

# Zur Differentialphänomenologie der Wahrnehmung

## Eine Studie über abnormes Bedeutungserleben

Müller-Suur beginnt seine Arbeit über „Das Schizophrene als Ereignis“<sup>1</sup> mit dem Satz: „Jeder Psychiater kennt aus den Beschreibungen schizophrener Patienten jene Ereignisse, die blitzartig den Sinn eines Menschenlebens von Grund aus verändern können. Durch ihre Flüchtigkeit entziehen sie sich zwar weitgehend dem begreifenden Zugriff, aber dennoch gründet sich in ihnen als Wahnsinn der neue Sinn eines in seinem Wesen gewandelten Lebens“.

Vom Wesen solcher ereignishaft hereinbrechender Erfahrungen<sup>2</sup> soll im Folgenden die Rede sein. Psychopathologisch können sie ganz verschieden aussehen. Sie müssen keineswegs das Gepräge von Wahrnehmungen tragen; doch treten sie gerade in dieser Form besonders eindrucksvoll hervor. Daher liegt es nahe, am Beispiel einer Wahrnehmung demjenigen nachzuforschen, was sich seinem Wesen gemäß „dem begreifenden Zugriff“ zu entziehen strebt. Dass man dabei phänomenologisch vorgehen wird, ergibt sich fast von selbst. Kann doch die phänomenologische Methode geradezu als jenes Verfahren definiert werden, das anschaulich beschreibbar und damit der Erforschung zugänglich machen will, was sich im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess der unreflektierten Vergegenständlichung entzieht. Das Wesen dieses „Sich-Entziehens“ ist selbst ein Urphänomen, mit dem es die Phänomenologie zu tun hat. Ihre methodischen Grundlagen müssen hier vorausgesetzt werden<sup>3</sup>.

Es drängt sich aber angesichts dieser Aufgabenstellung noch eine andere Frage auf: Gibt es „Ereignisse, die blitzartig den Sinn eines Menschenlebens von Grund aus verändern“, nicht auch bei Gesunden? Ein weites Feld bietet z.B. die Psycho(patho)logie der Bekehrung<sup>4</sup>. Der psychiatrischen Kennerschaft, dem sog. klinischen Blick, fällt es allerdings meist nicht schwer – notfalls unter Zuhilfenahme der Verlaufsbetrachtung – anhand einzelner Symptome sowie des Gesamteindrucks die hier notwendigen Unterscheidungen zu treffen, d. h. sich auf eindeutige Diagnosen festzulegen. Aber durchschauen wir auch wirklich die Kriterien, die wir dabei, meist unbesehen, walten lassen?

Immer wieder wird gefragt, ob bzw. inwieweit die phänomenologische Betrachtungsweise für den klinischen Alltag, insbesondere

für differentialdiagnostische Fragen, Bedeutung gewinnen könne. Unter denen, die sich dazu positiv geäußert haben, ist vor allem J. Wyrsh zu nennen. Er hat bereits vor über 15 Jahren versucht, phänomenologisch-daseinsanalytische Erfahrungen und Einsichten für die Klinik fruchtbar zu machen<sup>5</sup>. Gegen ein solches Verfahren sind prinzipielle Bedenken möglich, die die diagnostische Relevanz phänomenologischer Erfahrungen zwar nicht ausschließen, aber zweifelhaft erscheinen lassen. Ist es doch keineswegs sicher, ob dasjenige, was der Phänomenologe als einheitliches Eidos herausarbeitet und als Logos des Erscheinenden lesbar zu machen versucht, ohne weiteres mit den klinischen Krankheitseinheiten zusammenfällt, auf die hin wir diagnostizieren; oder gar mit pathogenetisch-ätiologischen Umgrenzungen, die sich von der kausalen Forschung her vielleicht einmal als notwendig erweisen werden. Die Kluft, die sich hier auftut, ist in der Verschiedenheit der Ausgangspunkte begründet. Dem daseinsanalytisch-phänomenologischen und dem konditional-analytischen Vorgehen sind methodologisch entgegengesetzte Entfaltungsrichtungen vorgezeichnet; doch müssen sich ihre Wege früher oder später kreuzen. Wo, an welchen Stellen und wie, das lässt sich bis heute noch nicht sicher ausmachen.

Am erregendsten wird das Problem bei der Unterscheidung von „gesund“ und „krank“. Unbesehen aus der vorwissenschaftlichen Erfahrung übernommen, werden diese Begriffe im Fortgang der gegenständlich ausgerichteten Forschung wohl mannigfaltig artikuliert und an einigen Stellen auch grundsätzlich in Frage gestellt, aber damit noch keineswegs wissenschaftlich durchsichtiger oder gar begründbarer<sup>6</sup>. Alle Feststellungen, die die Krankhaftigkeit eines Geschehens betreffen – mag es sich dabei um noch so spezielle Theorien über Störungen oder Defekte bestimmter Mechanismen handeln – bleiben notwendig rückbezogen auf die vorwissenschaftlich erfahrene Totalität des Menschseins. Es ist wichtig, diesen in seiner Selbstverständlichkeit sich verhüllenden Sachverhalt mit genügendem Nachdruck hervorzuheben. Er verweist auf den Ort, an dem phänomenologische Untersuchungen einzusetzen haben.

Im Felde der Psychopathologie konnten die Ansprüche eines vorwissenschaftlichen Sachverständnisses – besonders in Fragen der Schizophreniediagnostik – sich länger halten als auf anderen Gebieten. Zum Teil tun sie es noch heute. Ein bekanntes Beispiel ist das „Praecoxgefühl“ oder -erlebnis (Rümke). Wenn man sich

die Veröffentlichungen der letzten Jahre darüber vor Augen führt, gewahrt<sup>7</sup> man allerdings eine deutliche Tendenz zur wissenschaftlichen Eingrenzung dieses Begriffes. Immerhin spielt er im klinischen psychiatrischen Alltag, wie eine Umfrage von Irle ergeben hat, noch eine beträchtliche Rolle, ebenso wie „gläserne Wand“, „schizophrene Kälte“, „Vorhang“ und ähnliche Umschreibungen, die der nuancenempfindlicheren Beeindruckbarkeit des vorwissenschaftlichen Bewusstseins entstammen. Der Kenner geht mit ihnen um, und ihre Beherrschung macht die Qualität des gewiegten Diagnostikers ganz wesentlich mit aus. Aber je mehr man versucht, das in ihnen Gemeinte zum Symptom zu erheben, desto mehr entzieht es sich der diagnostischen Verwendbarkeit. Schließlich bleibt nur noch die „bestimmte Unverständlichkeit“ (Müller-Suur) als eine formale Anzeige, deren begriffliche Schärfe auf Kosten der Fülle ihres Gehalts geht. Für den Phänomenologen ergibt sich die Aufgabe einer näheren Bestimmung der „Bestimmtheit“ dieser Unverständlichkeit; anders ausgedrückt: es gilt, auch noch für die Negativformen der „Verständlichkeit“ die entsprechenden intentionalen Korrelate zu finden und sie womöglich zur anschaulichen Präsenz zu bringen. Dies ist ein Weg, dasjenige, was vom Unterscheidungsvermögen des Psychiaters mehr gekannt und gekannt als erkannt, aber immerhin doch geleistet wird, wissenschaftlich auszuschöpfen, d. h. zu klären und womöglich zu begründen. Es geht darum, die Feinheiten, die heute noch weitgehend dem Fingerspitzengefühl des klinischen Diagnostikers anheim gegeben sind, als Quelle für phänomenologisches Wesensverständnis zu erschließen und fruchtbar zu machen. Dazu bedarf es der Artikulierung von Begriffen, die nicht nur formal Merkmale abgrenzen und registrieren – das wäre Aufgabe in Fortführung der klassischen Psychopathologie – sondern die die nuancierten, aber vagen Eindrücke in ein ebenso differenziertes Sachverständnis zu verwandeln vermögen. Damit die Artung und womöglich das Artende in den mannigfaltigen Abartigkeiten und Eigenartigkeiten, mit denen wir es auf unserem Gebiet zu tun haben, zur Sprache kommen können, müssen die Begriffe selbst zum Medium der Erfahrung werden und umgekehrt. Erfahrungsfähigkeit und Begriffsfähigkeit, Tatsachen- und Wesenserkenntnis stehen in einem Verhältnis wechselseitiger Verbergung, aber auch Angewiesenheit. Statt sie gegeneinander auszuspielen, gilt es, sie in ein Wechselverhältnis gegenseitiger Förderung und Steigerung zu bringen. Doch lassen sich beide Seiten

schwerlich *zugleich* fördern. In der vorliegenden Arbeit geht es in erster Linie um eine Klärung eidetischer Sachverhalte.

In diesem Sinne wird hier der Versuch einer „Differentialphänomenologie“ unternommen. Sie steht zur Differentialdiagnostik in einem ähnlichen Verhältnis wie die gesamte phänomenologisch-daseinsanalytische Forschung zur klinischen Psychopathologie. Jegliche Transponierung hinüber und herüber bringt bestimmte Probleme mit sich, die an dieser Stelle nicht zu erörtern sind<sup>8</sup>.

Aus der Fülle psychopathologischer Erscheinungen wird hier die Wahnwahrnehmung als Beispiel – und zwar als extrem pathologisches Beispiel – für einen ereignishaften Einbruch in das natürliche Selbst-Welt-Verhältnis der „gesunden Gewöhnlichkeit“ (Wyrsch) herausgegriffen. Die Wahnwahrnehmung ist immer als besonders charakteristisch für die Schizophrenie angesehen worden. K. Schneider bezeichnete sie als ein „Symptom ersten Ranges“. Trotz mancher Einwände wird sie im klinischen Alltag auch heute noch allgemein als ein solches angesehen.

Auf eine begriffsgeschichtliche Erörterung müssen wir verzichten. Es sei nur erinnert an die grundlegenden Beschreibungen, die Jaspers dem abnormen Bedeutungsbewusstsein gewidmet hat; an die zu Recht angefochtene allgemeine Wahndefinition von Gruhle („Beziehungssetzung ohne Anlass“); an die Betonung der Zweigliedrigkeit einer jeden Wahnwahrnehmung durch K. Schneider; weiter an die gestaltpsychologischen und -analytischen Ansätze von Matussek und Conrad sowie die anthropologische Deutung der Wahnwahrnehmung als Ausdruck einer Störung der Wohnordnung bzw. eines „Standverlustes“ durch Kuhlenkampff; an ihre Interpretation mit Hilfe des Jung'schen Intuitionsbegriffes durch Bash; an die differentialtypologischen Betrachtungen von Janzarik und schließlich an die Einordnung der Wahnwahrnehmung in eine psychonomische Topologie bei Kisker. – Ohne in eine Auseinandersetzung mit diesen vielfältigen Auffassungen und Theorien einzutreten, aber doch in sachlicher Anknüpfung an sie, sollen hier die spezielle Wahnwahrnehmung eines schizophrenen Patienten und eine Grenzerfahrung aus dem gesunden Seelenleben einander gegenübergestellt und daran einige Probleme der phänomenologischen Konstitution gesunden und kranken seelischen Lebens erörtert werden.

Für eine solche Wesensanalyse wird man im ersten Ansatz Beispiele bevorzugen, die die Verschiedenartigkeit des zu Unterschei-

denden in ein möglichst helles Licht rücken. Soll sich dagegen das phänomenologische Vorgehen nicht nur in der Herausarbeitung allgemeiner Strukturen, sondern auch in der weiteren Differenzierung bewähren, so ist es günstiger, Beispiele zu wählen, bei denen die Unterschiede weniger deutlich hervorspringen oder sogar problematisch werden. Es sei daher zunächst die Wahrnehmung eines Kranken geschildert unter Betonung derjenigen Momente, die von Grenzerfahrungen des Gesunden her vielleicht noch z. T. verständlich erscheinen. Zum Vergleich wird sodann ein Beispiel aus dem Grenzbereich des normalen seelischen Lebens daneben gestellt, das scheinbar in wesentlichen Charakteristika mit dem psychotischen Syndrom übereinstimmt. Diese Akzentuierung von Psychoseähnlichem beim Gesunden und scheinbar normalpsychologisch Einfühlbarem beim Psychotiker muß nicht zu einer Verwischung der Grenzen führen. Sie läßt sich vielmehr als Kunstgriff benutzen, um den phänomenalen Boden zu gewinnen, von dem aus sich die Wesensunterschiede vielleicht schärfer, differenzierter und phänomenologisch begründeter herausarbeiten lassen.

Als Beispiel für eine Wahrnehmung mag das zentrale psychotische Erlebnis in der Krankengeschichte des 21-jährigen Blechners Albrecht M. dienen:

Aus der Familienanamnese ist bekannt, dass der Vater 1944 im Kriege fiel, als der Patient 6 Jahre alt war. – Die Mutter litt in den Wechseljahren vorübergehend an einer Psychose, die nach der Krankengeschichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Emmendingen<sup>9</sup> „durch Gedankenabreißen, Fremdgedanken, akustische Halluzinationen, persekutive Befürchtungen bei zeitweilig starker Angst gekennzeichnet war“. Während der vorangegangenen 2 Jahrzehnte soll sie „gelegentlich unter epileptiformen Anfällen mit Bewusstseinsverlust, Zungenbissen, Untersichlassen, verbunden mit wechselseitigen Schmerzzuständen im Trigeminiusbereich“ gelitten haben<sup>10</sup>. Die Genese der Anfälle konnte nicht aufgeklärt werden. Sie wurde auf Drängen der Angehörigen mit einer als „leidlich zu bezeichnenden Besserung“ nach Hause entlassen. Nach ihrer Meinung war sie erst einige Wochen später „durch Hormonspritzen der Hausärztin“ ausgeheilt worden. Der Patient war damals 17 Jahre alt. Die Mutter fühlte sich seit dieser Zeit gesund und hatte auch keine Anfälle mehr gehabt. Objektiv machte sie bei der Anamneseerhebung einen etwas kühl distanzierenden, im Übrigen aber unauffälligen Eindruck. Über ihre frühere Krankheit

sprach sie ohne jede Bagatellisierungstendenz mit viel Abstand und Krankheitseinsicht; es fehlte sogar nicht an einigem Humor. – In der übrigen Familie sollen keine Gemüts- oder Nervenleiden vorgekommen sein.

Der Patient wuchs als einziges Kind dieser früh verwitweten Frau auf. Ein wenig „Nesthocker“ und „Muttersöhnchen“, wie er selbst bei der Exploration zugab, war er doch kein Einzelgänger gewesen, sondern hatte auf Grund seiner warmherzigen, gutmütigen Wesensart stets viele Freunde gehabt. Er wurde von der Mutter als frohes, heiteres, zeitweilig sogar übermütiges Kind geschildert. – Die Geburt war schwer. Der Patient sei „blau“ und „scheintot“ zur Welt gekommen. Außer den üblichen Kinderkrankheiten, Drüsenentzündung und Tonsillitiden sind keine ernsteren Krankheiten bekannt. – Die seelische Entwicklung soll unauffällig und harmonisch verlaufen sein. Nur unter der Vaterlosigkeit und unter den ungünstigen Nachkriegsverhältnissen habe er gelitten. In der Schule war er äußerst strebsam und stets einer der Besten. Dies hatte seinen Grund offenbar nicht nur in übermäßigem Ehrgeiz, sondern auch in einem echten Interesse an verschiedenen Fächern, vor allem an den Naturwissenschaften. Schon früh gab er sich in einer etwas grüblerischen Weise mit schwierigen Grundlagenproblemen ab und war offenbar bereits damals unter den Kameraden bekannt als einer, der sich mehr Gedanken machte als andere.

Nach der Schulentlassung absolvierte er eine Lehre bei Daimler-Benz und hatte dort ein gutes Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten. Wenn auch gegen letztere kritischer eingestellt als seine Altersgenossen, war er im Übrigen, wie er selbst meinte, zu dieser Zeit „noch ein rechter Raufbold“. Die Gesellenprüfung bestand er mit „sehr gut“. Er erreichte es, dass er zusätzlich als Schweißer ausgebildet wurde. Auf diese Tätigkeit war er stolz. Sie sei „nicht so mechanisch“ wie andere; sie „erfordere noch einen ganzen Mann“ und könne „so leicht von keinem Roboter betrieben werden“.

Bei der Aufnahme war der Patient 21 Jahre alt. Seit 3 – 4 Jahren hatte er hin und wieder über Magenbeschwerden zu klagen, die man als „Schweißergastritis“ auf seine Tätigkeit bezogen hatte. Röntgenologisch soll nur eine „Verkrampfung“ am Magenausgang festgestellt worden sein. Diese gastritischen Beschwerden leiteten dann später unmerklich in das hypochondrische Vorstadium der beginnenden Psychose über. Eindeutige Symptome stellten sich erst im letzten halben Jahr vor der Aufnahme ein. Dabei handelte

es sich vornehmlich um akustische und leibliche Halluzinationen: um ein eintöniges Surren in den Ohren mit einem Wechsel zwischen verschiedenen Frequenzlagen, wofür der Patient – ohne sich diesbezüglich festzulegen – nach einer physikalischen Erklärung suchte; ferner um „Wellen“, die er durch seinen Körper hindurchgehend erlebte. Gleichzeitig hatte sich eine eindrucksvolle, vom Patienten sehr differenziert geschilderte Veränderung seines Raumerlebens und seiner „Optik“ eingestellt, auf die hier nicht einzugehen ist.

Unter den psychotischen Erlebnissen, die in der Folgezeit auftraten, stand eines ganz im Mittelpunkt. Wenn es auch nicht als Initialerlebnis bezeichnet werden darf – dazu ging schon zu viel voraus – erhielt es doch in der Folgezeit eine so zentrale Stellung, dass man sagen kann: dieses eine Erlebnis riß die gesamte Biographie des Patienten für sein Selbstverständnis in zwei Teile auseinander, in ein Vorher und ein Nachher. Alles Spätere seines Lebens wurde unter dem Aspekt dieses *einen* Erlebnisses gelebt, gesehen und gewertet. An ihm ist mit besonderer Prägnanz fassbar, was Müller-Suur „Das Schizophrene als Ereignis“ nennt. Da es zugleich eine Wahnwahrnehmung darstellt, scheint es für unsere Aufgabenstellung besonders geeignet.

Als die Psychose im Anschwellen begriffen war, wurde der Patient vom Hausarzt zu einem Nervenarzt nach Baden-Baden geschickt. Dort sah er beim Betreten des Gebäudes im Hinterhof ein Bild, das ihn vom ersten Augenblick an gefangen nahm, ihn in seinen Bannkreis zog und fortan nicht mehr losließ. Er war zeitenweise kaum mehr auf ein anderes Thema zu bringen. Immer von neuem erging er sich in hymnisch zu nennenden Beschreibungen dieses Bildes sowie desjenigen, was er an ihm erlebt hatte. Er konnte sich darin nie genug tun.

Nach seiner Schilderung, die er in verschiedenen Versionen, z. T. auch schriftlich gab, hing dieses Bild im Hinterhof „betont unauffällig“ zwischen anderen Bildern. Überall standen Rahmen herum, so als ob es sich um eine ganz gewöhnliche Werkstatt handele, in der Bilder auf Bestellung gerahmt würden. Er aber habe sofort gewusst, dass es das Bild einer kranken Seele sei, hingehängt, damit einer, der krank ist, auch überzeugt werde, dass er es sei. Um eine „Seelenprognose“ habe es sich gehandelt, „von Dr. X. entworfen oder international“. Das Bild habe ihn sogleich beeinflusst und durcheinandergebracht. Früher hätte er nie „an Seele oder so

etwas gedacht“. Aber jetzt sei ihm plötzlich daran klar geworden, geisteskrank zu sein. – Ausführlich und umständlich erläutert er, was er unter „Seelenprognose“ verstand, nämlich so etwas wie einen gezielten projektiven Test; einen Test, der eine Geisteskrankheit nicht nur offenbar mache, sondern sie zugleich auch realiter bewirke. Denn an dieses Bild – genauer an die Farben dieses Bildes – fühle er sich seither „gebunden“, vor allem an das Blau mit seinem eigentümlichen Schimmer; der habe „so unendlich“ gewirkt. Er konnte gar nicht genug davon schwärmen. – Sein Verhältnis zu dem Bild war in einer eigentümlichen Weise ambivalent: einerseits fühlte er sich in höchstem Grade von ihm angezogen, fasziniert, andererseits aber zugleich auch – und zwar wesentlich mit infolge dieses Gebundenseins – unangenehm beeinflusst. Es schillerte für ihn in einem Übermaß sowohl positiver als auch negativer Tönung.

Als er dann später, nachdem er das Bild im Hof gesehen hatte, in das Wartezimmer von Dr. X. trat, glaubte er sich von den dort sitzenden Patienten mit so eigentümlich starren Blicken gemustert. Ihm kam der Gedanke, ob sie vielleicht „auch an das Bild gebunden“ wären. Ein Angstanfall mit heftigem Schweißausbruch trieb ihn fort. Er eilte nach Hause und legte sich 3 Tage ins Bett. – Darauf sei er „wissenschaftlicher“ geworden. Er habe daheim sogleich in einem Lexikon unter „Sinnlichkeit“ und „Psychiatrie“ nachgelesen und aus dem Inhalt ersehen, dass er geisteskrank sein müsse. Eigentlich sei ihm diese seine Veränderung aber schon angesichts des Bildes bei Dr. X. schlagartig klar geworden.

Welchen Charakter trug dieses Verändertsein im Selbsterleben des Kranken? Er sprach davon, dass er an das Bild oder die Farben des Bildes *gebunden* sei. Weil er immer an diese Farben denken müsse, komme ihm die übrige Welt schal und leer vor – soweit sie ihn nicht an die flimmernde Leuchtkraft jener Farben erinnere. Der Ausdruck „gebunden“ war bei ihm zu einem festen Terminus geworden, mit dem er seinen Zustand am prägnantesten zu bezeichnen glaubte. Er verstand darunter nicht eine zufällige oder nur vorübergehende Bindung, sondern eine solche, die prinzipiell jeden Versuch einer Lösung oder Befreiung als sinnlos erscheinen lassen musste. Diese Bindung bedeutete für ihn eine Entmächtigung seiner selbst; er litt außerordentlich darunter und hielt sie für krankhaft. Nichtsdestoweniger hatte sie für ihn Endgültigkeitscharakter. Oft nannte er sein Gebundensein an das Bild auch eine „Sugges-



tion“ und verglich sie dem Einfluss, den etwa ein indischer Fakir – er sei selbst einmal bei einer solchen Vorstellung zugegen gewesen – auf eine Menschenmenge ausüben könne, indem er ihr ganze Szenen suggeriere. Auf die Frage, ob er sich irgendwie seelisch an das Bild gebunden fühle, erwiderte er mit großem Ernst und Nachdruck: „Nein, nicht seelisch, sondern organisch!“ Damit gab er der unheimlichen Faktizität, die dies Gebundensein für ihn be- saß, Ausdruck. In solchen Worten spricht sich das, was wir als das Endogene oder Prozesshafte bezeichnen – quasi in einer Art Selbst- auslegung – so kurz und lapidar aus, wie wir es wohl nur selten sonst von einem Patienten zu hören bekommen. Eine andere Hal- tung als die des unbedingten Fatalismus gegenüber einem solchen ‚Gebundensein‘ war für M. nicht denkbar. Eindrucksvoll schilderte er, wie die übrige Welt gegenüber der Intensität dieses Erlebens an Glanz verlor: „Früher war alles für mich mehr belebt, heute ist das so wie eine Verdrängung, so wie wenn etwas vorbeistreift“. Vormal- s habe ihn jeder Vorfall interessiert, jetzt sei das nur noch ein „flüch- tiger Augenblick, bloß ein Zeitgeschehen“ usf. Allein das Bild habe noch für ihn Interesse; etwas anderes könne in seinen Augen dane- ben nicht mehr bestehen.

Kurz vor der Entlassung, als die übrigen psychotischen Symp- tome schon weitgehend in den Hintergrund getreten waren, sprach er noch über seine veränderte „Einstellung“ zur Welt und meinte, er zöge eben doch seine (durch das Bild hervorgerufenen) „Illusi- onen“ vor; die seien zu schön, dagegen komme er nicht an. Es ge- lang ihm lediglich für einige Zeit, getragen von stiller Resignation, eine Art doppelter Buchführung. Nach seiner Entlassung aus der Klinik arbeitete er daheim ruhig wie zuvor an seinem alten Arbeits- platz. Wie die Mutter später berichtete, klagte er aber bald erneut über Konzentrationsstörungen; er schloss sich mehr und mehr von seiner Umgebung ab und beging in einem unbewachten Augen- blick Suizid.

Wir konzentrieren uns ganz auf das eine, bereits geschilder- te psychotische Erlebnis. Es handelt sich um eine typische Wahn- wahrnehmung. Wir hören von einem Bild, das ganz unauffällig, ja „betont unauffällig“, in einer Rahmenwerkstatt hing. Der Pati- ent sah es – und das ist sicher nicht zufällig – auf dem Weg in die Sprechstunde des Nervenarztes. Wie so häufig, begegnet auch hier die Auffälligkeit des Unauffälligen als ein erstes wichtiges Signum jener „Entharmlosung“ der Welt, als welche die schizophrene Welt-

verwandlung sich in erster Annäherung darstellt. Die Dinge scheinen aus ihren alltäglichen Verweisensbezügen herausgelöst, sinnentleert oder mit neuen, fremden Bedeutungen überladen, denen sich der Kranke ausgeliefert fühlt. Das wurde schon oft dargestellt und braucht hier nicht nochmals erörtert zu werden.

Wenn man den Patienten frug, was denn das Besondere an dem Bild gewesen sei, so bekam man etwa zu hören: der Schimmer des Blaus<sup>11</sup> sei es gewesen, der habe „so unendlich“ gewirkt, „so unendlich wie's All!“. Es hätte darin so etwas Ruhiges, Gelassenes gesprochen, „so ewig“; das sei „größer als alles“, was er bis dahin gesehen und erlebt habe. Von diesem Bild könne er nicht mehr loskommen, das sei wie das „Paradies“. Seine Reden kreisten stets um einige wenige Ausdrücke, mit denen er alles einzufangen versuchte, was ihn bedrängte, wovon er sich in Bann geschlagen und überwältigt fühlte. Oft nahm er ein schwärmerisches, jedoch nicht maniert wirkendes Pathos zu Hilfe. Einige Wendungen, die das Unnatürliche oder Übernatürliche an dem Bild hervorheben sollten, wiederholten sich fast stets wortwörtlich. Er betonte immer wieder, der große Eindruck sei eigentlich weniger von dem, *was* da gemalt, als vielmehr, *wie* es gemalt sei, ausgegangen. Das Leuchten der Farben, der Schimmer des Blaus habe ihn gefangen genommen.

Über das, was auf dem Bilde dargestellt war, konnte man von dem Patienten denn auch weit weniger erfahren, als über die male- rischen Qualitäten. Alle Details mussten mühsam aus ihm herausgefragt werden. Nach seiner Schilderung war ein braunes Mädchen mit Blumen darauf zu sehen, das auf einem blauen Hintergrunde schwebte; um sie – als „die Auserwählte“ – seien einige andere Mädchen und dunkelfarbige Diener gruppiert gewesen. Volle Klarheit war über den Bildaufbau nicht zu bekommen<sup>12</sup>. Das Mädchen habe wie ein „Hawaii-Mädchen“ ausgesehen. Er hätte schon einiges über die Südsee gehört; die Mädchen seien dort „moralisch verrottet“. In dem Bild habe so etwas Erwartungsvolles, so etwas wie eine „Versuchung“ gelegen. Es hätte ihn wohl sexuell erregt, aber das sei doch ganz anders gewesen, als etwa bei Mädchenabbildungen in Illustrierten. Da sei es „weltlich“, hier aber „unnatürlich“, denn das Mädchen habe auf einem blauen Grunde geschwebt. Das Blaue bedeute etwas Gasförmiges, das sei nicht natürlich; womit er dann wieder auf die Qualitäten der Farben zu sprechen kam. Der Gesamteindruck verschmolz offensichtlich für ihn zum Verheißungsvollen schlechthin.

Zugleich meinte er: weil er „naturell“ an das Bild gebunden sei, könne er nicht zu Mädchen finden. Deshalb sei er ja hier. Scheinbar widersprachen sich die Aussagen des Kranken. Bald schien er die Wirkung des Bildes als sinnlich-sexuell zu schildern, dann wieder als völlig übersinnlich, erdenentrückt und übernatürlich. Was die Faszination ausmachte, war offenbar die Koinzidenz von beidem. Seine Schilderungen erinnerten entfernt an die Darstellung des Sirenengesanges in der Odyssee oder auch an die sinnensfreudige Übersinnlichkeit mancher Mystiker.

Auf psychoanalytische Deutungsmöglichkeiten können wir hier nicht eingehen. – Interessant ist, dass die Mitwelt, die im Wahnerleben anderer Patienten so sehr die Thematik zu bestimmen pflegt, bei unserem Kranken ganz in den Hintergrund trat. Die Weltverwandlung trug hier von Anfang an einen eigentümlich neutralen, apersonalen Charakter. Verändert waren die unbelebten, sinnlich wahrnehmbaren Dinge, nicht aber oder kaum das Verhältnis zu den Mitmenschen. Schon zu Beginn der Psychose standen nicht Beziehungsideen oder „Stimmen“ im Vordergrund, sondern gänzlich apersonale Veränderungen des Sehraumes und Akoasmen (z. B. ein eigentümliches „Surren“ ohne sonderlichen Bedeutungsgehalt). Die Gründe für derartige Besonderheiten in der Ausgestaltung einer Psychose sind noch ungenügend bekannt. Man sollte nicht zu rasch und einseitig auf die praepsychotische Persönlichkeitseigenart, auf bestimmte Verdrängungsmechanismen oder auf spezifische pathophysiologische Ursachen schließen. Vermutlich lässt sich das Problem auf verschiedenen Ebenen behandeln.

Mag auch in psychodynamischer Sicht die Annahme einer Verschiebung der affektiven Besetzung naheliegen, phänomenologisch müssen wir daran festhalten, dass dem Kranken das *Wie* der Malerei wichtiger war als ihr *Was*. Wenn er auf Fragen, worin denn das Besondere gesteckt habe, gar nicht mehr weiterwusste, sagte er, die *Kunst* sei es gewesen, was so einmalig, unwiderstehlich und überwältigend gewirkt habe. Es war deutlich, dass das Wort „Kunst“ dabei einen ganz spezifischen, numinosen Bedeutungsgehalt für den Kranken gewonnen hatte. Offensichtlich versuchte er das, was von dem Bild *als* Bild ausging, mit diesem Wort zu treffen. Er sprach von der Kunst so, als ob sie ein selbständiges, substanzielles Wesen sei, das ihn angesichts des Bildes überwältigt, vereinnahmt und ein für allemal mit Beschlag belegt hätte. Es sei ihm „seltsam“ vorgekommen, obwohl er doch schon viel Kunst gesehen, Bücher da-

rüber gelesen und sich auch ein Gemälde von einem Nürnberger Maler gekauft habe (für einen jungen Mann seines Herkommens ein sicher ungewöhnliches Interesse). Dennoch hatte man nicht den Eindruck, dass er, wenn er mit so großem Ernst und Nachdruck das ihn Überwältigende „Kunst“ nannte, wirklich etwas qualitativ anderes darunter verstand als der Gesunde: Etwa, dass sie Wesenhaftes zum Scheinen bringe, Schein als wahres Wesen offenbare und so die tiefere Einheit von beidem im Bildwerk aufleuchten lasse.

Näher befragt, was er mit „Kunst“ meine, sprach der Kranke davon, dass die Malerei eine „Verherrlichung“ darstelle. Dabei konnte er kaum sagen, was denn da verherrlicht werde. Er kam nur immer wieder auf den Schimmer des Blaus zu sprechen, in dem sich ihm das „Übernatürliche“ zu verdichten schien. Das Bild bedeutete für ihn eine Verherrlichung an sich; darüber hinaus bedurfte es keiner Erläuterung. Jede weitere Frage schien in seinen Augen sinnlos.

Die heute wenig gebräuchliche Bezeichnung „Verherrlichung“ war dem Patienten offenbar aus der Bibelübersetzung geläufig. Das im griechischen Text öfter vorkommende Wort „δοξάζω“ verherrlichen, leitet sich her von „δόξα“ Schein, das die gesamte weite Bedeutungsskala von trügerischem Schein, Wahn, bloßer Meinung, Erwartung bis zu Offenbarkeit, Ehre, Ruhm, Herrlichkeit umspannt. Dieser Antinomien vereinigende Bedeutungshof ist sicher keine zufällige Spracheigentümlichkeit; er verweist vielmehr auf die entbergend-verbergende Doppelnatur des Scheinens<sup>13</sup>. Nur deshalb verdient diese scheinbar abwegige Anmerkung Beachtung.

Kuhlenkampff hat bereits 1955 in Anlehnung an Heidegger auf die wechselseitigen Beziehungen zwischen Entbergung – Verborgenheit und Entbergung – Geborgenheit hingewiesen<sup>14</sup>. Damit ist ein Weg vorgezeichnet, der zu einem tieferen Verständnis des Wahns als einer im Wesen des menschlichen Welt- und Selbst-Verhältnisses begründeten Möglichkeit hinführen kann<sup>15</sup>. Dass dabei wahre Einsicht und Wahn – nicht den Bedingungen ihrer Wirklichkeit, wohl aber den Bedingungen ihrer Möglichkeit nach – in eine verfängliche Nähe zueinander rücken, hat seinen Grund darin, dass Existenz und Insistenz selbst, als Wesensmöglichkeiten des menschlichen Daseins, ineinander verfügt sind<sup>16</sup>. Dieser Strukturzusammenhang steht als ontologischer jenseits von „gesund“ und „krank“. Gerade deshalb bietet er einen Ausgangspunkt für den

Versuch einer vergleichenden transzendental objektiven Betrachtung von gesundem und wahnkranken In-der-Welt-Sein.

Dieser im Wesen des Menschen und zugleich im Wesen alles Erscheinens gründende Doppelcharakter der Entbergung ist auch sonst gesehen worden. Unter den Dichtern hat er nach Hölderlin vor allem Rilke bewegt. Wenn wir daher jetzt neben das Erleben von „Kunst“ bei unserem Kranken ein solches aus dem normal-psychologischen Bereich stellen, so ist es nicht zufällig, dass wir dazu ein Gedicht von Rilke heranziehen.

Mit welchem Rechte kann ein dichterisches Erzeugnis innerhalb einer psychopathologischen Untersuchung zum Vergleich herangezogen werden? Wenn es um empirische Beschreibungen und Abgrenzungen ginge, wäre größte Vorsicht am Platze; dies selbst da, wo es – wie in unserem Beispiel – um ein Erleben von Kunst geht, für dessen authentische Darstellung gerade ein Dichter als besonders berufen angesehen werden kann. Zwar wird vielleicht ein Schriftsteller gelegentlich einmal ein seelisches Zustandsbild unmittelbarer erfassen und schildern können, als es der Psychiater vermag. Aber wer leistet die Gewähr dafür, dass er es nicht aus Erfahrungsmangel und Phantasieüberschuss verzeichnet? Auf dem rein empirischen Felde verlässt sich der Psychopathologe deshalb besser auf eigene Erfahrungen und begegnet Darstellungen der Dichter mit größter Skepsis. Nur für die rein sprachliche Bewältigung seiner Aufgabe darf er und sollte er gelegentlich bei ihnen in die Schule gehen, um mit den von ihnen erschlossenen Beschreibungsmöglichkeiten nuancierter wiedergeben zu können, was er in der Erfahrung vorfindet.

Anders liegen die Verhältnisse aber da, wo es um die Aufdeckung von Wesensstrukturen geht. Was dabei voneinander abgegrenzt wird, sind nicht empirische Daten, sondern Wesensmöglichkeiten. Diese Abgrenzung erfordert einen nicht weniger strengen, aber doch ganz andersartigen Maßstab. Husserl ging so weit zu sagen, dass „die ‚Fiktion‘ das Lebenselement der Phänomenologie, wie aller eidetischen Wissenschaft“ sei<sup>17</sup>. Das Eidos, das reine Wesen, könne sich „intuitiv in Erfahrungsgegebenheiten ... exemplifizieren, ebenso gut aber auch in bloßen Phantasiegegebenheiten“<sup>18</sup>. So kommt es auch für unsere Fragestellung nicht darauf an, ob oder inwieweit der Dichter ein faktisch stattgehabtes Erlebnis in allen Einzelheiten empirisch getreu wiedergibt, sondern darauf, ob eine bestimmte, für den Vergleich wichtige Wesensmög-

lichkeit prägnant herausgearbeitet und zur Darstellung gebracht wurde<sup>19</sup>; – eine Wesensmöglichkeit, von der sich das Eidos des vorliegenden pathologischen Erlebnisbestandes differenzierter abheben lässt als von irgendeiner Idealnorm oder gar pauschal erfassten Durchschnittsnorm.

In unserem Falle galt es, eine dichterische Aussage zu wählen, die das Phänomenale einer Überwältigung vom Wesenhaften der Kunst in ihrem Ereignischarakter zusammengedrängt erfasst und das so Verdichtete der phänomenologischen Analyse ein gutes Stück entgegenarbeitet. Dieser Aufgabe wird ein Dichter wie Rilke besonders gerecht, dem es darum geht, „die Dinge zu sagen“, d. h. Erscheinendes wesensdurchsichtig ins Wort zu prägen.

Das Gedicht lautet<sup>20</sup>:

*Archaischer Torso Apollos*

Wir kannten nicht sein unerhörtes Haupt,  
darin die Augenäpfel reiften. Aber  
sein Torso glüht noch wie ein Kandelaber,  
in dem sein Schauen, nur zurückgeschraubt,

sich hält und glänzt. Sonst könnte nicht der Bug  
der Brust dich blenden, und im leisen Drehen  
der Lenden könnte nicht ein Lächeln gehen  
zu jener Mitte, die die Zeugung trug.

Sonst stunde dieser Stein entstellt und kurz  
unter der Schultern durchsichtigem Sturz  
und flimmerte nicht so wie Raubtierfelle;

und brächte nicht aus allen seinen Rändern  
aus wie ein Stern: denn da ist keine Stelle,  
die dich nicht sieht. Du mußt dein Leben ändern.

Dieses Sonett beschreibt in meisterhafter Verdichtung ein „blickhaftes Andrängen physiognomischer Gehalte“, wie es Kulenkampff und Zutt in Anlehnung an Sartres Blickanalyse in seiner weitreichenden Bedeutung für die Psychopathologie der paranoiden Psychosen herausgearbeitet haben<sup>21</sup>. Jede Aussage des Gedichtes ist streng auf das Ende hinorientiert. Der Satz „Denn da ist keine Stelle, die dich nicht sieht“ fasst lapidar zusammen, was zuvor nacheinander im Detail beschrieben wurde. Er gibt jeder einzelnen Wendung ihren Stellenwert im Ganzen. Von ihm her wird

deutlich, warum gleich anfangs nach den Augäpfeln gefragt wird („Wir kannten nicht sein unerhörtes Haupt, darin die Augenäpfel reiften“). Nur weil jeglicher Versuch scheitert, den Torso wie irgend ein anderes Ding einfach als Gegenstand zu betrachten, nur weil der Blickende von vornherein zum Angeblickten geworden ist, kann er fragen, woher denn der Blick stamme, von dem er sich mit solcher Macht getroffen und durchdrungen fühlt. Da er das Haupt mit den Augäpfeln nicht findet, tastet der Dichter den Stein gleichsam daraufhin ab, von wo diese ungeheure Blickgewalt ausgeht. Das ganze Gedicht schildert nichts anderes als den mühseligen Versuch aufzuspüren, wohin sich das Schauen „zurückgeschraubt“ haben könnte. Vom „Glühen“ und „Glänzen“ des Torso als eines Ganzen geht der Dichter ins Detail: Er erfährt am Bug der Brust ein Blenden, im Drehen der Lenden ein Lächeln, ein Flimmern von der Oberfläche des Steines, ein sternengleiches Ausbrechen an seinen Rändern, bis er schließlich das Fazit zieht: „Denn da ist keine Stelle, die dich nicht sieht“. Der Blick trifft ihn von überall her. Der Torso ist nicht einfach der Rest eines kunstvoll behauenen Steines, den man mit Kennermiene betrachten könnte, sondern von dem in ihm verkörperten Wesen geht eine das ganze menschliche Dasein vereinnahmende, überwältigende Macht aus; die Macht des „schönen Scheins“, wie man zur Zeit der Klassik gesagt haben würde, für Rilke „des Schrecklichen Anfang, den wir noch gerade ertragen“, den wir bewundern, weil er „gelassen verschmät, uns zu zerstören“<sup>22</sup>. Aber verschmät er auch wirklich, uns zu zerstören? Das eben ist in diesem Gedicht in Frage gestellt. – Das Scheinen des Wesens wird zum Blick und dieser Wesensblick, der den Betrachter trifft, wird ganz im Sinne Sartres als ein solcher erfahren, der nicht nur anblickt und damit vielleicht noch freilässt, sondern der uns erblickend durchschaut und bloßstellt. Dies ist das eine: überwältigendes Herandrängen physiognomischer Eindrucks macht in Form einer „Blickpenetranz“ (Kulenkampff); das andere die unmittelbar daraus sich ergebende Konsequenz: „Du mußt dein Leben ändern“.

Jedes der fünf Worte dieses Satzes lässt sich für sich betonen, jedesmal ergibt er einen anderen Sinn: durch diese Mehrdeutigkeit erhält er seinen eigentümlich schwebenden Charakter. Der intentionale Spannungsbogen (Beringer) weitet sich aus, ohne allerdings zu zerbrechen. Alle die verschiedenen möglichen Akzentsetzungen vereinigt ergeben erst im Zusammenklang den Vollsinn dieser mit der Gewalt eines kategorischen Imperativs sich aufdrängenden