicott. Sie können machen was Sie wollen, sogar besser für mich sein als er, aber ihn mag ich trotzdem besser. Das wird noch gelten, wenn ich ihn gänzlich vergessen habe. Das Negative von ihm bleibt wirklicher als alles Positive von Ihnen.“

Die Patientin fängt an, über quasi halluzinatorische Erfahrungen, die sie als Jugendliche hatte, zu sprechen.

„Eigentlich wusste ich, dass an meinem Bett kein Engel stand und über mich wachte. Aber andererseits hatte ich häufig einen Adler mit einer schmalen Kette an mein Handgelenk festgebunden. Ich vermute, mir lag daran, dass etwas bei mir bleibt.“

Winnicott sagte: „Das Wirkliche ist für Sie dasjenige, was *nicht* da ist. Die Kette an Ihrem Handgelenk verweist darauf, dass kein richtiger Adler da gewesen ist.“

Im Text von *Playing and Reality* begründet Winnicott, dass er den Adler als ein positives (halluzinatorisches) Element eingeschätzt habe, im Gegensatz zur Kette – in seiner Auffassung ist *die Kette* eine Verleugnung der Abwesenheit des Adlers, sprich der Eltern des Kindes. Anders gesagt: Die Präsenz der Kette *negiert* die Absenz der Bindung an ein bedeutsames Objekt. Green wird hier von einer Darstellung des Nicht-Darstellbaren (*la représentation de l'irreprésentable*) und der Arbeit des Negativen sprechen. Die Kette ist eine Anzeige, stellt einen Hinweis dar für etwas, das fehlt – bei dieser Frau für eine verlässlich besetzte innere Beziehung zu bedeutsamen Andern.

Green weist einen Zusammenhang zwischen der Kette und dem Adler und der Halluzination desjenigen Patienten auf, der als „Wolfsmann“ in die Geschichte der Psychoanalyse eingegangen ist. Der Wolfsmann erzählte Freud über eine kindliche Halluzination: „Als ich fünf Jahre alt war, spielte ich im Garten ...

26 Plötzlich bemerkte ich mit unaussprechlichen Schrecken, dass ich mir den kleinen Finger der ...Hand so durchgeschnitten hatte, dass er nur noch an der Haut hing, Schmerz spürte ich keinen, aber eine grosse Angst.“

Während Freud die positive Halluzination, den abgetrennten kleinen Finger mit der Urphantasie der Kastration verknüpft hat, betont André Green den *fehlenden* Schmerz, das *fehlende* Blut und den *unaussprechlichen* Schrecken, die schiere Quantität der Angst, für die passende Wortvorstellungen fehlen. Mit diesem Beispiel führt Green die negative Halluzination ein: Das Sprechen des Patienten enthält Spurenelemente mit Verweisungscharakter. Das *Es-fehlt-etwas* kommt ganz knapp zur Sprache. Freud hat es überhört und übersehen, will heissen die Mentalisierungs- und Symbolisierungsdefizite von Borderline-Patienten sind von späteren Autoren beschrieben worden. Mir fehlt in diesem Referat die Zeit, um die komplizierten Zusammenhänge zwischen den beiden Fallbeispielen zu entfalten. Ein Crashkurs zu André Green, wusste ich es nicht von Beginn an?, gleicht der Quadratur des Zirkels.

Mithin verlasse ich die klinischen Fakten und ihre Auslegung, das heisst die empirische Komponente des klinischen Denkens sowie der *théorie vivante* und wende mich ein letztes Mal den Begriffen des Negativen und der Arbeit des Negativen zu. Soeben fiel das Wort der Defizite. Lassen sich defizitäre psychische Leistungen und das Negative ineins setzen? Sicher nicht, es handelte sich um eine kurzschlüssige Einengung des Green'schen Projekts, das Negative durchwegs mit Privation, mit einem Nicht-Vorhandensein eines Zustands oder einer Eigenschaft zusammenzuschliessen. In einem anderen Kontext leistet die Arbeit des Negativen gerade das Gegenteil: Sie weist über sich hinaus und wird zur Bedingung der Möglichkeit von Entscheidendem. Zur Bedingung der Möglichkeit von Mentalisierung und Symbolisierung zum Beispiel, indem die negative Halluzination eine rahmengebende Struktur (*structure encadrante*) erschafft, die ihrerseits Voraussetzung bildet für innern psychischen Raum, für die Fähigkeit, allein zu sein, sich abzugrenzen, sich als ein Eigenes zu fühlen u.a.m..

Wie soll ich die Frage nach dem Sinn – nein, nicht von Sein – sondern des Negativen bei Green beantworten? Indem ich es ihm gleich tue und die Antwort offen lasse. Meine *negative capability*, die mir für meine analytische Tätigkeit viel bedeutet, leistet mir dabei Hilfestellung. Nicht immer alles aus der Hüfte beantworten zu müssen, dem *Nicht-Verstehen* genug Raum zu geben, sich von dem triumphalen Gerede und der Deutungsvorherrschaft des Wissens und der evidenzbasierten Wissenschaftlichkeit wenig beirren zu lassen.

27

Wittgenstein hat einst notiert: „Man kann sagen, der Begriff ‘Spiel’ ist ein Begriff mit verschwommenen Rändern – aber ist ein verschwommener Begriff überhaupt ein Begriff? – Ist eine unscharfe Fotografie überhaupt ein Bild eines Menschen? Ja, kann man ein unscharfes Bild immer mit Vorteil durch ein scharfes ersetzen? Ist das unscharfe nicht oft gerade das, was wir brauchen?“

Vielleicht ist dies ebenfalls eine Funktion des Negativen bei André Green: das klinische Denken zu fördern, die Kreativität des Analytikers wiederzubeleben, als Hintergrundtheorie eine „*théorie vivante*“ zu bleiben, die dem Kliniker zur Seite steht, um Jahrzehnte lang psychisch lebendig zu bleiben in einem Beruf, in dem *negative* Zustände des Ausgebranntseins eher die Regel, vermute ich, als die Ausnahme sind.

- 1 Green, A. (2002): *La pensée clinique*. Paris: Editions Odile Jacob
- 2 Chervet, Bernard, Nachruf auf André Green, www, 30.1.2012, 23.08 Uhr
- 3 Wolff, Eike (2000): in A. Green: *Geheime Verrücktheit*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 9-16
- 4 Green, A. (1998): in P. Froté (Hrsg.): *Cent ans après*. Paris: Gallimard
- 5 Vassalli, G (2005): Skizze einer Epistemologie der Psychoanalyse aus der Technik. *Psyche*, 59, 534-572
- 6 Green, A., a.a.O.
- 7 Duparc, F. (2006): *André Green*. Paris: PUF
- 8 Hegel, G.W.F.: *Phänomenologie des Geistes*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1986
- 9 Green, A. (1993): *Le travail du négatif*. Paris: Les Editions de Minuit
- 10 Duparc, F. et al. (Hrsg.) (1995): *Une théorie vivante*. Paris: Delachaux et Niestlé
- 11 Winnicott, D.W. (1971): *Playing and Reality*. London: Routledge

Die nackte Angst im fiktiven Körper. Worum geht es eigentlich in der Medizin?

28 *Christina Schlatter Gentinetta*

1. Einleitung

Als Ärztinnen haben wir die Gelegenheit, täglich mit vielen verschiedenen Menschen spezielle Momente zu erleben: Momente, in welchen wir für kurze Augenblicke Ein-blicke in ein ganzes Leben erhalten: Menschen begegnen uns in Sorge um Ihren Leib.¹ Für sie bildet die Begegnung im Spital eine Ausnahme-situation, für uns ist sie All-tag. In kürzester Zeit werden wir konfrontiert mit unterschiedlichen Schicksalen, wir sehen Tränen fliessen – und auch Blut. Aber nach Dienstschluss, abends zu Hause, kommen wir manchmal nicht umhin, uns zu fragen: Worum geht es eigentlich in der Medizin?

Begnügen wir uns nicht mit einer allzu einfachen Antwort: Es geht in der Medizin nicht etwa um die Vermeidung von Krankheiten. Dies wäre eine allzu naive Annahme. Vielmehr könnten wir behaupten, es gehe darum, besonders feinfühlig Krankheiten schon in ihrem Ansatz aufzuspüren. Denken Sie etwa an die Krebsvorsorge: Etwa die Hälfte der Schweizer Kantone verfügt über ein Mammografie-screeningprogramm zur Früherkennung des Brustkrebses. Die anderen – unter ihnen auch Zürich – nicht. Die Frauen aus Kantonen ohne Screeningprogramme haben ein höheres Risiko, an Brustkrebs zu sterben. Hingegen tritt Brustkrebs häufiger auf in Kantonen mit einem Mammografiescreening. Die Medizin verhindert also Krankheiten nicht, sie lässt sie vielmehr geradezu proliferieren.

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte sorgen durch immer feinmaschigere Untersuchungsmethoden für einen Zuwachs an Krankheitsdiagnosen, auch Patientenorganisationen werben öffentlich für die An- oder Früherkennung von gewissen Krankheitsbildern (z.B. die Endometriose, rheumatische Krankheiten oder die Osteoporose).²

Worum geht es also in der Medizin? Anhand von drei Fallbeispielen soll diese Frage weiter verfolgt werden.

Frau R.

29

Ich betrete eben den Sitzungsraum als mein Telefon läutet: „Tragen Sie eine Brille? Ja? Sie haben mich vor einer Woche gesehen, wissen Sie noch? Wegen Endometriose.“ – Ganz allmählich erinnere ich mich an eine Frau um die vierzig, die seit längerer Zeit stark an unklaren Unterbauchschmerzen leidet. „Warum hilft mir denn niemand? Ich verstehe einfach nicht, wieso mir niemand hilft! Verstehen Sie mich nicht falsch, ich möchte Sie nicht kritisieren. Ich kann einfach nicht mehr, ich schlafe nicht mehr, die Schmerzen sind einfach unerträglich.“ Ich erinnere mich an die Untersuchung. Die Bauchdecken waren weich, im Gespräch liess sich die Patientin gut ablenken. Auch die Ultraschalluntersuchung fiel normal aus. Die Frau sass aufrecht vor mir, ereiferte sich beim Reden, berichtete von stärksten Schmerzen, nahm jedoch kaum Schmerzmittel. „Es bohrt in mir drin. Ich habe das Gefühl, man sollte etwas herauschneiden, so, wie man einen Apfel entkernt.“ Sie unterstützte ihre Worte mit einer ausfahrenden Geste. „Mit dem Messer hinein und das einfach hinausschneiden.“ Ich fragte, ob sie berufstätig sei. Nein, sie habe sich halt vorgenommen für die Tochter da zu sein, bis diese 18 Jahre alt sei. Dieses Ziel habe sie nun erreicht.

Frau B.

Angeblich meldet sie sich nur auf dem Notfall, weil sie anlässlich eines Krankenbesuchs gerade im Spital sei. Die Frau berichtet, sie habe schon längere Zeit eine Wunde an der Brust, die jetzt neuerdings auch blute und unangenehm rieche. Vor mir sitzt eine magere, gepflegte Frau um die fünfzig. Sie wirkt gefasst, emotional ausgeglichen. Durch die Kleider hindurch dringt ein Geruch nach verwesendem Fleisch. In der Untersuchung kommt unter einem notdürftig durchgeführten, durchgebluteten Verband eine enorme, faulende Wunde zum Vorschein, die vom Schlüsselbein bis zum Bauch reicht. 10 Tage später ist die Frau gestorben an metastasiertem Brustkrebs.

30 *Frau X.*

Diese Frau kenne ich nur vom Hören-Sagen. Dennoch erscheint mir das Beispiel denkwürdig. Frau X., eine Juristin, erhielt einen Kaiserschnitt. Tags darauf musste sie wegen einer inneren Blutung aus der Operationswunde erneut operiert werden. Die Operation dauerte mehrere Stunden. Eine zeitlang sah es aus, als müsste die Gebärmutter entfernt werden, doch schliesslich gelang es, die Blutung zu stillen. Zur besseren Übersicht hatte man einen Eileiter entfernen müssen. Kaum ein Jahr später trifft bei der behandelnden Ärztin ein Beschwerdebrief der Patientin ein, in der Beilage ein Stapel medizinischer Dokumente. Offensichtlich wurde ihr in der Zwischenzeit von einem anderen Arzt eine Laparoskopie empfohlen, um den durchtrennten Eileiter wieder zu rekonstruieren. Die Operation gelang nicht, es stellte sich jedoch heraus, dass auch nur *ein* Eierstock eingesehen werden konnte. Die Frau fürchtet nun, deswegen keine weiteren Kinder bekommen zu können. Allerdings ist ihr Ehemann unfruchtbar, weil er Hodenkrebs hatte.

Worum geht es den drei Frauen eigentlich? Was sind die Fakten, mit denen sich Ärztin und Patientin auseinandersetzen? Auf welche Realität beziehen sich die Aussagen der Beteiligten?

2. *Die fiktive Wirklichkeit*

In der somatischen Medizin setzt die Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin unhinterfragt einige Annahmen voraus:

- Die eigenen Aussagen sollen vom Gesprächspartner verstanden werden.
- Vom Gesprächspartner erwarten wir ebenso logische, kohärente, nachvollziehbare Aussagen. Der Sinn der Mitteilung soll also für beide Seiten verständlich sein.

- Wir erwarten, dass der Gesprächspartner „die Wahrheit“ sagt, d.h. aufrichtig Auskunft gibt, über das, was ist. 31
- Was ist? Die Gesprächspartner gehen zunächst von einer unkritischen Realitätsannahme aus: Befunde sollen eindeutig sein, Krankheitskonzepte klar, Therapien wirksam.

Im Kontext der oben vorgestellten Fälle bedeutet dies:

Ärztin zu Frau R.: In der körperlichen Untersuchung finde ich nichts Auffälliges.

Frau R.: Sie glauben also nicht, dass ich Schmerzen habe!

Ärztin: Nicht bei allen Schmerzen finden sich in der körperlichen Untersuchung Auffälligkeiten. Dann gibt es auch Krankheiten, wie zum Beispiel die Endometriose, deren Auffälligkeiten erst bei einer Operation sichtbar werden.

Frau R.: Man muss also operieren?

Ärztin: Wir haben wenig Hinweise darauf, dass Sie an einer Endometriose leiden. Weil sie aber schon so lange Zeit Schmerzen haben, lohnt es sich vielleicht doch, einmal in den Bauch hineinzuschauen. Nur so können wir sicher sein, dass sie *keine* Endometriose haben.

Ärztin zu Frau B: Ich muss Ihnen offen sagen, dass es sich bei dieser Wunde fast nur um Krebs handeln kann.

Frau B.: Ja, das ist mir schon klar.

Ärztin: Im Ultraschall sieht es auch so aus, dass in der Leber bereits Ableger sind. Für uns bedeutet das, dass die Krankheit nicht mehr vollständig heilbar ist. Wir können zwar Symptome lindern, ganz weg bringen wir den Krebs aber nicht mehr.

Frau B.: Ja, ja. das ist wohl schon so.

Ärztin: Wir lassen Sie jetzt nicht allein, da gehen wir jetzt gemeinsam durch.

- 32 *Vorwurf Frau X:* Nicht nur der Eileiter fehlt, auch der Eierstock ist nicht mehr sichtbar.
 Ärztin1: Wir waren sehr froh, dass Sie damals nicht gestorben sind.

Ärztin und Patientin unterhalten sich in verständlicher Weise über das, was Fakt ist. Dennoch machen die Beispiele deutlich, dass irgendetwas fehlt. Die vernünftigen Gespräche über heikle Themen zielen am Wesentlichen vorbei. Obwohl also vordergründig die Beschwerden und die Therapiemöglichkeiten offen besprochen werden, geht es in den Gesprächen eben *nicht* um das, was die Betroffenen eigentlich umtreibt.

Frau D: Warum hilft mir niemand?

Frau B: Was bedeutet das für mich *konkret*: unheilbar krank zu sein?

Frau X: Was ist damals passiert, als meine Tochter zur Welt kam und ich fast mein Leben verlor?

Was meinen wir denn *eigentlich*, wenn es nicht dem entspricht, worüber wir sprechen? Glauben wir das, was wir sagen?

Ärztin von Frau R.: Die Frau hat sowieso kein somatisches Leiden. Vielmehr versucht der körperliche Schmerz wohl die Sinnleere auszufüllen, die mit dem erwachsen Werden der Tochter entstanden ist.

Frau R.: Die glaubt mir doch genauso wenig wie die anderen Ärzte, wie kann ich ihr bloss deutlich machen, wie ernst die Situation ist?

Glauben wir das, was wir meinen? Wieso bringen wir nicht in Deckung, was wir sagen und meinen, was wir meinen und glauben?

Man versteht das Gegenüber und rechnet doch damit, dass dieses etwas anderes meint, als es sagt. So weiss die Ärztin, die von Frau R. umschmeichelt wird, dass

diese ihr letztlich nicht traut und auch Frau R. hört hinter den Worten der Ärztin, die sie ernst zu nehmen scheinen, die Überzeugung heraus, dass hinter den Schmerzen kein Befund erwartet wird. Man sagt etwas, durchaus in der Absicht, aufrichtig zu sein und merkt schon beim Sprechen, dass dies nicht gelingt: Was bedeutet es schon, wenn die Ärztin zu Frau B sagt: „Wir gehen da gemeinsam durch“? Ärztin und Patientin sprechen scheinbar über die gleichen Fakten, die gleiche Realität: Sie verhandeln Symptome, Befunde, Therapieoptionen. Doch die Wirklichkeit der Ärztin ist nicht die Wirklichkeit der Patientin. Schon im unreflektierten Alltag ist die „Realität“, die Gesprächsbasis zwischen zwei Menschen, also keineswegs eindeutig und dies ist beiden Gesprächspartnern bewusst. Wir bezeichnen deswegen diese Ebene der direkten Auseinandersetzung mit dem Begriff *fiktive Wirklichkeit*. Was für mich selbstverständlich als wirklich gilt, ist immer schon aufgeladen mit unpräzisen, jedoch wirksamen eigenen Vorstellungen, die für den Gesprächspartner erahnbar, aber nicht fassbar sind.

33

Weiss *Frau R.* nicht schon von Beginn weg, dass ihre Ärztin nicht an eine somatische Erkrankung glaubt? Geht die Ärztin nicht schon von Anfang an davon aus, dass Frau R. ihr genau das unterstellt? Vermeidet sie deshalb nicht ganz bewusst den Begriff psychosomatisches Leiden?

Weiss nicht auch *Frau B.*, dass ihre Ärztin ihr langes Zögern kritisch beurteilt? Traut die Ärztin der sachlichen und emotional neutralen Haltung ihrer Patientin angesichts der Eröffnung der fatalen Diagnose?

Denkt *Frau X.* wirklich, dass es für die weitere Familienplanung entscheidend sei, ob sie einen oder zwei Eierstöcke hat, zumal ihr Mann zeugungsunfähig ist?

Wir gehen implizit davon aus, dass unser Gesprächspartner nicht wirklich sagt, was er meint. Die vernünftigen und scheinbar klaren Mitteilungen vermitteln

- 34 immer mehr an Information, als in der logischen Wortfolge enthalten ist. Sie legen so den Verdacht frei, dass die aussagende Person eigentlich etwas anderes denkt. Die Differenz zwischen dem, was vordergründig mitgeteilt wird und dem, was zwischen den Zeilen vermittelt wird, verhindert eine Kommunikation nicht etwa, vielmehr regt sie an zum Nachfragen, Richtigstellen, Ablenken.

Diese zweite, unausgesprochene Wahrheit muss jedoch der aussagenden Person keineswegs bewusst sein. Manchmal kann das unwillentlich zu weit gehen:

Am Weihnachtessen erwähnt der Chef reihum lobend jede Mitarbeiterin, um sich schliesslich mit folgenden Worten an Frau Y. zu wenden: „...und die Firma schätzt sich glücklich, auch Sie im nächsten Jahr noch auf Ihrer Stelle zu belassen.“

Möchten wir überhaupt wissen, was der andere meint, wenn er etwas anderes sagt? Der Ausspruch: „Schön, Dich wiedermal zu sehen!“, funktioniert nur, wenn er nicht ernst gemeint ist. Dennoch möchte das Gegenüber kaum explizit hören, dass auch der Andere die zufällige Begegnung vielleicht eher als lästig empfindet. Auch wenn ich weiss, dass mich die Assistenzärztin nicht lobt, weil ich wirklich gut operiert habe, sondern nur, weil ich ihre Vorgesetzte bin, so geniesse ich das Lob dennoch. Das *Canned Laughter* bringt gute Laune, obwohl wir wissen, dass es nicht echtes Gelächter ist. Entsprechend verstehe ich das *Man* Heideggers: wir halten uns im *Man* alltäglich auf, obwohl oder gerade weil es nicht wahrhaftig ist: Bisweilen ist es gar überlebenswichtig, an das *Man* zu verfallen.

3. Der heile Ursprung des Aussagens

Sind wir wenigstens uns selbst gegenüber transparent? Wenn ich schon nicht das sage, was ich meine, weiss ich dann wenigstens selbst, was ich denke? Die Psychoanalyse kennt diese Schwierigkeit. In der Auseinandersetzung mit mir

selbst verfehle ich mich selber notwendigerweise. Ich versuche mich zu erhaschen und entwische zugleich. Die Hascherin deckt sich nie mit der Beute. Was gesagt wird, ist irgendwie losgelöst von der Frau, die spricht. Die Frau, die spricht, entspricht nicht der Frau, über die sie spricht, wenn sie von sich selbst spricht. Was entzieht sich hier?

35

Wir haben zunächst die Ebene der *fiktiven Wirklichkeit* postuliert. Sie befasste sich mit der Frage: Was wird ausgesagt?

Ich habe Schmerzen – ich fühle mich schlecht – es geht mir gut

Davon unterscheiden wir nun eine zweite Ebene, die wir provisorisch bezeichnen als der *heile Ursprung des Aussagens*. Hierher gehört die Frage: „Was sagt aus?“ Mit dem *Ursprung des Aussagens* postuliere ich nicht etwa einen Ort der Wahrheit. Es geht nicht um ein verborgenes Geheimnis, das entschlüsselt werden muss. Den Ursprung der Wahrheit gibt es genauso wenig wie es einen Ort des Unbewussten gibt. Unter dem *Ursprung des Aussagens* verstehe ich eher die eröffnende Bewegung des Aussagens. Was spricht, lässt sich nicht aussprechen.

Mein Verhältnis zu mir selbst – in der Medizin zum eigenen Körper – ist immer ambivalent:

Ich nehme ein paar Jeans aus dem Schrank und schlüpfte, nein, zwänge mich hinein. Die Hosen sind eng, sie klemmen um die Hüfte. Ist der Reissverschluss geschlossen? Nein. Sie sind so. Vor einigen Wochen, als ich das Paar zum letzten Mal trug, war mir nichts aufgefallen. Ich sage mir also, Du hast zugenommen, Du wirst alt. Aber insgeheim weiss ich: nein, es sind doch die Hosen, sie sind aus Versehen zu heiss gewaschen worden oder mit einem anderen Waschmittel oder zu schnell getrocknet oder was auch immer. Es kann nicht sein, dass ich zugenommen habe.

36 Betrachten wir anhand dieses Beispiels die verschiedenen Ebenen:
Fiktive Wirklichkeit: Was sind die Fakten? Wiederholt ist mir ein Kleidungsstück zu eng, ich denke, ich habe zugenommen.

Ursprung des Aussagens: Ganz im Widerspruch zu der logischen Schlussfolgerung (ich habe zugenommen) bleibt die Frau, die spricht, *heil* in der Gewissheit: Nein, es kann doch auch sein, dass die Hosen eingegangen sind.

Ich setze mich mit mir selbst auseinander. Ich zersetze mich selbst in Prädikate und Attribute, beurteile mich kritisch. Und dennoch bin *ich*, die die Auseinandersetzung unternimmt, nicht betroffen. Der erwachsene Mensch, der ich bin, weiss, dass nichts mehr *heil* ist in dieser Welt, an diesem Körper. Aber *ich* bleibe wundersamerweise bei all diesen analytischen Gedanken trotzdem unversehrt.

Wenn der *heile Ursprung des Aussagens* gerade dadurch charakterisiert ist, dass er sich nicht erfassen lässt, können wir wenigstens Spuren davon finden?

- Denken sie an das Kinderlied „Heile, heile säge“. Das Lied wirkt mit einer Zauberkraft. Es soll uns suggerieren, dass die blutende Wunde nicht wichtig sei, dass das Kind eigentlich immer noch *heil* geblieben ist. So soll der Spruch die körperliche Verletzung genauso aufheben wie den Lauf der Zeit: „Drü Tag Räge, drü Tag Schnee, tuets am Chindli nümme weh!“
- Zwar wissen wir wohl, dass wir alt werden, wir fühlen uns jedoch nicht so. Während jene gleichaltrige, ergraute Frau, die wir auf der Strasse sehen, offensichtlich in die Jahre gekommen ist, enthält unser Spiegelbild eine ganze Lebensgeschichte, in ihm leben viele Zeitalter gleichzeitig. Dieses Spiegelbild würden wir nicht einfach als *alt* bezeichnen.

4. Das Reale, die nackte Angst

Notwendigerweise bleibt unsere Perspektive beschränkt. Im Wissen, den eigenen Tod nie zu erleben, verhalten wir uns so, als seien wir unsterblich. Alt sind die

anderen, Sterben tun nur die anderen. Der *Ursprung des Aussagens* hält sich in Sicherheit. Gerade weil wir also endlich, sterblich sind, kann es nicht gelingen, unsere Begrenztheit als solche zu erkennen. Wir können unsere Endlichkeit nicht wie einen Gegenstand wahrnehmen, weil wir selbst darin gefangen sind. Ich weiss, dass dieser Körper irgendwann einmal sterben wird, ich kann mir vorstellen, wie ich selbst als Patientin im Spital liege. Aber gleichzeitig weiss ich, dass dieses Bild dann nur eine Fantasie ist, eine Vermutung in Bezug auf eine Zeit, die noch nicht da ist. Der Ursprung solcher Gedanken (ich, dass ich daran denken sollte, dass ich sterblich bin), bleibt ausserhalb.

37

Eine ständige Vergegenwärtigung des eigenen Todes wäre unerträglich. Der Ursprung des Aussagens schützt mich davor. Er schützt vor dem Unerträglichen: dem Sein-zum-Tode. Er schützt vor dem, was nicht sein darf und doch das *Realste* überhaupt ist.

Somit gilt es, in unser Schema eine dritte Wirkebene einzuführen.

REALITÄT – was wird ausgesagt? FIKTIVE WIRKLICHKEIT
HEILER URSPRUNG DES AUSSAGENS
REALES, NACKTE ANGST

Was in diesem Zusammenhang mit *Angst* bezeichnet wird, darf nicht etwa gleichgesetzt werden mit der *Furcht* vor etwas (vor Schmerzen, Falten usw.). Alice Holzhey erinnert in ihrem Vortrag *Sich unbewusst machen. Das Unbewusste als ein unausweichlicher Existenzmodus* an die Angst Kierkegaards:

Diese Angst dient zu nichts..., sie signalisiert keine Gefahr... Stattdessen ‚sagt‘ sie dem Menschen bzw. lässt ihn stimmungsmässig erfahren, was es heisst ein Mensch zu sein. Sie konfrontiert ihn mit der *conditio humana*, und ist also per se wahre Selbsterkenntnis, allerdings nicht Erkenntnis über mich als diese individuelle Person X, sondern über mich als Menschen.

38 Bei Heidegger in Sein und Zeit heisst es:

Die Abkehr des Verfallens gründet...in der Angst...(186). Die verfallende Flucht *in* das Zuhause der Öffentlichkeit ist Flucht *vor* dem Unzuhause, das heisst der Unheimlichkeit... Diese Unheimlichkeit setzt dem Dasein ständig nach und bedroht, wenngleich unausdrücklich, seine alltägliche Verlorenheit in das Man.

Auch das Reale kann nicht direkt dargestellt werden, denn jede Darstellung bewegt sich auf der Ebene der *fiktiven Wirklichkeit*. Das Reale kann aber erlebt werden als das Andere der *fiktiven Wirklichkeit*, das Andere des *heilen Ursprungs*.

- Für die Ärztin ist der Umgang mit Ausscheidungen und Blut Alltag. Sind die Berufskleider mit Urin, Eiter oder Blut verschmiert, so löst das kein Entsetzen aus. Als ich jedoch unlängst in der Garderobe ein Paar Hosen vom Stapel nahm, in deren Schritt grossflächig Spuren des Blutes einer anderen Ärztin sichtbar waren, so packte mich das nackte Schaudern. Der Ekel zeigt sich hier in der Bedrohung des *heilen Ursprungs*: Wenn nicht die Patientin, so muss die Ärztin unversehrt sein.
- Niemand nimmt heute Anstoss daran, dass die Rentnerin mit den strohblonden Haaren nicht verhehlt, dass ihre Haare gefärbt sind, dass also die Illusion des Jungbleibens als solche sichtbar ist. Konventionen stärken die *fiktive Wirklichkeit*. Unangenehm ist es aber, wenn am Haaransatz die grauen Haare nachwachsen. Wir stören uns nicht daran, dass wir alle eine Maske tragen, aber es berührt uns peinlich, wenn die Schminke zu schwarzen Augenringen verrinnt. Nur unwillentlich, unplanbar bricht das Reale hervor: Die schamlos hervordrängenden grauen Haare machen erst deutlich, dass das Blond längst abgestorben ist. Das obszöne Grinsen des *Realen* führt uns die Nichtigkeit des eigenen Seins brutal vor Augen.
- Auch bei Magersüchtigen kann das *Reale* hervorbrechen. Obwohl ihr Ideal die Überwindung des Körpers ist, gleicht das Resultat dieser Anstrengung einem Totengerippe.

Ich vermute, dass die Spannung zwischen den verschiedenen Realitätsebenen in der Medizin besonders augenfällig wird, weil es der Medizin um etwas geht, das in seiner ganzen Tragweite wohl gar nicht fassbar ist: Um Leben, um Tod, um Leiden. Der Schauplatz der Medizin, ihre vordergründige Realität, ist der Körper. Wenn wir von der *fiktiven Wirklichkeit* sprechen, so dreht sich also die Medizin um einen *fiktiven Körper*.

Wir leiden an alltäglichen Beschwerden, an Symptomen, die vom Körper stammen, am Körper wahrgenommen werden (Ebene der *fiktiven Wirklichkeit*). Mit diesem Körper identifizieren wir uns jedoch nicht vollständig, es gibt da ein nicht fassbares Mehr. Die Tradition spricht von Geist, Seele, dem Unbewussten (Ebene des *heilen Ursprungs*). Der Körper mahnt uns aber auch am direktesten an den eigenen Tod, an die Grenzen des Wachstums (*Reales, nackte Angst*).

Das Leiden am Körper lässt sich vom Leiden des Körpers und insofern von der Fiktion nicht trennen. Die Realität ist die Fiktion. Oder: die Fiktion geht als Realität durch, weil sie – unausgesprochen – zugleich das Begehren des *heilen Ursprungs* und die Angst vor dem *Realen* weckt.

Nicht von ungefähr ist der Begriff des *Heilens* genauso verpönt wie unentbehrlich in der Medizin. Kein seriöser Mediziner verspricht einer ernsthaft kranken Person, sie *heilen* zu können und dennoch ist es wahrscheinlich gerade die Hoffnung auf *Heilung*, die kranke Menschen von Arzt zu Arzt treibt. Wie steht es mit der *Naturheilkunde*? Auch die *Naturheilkunde* ist auf eine *Illusion of Control* angewiesen. So finden sich in diversen Internetforen Auseinandersetzungen über verschiedene Messparameter und Energiewerte, die nicht minder akribisch als in der Schulmedizin erhoben, verglichen und korrigiert werden. Wer sein *Heil* sucht, dem fehlt vielleicht eben gerade die Selbstverständlichkeit des *heilen Ursprungs*. Solche Menschen sind besonders dünnhäutig, hellhörig für das *Reale*, die Fassade des Alltags hat Risse bekommen. Bei Frau R. mag dieser Prozess ausgelöst worden sein durch die Autonomiebestrebungen der Tochter, die der Lebensinhalt der Mutter war. Andere Menschen erfahren die Nähe des *Realen* durch eine körperliche Wunde oder eine traumatisch erlebte Geburt. Was für uns zumeist das

- 40 Allernormalste ist: dass wir leben und auch noch unbestimmte Zeit lang leben werden, ist für diese Menschen nicht mehr selbstverständlich. Die bloße Anwesenheit, jeder Atemzug kann zur Last werden. Wenn der Schutz des *heilen Ursprungs* nicht mehr funktioniert, so wird die Ebene der *fiktiven Wirklichkeit* kompensatorisch überhöht, indem sich Betroffene besonders intensiv mit Fakten beschäftigen: Der Körper wird zu einem Bündel von Befunden, Messparametern, einem Tummelfeld potentieller Diagnosen.

5. Repräsentationen des fiktiven Körpers

Den hier postulierten Zugang zur Wirklichkeit über die drei Realitätsebenen möchte ich im Folgenden überprüfen an erfolgreichen Repräsentationen des Körpers der Gesellschaft unserer Zeit. Wie funktioniert die gesellschaftliche Wahrnehmung des Körpers?

Werbeposter für eine Anti-Baby-Pille:

Zwei weiss gekleidete junge Frauen sitzen lächelnd Rücken an Rücken im hohen Gras. Im Vordergrund sind Lichtreflexe der Kamera erkennbar.

Fiktive Wirklichkeit: Was wird mit dem Bild ausgesagt? Die propagierte Verhütungspille wird mit Natürlichkeit verbunden. Die Firma wirbt für das gleiche Produkt auch mit einem hölzernen Kugelschreiber. Dabei ist die Darstellung durchaus ironisch: Die Künstlichkeit der Inszenierung zeigt sich unverhüllt durch den mitabgebildeten Kamerareflex, die Unnatürlichkeit des Sumpfgrases usw. Sie wirkt durch die transportierte Ironie wie eine *True Lie*, eine *wahre Lüge*. Wieso genießen wir diese offensichtliche Täuschung?

Die Ironie bringt die nötige Distanz dafür, dass die Ebene des *heilen Ursprungs* der Wahrnehmung wirksam werden kann. So wird das Begehren der Kundin angesprochen durch die Information: Der Sumpf kann dem weissen Kleid nichts

antun. Die Pille wird assoziiert mit unversehrten Jungfrauen. Als direkte Aussage wäre diese Botschaft zu absurd, um angenommen zu werden. Es geht ja thematisch eben gerade nicht um Jungfräulichkeit. Sowohl die gesellschaftlich akzeptierte Mitteilung, die *True Lie* (die Pille ist natürlich), als auch das evozierte Begehren nach Heil (mit der Pille bleibe ich jungfräulich) wären sinnlos, wenn da nicht etwas wäre, was auf beiden Ebenen ausgeklammert bleibt und doch wirkt: Es geht bei einer Verhütungspille um die nackte Vereinigung von Geschlechtsorganen, um sinnloses, monotones Gestöhne. Wir finden also die Ebene des *Realen* dort, wo der Geist (Versprechen der Jungfräulichkeit) ins Gespenst kippt.

Das sichtbare Bild (als „Realität“, *fiktive Wirklichkeit*) kann genossen werden, weil es als Fiktion gleichzeitig das Begehren nach Heil anspricht und auf das Reale aufmerksam macht. Die *fiktive Wirklichkeit* ist keineswegs irgendeine beliebige Story, sondern eben eine *True Lie*. Wir glauben an sie, präzis wegen der Lücke, die sie klaffen lässt.

Auch die Medizin hält sich an den Mehrwert der *wahren Lüge der fiktiven Wirklichkeit*. Zum Beispiel, wenn sich Arzt und Patientin noch dann für eine Chemotherapie entschliessen, wenn der zu erwartende Nutzen nicht höher ist als das Risiko ernsthafter Nebenwirkungen.

Kein Arzt würde es wagen, einer Krebskranken als Trost Placeboinfusionen zu verabreichen, obwohl Placebo nicht nur vielfach billiger, sondern mit Sicherheit auch weniger schädlich wäre. Die Wirkung der Chemotherapie wird bei diesen Fällen nicht mit einer Zerstörung der Tumorzellen, sondern mit der *Illusion of Control* erzielt, die für Patientin und Arzt gleichsam wirkt. Die bare Aktivität gibt vor, man könne immerhin noch etwas tun. Auf der Ebene der *fiktiven Wirklichkeit* spricht man sachlich über teure Medikamente, deren Wirksamkeit logisch-vernünftig nicht begründet werden kann. Vielmehr liegt sie darin, dass sie heimlich das Begehren des *heilen Ursprungs* anspricht und unheimlich gespiesen wird von der *nackten Angst*.

Von der Medizin weg wagen wir nun einen Exkurs in die Mainstream-Kultur und zwar zur Multimediakünstlerin Lady Gaga, deren Erfolg sich schwerlich nur

42 mit der musikalischen Darbietung erklären lässt. Ihre Songs tönen tatsächlich „gaga“ und die Vermutung liegt nahe, dass ihre Beliebtheit bei so vielen jungen Menschen der heutigen Zeit eher in ihren Videos als der Musik zu suchen ist. Da sich auch Lady Gaga vorzugsweise mit dem Körper, dem Leiden und dem Tod auseinandersetzt, lohnt es sich, unsere Spurensuche auf diesem Feld abzuschliessen.

Der Körper, der von Lady Gaga gefeiert wird, ist ein Kunstkörper. Die in den Videos dargestellten Figuren haben keinen inneren Kern mehr, wie ein Tagi-Kommentator verächtlich, jedoch äusserst treffend meint:

Ihr Auftritt ... hat nichts von Selbstverwirklichung, aber alles von Selbstverlust.... Und das ist das *Grossartige* und das *Schreckliche* an Lady Gaga: mit welcher Konsequenz sie sich ins Zentrum der Leere stellt, die sie beschreibt... Bei Lady Gaga ist diese Leere eine unabänderliche Tatsache, ja, in gewissem Sinn sogar die *Raison d'être*. Nur folgerichtig, dass sie aus ihrer schönen Pop- und Soulstimme eine blecherne Computersimulation gemacht hat.

Lady Gaga liebt die Maskerade. Ihre Videos sind bevölkert von Wesen, die sich den gängigen Kategorisierungen entziehen: Es lässt sich kaum beurteilen, ob sie gut oder böse, Mann oder Frau, Engel oder Teufel, irdisch oder ausserirdisch sind. Die Figuren scheinen grenzenlos wandelbar. Die *fiktive Wirklichkeit* wird hier wörtlich genommen: statt Virtual Reality: Reality of the Virtual. Anything goes? Grenzenlose Machbarkeit? Nein, würde ich behaupten. Lady Gaga beschwört eben gerade nicht bestimmte Ideale, Träume der jungen Generation. Die ‚Selbstverwirklichung‘ bedeutet bei ihr ‚Selbstverlust‘ – die *fiktive Wirklichkeit* nähert sich dem *Realen*. Die dargestellten Wesen können sich beliebig verändern, sie sind unfassbare Aliens. Immer an der Grenze zum Abstössigen, Schauerlichen, faszinieren sie doch. Sie wirken jedoch weniger un-sterblich, als vielmehr un-tot und gerade darin liegt das Unheimliche.

Wenn der TA Kommentator meint: ‚Das ist das *Grossartige* an Lady Gaga‘, so heisst das auch: unser Begehren wird geweckt. ‚Und das ist das *Schreckliche* an

ihr: Lady Gaga stellt sich ins Zentrum der Leere, die sie beschreibt'. Lady Gaga repräsentiert die Leere, den Tod nicht. Es geht bei ihr nicht darum, das Undarstellbare darzustellen, vielmehr – so mein Vorschlag – lässt sie mittels der dargestellten *fiktiven Wirklichkeit* synchron das Begehren nach dem *heilen Ursprung* als auch das *Reale* erleben.

43

Am Forumsabend wird exemplarisch hierfür die Schlussequenz des Videos *Bad romance* gezeigt. Zunächst zeichnet sich ein Happyend mit Aufgehen in liebender Umarmung an der Mutterbrust ab. Doch plötzlich entladen sich Feuerblitze aus dem Büstenhalter von Lady Gaga, ihr Bettgespieler entpuppt sich als verkohlte Leiche. Im aktuellen Video *Born this Way* vermittelt die nette Message im Sinne der *fiktiven Wirklichkeit/true lie*: Dein Körper ist recht so, wie Du geboren bist. Ob hetero- oder homosexuell, wir sind alle eine grosse Familie. Die Undarstellbarkeit des Todes wird in diesem Video durch die Lächerlichkeit seiner Figur explizit gemacht: Der Tod tritt auf als Clown im Frack. Ist der Bezug zum Realen durch diese Ironisierung nun aufgehoben? Der Tod wirkt reifiziert, er ist offensichtlich *nichts*, bloss eine lächerliche Maske. Der Sinn der Darstellung des Todes als Clown erschöpft sich hier aber meiner Meinung nach nicht mit Epikur: Es geht nicht darum, aufzuzeigen, dass wir uns um den Tod nicht sorgen müssen. Es geht auch nicht um die Enthüllung einer Wahrheit *hinter* der Fiktion, etwa darum, hinter der Clown-Maske das wahre Gesicht zu erahnen. Vielmehr geht es um nichts anderes als um diese Fiktion, insofern sie unser Begehren nach dem *heilen Ursprung* anspricht („ha, der Tod ist ja nur ein lächerlicher Clown“), aber gleichzeitig das *Reale* erfahrbar macht. In der kurzen Schlussequenz des Videos bläst der gefrackte Todesclown eine Kaugummiblase auf, die zugleich zerplatzt. Der Überraschungseffekt entlockt uns ein kurzes Lachen. Und genau hier möchte ich das Eigentliche *verorten*: Im clownesken, absurden Effekt der Maske selbst und nicht etwa im verborgenen „echten“ Gesicht. Das *Eigentliche* zeigt sich kurz, aber so offensichtlich, dass wir es beinahe verpassen – wie in der Erzählung von Edgar Allan Poe *The purloined letter* – dort, wo es niemals vermutet wird: So offensichtlich auf der Oberfläche, dass wir es nicht finden, wenn wir danach suchen. In dem

- 44 Moment, wo wir auflachen, weil sich der Tod durch die Kaugummiblase selbst lächerlich macht, wird – ganz heimlich – das Lachen plötzlich un-heimlich.

6. *Worum geht es in der Medizin?*

Schmerzen, Jucken, Hautveränderungen. Was liegt dahinter? Sind medizinische Symptome nicht vergleichbar mit dieser clownesken Totenmaske? Symptome werden vorgetragen, diskutiert und untersucht. Auf der Ebene der *fiktiven Wirklichkeit* erheben wir medizinische Befunde, die dazu passen oder aber die Symptome als unecht und die vermeintliche Patientin als Hypochonder entlarven (der Schmerz hat kein körperliches Substrat). Wir behandeln Symptome wie heimliche Hinweise auf eine verborgene Störung, die dann von der Medizin behoben werden soll. Unausgesprochener Antrieb dieser Detektivarbeit sind das Begehren nach Heil-Sein und die Angst vor dem Realen.

Kann aber für die somatische Medizin nicht gelten, was für die Psychoanalyse selbstverständlich ist: Sagen uns die Symptome nicht viel mehr, als wir wahrnehmen möchten? Ist das, was sie erzählen vielleicht so offensichtlich, dass wir es nur allzu gerne überhören? Wie die Totenmaske, so kehren doch auch manchmal die Symptome das Fremdeste in uns selbst nach aussen, stellen es so lächerlich dar, dass wir ihm nicht glauben können. So verstanden leitet das Symptom nicht über zu einer versteckten Wahrheit. Vielmehr ist die Wahrheit nichts anderes als das Symptom.

Eine 75-jährige Mutter mit übergewichtiger, geistig behinderter Tochter verlangt von mir die Gebärmutterentfernung und eine Brustverkleinerung bei der Tochter, weil deren Mensblut grauenhaft stinke und die Brüste so unerträglich seien. Bei der Tochter finde ich keine krankhaften Veränderungen von Gebärmutter oder Brüsten.

Das Problem der mageren, gepflegten Mutter liegt nicht in einer verborgenen Krankheit, sondern im Symptom selbst: Sie hat eine grosse, dicke, geistig behinderte Tochter, von der sie sich nicht entfernen kann. Daran stört sie deren konkrete Fleischlichkeit: Der Gestank des Blutes, das Immer-zu-viel an Fleisch.

45

Worum geht es in der Medizin? Auch in der somatischen Medizin sollten Symptome nicht nur negativ, als Fehlen/Dysfunktion aufgefasst, sondern ernst genommen werden, in dem, was sie erzählen: Jemand wird von innen her aufgefressen, jemand verfault, ein Paar ist unfruchtbar. Im Weiterführen eines Gedankens von Alice Holzhey können wir so vermuten, dass auch körperliches Leiden nie nur Ausdruck eines ontischen Problems ist (Schmerz als Zeichen eines Strukturdefektes), auch und vielleicht gerade auch körperliches Leiden hat immer eine ontologische Dimension: Es erinnert daran, dass der Mensch Körper ist. Fleisch, nichts als rohes, vergängliches Fleisch.

Auf die eröffnende Frage nach dem Wohlbefinden einer Patientin zu Beginn der Konsultation hört die Ärztin oftmals: „Es geht mir ganz gut, aber jetzt habe ich doch Angst bekommen.“ Der Ort, wo sich das *Eigentliche* vielleicht am ehesten zeigt, ist das Wartezimmer. Für einen kurzen Moment flackert oftmals hier die Angst auf. In der Sprechstunde soll diese Angst umgewandelt werden in Furcht vor etwas Konkretem. Furcht vor... kann durch die Technik der Medizin, durch rationale Erklärungen, Verbände und Medikamente beschwichtigt werden. Im Wartezimmer sind wir jedoch hellhörig. Dort, wo nichts ausgesagt wird und niemand aussagt, dort, wo ich nichts wahrnehme und nicht wahrgenommen werde, wo in der unausgesprochenen Erwartung auf Heilung im Symptom die *nackte Angst* einbricht.

1 Cf bei Heidegger: Cura prima finxit: Dieses Seiende hat den ‚Ursprung‘ seines Seins in der Sorge. Cura teneat, quamdiu vixerit: Das Seiende wird von diesem Ursprung nicht entlassen, sondern festgehalten, von ihm durchherrscht, solange dieses Seiende ‚in der Welt ist‘. Das ‚In-der-Welt-Sein‘ hat die seinsmässige Prägung der ‚Sorge‘. Martin Heidegger, Sein und Zeit. 17. Auflage. Tübingen 1993, S. 198.

- 46
- 2 Die Proliferation von Krankheiten in der Medizin geschieht also durchaus im Sinne der Sorge bei Heidegger: Der Terminus ‚cura‘ bedeutet nicht nur ‚ängstliche Bemühung‘, sondern auch ‚Sorgfalt‘, ‚Hingabe‘. Ebd. S.199.
 - 3 Allenfalls macht es sich als Stimmung bemerkbar. Wenn ich genügend lang über den eigenen Tod nachdenke, so werde ich vielleicht missmutig oder traurig gestimmt – um mich dann nachher wieder des Lebens zu freuen.
 - 4 Alice Holzhey-Kunz. Sich unbewusst machen. Das Unbewusste als ein unausweichlicher Existenzmodus. Vortrag im Rahmen der Entresol-Tagung „Wozu das Unbewusste?“ vom 21.3.09, Zürich. Manuskript, S. 12.
 - 5 Heidegger, Sein und Zeit, S. 189.
 - 6 Vergleiche hierzu Heidegger: „Sum res cogitans besagt also nicht: Ich bin ein Ding, das mit der Eigenschaft des Denkens ausgestattet ist, sondern: Ich bin ein Seiendes, dessen Art zu sein im Vorstellen besteht, dergestalt, dass dieses Vorstellen den Vorstellenden selbst mit in die Vor-gestellt-heit stellt. Kurz gesagt: Das Sein des Seienden, das ich selbst bin, und das der Mensch je als er selbst ist, hat sein Wesen in der Vor-gestelltheit und der dieser zugehörigen Gewissheit. Martin Heidegger, Gesamtausgabe Band 48. Nietzsche: Der europäische Nihilismus. Frankfurt 1986. S. 202.
 - 7 Diese Vergessenheit der existenziellen Bedingungen illustriert ein Witz meiner Tochter: „Mama was machsch?“ „Nüd!“ – „Das stimmt nöd, du schnufisch!“
 - 8 „90 Millionen Dollar Umsatz soll sie im vergangenen Jahr eingespielt haben, schätzte *Forbes*, mindestens doppelt so viel wie jede andere Sängerin...Bei Facebook und Twitter hält sie diverse Rekorde, was die Zahl der Klicks angeht. Mit ihrer Monster Ball Tour von 2009 bis 2011 soll sie mehr als 200 Millionen Dollar eingenommen haben.“ Die Zeit vom 02.02.12, S. 30. Eben als ich diesen Text schreibe, trällern Kinder des benachbarten Kindergartens einen ihrer Hits.
 - 9 Tages Anzeiger vom 09.11.10.
 - 10 wie uns vielleicht der Titel des Songs (*Born this Way*) beliebt machen möchte.

Depression und Manie als Zeitkrankheiten

Thomas Fuchs

47

Der holländische Psychiater Piet Kuiper, der mit 60 Jahren an einer schweren Melancholie erkrankte, schreibt in seiner Selbstschilderung:

"Was geschehen ist, kann man nicht ungeschehen machen. Nicht nur die Dinge vergehen, sondern auch die Möglichkeiten verstreichen ungenutzt. Wenn man etwas nicht zur rechten Zeit tut, tut man es niemals mehr. ... Das eigentliche Wesen der Zeit ist untilgbare Schuld" (Kuiper 1991, S.58).

Dass Depressionen und Manien etwas mit der Zeitlichkeit des Menschen zu tun haben, ist eine Einsicht, die bis auf die Antike zurück reicht. Chronos oder Saturn, der Gott der Zeit, war auch der Gott der Melancholie, der Schwere, der bleiernen Lähmung und des Stillstands. In Dürers berühmter Darstellung der Melancholie von 1514 hat dieser Stillstand der Zeit und die Erstarrung der Welt in der melancholischen Gemütsverfassung ihren



bleibenden Ausdruck gefunden (Abb. 1). Die Psychiatrie hat vor allem dem Zusammenhang von Zeit- und Schuld-erleben in der Depression seit jeher besondere Aufmerksamkeit zugewandt, wie es auch in Kuipers Selbstschilderung zum Ausdruck kommt. Die Zeit fließt und vergeht nicht mehr, sondern gerinnt fortwährend zu Schuld.

Abb. 1. Albrecht Dürer: Melencolia II (1514)

48 Umgekehrt lässt sich aber auch die Manie als eine Zeitkrankheit auffassen. Nicht nur die Antriebssteigerung, die rastlose Betriebsamkeit, die Ideenflucht des Manikers weisen auf die Beschleunigung seiner Lebensbewegung hin. Auch der Wegfall aller Hemmungen und Schuldgefühle, die sonst eine Person an ihre Verpflichtungen und Versprechen und damit an ihre Vergangenheit binden, gehört zur grundlegend veränderten Zeitlichkeit des manischen Patienten. Er ist sich ständig selbst vorweg, offen für die unbegrenzten Möglichkeiten, die sich ihm schon in der nächsten Zukunft aufzutun scheinen.

Somit sind Depression und Manie Zeitkrankheiten, und zwar nicht nur aufgrund einer Verzögerung bzw. Beschleunigung des Zeiterlebens, sondern, wie wir noch sehen werden, weil sie auch mit einer Abkoppelung von der gemeinsamen sozialen Zeit einhergehen, mit einer *Desynchronisierung*. – Auf der anderen Seite sind Depression und Manie aber auch Zeitkrankheiten in einem zweiten Sinn, nämlich in dem einer Kultur- und Zeitdiagnose: In ihnen werden wie in einem Spiegel gesellschaftliche Tendenzen der Gegenwart erkennbar, die ebenfalls mit Verlangsamungen bzw. Beschleunigungen, d.h. mit Entkoppelungen in sozialen Zeitabläufen verbunden sind. Im Folgenden werde ich daher Depression und Manie zunächst als *Krankheiten des Zeiterlebens*, dann als gesellschaftliche *Zeitdiagnosen* betrachten.

A. *Depression und Manie als Störungen des Zeiterlebens*

1) *Retardierung – Akzeleration*

Verlangsamungen und Beschleunigungen des Zeiterlebens lassen sich nicht isoliert feststellen, sondern nur im Verhältnis zwischen der *Eigenzeit* des Individuums und der *Weltzeit*, den Abläufen der gemeinsamen sozialen Welt. Betrachten wir dies etwas näher (vgl. zum Folgenden auch Fuchs 2001, 2012).

Zunächst sind wir mit den anderen und mit der Gesellschaft insgesamt auf

vielfältige Weise zeitlich gekoppelt oder *synchronisiert*. Bereits der alltägliche Kontakt mit anderen bedeutet eine ständige Feinabstimmung der körperlichen und emotionalen Kommunikation, ein "Mitschwingen" oder eine *Resonanz* (Fuchs 2000, S.244ff.). Hört man einem anderen zu, so gleicht sich die Atmung dem Redefluss des anderen an, und feinste Mikrobewegungen der beiden Körper synchronisieren sich (Scollon 1981; Davis 1982). Die Säuglingsforschung hat gezeigt, wie dieser sympathetische Kontakt schon das früheste Erleben bestimmt: Die Kommunikation von Säugling und Mutter ist charakterisiert durch rhythmisch-melodische Interaktionen, wechselseitige Resonanz von Mimik und Gestik, oder durch "Affektabstimmung", wie Daniel Stern (1998) es genannt hat. Dieser grundlegenden zeitlichen Resonanz mit den anderen werden wir freilich in der Regel kaum gewahr. Spürbarer – oft unangenehm spürbar – werden die Prozesse sozialer Synchronisierung in den vielfältigen Formen des „Timings“: in der Tages- und Wochenregulierung, in der Abstimmung von Terminen, in einem weiteren Sinn überhaupt in allen wechselseitigen Verpflichtungen, Absprachen und Koordinationen, die wir ja oft nur mittels eines hohen Aufwandes an Disziplin und Selbstüberwindung einhalten können.

Auf der anderen Seite treten im sozialen Miteinander fortwährend *Desynchronisierungen* auf. Vereinfacht gesagt: etwas verläuft „zu langsam“ oder „zu schnell“ für uns – die Ereignisse, die Handlungen der anderen, die Veränderungen, die das soziale Leben mit sich bringt. Wir können dabei ein Zurückbleiben und ein Vorseilen der eigenen oder individuellen Zeit gegenüber der sozialen oder der Weltzeit unterscheiden, oder Retardierung und Akzeleration:

Retardierung	←	Synchronie	→	Akzeleration
Verweilen / Resonanz				
Zeitdruck		Warten		
Krankheit				Langeweile / Ungeduld
Trauer / Schuld				Getriebenheit
Depression				Manie

50 *Verhältnis von Eigenzeit und Weltzeit*

Die Übereinstimmung oder Synchronie von Eigen- und Weltzeit vermittelt das Wohlbefinden, die erfüllte Gegenwart, in der man ohne eigentliches Zeitbewusstsein verweilt, ganz dem eigenen Tun oder der Resonanz mit der Umgebung hingegeben: etwa einer geschickt ausgeübten Tätigkeit, einem intensiven Gespräch oder der Betrachtung eines Kunstwerks. Hingegen macht das "Zufrüh", also die Beschleunigung der Eigenzeit gegenüber äußeren Abläufen das *Warten* erforderlich. Ungeduld oder Langeweile bedeutet Leiden unter der Langsamkeit, dem Zurückbleiben der äußeren Zeit. Unruhe und Getriebenheit als weitere Akzeleration der Eigenzeit können sich in pathologischen Fällen bis zur *manischen Erregung* steigern. Hier entkoppelt sich die Zeit des Individuums weitgehend von den natürlichen und sozialen Rhythmen, und wir können von einer Desynchronisierung sprechen.

Leidvoller als die Akzeleration wird in der Regel die Verspätung, Verzögerung oder *Retardierung* der Eigenzeit erfahren. Als Pendant zum Warten ergibt sich zunächst der „Zeitdruck“, der aus einem aufzuholenden Rückstand resultiert. Andere Erfahrungen des Zurückbleibens sind einschneidender und nicht rasch auszugleichen: Krankheit als ein Nicht-mehr-Können, Erfahrungen von Verlusten in der Trauer, von Versäumnissen in der Schuld, die die Person in der Vergangenheit festhalten. Eine mehr oder minder ausgeprägte Entkoppelung oder Desynchronisierung von der gemeinsamen sozialen Zeit kennzeichnet schließlich die *Depression*. Betrachten wir dies etwas näher.

2) *Depression als Desynchronisierung*

Tellenbach (1983) sah das Charakteristische des zur Depression veranlagten Menschen, des Typus *Melancholicus*, in seiner Orientierung an der Gemeinschaft, in seinen übermäßigen Ansprüchen an Pflichterfüllung, Normorientierung und Ordentlichkeit. Man kann sagen: Mit anderen Menschen in ständiger

„Synchronisierung“, d.h. Abstimmung, Rückversicherung und in ausgeglichenen Kontexten zu leben, ist für den Typus Melancholicus lebenswichtig. Depressive Menschen geraten daher leicht in das Gefühl, hinter ihren Aufgaben und Verpflichtungen zurückzubleiben, anderen etwas schuldig zu bleiben, etwas zu versäumen – Tellenbach sprach von der „Remanenz“ der Melancholischen. Besonders empfindlich reagieren sie auch auf Lebensereignisse wie unerwartete Verluste, Trennungen, Berufswechsel, Umzüge, den Auszug der Kinder, Arbeitslosigkeit oder Berentung. Solche Situationen des Herausfallens aus vertrauten sozialen Prozessen oder der Desynchronisierung sind die wichtigsten Auslöser depressiver Störungen. Der Depressive fühlt sich den Veränderungen nicht gewachsen, er bleibt innerlich zurück, an das Verlorene und Vergangene gebunden, oft unfähig, in einem Trauerprozess diese Bindungen zu lösen und Abschied zu nehmen, um in anderer Weise oder an anderer Stelle neu zu beginnen. An die Stelle der Trauer und der Bewältigung tritt dann die Depression.

51

Die Situation erzwungener Arbeitslosigkeit illustriert diesen Verlauf besonders deutlich. Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten hat belegt, dass anhaltende Arbeitslosigkeit zu schwerwiegenden psychischen und somatischen Gesundheitsfolgen führen kann (Mohr 1997). So zeigen Arbeitslose nach den Ergebnissen einer seit 1987 laufenden sächsischen Längsschnittstudie (Berth et al. 2003, 2004) eine höhere psychische Belastung, mehr Angst und Depression als Vergleichsgruppen. Typischerweise beginnen die subjektiven Reaktionen auf eine Kündigung mit einer Schockphase, gefolgt von einer Erholung (1.–2. Monat), einer Latenzphase (3.–6. Monat), einer Phase des Pessimismus (7.–12. Monat) und schließlich der fatalistischen Resignation (nach 1 Jahr). Hier ist der Punkt, wo das erzwungene Warten und Zurückbleiben, die soziale Desynchronisierung häufig in die Depression führt.

Physiologische Desynchronisierung

Versagen die Bewältigungsleistungen, so wird nun ein psychophysischer

- 52 Mechanismus ausgelöst, der in einer weitgehenden Blockade und Lähmung besteht. Tatsächlich kommt es in der Depression auch körperlich zu einer Art Verlangsamung oder Starre, und die normale biologische Synchronisierung mit der Umwelt ist gestört. Die Depression weist daher eine typische *Tagesperiodik* auf; statt mit Energie in den Tag zu gehen, leiden die Kranken unter dem bekannten Morgentief. Der Biorhythmus von Hormonen und Stoffwechsel ebenso wie von Schlafen und Wachen ist gestört, der Appetit geht verloren, der Körper bleibt den ganzen Tag hindurch antriebs- und kraftlos. Bleierne Schwere, Erschöpfung, Beengung und Panzergefühl lassen zugleich den eigenen Körper im Erleben des Depressiven übermäßig hervortreten (Fuchs 2005).

Gestört ist in der Depression auch die Regeneration im Schlaf. Depressive wachen früh morgens nach einem zerhackten, oberflächlichen Schlaf auf; die Traumphasen sind reduziert, die Traumerinnerungen überwiegend negativ, d.h. die psychohygienische Wirkung des Schlafs geht verloren. Zahlreiche rhythmische Funktionen des Organismus sind also desynchronisiert. Hingegen führt der therapeutische Schlafentzug offenbar zu einer vorübergehenden Resynchronisierung, mit unmittelbar positiver Auswirkung auf die Stimmung am nächsten Morgen.

Psychosoziale Desynchronisierung

Betrachten wir nun die Desynchronisierung in Bezug auf die soziale Zeit. Sie äußert sich zunächst im Rückzug von sozialen Verpflichtungen: Depressive Patienten meiden die Umgebung mit ihren sozialen Zeitgebern. Sie stehen nicht mehr rechtzeitig auf, ihre Arbeiten werden von Anderen übernommen, wichtige familiäre Entscheidungen ohne sie getroffen. Vergebliche Versuche des Nachholens und Ausgleichens verstärken das Gefühl des Zurückbleibens.

Dazu kommt der Verlust der Resonanz mit Anderen, der Schwingungsfähigkeit im unmittelbaren Kontakt. Während Gespräche gewöhnlich von wechselseitiger Mimik und Gestik begleitet sind, erstarrt und versteinert der Ausdruck des Depressiven, und die Gefühlsabstimmung mit den Anderen misslingt. Der

Depressive ist nicht mehr in der Lage, an den Menschen und Dingen emotional teilzunehmen, von ihnen angesprochen oder berührt zu werden. Besonders schmerzhaft erlebt der Kranke seine Erstarrung im Kontrast zur Lebensdynamik der Umwelt: Feste, Sonnenschein, das Wachstum der Natur im Frühling oder auch die Leistungskraft der anderen wirken bedrückend, denn sie führen ihm nur seine eigene stockende Lebensbewegung vor Augen.

53

Die Depression ist selbst der sichtbare Ausdruck dieser Stockung. Die Antriebshemmung, die Verlangsamung und Erstarrung signalisieren der Umgebung, dass der Betroffene nicht mehr belastbar und damit von den gemeinsamen Zeitabläufen desynchronisiert ist. Aber auch der Kranke selbst erlebt mit zunehmender Verstimmung das Stocken der Zeit. „Meine innere Uhr scheint stillzustehen, während die Uhren der anderen weiterlaufen. In allem, was ich tue, komme ich nicht voran, ich bin wie gelähmt. Ich bleibe hinter meinen Pflichten zurück. Ich stehle Zeit“, so ein Patient. Ein eindrucksvolles Zeugnis dieser Störung depressiven Zeiterlebens gibt eine Patientin des Psychiaters von Gebstättel: „Ich habe den ganzen Tag ein Gefühl, das mit Angst durchsetzt ist und sich auf die Zeit bezieht. Ich muss unaufhörlich denken, dass die Zeit vergeht. Wenn ich jetzt mit Ihnen spreche, denke ich bei jedem Wort: Vorbei, vorbei, vorbei. Dieser Zustand ist unerträglich und erzeugt ein Gefühl von Gehetztheit ... Ebenso wenn ich die Uhr ticken höre – Immer wieder: vorbei, vorbei“ (von Gebstättel 1954).

Das Grundempfinden dieser Patientin ist die Vergänglichkeit: Während ihre Eigenzeit ins Stocken kommt und zurückbleibt, registriert sie zwanghaft jeden Augenblick der äußeren, der Uhr- oder Weltzeit, die vergeht, ohne dass die Kranke noch aktiv in sie eingreifen könnte. Solche Störungen der Zeiterfahrung lassen sich auch experimentell belegen: Depressive erleben generell eine Zeitdehnung, d.h. sie schätzen vorgegebene Zeitintervalle länger ein als es der tatsächlich gemessenen Zeit entspricht (Mundt et al. 1998). Man könnte auch sagen, ihre Eigenzeit verlangsamt sich und bleibt zurück, während die äußere Zeit über sie hinweg läuft.

Mit der Stockung der inneren Zeit ist dem Depressiven auch die Zukunft

54 versperrt, d.h. er kann das Gewordene nicht mehr überschreiten und hinter sich lassen. Statt neue Möglichkeiten in der Zukunft zu suchen, hält er vielmehr am Irrealis, der Möglichkeitsform der Vergangenheit fest: „Hätte ich doch dieses oder jenes nicht getan, hätte ich mich anders verhalten“, wie die häufigen Klagen lauten. *Doch ohne Zukunft liegt die Vergangenheit ein für allemal fest*; sie lässt sich nicht mehr durch zukünftiges Leben verwandeln, ausgleichen und aufheben. Nun wird alle Schuld, alles Versäumnis mit einem Mal aktualisiert. Es verhält sich ähnlich wie beim Tod eines nahen Menschen, der in uns vielleicht unvermutet Schuldgefühle auslöst, für die zunächst kein greifbarer Anlass vorzuliegen scheint. Solange er lebte, rechneten wir nämlich unbewusst immer mit der Möglichkeit, das ihm gegenüber vielleicht Versäumte noch nachholen zu können. Dieser Spielraum aber ist durch seinen Tod unwiderruflich verloren gegangen. Die gemeinsame Zeit mit ihm ist gänzlich zu Vergangenheit geronnen, unkorrigierbar durch gemeinsame Zukunft.

Der schwer depressive Mensch ist nun in genau dieser Lage, aber nicht nur einem, sondern allen anderen Menschen gegenüber. Er ist schon als Lebender zur Vergangenheit geworden; sein Leben ist in allen Einzelheiten endgültig fixiert. Nun drängen sich all die zahllosen Fehler und Versäumnisse ins Bewusstsein, die wir uns alle unvermeidlich zuschulden kommen lassen. "Man hat Sachen gesagt, die kann man nicht aus der Welt schaffen ... man kommt nicht mehr raus aus dem, was man gemacht hat," formulierte es ein Patient. Oder wie Kuiper (1991, S.162) schreibt: "Der tiefste Abgrund, in den ich stürze, ist der Gedanke, dass selbst Gott mir nicht helfen kann, denn Er kann nichts ungeschehen machen." Die Schuld ist irreparabel geworden.

Mit fortschreitender Hemmung kommt schließlich die Lebensbewegung ganz zum Erliegen. Der Depressive ist aus der gemeinsamen Zeit herausgefallen. Er lebt buchstäblich in einer anderen, einer zähflüssigen Zeit. Die Weltzeit, die Zeit der Anderen läuft an ihm vorüber wie ein fortwährender Zuruf: "Vorbei!" Diese vollständige Desynchronisierung manifestiert sich im depressiven Wahn von der unwiderruflichen Schuld oder der tödlichen Krankheit, in extremen Fällen im

nihilistischen Wahn, in dem die Patienten sich wie Untote in einer fremden, leeren Welt erleben. Eine meiner Patientinnen war der Überzeugung, ihre Angehörigen seien alle gestorben. Sie sei nun ganz allein auf der Welt und müsse ewig weiterleben. Ähnlich hat es Kuiper in seiner beklemmenden Selbstschilderung beschrieben:

55

"Jemand, der meiner Frau glich, ging neben mir, und meine Freunde besuchten mich ... Doch was wie das normale Leben aussah, das war es nicht. Ich befand mich auf der anderen Seite. Und nun wurde es mir klar: Ich war gestorben, aber Gott hatte dieses Geschehen meinem Bewusstsein entzogen ... Eine härtere Strafe kann man sich kaum vorstellen. Ohne zu wissen, dass man gestorben ist, befindet man sich in einer Hölle, die bis in alle Einzelheiten der Welt gleicht, in der man gelebt hat, und so lässt Gott einen sehen und fühlen, dass man nichts aus seinem Leben gemacht hat" (Kuiper 1991, S.136).

Die vollständige Entkoppelung von der gemeinsamen Zeit ist offenbar nur mit dem Ausdruck des Lebendig-Gestorbenseins beschreibbar.

3) Manie als Desynchronisierung

Betrachten wir nun kurz das polare Gegenbild zur Depression, die Manie. An die Stelle der depressiven Schwere, Hemmung, Verlangsamung treten dabei Leichtigkeit, Enthemmung und Beschleunigung. Bleibt der Depressive in der Zeit zurück, so eilt der Manische voraus. Wo der Depressive die vergebenen Möglichkeiten der Vergangenheit beklagt, verliert sich der manische Mensch in den vermeintlich unbegrenzten Möglichkeiten, die vor ihm liegen. Er kann die Zukunft nicht mehr erwarten, sondern muss sie in Angriff nehmen und erobern (Fuchs 2002).

Die Desynchronisierung betrifft schon den unmittelbaren sozialen Kontakt. Maniker reden zuviel, zu laut, zu rasch; in der *Ideenflucht* geraten sie buchstäb-

56 lich vom Hundersten ins Tausendste, man kann ihnen kaum folgen. Sie maßen sich die Hauptrolle an und drängen andere in untergeordnete Nebenrollen. Euphorie und gesteigertes Selbstgefühl führen zu maßloser Selbstüberschätzung, zu exzessiven Geldausgaben bis hin zum regelrechten Konsumrausch. Andere Maniker wechseln plötzlich den Beruf, eröffnen ein Unternehmen, und wännen sich schon am Ziel einer großartigen Karriere, die sie noch gar nicht begonnen haben. Das Flüchtige und Spielerische der manischen Daseinsweise lässt die Patienten nichts nachhaltig verfolgen und zu Ende führen. Es bleibt nur ein wirbelndes Sich-auf-der-Stelle-Drehen ohne wirkliche Effektivität. In der Manie beschleunigt sich also die Lebensbewegung und überholt die soziale oder Welt-Zeit, so dass der Maniker nur noch im flüchtigen Vorbeigehen mit der Welt und den Anderen in Kontakt kommt. Auch hier lässt sich die Störung des Zeiterlebens experimentell bestätigen: In Zeitschätzungsstudien erleben hypomane oder manische Patienten eine Zeitverkürzung (Bschor et al. 2004).

Dabei missachtet der Maniker die natürlichen Rhythmen, die seiner Beschleunigung entgegenstehen: Er verdrängt die zyklische Zeit des eigenen Leibes und der äußeren Natur, die biologischen Tagesrhythmen zugunsten der gleichförmigen, ja der linear beschleunigten Zeit. Auch hier spielen wahrscheinlich physiologische Desynchronisierungen der circadianen Tagesperiodik eine maßgebliche Rolle (Wehr und Goodwin 1983). Infolgedessen vernachlässigen die Patienten die Bedürfnisse ihres Körpers, sie gönnen ihm keinen Schlaf und ignorieren die Anzeichen beginnender Erschöpfung. Maniker leben somit über ihre Verhältnisse und erschöpfen ihre Ressourcen, nicht nur die biologischen, sondern auch die sozialen. Der Umschlag von der Manie in die Depression ist daher bei vielen Patienten die Regel. Die einmal eingetretene Desynchronisierung führt dann nicht mehr zurück zur Synchronizität, sondern schlägt in ihr Gegenteil um, in die depressive Retardierung und Zeitentkoppelung.

B. Depression und Manie als Zeitdiagnosen

57

Wir haben die affektiven Störungen unter dem Gesichtspunkt der biologischen und vor allem sozialen Desynchronisierung, des Herausfallens aus der gemeinsamen Zeit betrachtet. Dieser Aspekt legt es nahe, den soziologischen Hintergrund dieser Störungen miteinzubeziehen. Hat die Zunahme depressiver Erkrankungen in den modernen Industriegesellschaften mit der zunehmenden Beschleunigung und Revolutionierung aller Lebensbereiche zu tun? Könnte es sein, dass der Depressive mit seiner Krankheit auch ein Opfer eines kollektiven Geschwindigkeitsrausches ist und damit die Grenzen der Beschleunigungsfähigkeit des Menschen anzeigt?

Um diese Entwicklung historisch nachvollziehen zu können, müssen wir gut 100 Jahre zurückgehen. Um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert nämlich kam es zu einem spürbaren Bruch in den bislang noch weitgehend synchronisierten Zeitordnungen, nämlich zu einem Bruch zwischen der Zeit der primären Lebensprozesse und der technologisch beschleunigten Verkehrszeit. Diese „zerbrochene Zeit setzt eine Abkoppelung der Gegenwart von der Vergangenheit in Gang, die von einer manischen Dynamisierung des Fortschritts und einer nostalgischen Rückwärtsgewandtheit begleitet wird“ (Heidbrink 1997, S. 13). Das psychische Leiden unter der Beschleunigung wurde bereits damals zu einem vielfach behandelten Thema der ärztlichen und kulturkritischen Diskurse. Besondere Beachtung fand die Zivilisationskrankheit der Nervosität, die „Neurasthenie“, von der der amerikanische Nervenarzt George Miller Beard 1869 zum ersten Mal sprach (Beard 1869).

Auch Künstler und Intellektuelle nahmen diese Veränderung der gesellschaftlichen Zeitökonomie frühzeitig wahr. Alfred Kubin schuf 1901 die Lithographie „Der Mensch“, in der die rasende Beschleunigung des beginnenden Jahrhunderts eindrucksvoll vorweggenommen ist (Abb. 2). 1909 erschien das „Futuristische Manifest“ des italienischen Schriftstellers und späteren Faschisten Filippo Marinetti. Es ist die manische Feier einer entfesselten Geschwindigkeit, in der die

58



Abb. 2. Alfred Kubin: Der Mensch (1902)

Technik ästhetisiert, ein Rennautomobil mit der Siegesgöttin Nike verglichen, und die Vergangenheit kurzerhand zum Feind erklärt wird. So ruft Marinetti schließlich dazu auf, Venedig, die wohl melancholischste aller Städte, durch Überflutung zu zerstören, um so ihrem Vergangenheits-sog, dem verhassten *passatismo* zu entkommen (Marinetti 1909/1986).

Zur gleichen Zeit wird aber auch die Melancholie, die Gebrochenheit des modernen Subjekts zum verbreiteten Thema der Kunst und Literatur, etwa in vielen Werken von Edvard Munch (Abb. 3). Zwischen 1913 und 1927 erscheint Marcel Prousts Roman „Auf der Suche nach der verlorenen Zeit“, der schwermütige Versuch der Wiedervergegenwärtigung einer Zeit, die doch nur noch in fernen Bildern der Erinnerung und in verborgenen leiblichen Erfahrungen fortbesteht.



Abb. 3. Edvard Munch: Melancholie (1892)

Wir treffen also zu Beginn des letzten Jahrhunderts auf eine gleichsam bipolare Befindlichkeit der Gesellschaft, die ihren wohl beklemmendsten Ausdruck in der anfänglichen Euphorie und der späteren nihilistischen Depression des 1. Weltkriegs fand. Dieses Schwanken zwischen enthemmter Euphorie und Siegestaumel einerseits, und abgründiger Verzweiflung und Todessehnsucht andererseits bestimmte das Jahrhundert. Abb. 4 zeigt ein besonders beklemmendes Bild des bekanntesten futuristischen Malers Tullio Crali, „Sturzflug auf die Stadt“ (1939),

59



das durchaus als Verherrlichung des Flugs gemeint ist und vielleicht nicht zufällig an den 11. September 2001 erinnert. Denn auch in der Gegenwart finden wir sowohl Züge der manischen Entfesselung als auch der depressiven Stockung der Zeit.

Abb. 4. Tullio Crali: Sturzflug auf die Stadt (1939)

Bereits in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde eine Zunahme depressiver Erkrankungen in europäischen Ländern mit einem Industrialisierungsschub nachgewiesen (Hagnell et al. 1982, Klerman et al. 1985, Strömgen et al. 1989). In den letzten Jahrzehnten lässt sich nun in den hochindustrialisierten Gesellschaften ein starker, teilweise ein dramatischer Anstieg der depressiven Erkrankungen beobachten. Nach Studien in den USA stieg die Häufigkeit zwischen 1945 und 1990 um das Zehnfache, auch wenn dabei veränderte Diagnose-Gewohnheiten sicher eine Rolle spielten (Weissman und Klerman 1978, Cross National Collaborative Group 1992). In Deutschland ergab eine Studie der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) allein zwischen 1997 bis 2004 eine

- 60 Zunahme psychischer Erkrankungen um 70 Prozent, darunter überwiegend depressive und Angststörungen.¹ Besonders betroffen waren interessanterweise die 15- bis 34-Jährigen mit nahezu einer Verdoppelung der Fallzahlen.

Der französische Soziologe Alain Ehrenberg spricht in seiner Analyse der Depression vom „erschöpften Selbst“, das von der Dynamik der modernen Gesellschaft überfordert sei: „...die Welt hat neue Regeln. Es geht nicht mehr um Gehorsam, Disziplin und Konformität mit der Moral, sondern um Flexibilität, Veränderung, schnelle Reaktion und dergleichen. Selbstbeherrschung, psychische und affektive Flexibilität, Handlungsfähigkeit: Jeder muss sich beständig an eine Welt anpassen, die ... ihre Beständigkeit verliert, an eine instabile, provisorische Welt mit hin und her verlaufenden Strömungen und Bahnen. ... (Diese Veränderungen) vermitteln den Eindruck, dass jeder, auch der Einfachste und Zerbrechlichste, die Aufgabe, alles zu wählen und alles zu entscheiden, auf sich nehmen muss“ (Ehrenberg 2004, S. 222). Dazu kommen die zunehmende Arbeitsverdichtung, die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren. An die Stelle der Konstanz klassischer bürgerlicher Existenzen tritt der von Richard Sennett (1998) beschriebene „flexible Charakter“, der sich unentwegt den wechselnden Anforderungen des Marktes anzupassen hat.

Die Depression bedeutet die Kapitulation vor diesen Erwartungen; sie wird zur Epidemie der Erschöpften, die sich ihr Zurückbleiben als mangelnde Flexibilität und Belastbarkeit, als individuelle Schuld zuschreiben. Ihnen steht auf der anderen Seite eine Schicht von Leistungsträgern gegenüber, die die manische Beschleunigung in allen Lebensbereichen vorantreiben. Paul Virilio hat schon vor 3 Jahrzehnten die Entfesselung der Geschwindigkeit in den westlichen Gesellschaften als „Dromokratie“, die „Herrschaft des Wettlaufs“ beschrieben (Virilio 1978, 1980). Diese Gesellschaften kennen keinen Stillstand, kein Verweilen, keine Handlungshemmung; unentwegte Aktivität, technischer Fortschritt und wirtschaftliches Wachstum sind die obersten Gebote.

Die Zeitabläufe, die früher noch dem menschlichen Leib und den Lebensprozessen angemessen waren, haben sich längst verselbständigt. Die Geschwindigkeit des Lebendigen wird abgelöst von der Geschwindigkeit des Unbelebten, nämlich der Daten, Bilder und Finanzströme, die sich beliebig beschleunigen lassen. Die explosionsartige Beschleunigung des Verkehrs lässt zwar auch für den Menschen die Entfernungen schrumpfen, aber um den Preis, dass nun das Nahe nicht mehr wahrgenommen wird. Die Beschleunigung in der Zeit führt zu einem Verschwinden des Raumes, in dem man verweilen, sein kann. Es entsteht eine unruhige Aufenthaltslosigkeit, eine "zielstrebige Ziellosigkeit". Die erstrebten Ziele verlieren schon bei der Annäherung ihren Reiz, so als ahnte man die wiederum ausbleibende Erfüllung schon voraus.

61

Hier treffen wir auf eine eigentümliche Dialektik: In Gesellschaften, die von einer Beschleunigung von Konsumtion, technischer Kommunikation und Mobilität geprägt sind, nehmen die Erfahrungen von Sinnerfüllung und Nähe offensichtlich eher ab. Eine Gesellschaft, die eine immer größere Vielzahl von Wünschen weckt und suggeriert, sie alle erfüllen zu können, führt zu immer mehr Frustration. Ihre suchtartige Grundstruktur entwertet die Erfahrungen und beraubt sie ihres Sinns. Daher wird ein Typus der Zeiterfahrung bedeutsam, den ich zu Beginn schon als Ausdruck einer Beschleunigung der Eigenzeit erwähnt habe, nämlich die Langeweile. Langeweile gibt es nicht nur in der gehemmten, untätig-wartenden Form, sondern auch als die unterschwellige Langeweile der leeren Betriebsamkeit, der Hyperaktivität, in der das Subjekt im Grunde seiner eigenen Tätigkeiten und Genüsse entfremdet ist. In dieser leeren Hyperaktivität liegt bereits ein Moment von Sinnverlust und Depressivität.

Doch diese latente Depressivität muss mit allen Mitteln abgewehrt werden. Rauschhafte Vergnügungssucht ebenso wie „Workaholismus“, ja überhaupt alle Formen von Sucht können aus dieser existenziellen Langeweile resultieren. In der Dromokratie, im allgegenwärtigen Wettlauf ist Dabeisein alles; die Individuen geben alles, um nicht depressionsbedingt aus dem Rennen zu scheiden. Denn wer einmal aus dem beschleunigten Getriebe herausfällt, wird so bald nicht

62 wieder eingegliedert; er gerät in die depressive Schattenseite der dromokratischen Gesellschaft. Daher ist die Depression eine ständige Gefahr, ja ein Feind, den es zu bekämpfen gilt. Ehrenberg zeichnet ein düsteres Zukunftsszenario: „Wir werden mehr und mehr mit Psychopharmaka leben, die die Stimmung verbessern, die Selbstbeherrschung erhöhen und vielleicht auch die Schrecken der Existenz abmildern“ (Ehrenberg 2004, S. 5). Die Fortschritte der Neurobiologie, der biologischen Psychiatrie und der pharmazeutischen Industrie befördern ein Menschenbild, das es zunehmend nahe legen wird, uns mittels Bio- und Anthro-potechniken selbst zu steuern.

Freilich werden niemals alle im Rausch von Beschleunigung und Konsum mithalten können. Es ist abzusehen, dass die permanente technologische und ökonomische Revolutionierung unserer Lebenswelt immer häufiger zu Desynchronisierungen führen wird, da sie die Anpassungsfähigkeit der Individuen überfordert. Immer mehr Menschen erkranken seelisch und körperlich an ihrer Arbeit, soziale Bindungen zerfallen als Folge der Hypermobilität, während gleichzeitig millionenfach Arbeitskräfte dauerhaft brachliegen, weil sie von der ständig beschleunigten Maschinerie nicht mehr genutzt werden können. So entwickelt sich in den westlichen Gesellschaften zunehmend eine bipolare Kluft zwischen dem depressiven und dem manischen Pol, die sich auf unterschiedliche soziale Gruppen und Schichten verteilen. Wir erleben dies als Psychiater aus nächster Nähe, denn immer öfter kommen Menschen in unsere Klinik, die den beschleunigten Prozessen nicht mehr gewachsen sind und aus der gemeinsamen Zeit heraus in die Depression fallen. Ihr Leiden zeigt uns, daß die biologischen und psychischen Anpassungsleistungen des Menschen nicht beliebig zu steigern sind.

Schluss: Die anthropologische Proportion

Depression und Manie lassen sich sowohl in individueller, psychopathologischer Hinsicht als auch in gesellschaftlicher Perspektive als Zeitstörungen verstehen,

nämlich als Desynchronisierungen oder Entgleisungen der Zeitökonomie. Gerade ihre Bipolarität, also ihr innerer Zusammenhang und Umschlag ineinander kann uns lehren, welche Bedeutung dem Ausgleich polarer Gegensätze für die menschliche Existenz ebenso wie für menschliche Gesellschaften zukommt. Man kann diesen Ausgleich mit einem Begriff Ludwig Binswangers auch als „anthropologische Proportion“ bezeichnen.²

63

Der Begriff bezeichnet das jeweils angemessene Verhältnis polarer Prinzipien, die in der menschlichen Welt immer neu in Balance zu bringen sind: etwa Bewegung und Ruhe, Beschleunigung und Retardierung, Innovation und Tradition, Verausgabung und Erholung, Wunsch und Verzicht oder Autonomie und Bindung. Die angemessene Proportion zwischen solchen Polen kann in einem rhythmischen Ausgleich entstehen wie bei Wachen und Schlafen, Arbeit und Ruhe, usw. – Rhythmus besteht ja grundsätzlich in der Verknüpfung eines vorwärts treibenden und eines hemmenden, retardierenden Moments. Die Proportion kann aber auch darin liegen, in der Bewegung zum einen Pol hin den jeweils anderen präsent zu halten. Eine Wunscherfüllung kann durchaus Verzicht beinhalten, wenn sie im Bewusstsein der Beschränkung und des Ausschlusses anderer Möglichkeiten geschieht. Innovation enthält auch Tradition, wenn sie nicht bloß das Alte auswechselt, sondern das Neue aus dem Bestehenden heraus entwickelt.

Das Wesen der bipolaren Störungen besteht nun im Verlust dieses Maßes, der anthropologischen Proportion. Betrachten wir die Manie, so entkoppelt sich in ihr der expansive Pol von seinem hemmenden Gegenüber. Das retardierende Moment der Existenz wird nicht mehr wahrgenommen, sondern verdrängt oder überrollt. Dadurch entsteht der Schein, als ließen sich Wünsche immer weiter steigern, Prozesse unaufhörlich beschleunigen, Informationen unbegrenzt vervielfachen oder Machtsphären immer weiter ausdehnen. Diese lineare Fortschreibung der manischen Bewegung übersieht jedoch den dialektischen Umschlag, der nach dem Verlust der Proportion notwendig erfolgen muss. Die ständige Steigerung von Lust und Rausch mündet schließlich in Monotonie, Leere

64 und Erschöpfung – bis hin zur Depression, in der sich nun der hemmende Pol der Existenz seinerseits entkoppelt und verabsolutiert. Die manische Beschleunigung ist so gesehen nichts anderes als eine Flucht nach vorn – vor einem lauernden Schrecken, einer latenten Depressivität, vor Leid, Krankheit, Scheitern und Tod.

Blicken wir abschließend noch einmal auf die Gesellschaft, so scheint es an der Zeit, gegen die manische Beschleunigung Strategien der Retardierung und Entschleunigung zu entwickeln. In der krampfhaft optimistischen Kultur der universellen Kommunikation und Konsumtion könnte es sogar darum gehen, eine Haltung der Melancholie zu kultivieren, nämlich als eine Kultur der Langsamkeit, der Erinnerung, ja sogar der Trauer, die ja der Depression entgegengesetzt ist. Melancholie bedeutet nicht Depressivität, sondern vielmehr ein zwar schmerzliches, aber nicht pathologisches Lebensgefühl, das freilich in der Regel nicht in den Vorstandsetagen zu Hause ist; ein Lebensgefühl, das die Erinnerung an die Vergangenheit, an die Opfer der Geschichte wach hält; das der Natur als einer zu bewahrenden Gegenwelt eingedenk bleibt; und das die Bedächtigkeit gegenüber der Beschleunigung, die Skepsis gegenüber der Euphorie des Fortschritts festhält, ohne deshalb in Kulturpessimismus und Fortschrittsfeindlichkeit zu verfallen.

Unsere Gesellschaft kämpft einen unermüdlichen Kampf gegen die Depression, an dem unsere Disziplin, die Psychiatrie wesentlich mitbeteiligt ist. Bei all seinen berechtigten Aspekten sollten wir uns doch auch fragen, inwieweit wir uns damit nicht in den Dienst einer kollektiven Manie der Gesellschaft stellen. Ihr gegenüber ein Moment von Skepsis, ja von Melancholie zu bewahren, wäre nicht zuletzt ein Zeichen der Solidarität mit unseren Patienten, das uns als Psychiatern gut anstünde.

Literatur

- Beard, G. M. (1869) Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. Boston Medical and Surgical Journal 80: 217–221.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E. (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. Jahrb. für Kritische Medizin 39: 108–124.

- Berth, H., Förster, P., Brähler, E. (2004) Psychosomatische Beschwerden, psychischer Distress und Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie* 54: AB 10.
- Bschor, T., Ising, M., Bauer, M., et al. (2004) Time experience and time judgment in major depression, mania and healthy subjects. A controlled study of 93 subjects. *Acta Psychiatr Scandinavia* 109:222–229.
- Cross-National Collaborative Group (1992) The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. *JAMA* 268: 3098–3105.
- Davis, M. (Ed.). (1982). *Interaction Rhythms. Periodicity in Communicative Behavior*. New York: Human Sciences Press.
- Ehrenberg, A. (2004) *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Campus, Frankfurt/M.
- Fuchs, T. (2001) Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology* 34: 179–186.
- Fuchs, T. (2002) Der manische Mensch. In: Ders., *Zeit-Diagnosen. Philosophisch-psychiatrische Essays*, S. 211–236. Die Graue Edition, Kusterdingen.
- Fuchs, T. (2005) Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, Psychology* 12: 95–107
- Fuchs, T. (2012) Temporality and psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* (in press).
- Gebsattel, E. Freiherr von (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer.
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B., Oejesjö, L. (1982) Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. The Lundby Study, Sweden. *Psychol Med* 12: 279–289
- Heidbrink, L. (1997) (Hrsg.) *Entzauberte Zeit. Der melancholische Geist der Moderne*. Hanser, München.
- Klerman GL, Lavori PW, Rice J, Reich T, Endicott J, Andreasen NC, Keller MB, Hirschfield RMA (1985) Birth-cohort trends in rates of major depressive disorder among relatives of patients with affective disorder. *Arch Gen Psychiat* 1985; 42: 689–695.
- Kuiper, P.C. (1991). *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. Frankfurt: Fischer.
- Ludwig Binswanger (1955) Vom anthropologischen Sinn der Verstiegtheit. In: *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze Bd. 2*. Francke, Bern.
- Marinetti, F. T. (1909/1986) *Le premier manifeste du futurisme*. Hrsg. J.-P. A. de Villers. Éd. de l'Université Ottawa.
- Mohr, G. (1997) *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt/M.: Lang.
- Mundt, C., Richter, P., van Hees, H., Stumpf, T. (1998). Zeiterleben und Zeitschätzung depressiver Patienten. *Nervenarzt* 69, 38–45.

- 66
- Scollon, R. (1981). The rhythmic integration of ordinary talk. Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics. D. Tannen. Washington, DC, Georgetown University Press: 335–349.
 - Sennett, R. (1998) Der flexible Charakter. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin Verlag, Berlin.
 - Stern, D. N. (1998). Die Lebenserfahrungen des Säuglings. 6. Aufl. Stuttgart: Klett.
 - Strömngren, E., Nielsen, J. A. Sartorius, N. (1989) Discussion. In: Sartorius N, Nielsen JA, Strömngren E (eds) Change in frequency of mental disorders over time: Results of repeated surveys of mental disorders in the general population. Acta psychiat scand 79 (suppl. 348): 167–178.
 - Tellenbach, H. (1983). Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. 4.Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
 - Virilio, P. (1978) Fahren, Fahren, Fahren ... Merve, Berlin.
 - Virilio, P. (1980) Geschwindigkeit und Politik. Merve, Berlin.
 - Wehr, T. A., Goodwin, F. K. (1983) Biological rhythms in manic-depressive illness. In: Wehr, T. A., Goodwin, F. K. (Hrsg.) Circadian Rhythms in Psychiatry, S. 129–184. Boxwood, Pacific Grove/CA.
 - Weissman, M. M., Klerman, G. L. (1978) Epidemiology of mental disorders. Emerging trends in the United States. Arch Gen Psychiatr 35: 705.

- 1 DAK-Gesundheitsreport 2005, http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2005.pdf
- 2 Vgl. Binswanger (1955), der dabei primär das Verhältnis von „Höhe“ (Streben nach Idealen und Zielen) und „Weite“ (Verankerung im Zwischenmenschlichen und Kreatürlichen) des menschlichen Daseins im Blick hatte. Hier wird der Begriff in einem weiteren Sinn verstanden.