

Boris Wandruszka

Dr.med.

Leidensdruck und Leidenswiderstand - Eine phänomenologische Studie zur Grundstruktur des Leidens mit ihren Auswirkungen auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Geboren am 5.2.1957 in Heilbronn a.N.

Reifeprüfung am 18.5.1977 in St. Blasien

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1977 in Homburg/Saar bis WS 1985 in Freiburg i.B.

Physikum am 28.8.1979 in Homburg/Saar

Klinisches Studium in Freiburg i.B.

Praktisches Jahr in Freiburg i.B.

Staatsexamen am 4.11.1985 an der Universität Freiburg

Promotionsfach: Psychiatrie

Doktorvater: PD Dr.med. et phil. T. Fuchs

Kurzfassung der Dissertation

In der vorgelegten Arbeit wurde versucht, mittels einer phänomenologischen Analyse die therapeutisch relevanten Phänomene von Leidensdruck und Leidenswiderstand systematisch aufzuarbeiten. Dabei zeigte es sich, daß dieses Vorhaben nur gelingen kann, wenn überhaupt das Phänomen "Leiden" zuvor zureichend aufgeklärt wurde.

Nach einer hinführenden Einleitung zum Thema und einer Darstellung der phänomenologischen Methodik wendet sich der Autor dem vielschichtigen Phänomen Leiden zu. Er konnte dabei herausarbeiten, daß Leiden der Selbstvollzug eines Subjektes - eines Individuums oder Kollektivs - im Angesicht einer Heraus- oder Überforderung ist, der durch eine triadische Struktur ausgezeichnet ist: einer wahrnehmungsvermittelten Positionierung eines zugestoßenen Übels, der sog. "Leidposition" antwortet ein Versuch, das Leiden aufzuheben, zu negieren, welcher Versuch, da er im Leiden scheitert, zu einem inneren Selbstwiderspruch, einer "Leidensdiskrepanz" führt. Der Betroffene erfährt etwas - eben das Leid oder Übel -, das er vergeblich aufzuheben trachtet, und

trotzdem hält er an der Negation, an der Aufhebung des Leids fest. Das erlittene Leid befindet sich somit zwar im Erleben, im Selbst des Betroffenen, es gelingt aber nicht, sich dieses Widerfahrnis zu eigen zu machen bzw. sich davon zu befreien. Die Folge ist eine innere Selbstentzweiung des Betroffenen - ein So-Sein-Müssen-aber-So-nicht-sein-Können. Diese innere Zwietracht im Leiden nennt der Autor die "dynamisch-dialektische Diskrepanz" des Leidens. Sie ist dialektisch, weil zwei widerstrebende Kräfte - die hinnehmende Leiderfahrung ("Leidposition") und die vergebliche Leidaufhebung ("Leidnegation") - einander bedrängen und stören; sie ist dynamisch, weil der Betroffene im Leiden sein Leiden zu transzendieren sucht - er will "anders" sein, mindestens leidfrei.

Dieser Selbstvollzug des Leidens - der im Kapitel über den "intrapathischen Kausalnexus" vertieft dargestellt wird - geschieht nun aber nicht aus freier Initiative, sondern gleichsam durch einen "Anstoß" bedingt, eben durch das Widerfahrnis des erlittenen Übels. Das Leiden als Selbstvollzug ist zwar eine Antwort auf dieses Widerfahrnis, doch eine unfreiwillig-erzwungene, eine genötigte Antwort. Damit eröffnet sich, daß jedes Leiden durch ein "Anderes", d.h. durch eine Wirklichkeit mitbedingt ist, die dem Betroffenen (noch) nicht zu eigen ist, die er noch nicht integriert hat. Das Leiden ruft ihn zu dieser Integrationsarbeit heraus, vor allem mittels des Leidensdruckes.

Der Leidensdruck nämlich ist ein integraler Bestandteil des Leidens: er konstituiert sich aus der Konfrontation des Betroffenen mit einer nicht-eigenen Wirklichkeit. Diese bedrängt den Betroffenen, und der Betroffene - in einem Akt der Selbstbehauptung - widersteht ihr, und eben genau dies erzeugt den Leidensdruck. Der Leidensdruck ist also nicht nur durch das Fremderleiden einer fremden Wirklichkeit bedingt, sondern ganz zentral durch einen Widerstand des betroffenen Subjektes gegen dieses Erleiden, gegen die Bedrängnis, die Not. Damit erhellt ein Wechselverhältnis von Leidensdruck und Leidenswiderstand: durch Bedrängnis und widerstehender Gegenwehr (gegen ein Übel) baut sich ein Druck auf, der Leidensdruck. Dieser Druck kann sich steigern, wenn sich die Gegenwehr nicht nur gegen das erlittene Übel richtet, sondern auch gegen das Leiden, das Leidenmüssen selbst, etwa in Form der Gegenwehr gegen Angst, Trauer, Verzweiflung, Ärger, Scham, Schuld. In diesem Falle baut das Subjekt auch einen Widerstand gegen sein bestimmtes So-Sein im Leiden, gegen sich selbst, eben etwa in der Angst usw., auf.

Dieser zweite Widerstand im Leiden entwickelt sich im therapeutischen Setting oft zu einem Widerstand gegen die therapeutische Aufklärung weiter. Warum? Weil der Betroffene seine Leidensgefühle wie Angst, Scham, Schuld, Trauer usw. nicht erleben, nicht fühlen will. Denn naturgemäß sind diese Leidensgefühle mit Unlust, mit Unbehagen verbunden, und somit unterliegen sie leicht der Verdrängung oder Verleugnung.

In eigenen Kapiteln hat der Autor versucht, die komplexe Vielfalt der Erscheinungsformen von Leidensdruck und Leidenswiderstand aufzuzeigen. Vielleicht als wichtigstes Ergebnis ist herauszustellen, daß kein Leiden ohne den Akt der widerständigen Selbstbehauptung möglich wäre, in der sich letztlich die Selbstachtung, die Würde, ein wertvolles, freies Wesen zu sein, kundgibt. Daher ist in der Therapie auch nicht prinzipiell gegen den Widerstand, sondern mit ihm zu arbeiten.

Leiden, Leidensdruck und Leidenswiderstand sind nicht per se pathologisch, wiewohl immer "pathisch". Pathologisch werden sie erst, wenn sie einen Schaden im Betroffenen setzen. In einem eigenen Kapitel wurde versucht, eine allgemeine "Schadenslehre" zu entwickeln, die zur Intervention therapeutischer Hilfe aufruft und berechtigt. In diesem Zusammenhang zeigte sich die Fruchtbarkeit einer Lehre von den "Affektionen" oder "Affliktionen", also der Leidzufügungen. Es konnte gezeigt werden, daß - neben der Bedrohung - sieben Grundformen der leidvollen Affektion den Selbstvollzug des Leidens mitbestimmen können. Dies wurde im Kapitel über den extrapathischen Kausalnexus des Leidens erarbeitet. Extrapathisch meint dabei jene Faktoren bzw. Faktorenverhältnisse, die dem Leidensvollzug vorausgehen und zugrundeliegen, also z.B. solche Kausalverhältnisse wie die Traumatisierung oder die Frustration oder die Deprivation, aber auch die Hemmung und der Konflikt usw.

Aus der Grundstruktur des Leidens ließ sich des weiteren eine begrenzte Anzahl von Copingmustern, von Leidbewältigungsstrategien entwickeln. Vor allem am Beispiel der emotionalen Weiterverarbeitung des Leidens wurde dies aufgewiesen. Es handelt sich um sechs Verarbeitungsmuster, die von der emotionalen Apathie über die emotionale Hinnahme (in der Trauer etwa) über die emotionale Abwehr (in Wut und Angst) und über die emotionale Unentschiedenheit (so in der Verzweiflung) bis zur emotionalen "Hyperpathie", etwa in der Panik reichen. Analoge Verhältnisse konnten für kognitive und volitionale Verarbeitungen gefunden werden.

Mit diesen Ergebnissen näherte sich der Autor dann den Phänomenen der Therapiemotivation und der therapeutischen Beziehung. Zum einen wurde herausgearbeitet, was diese Phänomene in sich des genaueren sind, welche Grundstruktur ihnen also zukommt, zum zweiten, in welchem Zusammenhang sie mit Leiden, Leidensdruck, Leidenswiderstand, Not, Krise usw. stehen. Es ließ sich zeigen, daß dieser Zusammenhang höchst komplex ist, und sich daher im Rahmen dieser Arbeit auch nicht erschöpfend erarbeiten ließ. Auf jeden Fall zeigte sich, daß das Leiden die therapeutische Beziehung mittels seiner bestimmten Leidensgestalten (wie Angst, Schuld etc.), mittels seines bestimmten Leidensdruckes und Leidenswiderstandes eminent mitbestimmt, und daher für Prognose und therapeutisches Setting eine zentrale Rolle

spielt. Wie und woran ein Mensch leidet, prägt auch die therapeutische Empathie und die Art der therapeutischen Intervention.

Insgesamt kann somit festgehalten werden, daß das Leiden als bestimmter Selbstvollzug eines Menschen, der mit einer für ihn fremden, (noch) nicht integrierbaren Wirklichkeit konfrontiert ist, daß also das Leiden ein anthropologischer Grundfaktor menschlichen Daseins ist. Denn in ihm erweist sich die Subjekt-Objekt-Struktur des Menschen, die Tatsache also, daß er zugleich von etwas Fremden passiv getroffen werden kann und doch dieses Getroffenwerden von Anbeginn an aktiv mitgestaltet - etwa interpretiert oder gar umformt. Leiden ist immer diese Synthese von Passivität und Aktivität, Ohnmacht und Macht, Fremd- und Selbstbestimmung, Zwang und Freiheit. Darin liegt die tiefe Ambivalenz jeglichen Leidens begründet, damit seine wesensmäßige Offenheit und Unentschiedenheit, die jedoch - da das Leiden in sich aktiv ist - nach Entscheidung und Klärung drängen. Im Leiden ist der Mensch immer schon über sich hinaus, er entfaltet Zukunft, eben die Zukunft einer besseren Welt, in dem es auch ihm besser gehe. Das ist die Chance der Therapie, an diesem Motiv muß sie ansetzen.