

Einführung

1. Selbst-Bestimmung

»Selbst« hat Konjunktur – in substantivischer Form wie in diversen Zusammensetzungen als Selbstbestimmung, Selbstentwicklung, Selbstmarketing, Selbstverbesserung und in unterschiedlichen Zuschreibungen: das erschöpfte Selbst, das überforderte, das narzisstische Selbst und viele weitere. Dazwischen turnt munter und massenhaft, gleichsam die Ausgabe fürs Volk, das *Selfie* über Tische und Bänke – eine bloße Laune des Zeitgeists, eine ironische Multiplikation, gar eine Travestie seiner bedeutungsschweren Geschwister?

Offensichtlich ist: Das Unternehmen, uns selbst zu bestimmen, um ein Selbst zu sein oder zu werden, treibt uns an und um. Unter den Bedingungen hohen gesellschaftlichen und individuellen Drucks oszilliert das Selbst zwischen Exzitation und Burnout, überkommene Selbst-Gewissheiten werden brüchig und neue Selbstformationen hervorgetrieben. Reaktionsgeschwindigkeit und Vielfalt dieses Prozesses nehmen dramatisch zu; fast könnte man meinen, einem Laborexperiment beizuwohnen, in dem fortwährend neue Varianten durchgespielt werden.

Historisch ist der Begriff »Selbstbestimmung« bemerkenswert spät, erst bei Kant aufgetreten, nachdem bereits im 16. Jahrhundert Begriffsbildungen aus dem Pronomen »selbst« mit einem eingeführten Substantiv gebildet wurden, zum Beispiel »Selbststand«, »Selbständigkeit«. Im 18. Jahrhundert kamen Begriffe wie »Selbsterkenntnis« und »Selbstbildnis« hinzu. »Selbstbestimmung« findet sich in den seinerzeitigen philosophischen Wörterbüchern noch nicht (Gerhardt 1995, 335). Schiller war es, der den von Kant eher beiläufig gebrauchten Terminus emphatisch zum Programm erhob: »Bestimme Dich aus Dir selbst« (Brief an Gottfried Körner vom 18.2.1793). In der Folge zu einem Grundbegriff der praktischen und theoretischen Philosophie geworden, ist »Selbstbestimmung« heute aus dem Gehege der Philosophie ausgebrochen und zu einem Leitbegriff avanciert, der in alle Bereiche des Lebens ausstrahlt.

Affektiv hoch aufgeladen, vieldeutig, daher multipel anschlussfähig, ist die Maxime der Selbstbestimmung geeignet, gesellschaftlichen Debatten Schwungkraft und Partialinteressen Legitimation zu verleihen. Ebenso selbstbewusst wie selbstverständlich berufen sich Gruppen und Einzelne auf

dieses Losungswort. Das Selbst indessen, das sich da bestimmen soll, zeigt unter diesen Anforderungen Zeichen der Dekomposition: Immer häufiger ist es überfordert und erschöpft, dissoziiert in eine Multiplizität, ja scheint in seiner Substanz zu erodieren.

Nur so ist zu erklären, dass ein populärphilosophisches Buch mit dem verrästelten Titel *Wer bin ich – und wenn ja wie viele?* (Precht 2007) zum Bestseller werden konnte. Die Frage nach dem Ich liegt in der Luft und stellt sich bereits dem Alltagsbewusstsein – im Sinne von »krisenhaft«, aber auch als Experimentier-, ja Spielfeld. Denn wie sonst könnte dem Leser zugemutet werden, Geld auszugeben für ein Buch, das keck ankündigt, wenn denn überhaupt etwas über ihn gesagt werden könne, dann allenfalls im Plural des multiplen Selbst? Der Titel bringt – das dürfte den Erfolg des Buchs ausmachen – in seiner schillernden Ambiguität die prekäre und zugleich zukunfts-schwangere Verfassung des aktuellen Selbst auf den Punkt.

Was am Einzelfall und in der Gesellschaft zu beobachten ist, findet seine Entsprechung auf der konzeptionellen Ebene. Einstmals als eine integrative Instanz aus personaler Identität, Individualität, Einheit des Bewusstseins und Subjektivität gefasst (Schrader 1995, 292), verliert das Selbst in neueren Konzeptionen seine kompakte Form, es wird multidimensional, ohne Zentrum oder hierarchische Organisation. Manches spricht dafür, dass wir ungefragte Probanden eines Umbruchs sind und in einer Art Zeitraffer erleben, wie sich ein neues Verständnis des Selbst Bahn bricht. Die Forcierung des Selbstbestimmungsparadigmas könnte als Katalysator einer solchen Transformation wirken, wie umgekehrt auch die Diversifizierung des Selbst die Voraussetzung ist für die immer vielstimmiger werdenden Rufe nach Selbstbestimmtheit. In diesem sich selbst beschleunigenden Prozess wird die überkommene Bestimmung des Selbst *kritisch* und es zeigt sich: Die Frage der Selbstbestimmung, verstanden als Autonomie, springt auf eine andere Ebene und wird zur Frage nach der *Konstitution* des Selbst.

Das Selbst, das sich zur Autonomie bestimmt, ist eine *spezifische* Selbstformation. Auch Selbst- beziehungsweise Ich-*Aufhebung* sind Weisen menschlicher Selbstbestimmung, wie in Mystik und Buddhismus zu sehen. Daraus folgt, die Idee der Selbstbestimmung im Sinne der Autonomie ist für unsere Zeit und Kultur charakteristisch, sie geht, wie jede spezifische Formation, mit bestimmten Folgen und Nebenwirkungen für das sich derart bestimmt ha-

bende Selbst einher – sie ist jedoch keineswegs zwangsläufig, und sie ist nicht ohne Alternativen.

Der vorliegende Band geht den Interdependenzen zwischen Selbstbestimmung und Selbst nach. Klarerweise sind in dem weiten Feld nur Sondierungen möglich, die an signifikanten Stellen in einige Tiefe vorgetrieben werden. Das erste Kapitel unternimmt es, das autonome Selbst hinsichtlich seiner Genese und Struktur zu untersuchen und beispielhaft einige alternative Konzeptionen postmoderner und transkultureller Provenienz zu sichten. Das zweite Kapitel geht über zur Beschreibung und Analyse prototypischer Weisen der Selbstbestimmung in unserer Gesellschaft: vom Unternehmer seiner selbst spannt sich der Bogen über die wunscherfüllende Medizin und den Status des Selbst im sozialpsychiatrischen Feld bis zur Frage der Selbstbestimmung beim Suizid durch eigene Hand und unter fremder Assistenz. Das dritte Kapitel gilt dem Netz als dem neuen, zunehmend alle und alles umspannenden Medium, das vermutlich die Zukunft des Selbst bestimmen wird wie kein anderes Ereignis zuvor. Die Mensch-Maschine-Verschmelzungen des Cyberspace werden zu neuen Erfahrungen führen – und zu neuen Konzepten?

2. Selbstbestimmung – ein psychiatrischer Schlüsselbegriff

Der Band geht auf ein Symposium zurück, das anlässlich des 250-jährigen Jubiläums des *AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen* am 4. und 5. Juli 2014 stattfand. Unsere Absicht war, ein Thema zu wählen, das grundlegend für unser Fach »Psychiatrie und Psychotherapie« ist, und es so zu behandeln, dass die Zeit und ihre Wirkung dabei zur Anschauung kommen. Daraus ist die Idee entstanden, »Selbstbestimmung« als ein Projekt der Moderne zum Gegenstand zu nehmen. Die seinerzeit gehaltenen Vorträge wurden um drei zusätzliche Beiträge (E. Baumgartner, G. Brücher, K. Röttgers) erweitert.

»Selbstbestimmung« ist ein Schlüsselbegriff unseres Fachs: Rahmen und Legitimation jeder Therapie, gibt sie in ihrer praktischen Durchführung den Leitfaden für das Zusprechen und Zuspielden von Freiheitsgraden. Gleichwohl bleibt Selbstbestimmung immer auch eine Hypostasierung, die sich der Enttäuschung stellen muss. Wie das Fach »Psychiatrie und Psychotherapie«, therapeutische Institutionen und Therapeuten mit diesem Zentralwert um-

gehen, das kennzeichnet sie im Tiefsten; wobei »mehr davon« nicht zwingend »besser« bedeutet. Aber bei dieser Frage fangen die Auseinandersetzungen schon an und scheiden sich die Geister.

Wir sehen bei unseren Patienten das gesamte Spektrum der Selbst-Symptomatik von Burnout über Depersonalisation, Dissoziation, strukturelle Selbst- und Charakterstörungen bis zu den basalen Selbst-Grenzen-Störungen in der Psychose und dem Verfall des Selbst bei hirnrorganischen Abbauprozessen. Und wir erleben, wie der ärztlich-therapeutische Umgang im Fall des Verlusts der Selbstbestimmung zunehmend umkämpft ist. Dürfen, wenn alle anderen Mittel versagt haben, zur Abwendung einer drohenden Gefährdung Patienten auch gegen ihren Willen behandelt werden? Kann und darf durch Zwang Selbstbestimmung (wieder) ermöglicht werden? Oder ist ganz im Gegenteil, wie Betroffenen-Verbände fordern, gerade dann Selbstbestimmung *gegenüber* »der Psychiatrie« das vorrangige Gebot?

Schließlich werden von Sozialwissenschaftlern psychopathologische Termini (narzisstisch) zur Charakterisierung des modernen Selbst genutzt und angestammte diagnostische Kategorien (Depression) als Folge der Erschöpfung und Überforderung des modernen Selbst verstanden. Und was einmal fraglos als Pathologie galt, die multiple Persönlichkeit, wird im Namen der modernen Vervielfältigung des Selbst hinterfragt: Kann ein multiples Selbst nicht eine Spielart des Selbst sein, sogar eine Bereicherung darstellen?

Wie in einem Brennglas bündeln sich die Fragen und Probleme um das moderne Selbst in unserem Fach. Patienten, Betroffene, Angehörige, Psychiater und unterschiedliche gesellschaftliche Kräfte ringen um Einfluss und Deutungsmacht – und sind doch nur bewegte Bewegte: Noch die Berufung auf die »innerste« Überzeugung ist eher ein Echo dessen, was die Zeit uns nahelegt, so nahe, dass wir es für ein Eigenes und Selbstverständliches halten. Was aus unseren Absichten wird, wissen wir nicht; im Zweifelsfall anderes als gedacht. Und die Bedeutung unseres Tuns erweist sich erst im Rückblick: Die Zukunft zeigt (uns, meist erst unseren Nachfahren), was es bedeutet haben wird.

Uns bleibt, um wenigstens einigen Abstand zu der sogenannten Aktualität zu gewinnen, das Problemfeld in seinen vielschichtigen Zusammenhängen vor Augen zu stellen und so vielleicht einen Blick auf das Geschiebe zu erhaschen, in dem wir uns bewegen. Kein geeigneterer Anlass für ein solches Unternehmen als ein Jubiläum von 250 Jahren.

3. Übersicht über die Beiträge

»Illusionen von Autonomie« – mit diesem Titel schlägt *Käte Meyer-Drawe* den Ton an, der die Reflexion auf »Selbstbestimmung« in unserer spätmodernen Zeit unweigerlich färbt. Allerdings, und das zeigt der Beitrag, die Verhältnisse sind mehrfach verwickelt. »Illusion« bedeutet »Schein«, dieser kann jedoch auch Vorschein einer künftig möglichen Wirklichkeit sein und so neue Spielräume eröffnen. Zum falschen Schein wird Autonomie, wenn die Abhängigkeit des Menschen als leiblich-soziales Wesen von fremdgesetzten Bedingungen ausgeblendet wird. »Subjekt« bedeutet eben nicht nur, selbstbewusstes Handlungszentrum zu sein, sondern begriffsgeschichtlich und wörtlich auch: unterworfen sein (sub-iectum). Die Erwartung an den Einzelnen, autonomer Unternehmer seiner selbst und damit für seine Verhältnisse insgesamt und allein verantwortlich zu sein, erweist sich als gesellschaftliche Täuschung.

Aber haben wir überhaupt einen freien Willen, Voraussetzung jeder Selbstbestimmung? Seit die Neurowissenschaften beanspruchen, menschliches Verhalten auf der Grundlage von Gehirnprozessen zu erklären, wird das immer wieder bestritten. *Kristina Musholt* weist auf den Kurzschluss in dieser Argumentation hin. Keineswegs nämlich müssen Entscheidungen *entweder* vom Gehirn *oder* von der Person getroffen werden. Vielmehr handelt es sich hier um unterschiedliche Erklärungsebenen. Kausalerklärungen setzen wir auf der neurobiologischen Ebene ein, zur Erklärung menschlichen Verhaltens ziehen wir Gründe und Überzeugungen heran. Würde diese Ebene eliminiert, wir würden uns nicht nur ohne Not einer Verstehensebene berauben; Neurobiologie als Wissenschaft wäre eben so wenig begründbar wie die psychopathologischen Gegenstände ihrer Untersuchungen (Wahn, Halluzinationen et cetera) definierbar wären ohne Rekurs auf Normen und Standards.

Kurt Röttgers entwickelt aus einer postmodernen Perspektive einen Gegenentwurf zu der überkommenen (substantialistischen) Auffassung von Subjekt und Selbst. Das Zwischen der Sozialität – aufgefasst als »kommunikativer Text« – wird zum Ausgangspunkt, von wo aus fassbar werden soll, als was Selbst, Anderer und Seele fungieren. Die Konsequenzen dieser Perspektivenänderung sind erheblich, beschreiben jedoch, was wir sehen: Wenn Selbst, Anderer und Dritter nur noch als (wechselnde) Funktionspositionen im kommunikativen Text des Zwischen bestimmt werden können, wird

»Identität« zum Problem und Brüche werden zum Regelfall. Das Subjekt, nicht mehr Träger und Garant des Wissens, ist nur durch seinen Zugangsort zu einem Wissen bestimmt, das im Zwischen, heute vor allem im Internet, angesiedelt ist. Die Seele schließlich wird zum Grenzphänomen zwischen Innen- und Außenwelt.

Gertrud Brücher verfolgt die Semantik der Selbstbestimmung zurück bis zu den Wurzeln des dualistischen Subjektbegriffs, in dem sie die Überforderung eines Selbst strukturell angelegt sieht, das nur die Wahl hat zwischen den Positionen von Subjekt und Objekt. Die aktuellen Versuche, dem Selbst durch Therapie und soziale Kompetenzsteigerung aufzuhelfen, lösen das Dilemma nicht, unterliegen sie doch eben dieser Logik einer »gnadenlosen Sozialisation«. Die systemtheoretische (Wieder-)Entdeckung der trilogischen Verfassung des Selbst bietet eine Alternative: Die Intransparenz des Selbst ist kein aufzuhellender und der Kontrolle zu unterwerfender Rest an Verborgenheit, vielmehr notwendige Voraussetzung jeder Selbst- und Fremdbeobachtung. Zu begegnen wäre den irritierenden Entäußerungen dieser Intransparenz nicht durch forcierte Domestikation, stattdessen mit einer Kultur der Nachsicht.

»Selbstbestimmung« kann diametral anders verstanden und praktiziert werden als im Sinne eines autonom fungierenden Selbst. *Bernhard Uhde* führt in die christlichen und islamischen Traditionen der Mystik und in den Buddhismus ein und präsentiert Gegenbilder der uns geläufigen Selbstwerdung, die gleichwohl Akte der Selbstbestimmung darstellen: nämlich die Ich-/Selbstaufhebung beziehungsweise Ichlosigkeit. Bei vergleichbarer Stoßrichtung finden sich bedeutsame Unterschiede. In der christlichen Mystik (Eckhart) kehrt das Ich als Träger des göttlichen Wissens, seines eigenen Willens entledigt, in die Welt zurück; in der Mystik des Islam verliert es sich in Gott. Buddha lehrt, dass es nichts Bleibendes geben kann, weil alles in wechselseitiger Abhängigkeit miteinander verbunden ist. Daraus folgt, dass ein substanzielles kontinuierliches Ich nicht existiert, ebenso wenig ein Selbst.

Wie Selbstbestimmung als Leitidee im gesellschaftlichen Diskurs eingesetzt wird und funktioniert, beschreibt *Uwe Krähnke*. Wegen seiner Vieldeutigkeit vielfältig anschlussfähig, ist der Begriff auf Grund seiner emotionalen Aufladung und hohen Suggestivkraft geeignet, im symbolischen Kampf das jeweilige Anliegen durch »rhetorische Universalisierung« zu legitimieren und gegenüber Kritik zu immunisieren. »Selbstbestimmung« wird so zur Lo-

sung, um gesellschaftliche Debatten in Gang zu bringen und weltanschauliche Positionen begreifbar zu machen – in einem weiten Feld von Abtreibung über Sterbehilfe bis zu Tierethik. Wobei dieser Vorgriff – dass nämlich sinnvoller Weise jeweils von Selbstbestimmtheit gesprochen werden kann und Partialinteressen verallgemeinerungswürdig sind – im Rahmen gesellschaftlicher Deutungskämpfe seine eigene Faktizität schafft und so den gesellschaftlichen Wandel befördert.

Gestalten der Selbstbestimmung in der modernen Gesellschaft und Medizin zeigt und analysiert das zweite Kapitel.

Walter Reese-Schäfer sieht einen Umstellungsprozess im Gang, der den Menschen aus überkommenen organisatorischen und hierarchischen Gehäusen freisetzt und ihn zur Charakterfigur des marktabhängigen Selbstunternehmers umprägt. Jedoch, in dem Maß, in dem sämtliche Verantwortung für die Lebensrisiken allein dem Einzelnen aufgebürdet wird, schlägt das Emanzipationspotential von Selbstverantwortung um in Repression und wird gesellschaftlich fassbar als Überforderungssyndrom – jedenfalls bei Menschen, denen das Selbstunternehmertum nicht auf den Leib geschneidert ist. Was kann dieser Überlast an Verantwortung entgegengesetzt werden? Und: Ist sie eine Überforderung nur für das klassisch subjekttheoretisch fundierte Selbst, von der der postmoderne Mensch sich freihalten kann?

Der Funktion des Selbst in der Sozialpsychiatrie gehen *Thomas Becker* und *Juan Valdés-Stauber* nach. In seiner Konstitution und seinem Bestand angewiesen auf die anderen, steht das Selbst den anderen mit seinem Eigen-Sinn zugleich gegenüber. Die Patienten dabei zu unterstützen, für sie zuträgliche Lebensverhältnisse und ein Gleichgewicht in diesem Spannungsfeld zu finden, ist das zentrale Anliegen einer um das Soziale erweiterten Psychiatrie. Die Autoren blättern ein breites Spektrum auf zwischen epistemischen und anthropologischen Grundlagen und empirisch belegten Einflussfaktoren zu Krankheitsentstehung und -verlauf und skizzieren in fünf Thesen ein Konzept zur Position des Selbst in der Sozialpsychiatrie.

Jann E. Schlimme konkretisiert am Beispiel der Patientin Frau A., welcher Anstrengungen es bedarf, trotz einer langjährigen Psychoseerkrankung authentisch zu leben. Alltägliches (und für Gesunde Selbstverständliches) wird zur Herausforderung. Die Patientin muss jeweils abwägen, ob und mit welchen Vorkehrungen sie sich nach Draußen, unter Freundinnen, in die U-

Bahn wagt – ein langer und schwieriger Lernprozess, in dem Einstellungsänderungen mühsam errungen werden, dann aber zur Erweiterung des Handlungsraums beitragen. Und in dem es nicht zuletzt darum geht, für auffällige Verhaltensweisen, etwa laute Selbstgespräche, normalisierende Randbedingungen (Headset, das Telefonieren anzeigt) zu finden und zu erfinden. Für »Sozialprofis« fällt unter anderem der Rat ab, das Recht auf »Tarnung« zu respektieren, ja aktiv Möglichkeiten dafür zur Verfügung zu stellen.

Die Brisanz der Selbstbestimmungsfrage wird nirgends so deutlich wie beim Suizid – und in deren gesellschaftlichen Weiterungen in der Debatte um die Beihilfe zum Suizid. *Manfred Wolfersdorf* und *Michael Purucker* geben eine umfassende Darstellung der Konzepte und Daten zum Thema der Suizidalität und zeigen: Antworten auf die Frage nach der Selbstbestimmung des suizidalen Menschen bedürfen der subtilen Phänomenanalyse dessen, was jeweils unter »Suizidalität« verstanden wird, und der kritischen Hinterfragung des zu Grunde gelegten Begriffs der Willensfreiheit. Das gilt zumal für die aktuell kontrovers diskutierte »Sterbehilfe«. Hier könnten Entwicklungen in Gang gebracht werden (zum Beispiel ein gesellschaftlicher Druck zum Suizid in der letzten Lebensphase), von denen im Rückblick einst gesagt werden mag: Niemand habe das gewollt und gewusst.

»Wunscherfüllung« ist die weitere Facette einer Medizin, die unter die Herrschaft des Selbstbestimmungsparadigmas gerät. *Tobias Eichinger* beschreibt die Folgen. »Patienten« – ursprünglich und wörtlich »Leidende« im Sinne von Kranken – werden zu Bestellern. Sie haben die Wahl aus einer immer breiter werdenden Palette, die zurzeit von kosmetischen Optimierungen bis zum Neuroenhancement reicht – und sie dürfen die möglichst genaue Erfüllung ihrer Wünsche erwarten. Das hat Konsequenzen für die Verfassung und die Stellung der Medizin, die gerade keine Dienstleistung ist. Als Profession hat sie ihr Ethos darin, gegebenenfalls entgegenstehende medizinische Gründe zur Geltung zu bringen und ein hermeneutisches Verstehen vorzuschalten, in dem die Wünsche des Patienten auf ihre Motivierungen hin befragt werden.

Das dritte Kapitel geht der Frage nach, wie das Selbst sich im Netz bestimmt beziehungsweise wie es von dessen Modalitäten bestimmt wird. Wenn die eigentliche Welt des Menschen die symbolisch verfasste Welt der Kultur ist und diese im Medium von Ausdruck und Kommunikation besteht, ist dann nicht

zu erwarten, dass das Netz als das zunehmend alles überwölbende Medium Darstellung und Auffassung unseres Selbst fundamental (um-)prägt?

Christina Schachtner untersucht, wie sich Nutzer digitaler Medien als körperliche Wesen konstituieren – mit der These, dass das Internet zunehmend als „zentrales Gehäuse für die Entfaltung von Subjektivität« fungiert. Der Vergleich von Körperbildern aus der Ära lokaler PC-Nutzung mit solchen aus der Einbindung in Netzwerke zeigt: In der Ära der Einzel-PC-Nutzung erscheint die Maschine dominant und der Mensch fragmentiert und verkümmert; im Modus der Vernetzung tritt der inszenierte und strahlende Körper in den Vordergrund, die Maschine wird marginalisiert beziehungsweise wandert in die Körper ein. Die Differenz zwischen selbstgesteuerter und außengelenkter Aktivität, zwischen natürlich und künstlich, zwischen Mensch und Medium wird fragwürdig – fundamentale Unterscheidungen kommen ins Rutschen. Diese Verschiebungen sind vieldeutig, was aus ihnen werden mag, ist offen.

Kann die psychopathologische Perspektive Auskunft über das Schicksal des Selbst im Zeitalter des Cyberspace geben? – so die Fragestellung von *Bertie Wildt*. In den sozialen Netzwerken wird ein Raum eröffnet, der in nie da gewesenen Umfang einen grenzenlosen Austausch erlaubt, dazu einlädt, sich in vielfältigen Rollen zugleich zu zeigen und zu verbergen, andernorts kaum erfüllbare Wünsche zu befriedigen und als Spieler in alternative Welten einzutauchen, die sich „wie echt anfühlen«. Die Verführungskraft und das Risiko der Abhängigkeit liegen auf der Hand, aber auch die kreativen Potenzen für einen experimentellen Umgang mit dem eigenen Selbst. In jedem Fall, der Übergang der »Zivilisation in die Medialisation« wird die Zukunft des Selbst bestimmen.

Die Deformation und Entleerung des Sozialen durch die allgegenwärtige Selbstdarstellung und -vergewisserung im Netz beschreibt *Ekkehart Baumgartner* unter dem Titel des narzisstischen Selbst. Stichworte sind Selbstinszenierung und situativer Identitätsentwurf. Sinn hat, was die Resonanz der Follower und auf diese Weise Selbstwirksamkeit und Selbstempfinden hervorruft. Der Preis: Es geht weniger um Erfahrungen *mit* anderen Menschen als um das Selbsterleben in der Präsentation *gegenüber* anderen. In einer derart psychologisierten „selbsterfahrungssüchtigen Gesellschaft« droht soziale Objektivität in den diversen medialen Spiegelungen zu verschwinden. Das Ergebnis dieser Selbstausdehnung in den medialen Raum ist nicht Freiheit,

vielmehr könnte das Selbst sich faktisch als fremdgesteuerte Hülse der Programme erweisen, vermittels deren es narzisstisch expandiert.

4. Zur Geschichte unseres Klinikums

Der Jubiläumsanlass mag eine Übersicht über die Geschichte unseres Klinikums rechtfertigen (de Porre 1965, v. Basum et al. 2014). Im Jahr 1764 begann Friedrich Engelken in Rockwinkel mit der Behandlung psychisch Kranker. Der Lebensweg dieses beeindruckenden Mannes sei kurz geschildert. Mit etwa 14 Jahren trat der Sohn eines Kleinbauern aus dem Bremer Umland in die Dienste der »Vereinigten Oostindischen Companie«, einer weltumspannenden Handelsorganisation. Von Amsterdam aus fuhr er drei Jahre lang zur See – ein gefährliches Unterfangen, ein Drittel der Besatzungen kehrte nicht zurück –, zunächst, um das Soldatenhandwerk zu erlernen, dann als Arztgehilfe. Auf Java lernte er in den Fieberlagern das Opium kennen; eine prägende Erfahrung, die sein späteres Wirken bestimmen sollte.

Zurück in Bremen, absolvierte er eine dreijährige Lehre zum Wundarzt. Allerdings, als *chirurgus* durfte er Heilmittel nur äußerlich applizieren. Das hielt Friedrich Engelken nicht davon ab, sich auf dem Hof seines Vaters der Behandlung seelisch Kranker unter Einsatz von Opium zu widmen. Offensichtlich war er sehr erfolgreich, Unterlassungsverfügungen und Geldstrafen des Senats vermochten nichts, Engelken wusste sich zu wehren und letztlich reichte der Arm der Staatsgewalt nicht über die Stadttore Bremens hinaus bis nach Rockwinkel.

Die Kapazität des elterlichen Hofes, den man sich durchaus ärmlich vorstellen muss, war bald überschritten. Friedrich Engelken begann damit, seine auf dem Weg der Besserung befindlichen Patienten auf den umliegenden Höfen einzuquartieren, wo er sie ambulant (genauer: zu Pferd) weiter behandelte. Ob er die Familienpflege aus den Bedingungen der Situation heraus erfand oder ob ihm diese Versorgungsform aus dem belgischen Gheel bekannt war, wissen wir nicht; in jedem Fall praktizierte er sie als Erster in Deutschland. Sein Vorgehen sicherte den Bauern Zusatzeinnahmen, den Patienten Akzeptanz und eine Genesungszeit außerhalb der Anstalt – und wirkte fort bis ins Jahr 1904, als der Sprengel Rockwinkel der einzige war, der sich dem geplanten Neubau der Bremer Nervenheilanstalt nicht widersetzte. Aus diesem Grund liegt die stadtbremische Klinik für Psychiatrie

und Psychotherapie nur in zwei Kilometern Entfernung zu unserem Klinikum.

Opium wurde von alters her zu Heilzwecken eingesetzt, auch und gerade zur Behandlung von Geistesstörungen. Im 18. Jahrhundert stellte es ein Universalmittel dar, vergleichbar dem Aspirin in unseren Tagen. Seine wahllose Anwendung hatte zur »allgemeinen Abneigung« gegen das Mittel geführt (Schmitz 1925). Demgegenüber zeichneten sich Friedrich Engelken und seine Nachkommen dadurch aus, dass sie sich mit der Indikationsfrage auseinandersetzten und mit der kurmäßigen Anwendung des Opiums über mehrere Wochen in steigender Dosierung eine systematische Therapie praktizierten. Zunächst als Geheimrezept angewandt und innerhalb der Familie weitergegeben, trug der Enkel Hermann II. 1844 auf der Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Bremen seine Erfahrungen erstmals öffentlich vor. Sein Vetter Friedrich griff mit mehreren Publikationen in die kontrovers geführte Debatte ein, er empfahl deutlich geringere Opiumdosen als dieser und den Einsatz von Opiumtinktur als das gegenüber Opiumpulver besser wirksame Präparat (Schmitz 1925). Als *Heute-Engelkenske Methode* der Opiumbehandlung mit größeren Dosen ging das Verfahren in die Literatur ein (Langer & Heimann 1983). In dieser Namensgebung wurden die vergleichbaren Empfehlungen des holländischen Arztes Huete (die durchgängig zu findende Schreibweise »Heute« kam wohl durch eine Buchstabendrechung zu Stande, die sich in der Literatur fortpflanzte, siehe de Porre 1965) mit denjenigen Engelkens zusammengezogen. Weber sieht in der Opiumkur ein frühes Beispiel einer systematisch und rational vorgehenden Psychopharmakologie (Weber 1987).

Die Opiumbehandlung war eingebettet in die besondere Atmosphäre der – kostenpflichtigen – »Privatanstalt«. In Rockwinkel, dem bis heute weitergeführten Standort, wurden in der Ära der Engelkens zunächst drei bis fünf, in späteren Jahren 20 bis 30 Patienten aufgenommen. »Ruhige männliche Irren« bewohnten ebenso wie ihre weiblichen Pendants jeweils ein Gebäude, im dritten waren »lärmende Irren« untergebracht. In jedem der Häuser befand sich ein beheizbares Wohnzimmer, alle Patienten verfügten über ein eigenes Schlafzimmer. Im vierten Gebäude wohnte die Familie Engelken zusammen mit den Rekonvaleszenten. Diesen stand nicht nur ein eigenes Schlaf- und Wohnzimmer zur Verfügung, »zur Annehmlichkeit ihres Lebens ... (trugen, K.B.) eine angemessene Bibliothek, musikalische Instrumente,

Kegelschieben und erheiternde Spaziergänge ...« bei (Hermann I. Engelken 1824). Der Anstaltsleiter behandelte jeden seiner Patienten persönlich. Der Tag war durch diverse Aktivitäten – unterschiedlich für Frauen und Männer und abhängig von deren Stand – gegliedert; während »Irre aus niederen Ständen« allein durch die Arbeit geheilt würden, sträubten sich Angehörige der höheren Stände »nicht selten hartnäckig dagegen«, zudem fehle es ihnen gewöhnlich an dem dazu notwendigen Geschick (ebd.). Der Einsatz gängiger brachialer Therapien (Drehstuhl u.Ä.) wurde von den Engelkens scharf kritisiert, Zwangsmittel durften »nur auf Befehl und in Gegenwart des Arztes« angewandt werden. Als »Zwangsapparate besitzt die Anstalt Zwangscamisöler, Zwangsstühle, gepolsterte Hand- und Fußbänder«. Engelken dekretierte: »Den Irrenwärtern und Wärterinnen wird hiermit bei Verlust ihres Dienstes ... anbefohlen: jeden Kranken mit der größten Sanftmuth zu behandeln, keinen zu stoßen, zu schlagen oder überhaupt zu mißhandeln« (ebd.). In seinem Rechenschaftsbericht über das Jahr 1887 schreibt Hermann III.: »auf den Abteilungen für unruhige Kranke sind die Vergitterungen der Fenster ganz beseitigt und überall durch 25 mm starke polirte Spiegelglasscheiben ersetzt worden« (Engelken 1888). Ein maximaler Kontrast zu den Verhältnissen in den seinerzeit in Deutschland üblichen Groß- und Verwahranstalten.

Die Klinik in Rockwinkel blieb bis 1910 in Familienhand, weitergeführt von dem ältesten Sohn Hermann I. und dessen Nachkommen Hermann II. und III. Der zweitälteste Sohn Friedrich Engelkens, ebenfalls Friedrich (II.) geheißen, gründete im nahegelegenen Gut Hodenberg eine eigene Klinik, die von dessen Nachkommen – allesamt Friedriche (III. - IV.) – betrieben wurde. Die Familie stand bei der Bevölkerung in hohem Ansehen, einige Engelkens hatten zusätzlich öffentliche Ämter inne. Dr. Schmitz, der von 1919-1934 in der Rockwinkeler Klinik als Oberarzt tätig war, schreibt: »Noch heute kommt dann und wann ein Bäuerlein, unkundig der veränderten Verhältnisse, um für sich oder einen seiner Angehörigen jenes so »berühmte« und »geheimnisvolle« Engelkensche Pülverchen zu holen« (Schmitz 1921).

1910 wurde die »Privatklinik Rockwinkel« an Dr. Walter Benning verkauft; er benannte sie in »Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke« um und leitete sie bis zum Jahr 1954. Die veralteten Gebäude, noch ohne elektrisches Licht, wurden modernisiert, Um- und Neubauten erhöhten die Kapazität auf 80 Betten. Über die Behandlungsmethoden bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 10 Wochen schreibt Benning: Außer der im

Vordergrund stehenden Psychotherapie von einer halben Stunde täglich »findet die Wasser- und elektrophysikalische Behandlung, für die das neu errichtete Kurmittelhaus mit seinen vielen Räumen sich ausgezeichnet bewährte, Anwendung, daneben Diät- und Fieberkuren (Malaria, Pyrufer, Sulfofin), Massage, Gymnastik, Beschäftigung und natürlich auch alle erprobten medikamentösen Mittel ... Soweit es der Krankheitszustand erlaubt, besteht zwischen Kranken, Ärzten und Angestellten ein kameradschaftliches Verhältnis; gemeinsame Mahlzeiten, Spiel, Sport, Ausflüge usw. bilden dazu den natürlichen Boden« (Benning 1935).

Die Aufklärung der Geschehnisse im Nationalsozialismus ging einen verschlungenen Weg. Sämtliche Krankengeschichten der Ära von W. Benning galten als verschollen, alle Nachforschungen seien vergeblich gewesen. 2014, der Umbau des »Doktorhauses« stand an, fielen sie dem unvoreingenommenen Blick der Verwaltungschefin ins Auge: In zwei Regalen auf dem Dachboden, keineswegs versteckt, lagerten sie in blauen Aktendeckeln, zu Bündeln verschnürt. Offenbar hatte die Angst vor schlimmen Entdeckungen die Sucher blind gemacht. Nach bisherigem Untersuchungsstand wurden über 120 Patienten und Patientinnen beim Erbgesundheitsamt angezeigt, die meisten wurden zwangssterilisiert. Die beiden Patientinnen, die laut einer »Melde- und Deportationsliste« des Innenministeriums von 1940 in die »Landes-Heil- und Pflegeanstalt Wunstorf« (und von dort weiter in eine Tötungsanstalt) verlegt werden sollten, sind dort nie angekommen. In einem Schreiben an die dortige Direktion hat W. Benning – offenbar fingiert – mitgeteilt, »die in meiner Klinik befindliche Jüdin ist lt. amtsärztlicher Untersuchung nicht zu überführen«. Wie die zweite Patientin dem Transport entging, ist (bislang) nicht bekannt (Engelbracht, in: v. Basum et al. 2014).

1954 zog Walter Benning sich aus der Klinikleitung zurück. Sein ältester Sohn Geert, ebenfalls Nervenarzt, promoviert mit der Arbeit »Das Opium in der deutschen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts« (Benning 1936) und als Nachfolger vorgesehen, war in russischer Kriegsgefangenschaft umgekommen. Tatkraft und eine beträchtliche Portion Optimismus waren gefordert, um sich der Aufgabe zu stellen, die Klinik wieder »hellwach ins Leben zu rufen« (Marianne Heines, pers. Mitteilung). Dr. med. Karl-Dieter Heines, ein Schüler Scheids und der Logotherapie verpflichtet, übernahm das Direktorenamt, 1961 ging die Klinik in seinen Besitz über. Es galt, einen Neuanfang zu machen. Frankls Logotherapie war dazu zweifach geeignet: Von einem

KZ-Überlebenden entwickelt, setzte der von Frankl hypostasierte *Wille zum Sinn* in den Stand, Sinnhaftigkeit in den schwierigen Verhältnissen des Neubeginns wie in prekären Lebenssituationen von Patienten und Patientinnen zu suchen. Wieder standen konzeptuelle und bauliche Neuerungen an. Die erste »Neurosen-Station« im Norddeutschen Raum entstand, seinerzeit eine der wenigen Möglichkeiten, überhaupt an eine Psychotherapie zu kommen. Zeitweise wurden neurologische Erkrankungen behandelt, einen breiten Raum nahmen Entgiftungen inklusive der Entwöhnung vor allem von Alkohol ein. In einem umfangreichen Bauprogramm wurden zwischen 1965 und 1973 zwei großzügige Bettenhäuser und ein »Bewegungszentrum« mit Schwimmbad und Sporthalle errichtet, die Klinik beherbergte bis zu 234 Patienten.

1998 wurde Unterzeichneter in der Nachfolge von K.-D. Heines als Ärztlicher Direktor berufen. Unter der Leitidee, Psychotherapie zum integralen Bestandteil der Behandlung zu machen, haben wir Zug um Zug fünf Stationen mit störungsspezifischer Psychotherapie aufgebaut mit Behandlungsangeboten bei Depressionen inklusive chronischer Depression, Angststörungen, psychotischen Syndromen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. 2002 wurde die Versorgungsverpflichtung für die Akutbehandlung, die Entgiftung und die Motivationsbehandlung illegal Drogenabhängiger in Bremen übernommen – eine wichtige Erweiterung des Behandlungsauftrags. Im gleichen Jahr konnten wir eine Institutsambulanz eröffnen, in der Folge ein Medizinisches Versorgungszentrum und eine Tagesklinik.

In jetzt 250 Jahren haben sieben Ärztliche Direktoren die Klinik geführt, mit Ausnahme meiner Person sämtlich zugleich deren Eigner. Das erklärt die hohe Kontinuität – und auch Einiges von dem persönlichen Stil, der unser Klinikum bis heute prägt. Seit 2003 zur AMEOS Gruppe gehörend, ist das *AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen* damit die älteste psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik Deutschlands in ununterbrochen privater Trägerschaft.

5. Dank

Eine Klinik lebt wesentlich aus ihrer Atmosphäre, zumal wenn ihre Aufgabe darin besteht, Menschen in seelischen Krisen und mit psychischen Erkran-

kungen zu behandeln. Als Fluidum schwer auf den Begriff zu bringen, ist sie keineswegs etwas Ungeföhres, das jeder sich nach Belieben zurechtbiegen könnte. Die jeweilige Atmosphäre ist im Gegenteil sofort und überall spürbar. Das macht eine »gute« Atmosphäre so wirkungsvoll: Sie ist immer schon da – bevor Worte verstanden werden, Beziehungen tragen, Medikamente wirken.

Wie sie zustande kommt, ist nicht leicht zu erklären, sicher aber ist, sie ist etwas »zwischen« den Menschen und auch zwischen diesen und ihrer Umgebung. Als »Zwischen« schafft sie einen eigenen Raum mit einer eigenen Kraft, hält manches – auch ihr Entgegenstehendes – aus, fungiert als ein stilles, gleichwohl wirkmächtiges Korrektiv – und ist doch äußerst störrisch, ja jede Störung zeigt sich zuerst atmosphärisch, lange bevor etwas schief läuft oder die Dinge den Bach heruntergehen.

Immer schon da, ist die Atmosphäre von niemandem geschaffen, bleibt aber darauf angewiesen, durch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekräftigt, neu interpretiert, umgearbeitet und am Leben erhalten zu werden. »Zwischen« ist sie nämlich auch in der Bedeutung, dass sie aus der Inter-aktion lebt; ohne diesen dauernden Zufluss wird sie leer, farb- und leblos.

Dass unser Klinikum für unsere Patientinnen und Patienten ein sicherer Ort ist, der Mut macht und die Mittel bereitstellt, weiterzumachen oder auch neu zu beginnen – das ist die Leistung und das Verdienst aller, die hier arbeiten. Diese Arbeit, über die noch viel zu sagen wäre, hat ihre Grundlage und ihr Medium in einer Kultur des Umgangs, die den anderen achtet, ihm etwas zutraut, ohne zu überfordern, und stellvertretend Hoffnung bereitstellt, wenn die eigenen Kräfte nicht mehr hinreichen. Für diese täglich neu zu erbringende Leistung danke ich unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr!

Danken möchte ich auch Ruth von Basum, der Klinikverwaltungsdirektorin, für die großzügige Unterstützung, die das Symposium erst ermöglicht hat, und für den Druckkostenzuschuss für den vorliegenden Band.

Klaus Brücher

Bremen, im Juli 2015

Literatur

- von Basum, R., Brücher, K., Engelbracht, G., Slump, N. (2014) Von der Privat-Anstalt für Gemuethskranke zu Rockwinkel zum AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen. Privatdruck Bremen.
- Benning, W. (1935) Ärztlicher Bericht 1930 bis 1934 über das Sanatorium Rockwinkel für Nerven- und Gemütskranke bei Bremen. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 37, 336.
- Benning, G. (1936) Das Opium in der deutschen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. Eine geschichtsmedizinische Skizze. Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen. Göttingen.
- Engelken, H. (1824) Nachrichten über die Privat-Anstalt für Gemüthsranke zu Rockwinkel (Kirchspiel Oberneuland) im Gebieth der freien Hansestadt Bremen, nebst Bemerkungen über die Behandlung der dasigen Irren. Nassés Zeitschrift für die Anthropologie 2, 364-369.
- Engelken, H. (1888) Bericht über die Wirksamkeit der Privat-Heil- und Pflgeanstalt für Nervenleidende und Geistesranke des Dr. med. Hermann Engelken zu Rockwinkel bei Bremen im Jahre 1887. 123. Jahr des Bestehens. Bremen.
- Gerhardt, V. (1995) Selbstbestimmung. In: Ritter, J., Gründer, K. (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 9. Basel, 335-346.
- Langer, G., Heimann, H. (Hg.) (1983) Psychopharmaka: Grundlagen und Therapie. Wien-New York.
- de Porre, E. (1965) Vorläufiger Bericht über 200 Jahre Psychiatrie in Bremen-Oberneuland. Privatdruck Bremen.
- Precht, R.D. (2007) Wer bin ich – und wenn ja wie viele? Eine philosophische Reise. München.
- Schmitz, H. (1925) Die Opiumbehandlung bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei Melancholie, ihre Geschichte, ihr heutiger Stand und eigene Erfahrungen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 83, 92-113.
- Schrader, W.H. (1995) Selbst. In: Ritter, J., Gründer, K. (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 9. Basel, 292-305.
- Weber, M.M. (1987) Die »Opiumkur« in der Psychiatrie: Ein Beitrag zur Geschichte der Psychopharmakotherapie. Sudhoffs Archiv 71, 1, 31-61.

KAPITEL 1: WIE DAS SELBST SICH BESTIMMT.
ANALYSEN ZU EINEM KONZEPT IM UMBRUCH

Illusionen von Autonomie

»Es ist nicht verlangt, sagt der Pfarrer, daß man Subjekte groß schreiben muß. Steht nicht mal bei Luther, ist eine barocke Erfindung, diese Inflation der göttlichen Signatur, ihre Ausdehnung auf jeden beliebigen Fetisch. Es gibt Sprachen ohne Subjekt, die trotzdem wissen, wovon sie reden, oder so klug sind, es nicht zu genau wissen zu wollen. Auch bei uns gedeiht noch subjektarmes Gewächs, Trümmerflora im Park des Urheberrechts und der Eitelkeiten. Es regnet, es hagelt, es schneit. Es gibt.« (Adolf Muschg 2003, 119)

Leiblichen Wesen wie den Menschen ist eine vollständige Selbstgesetzgebung nicht möglich. Sie sind Bedingungen unterworfen, die sich ihrem Zugriff entziehen. Dennoch wäre es in politischer Hinsicht fatal, auf Möglichkeiten von mündiger Mitbestimmung zu verzichten. Autonomie ist eine in dieser Hinsicht notwendige Illusion, ein praktischer Glaube an Souveränität, ohne reale Machtverhältnisse herunterzuspielen. Die Einsicht, dass Menschen weder nur selbstbestimmt noch nur ausgeliefert sind, richtet sich gegen die heute gängige Zumutung, Manager seines eigenen Lebens zu sein und für alles die Verantwortung zu tragen. Pharmazeutische Optimierungsstrategien helfen dem erschöpften Menschen und tragen dazu bei, gesellschaftliches Unrecht als Ursache zu verschleiern. Die Bürde der Initiative dient einem falschen Schein, dem begrenzte, aber produktive Möglichkeiten von Autonomie entgegensetzen sind.

1. Der »erlaubte moralische Schein«

Illusionen von Autonomie, wie sie im Folgenden in erster Hinsicht verstanden werden, meinen einen für politisches Handeln notwendigen praktischen Glauben an Möglichkeiten selbstbestimmten Handelns.¹ Dass es hierbei nur um ein Wunschdenken geht, gründet in unseren unausweichlichen Verstrickungen in Bedingungen und Voraussetzungen aufgrund unserer leiblichen Existenz. Eine Illusion kann der Wahrheit dienen, ist aber selbst weder wahr noch falsch. Immanuel Kant spricht in dieser Hinsicht von einem »erlaubten moralischen Schein« (Kant 1800/1983, B 42). Zivilisierte Menschen gleichen Schauspielern. Sie zeigen Achtung, Anerkennung, Sittsamkeit, selbst wenn ihnen in Wirklichkeit gar nicht danach ist und ihre Haltungen nicht von

Herzen kommen. Sie spielen dieses Spiel, um den gesellschaftlichen Verkehr nicht zu stören oder ihn zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Nur Spielverderber und Einfaltspinsel können nicht auf dem schmalen Grat zwischen Schein und Wahrheit balancieren. Die Gefährdung des Gleichgewichts versetzt sie in Angst. Sie brauchen den Boden und klammern sich an das Vertraute. Kant setzt nun darauf, dass »dadurch, daß Menschen diese Rolle spielen, [...] zuletzt die Tugenden, deren Schein sie eine geraume Zeit hindurch nur gekünstelt haben, nach und nach wohl wirklich erweckt [werden], und [...] in die Gesinnung über[gehen].« (Ebd., B 42f)

Heute scheinen Autonomiebestrebungen im Bild des Menschen als eines Managers seiner selbst einen gewissen Höhepunkt erreicht zu haben. Sich selbst mobilisierende Leistungsträger geraten jedoch gleichzeitig immer mehr unter Entscheidungsdruck und Erfolgszwang (vgl. Straub 2013, 7). Therapien und Ratgeber sind die treuen Begleiter des sich als autonom begreifenden Selbst. Die Frage drängt sich auf, warum sich Menschen mitunter selbst den härtesten Prüfungen und Maßnahmen bis zur Erschöpfung unterwerfen und nicht auch nach Gründen für ihre aussichtslose Lage fragen, die außerhalb ihrer alleinigen Zuständigkeit liegen. Wie ist es zu erklären, dass Menschen ihr Leiden auf der einen Seite als genetisches Schicksal oder im Sinne eines biochemischen Ereignisses im Gehirn deuten, sich also als ausschlaggebende Handelnde aus dem Blick verlieren, und gleichzeitig die Initiative ergreifen und Verantwortung übernehmen wollen? Sie sprechen die Sprache der Selbstbestimmung, Authentizität oder Autonomie, die jedoch aufgrund zahlreicher gesellschaftlicher Entwicklungen als bedroht angesehen werden müssen. Rasante Beschleunigungen im privaten wie im öffentlichen Leben, permanente Erreichbarkeit, immer engere Vernetzungen, stetig wachsende Kontrollen, unausweichliche Überwachungen, unsichere Lohn- und Arbeitsbedingungen, eine insgesamt fragliche Zukunft kennzeichnen die instabile Existenz. Die Gefährdung der Lebensgrundlagen und die Privatisierung von Ressourcen, die bislang nicht als verkäuflich galten wie Gene, Zellen, Fortpflanzungssubstanzen, Wasser, Bildung und Kultur verursachen Orientierungslosigkeit und Unsicherheit (vgl. Gehring 2006, 17ff, Liesner 2010, 246). Die Privatsphäre selbst droht angesichts sozialer Netzwerke zu veralten, weil diese Kommunikation durch Preisgabe des Selbst verwirklichen. Resignation reagiert auf allgegenwärtige Kontrolle und das Versprechen von Sicherheit, an das kaum jemand glaubt.

Selfies, digitale Selbstporträts, überspielen den Umstand, dass man sich selbst nicht gegenüber treten und im Auge behalten kann. *Selftracking* liefert eine lückenlose digitale Selbstvermessung. Puls, Kalorien, Blutzucker im Normbereich garantieren Fitness. Wortzusammensetzungen, in denen das Selbst auftaucht, wuchern. Wir sprechen von Selbstbestimmung, Selbsterkenntnis und Selbsterhaltung, von Selbstverantwortung, von Selbststeuerung, Selbstorganisation, Selbstbedienung, Selbstakzeptanz, Selbstfindung, Selbstverwirklichung, um nur einige Beispiele zu nennen. Das »Evangelium der persönlichen Entfaltung« verschmilzt mit dem »Kult der Leistungsfähigkeit« (vgl. Ehrenberg 2008, 273). Unentwegt wird das Selbst als zentraler Akteur angerufen und als Manager seines Lebens in die Pflicht genommen. Allein diese Situation könnte die Überforderung des autonomen Selbst verständlich machen. Vielleicht ist es aber doch die Spannung, welche Erschöpfung hervorruft, die darin besteht, auf der einen Seite als initiativer Akteur in der Krankheit, beim Lernen, in der Entwicklung, selbst beim Sterben herausgefordert zu werden, und dem Gefühl auf der anderen Seite, nur Teil eines Getriebes zu sein. Indem immer wieder Flexibilität, Engagement und Initiative eingefordert und soziale Machtverhältnisse heruntergespielt werden, wird die existenzielle Doppeldeutigkeit bestritten. Diese besteht für Menschen darin, weder nur selbstbestimmte Souveräne noch lediglich ausgelieferte Untertanen zu sein. In der permanenten Adressierung als autonomes Subjekt wird Menschen damit eine ununterbrochene, kräftezehrende Selbsttäuschung aufgebürdet.

Um dieser Vermutung nachgehen zu können, ist es nach diesen einleitenden Bemerkungen zunächst erforderlich, sich darüber zu verständigen, was das Selbst überhaupt meint. In einem ersten Schritt wird daher der Gebrauch des Subjektbegriffs im Rahmen der folgenden Ausführungen geklärt. In einem weiteren Abschnitt wird es dann zweitens um ein bestimmtes Selbst gehen, das uns gerade in seiner Abweichung auf Denkgewohnheiten und Wahrnehmungsbereitschaften stoßen soll, die in einer Gesellschaft herrschen, die vom therapeutischen Stil geprägt ist. Gemeint ist das »leere Selbst« des Alexithymikers. Schließlich soll im dritten Teil das »erschöpfte Selbst« betrachtet werden. Mit diesen Überlegungen wird dann auf die Mehrdeutigkeit der Illusionen von Autonomie zurückzukommen sein.

2. Die Doppeldeutigkeit des Subjekts

Ein zentrales Problem in der Diskussion um Autonomie ist immer noch die Hypostasierung des Subjekts, dem eine reale gegenständliche Existenz untergeschoben wird, die seiner Naturalisierung in den Biowissenschaften den Weg ebnet. Deshalb ist daran zu erinnern, dass das Wort »Subjekt« für eine historisch gebundene Selbsteutung des Menschen steht, die sich unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen wandelt. Menschen haben sich in unserer westlichen Geschichte nicht immer voller Stolz als Subjekt aufgefasst. So klingt in unserer Rede vom »üblen Subjekt« ein Verständnis vom Menschen als verachtenswert, als kriminell an. Das Interesse an einem positiven Verständnis von Subjektivität des Menschen erwacht, als er sich selbst zur Grundlage sicheren Wissens erklären und nicht länger abhängig von einem offenbaren Wissen sein wollte. Der Begriff des Subjekts gehört also zunächst in den Bereich des Erkennens. Erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts verbindet sich die Vorstellung der vorgeburtlichen Unbestimmtheit mit dem ethischen Ideal eines autonomen Subjekts. Menschen verstehen sich nun explizit als Subjekte und bringen damit ihre Überzeugung zum Ausdruck, Grundlage ihres Denkens und Handelns zu sein. »Das Wort ›Subjekt‹ hat [allerdings] zwei Bedeutungen: Es bezeichnet das Subjekt, das der Herrschaft eines anderen unterworfen ist und in seiner Abhängigkeit steht, und es bezeichnet das Subjekt, das durch Bewusstsein und Selbsterkenntnis an seine eigene Identität gebunden ist.« (Foucault 2005, 275) Um Machtverhältnisse handelt es sich in beiden Fällen: das eine Mal um die Macht der anderen, das andere Mal um die eigene. Eine kritische Theorie des Subjekts hätte die Doppeldeutigkeit dieses Verständnisses zu berücksichtigen, die in keiner Einheit zu überbieten oder zu unterlaufen ist. Anschaulich wird diese Zwiespältigkeit in unserer leiblichen Existenz, die zugleich unsere einzigartige Verortung in der Welt und unsere Abhängigkeit von Kultur und Gesellschaft bedeutet.

Die enorme Bedeutung, welche das autonome Subjekt für das Projekt der Moderne hatte, zeigte sich in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts in der Aufregung um Tod und Auferstehung des Subjekts. Heute wird man nicht mehr umstandslos der Pathogenese moderner Subjektivität das Wort reden, aber auch nicht länger ungehemmt deren Autonomie ausrufen. In den zahlreichen Debatten hat sich unter anderem folgende Signatur herausgestellt: Am Pranger steht nicht Subjektivität als Deutung des Menschen überhaupt,

sondern eine bestimmte Formation, in der sich Ich und Nicht-Ich gegenüberstehen und in der das Ich die gesamte Weisungsmacht auf sich zentriert. Es gewinnt seine Eigentümlichkeit, indem es das Andere seiner selbst ausschließt. Diejenigen, die in Anlehnung an Foucault nach einer Lösung suchen, werden sich den Subjektivationen zuwenden, in denen sich Subjektivität im Wissen und im Handeln allererst unter bestimmten historischen Bedingungen herstellt (vgl. Gelhard/Alkemeyer/Ricken 2013). Foucault bezeichnet diese Prozeduren als Technologien des Selbst, die sich in Praktiken der Unterwerfung und Befreiung ausdrücken. Dass sich Subjekte im Sinne der Selbstbestimmung als konstitutiv und autonom begreifen, ist in dieser Hinsicht selbst ein Machteffekt. Eine solche Formulierung der Problematik eröffnet die Möglichkeit, auch dort nach Spuren der Selbstdeutung des Menschen als Subjekt zu suchen, wo der Begriff noch nicht eigens zur Verfügung stand.

Nahezu übereinstimmend kommen philosophiehistorische Rückbesinnungen heute zu dem Ergebnis, dass zwar Descartes die neuzeitliche Subjektivitätskonzeption vorbereitet hat, dass eine explizite Theorie des Subjekts aber erst im deutschen Idealismus, vor allem durch Hegel vorgelegt wurde, der das Subjekt als das sich selbst Bestimmende definierte. In der Erkenntnistheorie von Descartes fungiert zunächst nur die aristotelisch-scholastische Bedeutung von *subiectum* als Zugrundeliegendem, als Bestimmtsein durch anderes. Allerdings gibt es in den *meditationes* eine Stelle, die das Subjektsein des Menschen erstmalig, wenn auch nur in einem beiläufigen Sinne, mit dem menschlichen Geist, nicht allerdings mit dem *Ich denke* in Zusammenhang bringt. Im Rahmen des dort vorgeführten Gottesbeweises erwähnt Descartes, dass der menschliche Geist analog zum Stein *subiectum* sei. So wie der Stein hinsichtlich der Erwärmung Bedingungen – etwa dem Strahlen der Sonne – unterworfen sei, die er selbst nicht setzt, so sei der menschliche Geist *subiectum*, weil seine Vorstellungen Wirklichem unterworfen sind, das er selbst nicht hervorbringe (vgl. Descartes 1641/1956, 70, Boehm 1974, 180ff, Meyer-Drawe 1985, 131f). Der Weg zu dem Ideal eines rein theoretischen Wissens aus selbstgewissen Gründen führt schließlich zur absoluten Privilegierung des *Ich denke*. In dem Bemühen, ein zweifelsfreies Fundament des Erkennens zu finden, reduziert Descartes das Menschsein als Wissenwollendes auf eine *res cogitans*, die im Erkennen durch und durch den Regeln der Methode unterworfen ist.

Auch Kant hat keine Theorie des Subjekts vorgelegt. Henrich spricht geradezu von einer »Theorievermeidung in Sachen Selbstbewußtsein und in der Sache des Gedankens von einem Subjekt« (Henrich 1989, 134). Die weitere Verbreitung des Begriffs der Subjektivität geht vor ihrer Explizierung durch Hegel auf Jacobi und Reinhold zurück. Diese Konzeptionen sind allerdings nur verständlich als kritische Reaktionen auf Kants Philosophie, der mit seinem Verständnis des Menschen als einer empirisch-transzendentalen Doublette – wie Foucault das nennt – das typisch moderne Subjektproblem formulierte. Vorherrschend war dabei – wie auch schon bei Descartes – das Interesse an der Begründungsfunktion des *Ich denke* und noch nicht die Analyse des Ich in seiner internen Problematik, die mit der Psychologie des 20. Jahrhunderts in den Mittelpunkt des Interesses rückt. Wenngleich Kant keine explizite Konzeption des Subjekts entfaltet, so ist er es doch, der die Grundproblematik des modernen Selbst sehr scharf ins Auge fasst. Er schreibt: »Ich bin mir meiner selbst bewußt, ist ein Gedanke, der schon ein zweifaches Ich enthält, das Ich als Subjekt, und das Ich als Objekt. Wie es möglich sei, daß ich, der ich denke, mir selber ein Gegenstand (der Anschauung) sein, und so mich von mir selbst unterscheiden könne, ist schlechterdings unmöglich zu erklären, obwohl es ein unbezweifelbares Faktum ist; [...].« (Kant 1804/1983, A 35) Dieses Vermögen, ich zu sich selbst sagen zu können, erhebt den Menschen über jedes Tier, das deshalb aber auch nicht mit Problemen einer doppeldeutigen Existenz belästigt wird. Die menschliche Vernunft wird nämlich behelligt von Fragen, die zwar standesgemäß, aber doch nicht von ihr zu beantworten sind. Deshalb suggeriert Kant die Lösung eher, als dass er sie begründete. Er schreibt: »Es wird dadurch aber nicht eine doppelte Persönlichkeit gemeint, sondern nur Ich, der ich denke und anschau, ist die Person, das Ich aber des Objektes, was von mir angeschauet wird, ist, gleich andern Gegenständen außer mir, die Sache.« (Ebd., A 36)

Das typisch Moderne liegt darin, dass Kant den substanzialistischen Subjektbegriff, den Descartes' Meditationen nahelegten, durch ein funktionales Subjektbegriff ersetzt. In eins mit einem neuen Begriff von Autonomie und Subjektivität entsprang die Einsicht in die Spaltung des Subjekts in eine transzendente und eine empirische Seite. In dem Maße, in dem sich die Vernunftkenntnis aus sich selbst ohne jede heteronome Bestimmung aufklären will, stößt sie an ihre Grenzen, welche die Differenz von Erscheinung und Ding an sich in den Binnenraum des Subjekts eintragen. Das Ich kann

sich selbst als intelligibles nicht erkennen, ebenso wenig wie die Erfahrung an das Ding an sich herankommt. Dies bleibt eine Ruhestörung in der Entwicklung modernen Denkens. Paradox formuliert: Der Entzug seiner Einheit konstituiert das Subjekt, oder mit anderen Worten: Das Selbst wird durch einen Konflikt zusammengehalten und nicht durch eine Versöhnung. Unsere diskursive Erkenntnis kann das Dunkel des Subjekts, das sich selbst nicht vollständig gegeben ist, nicht aufhellen. »Die Krise steckt in der Unzugänglichkeit des Subjekts für sich selbst, in der überraschenden Wahrnehmung seiner Undurchsichtigkeit nicht nur und nicht primär für die anderen.« (Blumenberg 2006, 895)

Diese Instabilität, diese unsichere Lage eröffnet einen Spielraum für Deutungsmöglichkeiten des Menschen als Selbst. Die Psychoanalyse wird dem verborgenen Selbst die Sprache geben und diese Codierungen in den Alltag tragen. Die Konflikthaftigkeit des Ich rückt damit in den Zuständigkeitsbereich der Psychologie und ändert gleichzeitig ihre Bedeutung. Der Widerstreit zwischen dem Ich als Subjekt und als Objekt des Erkennens wird durch die Verteilung auf Ich-Instanzen und als Frage nach der Kontrolle entschärft (vgl. Bröckling 2007, 21). Die alte Spannung von Vernunft und Leidenschaft taucht als Rationalisierung der Gefühlswelt zugunsten emotionaler Kompetenz wieder auf. Werbung, Ratgeber, Medien, aber auch pädagogisches Denken und Handeln werden dabei assistieren, diese Selbstbeschreibung als Normalität durchzusetzen. Die therapeutische Erzählung wird zur herrschenden Subjektivationspraxis (vgl. Illouz 2011). In diesem Prozess verbinden sich die Biologisierung der Gesellschaft durch die Genforschung und ihre Therapeutisierung durch die Psychologie. Im Folgenden liegt der Schwerpunkt auf der Dominanz des therapeutischen Stils, obgleich zu betonen ist, dass Änderungen der Selbstdeutungen auf keinen Fall aus einer Wurzel allein zu erklären sind.

3. Der leere Mensch

Die Unbestimmtheit der Rede vom Selbst birgt die Gefahr, es als zeitlose Formation zu behandeln, so als wäre dem Menschen zu allen Zeiten eine Beziehung zu sich selbst als anthropologische Grundausstattung mitgegeben worden. Das Selbst ist jedoch Effekt von historischen Subjektivationsprozessen. Es unterliegt zahlreichen Veränderungen sowie unterschiedlichen Gewich-

tungen. Im Hinblick auf westliche Kulturen ist auffällig, dass sie Subjektivität mit der »Dimension des Inneren« identifizieren (vgl. Greco 2000, 271). In Gesellschaften, in denen das Zusammenleben der Einzelnen durch magische Rituale getragen wird, spielt dieser Binnenraum keine Rolle. Die Differenz zwischen innen und außen begründet eine Kultur, in welcher die Ansprüche des Selbst durch das Recht anderer begrenzt werden und in dem die Freiheit darin besteht, Schuld übernehmen zu können und für die Folgen des Handelns einzustehen.

Dass der Unterschied von innen und außen keine überzeitliche Wesensbestimmung bedeutet, sondern nur im Rahmen bestimmter kultureller und sozialer Entwicklungen relevant ist, wird deutlich, wenn diese Differenzierung ausbleibt, etwa in der Alexithymie. Mit Alexithymie bezeichnet man in psychosomatischer Perspektive eine Disposition, das heißt keine Krankheit und kein Krankheitssymptom, sondern eine besondere Empfänglichkeit für bestimmte Krankheiten. Alexithymie bedeutet wörtlich übersetzt das Fehlen der Worte für Gefühle, Stimmungen und Empfindungen (vgl. ebd., 266). Die Abwesenheit eines ansprechbaren Innenraumes zählt zu den Risikofaktoren im Gesundheitsmanagement, weil sie Krankheiten auslösen kann.

Dem anderen begegnet der Alexithymiker als »homo vacuus«, als »leerer Mensch«, weil er nichts über seine Empfindungen preisgibt, kein Begehren nach Authentizität zeigt, sich dem neoliberalen Gebot des Selbstseins sowie dem Kommunikationsimperativ entzieht. Dort, wo man mit einer üppigen Innerlichkeit rechnet, die darauf wartet, in Gegenwart anderer decodiert zu werden, gähnt Leere. Es mangelt an »emotionaler Kompetenz« (vgl. Illouz 2011, 128ff, Gelhard 2011, 95ff). Das ist besonders für Therapeuten frustrierend, an die diese Patienten mit auffälligen psychosomatischen Störungen überwiesen werden. Durch diese leeren Spiegel ihrer selbst werden die Therapeuten ihres ureigensten Gegenstandes beraubt, nämlich des Innenraums des anderen. Da ist keine Tiefe auszuloten. Alles spielt sich an der Oberfläche ab. Die eigenen Gefühle der Therapeuten finden keine Resonanz, ihr Engagement bleibt ohne Anerkennung. Was sie selbst nicht ausdrücken, suchen Alexithymiker auch nicht in anderen. Überhaupt profilieren sie das Eigene nicht gegen das Fremde, sondern passen sich eher dem sozial Akzeptierten an. »Das Innere scheint also nicht nur die Voraussetzung für den Unterschied zwischen dem Selbst und anderen Individuen zu sein, sondern auch für die Freiheit, in einer Weise zu leben, die von der *Norm* abweicht.« (Greco 2000,