

Die unintegrierbare Zeit

Posttraumatisches Zeiterleben und der Diskurs zum guten Leben¹

The unintegrated time

Posttraumatic time experience and the discourse of Good Life

DANIEL BROSCHMANN, GÖTTINGEN

Zusammenfassung: Durch den Kontrast zu psychischen Erkrankungen zeigt sich die enge Verwobenheit zwischen Zeitlichkeit und gutem Leben. Im Gegensatz zur Depression und Schizophrenie ist die Posttraumatische Belastungsstörung bisher wenig unter einer zeitpsychopathologischen Perspektive untersucht worden. Tatsächlich kann diese aber mit ausgeprägten Störungen des Zeiterlebens einhergehen: Diese soll als unintegrierbare Zeitlichkeit beschrieben werden und lässt sich durch eine sich-aufdrängende, gegenwärtige Vergangenheit, eine unsichere Gegenwart und eine verkürzte Zukunftsperspektive charakterisieren.

Schlagwörter: Posttraumatische Belastungsstörung, pathologisches Zeiterleben, gutes Leben, Zeitlichkeit, anthropologische Psychiatrie.

Abstract: The connection between temporality and good life becomes especially visible in mental disorders. In contrast to depression and schizophrenia, Posttraumatic Distress Disorder has been subject to little psychopathological research in this regard. However, PTSD can go hand in hand with severe disorders in the experience of time: this should be described as an unintegrated time and can be characterized by an obtrusive, present past, an uncertain present and a shortened future perspective.

1 Diese Publikation entstand im Rahmen der Forschungsgruppe 5022 „Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens“ (Sprecherin Claudia Wiesemann, Universitätsmedizin Göttingen), gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Projektnummer 424883170.

Keywords: posttraumatic Distress Disorder, pathological time experience, good life, temporality, anthropological psychiatry

Einleitung

Den folgenden Gedankengängen möchte ich einen charakteristischen Fallbericht (van der Kolk 2015, 239f) voranstellen: Nancy erlebte aufgrund einer unzureichenden Sedierung den operativen Eingriff einer minimalinvasiven Eileiterabbindung zur Sterilisation bei wachem und lebendigem Leib. Währenddessen konnte sie sich aufgrund des lähmenden Muskelrelaxans gegenüber dem Operationsteam nicht bemerkbar machen. Im Nachhinein schildert die Patientin:

Es ist so, als wäre die Zeit gefaltet oder verzerrt, so dass Vergangenheit und Gegenwart miteinander verschmelzen, als wäre ich physisch in die Vergangenheit befördert worden. Symbole, die in einer Beziehung zum traumatischen Ereignis stehen [...] werden völlig kontaminiert und so zu Objekten, die gehasst, gefürchtet und möglichst zerstört oder zumindest gemieden werden. [...] Noch viele Details jener 45 Minuten meines Lebens sind mir unbekannt. Meine Erinnerungen sind immer noch unvollständig und bruchstückhaft [...] Der Sog der Vergangenheit ist sehr stark; dies ist die dunkle Seite meines Lebens; und ich muss mich von Zeit zu Zeit dorthin begeben.

Nach der Operation hat sich etwas verändert im Leben der Patientin: die unverarbeitete Vergangenheit lässt sich nicht ohne Weiteres in die Biographie integrieren, sie ist in jeder Gegenwartssituation präsent und verfolgt sie „auf Schritt und Tritt“. Gleichzeitig besteht eine fragmentarische Erinnerung – die Patientin kann die sie bedrängende Vergangenheit nur unvollständig und bruchstückhaft erinnern, fühlt sich zu ihr aber wie von einem „Sog“ hingezogen. Die Schilderung verdeutlicht eine starke Beeinträchtigung in der Lebensführung und ist charakteristisch für das Zeiterleben bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Traumatisierten Personen wie Nancy gelingt es häufig nur noch sehr eingeschränkt die Zeit frei zu erleben, zu gestalten und sich in dieser selbstbestimmt zu entfalten. Stattdessen bestimmen intrusiv sich aufdrängende Wiederholungen der traumatischen Vergangenheit den Alltag, auch ist das Sicherheitsgefühl beeinträchtigt und die eigenen Handlungsoptionen stark einschränkt. Psychopathologische Phänomene können als Kehrseite normalpsychischer Zeitlichkeit verstanden wer-

den und wurden vor diesem Hintergrund bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den Arbeiten der anthropologischen Psychiatrie zur „gelebten Zeit“ (Minkowski 1933/ 1971b; vgl. Kupke 2009) untersucht. Durch „Zeitstörungen“ wie sie bei einer Traumatisierung erlebt werden, lässt sich der Zusammenhang zwischen gestörtem Zeiterleben und Freiheitseinschränkung in der Lebensgestaltung und damit umgekehrt zwischen Zeit, Freiheit und gutem Leben besser verstehen. Es kann daher angenommen werden, dass durch ein vertieftes Verständnis der traumatischen Erfahrung auch Erkenntnisse über die zeitlichen Bedingungen eines guten Lebens zu gewinnen sind.

Der philosophische Diskurs um das gute Leben (griech. eudämonia) kreist seit der griechischen Antike (u.a. Platon 1973; Aristoteles 2008) um die Frage, was ein menschliches Leben für diese Person selbst wertvoll macht und welche Form der Lebensgestaltung daher erstrebenswert ist. Dabei ist die Frage nach dem guten Leben bislang wenig in Berührung gekommen mit der Debatte um die menschliche Zeitlichkeit (Steinfath 2020). Diese Leerstelle ist insofern erstaunlich, als dass Reflexionen über das gute Leben immer Fragen über die Gestaltung von Lebenszeit und zeitliche Phänomene beinhalten – wie die Bewertung der eigenen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, Erfahrungen von Endlichkeit, zyklische Zeitabläufe, Lebensphasen und deren spezifische Anforderungen, aber auch der Umgang mit Widerfahrnissen und sich öffnenden Zeitfenstern (Kairós; vgl. Kerkhoff 1972; Broschmann 2018, 94). Nach Bergson ist das Verständnis für die selbstbestimmte Lebensführung von Personen nur durch eine tiefergehende Analyse des Zusammenhangs zwischen Zeit (bzw. Dauer) und Freiheit möglich (vgl. auch Bieri 2009). Gelebte Freiheit bedeutet für Bergson (1889/2006, 144) der Zeit „den Stempel unsrer Person“ aufzudrücken. Personen werden in eine historische Zeit mit ihrem jeweiligen „Zeitgeist“ geboren, haben die Möglichkeit sich gegenüber den Bedingungen ins Verhältnis zu setzen, und müssen im Laufe der Entwicklung mehr und mehr eigenständige Entscheidungen treffen, die in die unmittelbare, stets ein Stück weit ungewisse, Zukunft eingreifen und auch auf die Gegenwart Einfluss nehmen. Zugleich haben sie auch gegenüber ihrer eigenen Vergangenheit Stellung zu beziehen, müssen die Gewordenheit erinnernd und erzählend verarbeiten und Narrative entwickeln, die immer auch durch Gegenwart und Zukunftsbezug geprägt sind. Insofern müssen Personen stets die verschiedenen Zeitdimensionen neu integrieren und in dieser Dynamik ein immer neues Kohärenzgefühl stiften. Noch bevor jedoch über die Zeit nachgedacht werden kann und diese zum Abstraktionsbegriff wird, über den man sich verständigen kann,

findet sich der Mensch stets schon in der Zeit vor und ist in gewisser Weise *selbst Zeit*. Dies macht Zeit als Phänomen auch so schwer greifbar (vgl. Augustinus 2004). Eine Reflexion guten Lebens hängt daher auch mit der Reflexion der eigenen Lebenszeit zusammen und eine vertiefte Analyse der Zeit scheint für die Frage des guten Lebens gewinnbringend zu sein. Störungen der Zeiterlebens wie bei der PTBS können also, so die These, dazu beitragen den Zusammenhang zwischen Zeit, Freiheit und gutem Leben zu erhellen.

In der nachfolgenden Untersuchung versuche ich mich diesem Zusammenhang zu nähern: Zunächst möchte ich 1) den zugrundeliegenden Begriff des guten Lebens offenlegen, und dabei die Bedeutung der menschlichen Zeitlichkeit für dieses Verständnis guten Lebens verdeutlichen. Sodann werde ich 2) auf den verwandten Freiheitsbegriff eingehen und darstellen, inwiefern psychische Erkrankungen eine Einschränkung des Frei-seins in der Zeit bedeuten. Weiterhin möchte ich 3) einen kurzen historischen Abriss der Psychopathologie der Zeitlichkeit vornehmen und am Beispiel der *melancholischen Depression* und der *Schizophrenie* den aktuellen Forschungsstand ausführen. In Ergänzung möchte ich 4) eine bislang weniger beforschte Zeitstörung in den Blick nehmen: nämlich das Zeiterleben im Kontext von traumatischen Erfahrungen. Abschließend sollen 5) Schlussfolgerungen zum Zusammenhang von Zeit, Freiheit und gutem Leben gezogen werden.

Gutes Leben und Zeit

Der Begriff des *guten* Lebens markiert zum *bloßen* Leben eine Differenz: nämlich, dass es sich im Vergleich dazu um ein *erstrebenswertes* und *zu bejahendes* Leben handelt (Steinfath 1998). Es besteht kein Dissens darüber, dass es sich dabei um ein erstrebenswertes Leben *für die Person selbst* handelt, die das Leben führt – nicht um eine dritte Person. Dies bedeutet jedoch nicht notwendigerweise, dass die Person selbst das Leben als gut beurteilen muss: dies wäre nur der Fall, wenn eine subjektivistische Position bezogen wird. Im Falle einer objektivistischen Position (z.B. Moore 1903, Ross 1930/1988) würde das Leben dann als gut bewertet werden, wenn die Person an bestimmten objektiven Gütern teilhat. Im Gegensatz zum Begriff der Lebensqualität, der eher auf die aktuelle Lebenssituation der Person abzielt, tendiert der Begriff des guten Lebens ferner auf eine Bewertung des *Lebens als Ganzes*, das aus der aktuellen Lebenssituation der Person heraus zu beurteilen ist (Kipke 2006). Der Begriff des guten Lebens baut auf der ursprünglich sokratischen Frage „Wie zu leben ist?“ (vgl. Williams 1985, Wolf

1998) auf und ist ein *strebensethischer* Begriff. Die Differenz zwischen dem *bloßen* und dem *guten* Leben impliziert nämlich einen Unterschied, der – nicht nur, aber auch – durch die Person selbst herbeigeführt werden kann und herbeizuführen ist. Ein gutes Leben widerfährt einem nicht, sondern man muss etwas dafür tun. Bereits in seiner Tugendethik, die Aristoteles (2008) in seiner Nikomachischen Ethik darlegt, kann das höchste Ziel (telos), die eudaimonia, nicht ausschließlich passiv und rezeptiv erlangt werden, sondern durch das Einüben guter Gewohnheiten (hexis) und somit auch von Tugenden wie z.B. Klugheit (phronesis) oder Besonnenheit (sophrosyne). Im Aristotelischen Konzept des guten Lebens stellen zwar hedonistische Aspekte wie Schmerzvermeidung sowie Lustgewinn und Wohlbefinden einen wichtigen Teilaspekt dar, jedoch geht die Idee der eudaimonia über diese Aspekte hinaus (Höffe 2006, 217): Aristoteles hat vielmehr eine aktive, Mensch und Natur angemessene, Lebensweise im Sinn, die es ermöglicht, das Leben als Ganzes – und als ein gutes Leben – zu bejahen (vgl. auch Broschmann & Herrmann-Lingen 2023).

Mit dem Begriff des guten Lebens ist hier also das Konzept gemeint, das eine aktive Lebensform beschreibt, bei der die Person selbst – aus der Mitte ihres Lebens heraus – dieses selbst als gut und erstrebenswert beschreibt. Dabei ist wichtig auf das Konzept der *Gleichursprünglichkeit* der Zeitlichkeit von Heidegger (1927/2006) hinzuweisen: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sind keineswegs ein feststehendes „Nacheinander“, sondern in der Gegenwart zugleich gegebene Zeitdimensionen, die sich stets in Hinblick auf die aktuelle Situation verändern und verschieben können. Ein Verständnis des guten Lebens ohne diesen *dynamischen Charakter* der Lebenszeit zu berücksichtigen, hieße das gute Leben statisch zu denken und die existenzielle zeitliche Dimension der Lebenszeit zu verkennen. Gutes Leben ist nicht losgelöst von der Zeitlichkeit der menschlichen Lebensführung (Steinfath 2020). Dies liegt zunächst daran, dass das Leben selbst einen zeitlichen Kontext hat: d. h. die betroffene Person wird in eine geschichtliche, familiäre und gesellschaftliche Situation geboren, auf die sie keinen Einfluss nehmen kann; und das Leben ist durch den Tod zeitlich begrenzt und die Person muss mit dieser Endlichkeit umgehen. Zudem ist die Bewertung des Lebens als ein gutes in der gegenwärtigen Situation abhängig von der Bewertung der eigenen Vergangenheit und den eigenen Plänen und Zielen in der Zukunft: genauso wie mit dem Leben insgesamt, ist für das Führen des guten Lebens wichtig, dass sich die Person im Einklang mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft befindet, da diese zeitliche Aspekte des eigenen Le-

bens selbst sind. Ohne eine Reflexion der menschlichen Zeitlichkeit bliebe die Debatte des guten Lebens konturlos.

Frei-sein in der Zeit und psychische Erkrankung

Ein gutes Leben zu führen, so wie es anhand der Vorüberlegungen dargestellt wurde, erfordert als notwendige Bedingung die Fähigkeit, die Zeit *frei* erleben und gestalten zu können. Ohne einen offenen Zukunftshorizont und die freie Wahlmöglichkeit zwischen Handlungen, ist die Unterscheidung zwischen dem „bloßem“ und gutem Leben nicht sinnvoll. Auch eine Vergangenheit, die mich bindet und freie Gestaltungsmöglichkeiten in Gegenwart und Zukunft verhindert, verunmöglicht das Führen eines guten Lebens. Zeit und Freiheit sind eng miteinander verknüpft, wie bereits Bergson (1889/2006, 144) dargelegt hat. Für Bieri (2007) ist die „Analyse unserer Zeiterfahrungen [...] ein Leitfaden für das tiefere Verständnis der Erfahrung von Freiheit und Unfreiheit“. Unklar bleibt dabei aber zunächst, was unter dem Begriff *Freiheit* zu verstehen ist. Zunächst meint Freiheit die Abwesenheit von Zwängen. Bestehen „äußere Zwänge“ (z.B. im Gefängnis), dann ist die Handlungsfreiheit eingeschränkt; bestehen „innere Zwänge“ (z.B. nicht zu suspendierende Zwangsimpulse, pathologische Gewohnheiten oder Süchte), dann kann die Entscheidungs- (bzw. Willens-)freiheit beeinträchtigt sein. Ein gewisses Maß an *Freiheit von* inneren und äußeren Zwängen stellt eine notwendige Bedingung für eine *Freiheit zur* Gestaltung eines guten Lebens dar. Freiheit ist immer in einem zeitlichen Kontext zu sehen: Sie bedeutet verschiedene Handlungsoptionen in einer Zukunftsperspektive zu antizipieren und zwischen diesen zu wählen; die Möglichkeit, gegenwärtige Impulse außer Kraft zu setzen, um sich auf die Zukunft ausrichten zu können und die Erfahrungen der Vergangenheit zu nutzen, ohne von der Vergangenheit bestimmt zu werden (Fuchs 2008a; Broschmann 2018). Dies tangiert immer auch die Frage nach dem Frei-sein in der Zeit und dem freien Umgang mit der Zeit.

Die Psychologie des Freiheitserlebens wirft auch die Frage nach der *metaphysischen* Entscheidungsfreiheit auf, die hier nur gestreift werden kann: Sie beinhaltet, ob Menschen prinzipiell in der Lage sind, zwischen kontrafaktischen Möglichkeiten zu wählen (Libertarismus) oder ob es sich dabei nur um eine Illusion handelt, dagegen aber nur ein faktischer Weltverlauf denkbar ist (starker Determinismus). Die Entscheidungsfreiheit kann verstanden werden als ein prinzipielles Vermögen zur „hinderungsfreien Willensbildung und –umsetzung“ (Seebaß 2007), das von Vertreter*innen

des starken Determinismus in Frage gestellt wird. Sie ist dann beeinträchtigt, wenn ein übergreifendes Prinzip (z.B. Gott, Schicksal oder Naturgesetz) a priori keinen Raum für freie Wahl und Selbstwahl lässt (vgl. Keil 2017). Während libertarische Positionen diese strenge Definition von freiheitsausschließender Determination bestreiten und dagegen das So-oder-anders-Können verteidigen, vertreten kompatibilistische Positionen dagegen die These der Vereinbarkeit zwischen Freiheit und Bedingtheit – allerdings um den Preis einer begrifflichen Abschwächung: hier bleiben vom starken So-oder-anders-Können am Ende nur Kategorien wie Urheberschaft, Zurechenbarkeit oder Zugänglichkeit für Gründe. Keil (2007) hat entgegen dieser abgeschwächten kompatibilistischen Position und einer unbedingten libertarischen Position eine sehr alltagsnahe libertarische Position formuliert: Während ein allumfassender Determinismus ausgeschlossen wird, ist die Entscheidungsfreiheit keineswegs als eine unbedingte Freiheit durch die Berufung auf Zwecke und Gründe (Kant 1791/2016) oder als ein „*acte gratuit*“ (Camus 2013) zu verstehen. Bedingungen behindern in dieser Sichtweise keineswegs die Freiheit, sondern stellen in erster Linie die Voraussetzung für die Bildung und Umsetzung des Wollens dar.

Wie sind Freiheitseinschränkungen durch psychische Erkrankungen in diese Debatte einzuordnen? Paradoxiertweise sind diese *kein* Argument für den starken Determinismus, sondern *für ein libertarisches Konzept* von Entscheidungsfreiheit. Die grundsätzliche Argumentation für das menschliche So-oder-anders-Können, das den Kerngedanken der metaphysischen Entscheidungsfreiheit ausmacht, ist nämlich die Voraussetzung dafür, dass dieses Vermögen auch *eingeschränkt sein kann*, z.B. wenn es in der Kindheitsentwicklung noch nicht ausgebildet oder bei psychischen Krankheiten beeinträchtigt ist. Der Ausschluss menschlicher Entscheidungs- und Willensfreiheit als eines Vermögens durch den starken Determinismus konterkariert dagegen den Gedanken von Freiheitsgraden: denn etwas, was grundsätzlich nicht existiert, kann auch nicht eingeschränkt oder noch nicht ausgebildet sein. Auch straf- und zivilrechtlich würde eine Ablehnung des Konzeptes der Entscheidungs- und Willensfreiheit per se zu einem generellen Schuldausschluss und zur Ablehnung von Zurechenbarkeit und Strafbarkeit führen und die rechtlichen Abstufungen ad absurdum führen. Dagegen stellt die empirische Freiheitsfrage das zentrale Problem der Psychiatrie und Psychopathologie dar (Blankenburg 2017): nämlich dass eine diagnostisch und therapeutisch relevante Differenzierung von Freiheitsgraden des „menschlichen Erleben- und Verhaltenkönnens“ vorgenommen werden

kann. Da Freiheit – wie oben angedeutet – immer auch ein Frei-sein in der Zeit bedeutet, kann eine Analyse von Störungen des Erlebens und Gestaltens von Zeit bei psychischen Krankheiten auch einen wichtigen Zugang zur Untersuchung von Freiheitsgraden liefern.

Psychopathologie der Zeitlichkeit

Bevor ich exemplarisch auf den phänomenologischen Forschungsstand bei der *melancholischen*² *Depression* und der *Schizophrenie* eingehe, möchte ich einen kurzen psychiatriehistorischen Überblick vornehmen.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es zwischen phänomenologischer Psychiatrie und psychiatrisch informierter Philosophie eine aus heutiger Sicht inspirierende gegenseitige Beeinflussung. Bereits Jaspers (1913/1946, 48) hatte in seiner allgemeinen Psychopathologie u.a. die Prinzipien der von Husserl entwickelten phänomenologischen Methode für die psychopathologische Forschung fruchtbar gemacht. Mit der anthropologischen Psychiatrie (u.a. Minkowski 1933/1971, Straus 1928/1963) bekamen die Arbeiten der Lebensphilosophie, anthropologischen Philosophie und existenziellen Phänomenologie schließlich den Status eines konzeptuellen Fundamentes für die sich schnell weiterentwickelnde psychopathologische Forschung. Andererseits nahmen philosophische Autoren auf klinische Arbeiten Bezug: so etwa Merleau-Ponty (1945/1974) in der Rezeption der neurologischen Arbeiten Goldsteins (1934/2014), Sartre (1943/2009) in seiner Auseinandersetzung mit Freud (u.a. 1917/1970) oder Heidegger (1987/2006) durch seinen Austausch mit Boss in den Zollikoner Seminaren. In späteren Jahren wären auch die Arbeiten Theunissens (1991/2002) zur negativen Theologie der Zeit und der Briefwechsel zwischen Maldiney und Kuhn (vgl. Thoma 2022) zu nennen.

Insbesondere die Untersuchungen zur Psychopathologie der Zeitlichkeit waren stark durch philosophische Vorannahmen und Gedankengänge beeinflusst. Der Ausgangspunkt dieser Arbeiten war „Die gelebte Zeit“ von Minkowski (1933/1971), der psychopathologische Zeitphänomene mit Bergsons Konzepten der *durée* (1989/2006) und des *élan vital* (Bergson 1907/1927) kontrastierte. Hinsichtlich dieses allgemeinen Lebensprinzips formulierte Minkowski (1933/1971a, 45): „Alles, was im Leben eine Richtung in der Zeit hat, hat Elan, wirkt in die Zukunft, geht voran.“ Bei psychischen Erkrankungen sei der schöpferische Elan dagegen angehalten und

2 Eine schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom.

der Zeitfluss stagniere (ebd., 133). Auch Straus (1928/1963) beschäftigte sich mit vitalen Prozessen, orientierte sich jedoch mehr an der Unterscheidung zwischen der *erlebnisimmanenten* und *-transeunten Zeit* des Neokantianers Höningwald. Während die transeunte Zeit vergehe, wachse zugleich die immanente Ich-Zeit, diese sei mit der Geschichte der Person verknüpft. In der Depression jedoch komme es zu einer *vitalen Hemmung*: zwar vergehe die Zeit, jedoch sei die biographische Ich-Zeit des Sich-entwickelns angehalten. Der Zukunftshorizont verschließe sich und die Vergangenheit werde als dominant erlebt. Diese *Störungen des Werdens* beschrieb auch von Gebattel (1939/1963), der seine Untersuchungen u.a. auf Zeittheorien Schelers gründete. Neben anderen psychischen Erkrankungen wie der Zwangsneurose oder Manie, untersuchte von Gebattel auch die Depression: Dabei erlebten depressive Patient*innen die Zeit nicht mehr als „Medium seiner Entfaltung, seines Wachstums, seines Mehrwerdens, sondern als „Medium des Wenigerwerdens und Abnehmens“ (ebd. 1939/ 1963, 365). Von Gebattel (ebd.) fasst die depressive Entwicklung in der Formel zusammen: „Je mehr der Weg in die Zukunft versperrt ist, desto mehr gerät der Depressive unter die Herrschaft der Vergangenheit.“ Neben Minkowski, Straus und von Gebattel wäre noch Binswanger als Protagonist der anthropologischen Psychiatrie der 1. Generation zu nennen. In „Melancholie und Manie“ (Binswanger 1960) griff dieser auf eigenwillige Weise Husserls Untersuchungen zum *inneren Zeitbewusstsein* auf (Husserl 1928/1969). In der depressiven Psychopathologie etwa komme es zu einer Vertauschung der Zeitdimensionen Retention und Protention: Binswanger konstatiert, dass die Retention mit protentiven Momenten durchsetzt sei, da nämlich der Depressive die schuldhaftige Vergangenheit versucht durch das Zwangsrübeln zu ändern, während die Protention von retentiven Momenten bestimmt werde, nämlich insofern der Depressive „den in der Zukunft vorausgehenden Verlust ... bereits eingetreten weiß“.

Obwohl die Arbeiten der anthropologischen Psychiatrie bereits zur damaligen Zeit (Jaspers 1913/1946) von einem wissenschaftlichen Standpunkt als problematisch beurteilt wurden – z.B. in Hinblick auf die klinische Relevanz zur Differenzierung psychischer Erkrankungen – und heute umso mehr einer kritischen Reflexion unterzogen werden müssen (Kupke 2009; Juckel et al. 2021; Thoma 2022), so hat diese Forschungsrichtung doch erstmals einen anderen, inspirierenden, Blick auf psychische Erkrankungen geworfen und damit auch bislang unterbelichtete Phänomene erhellen können. Im Gegensatz zur 1. Generation der anthropologischen Psychiatrie sah man sich

bereits in der 2. Generation in den Arbeiten von Kraus, Blankenburg und Tellenbach dann auch keiner philosophischen Strömung mehr verpflichtet (Kupke 2009). Auch heutige phänomenologisch-psychopathologische Arbeiten nehmen zwar Bezug auf die Ursprünge der anthropologischen Psychiatrie, haben sich aber von metaphysischen Konzeptionen wie etwa Bergsons *élan vital* verabschiedet. Neben der Untersuchung auch anderer psychischer Erkrankungen wie etwa von Angst- oder Suchterkrankungen (Kemp 2009, Aho 2020, Moskalewicz & Schwarz 2020), konnte in den letzten Jahren auch ein großer Erkenntnisgewinn bei der konzeptuellen und empirischen Untersuchung von Zeitphänomenen der „klassischen“ Zeitstörungen verzeichnet werden: nämlich der *melancholischen Depression* und der *Schizophrenie*.³

Melancholische Depression: desynchronisierte Zeit

Vitale Hemmung und Mangel an *élan vital* stellen auch heute noch wichtige Beschreibungen der antriebsgestörten Depression dar: Diese Prozesse wurden von Fuchs (2013, 2020) als *konative Verarmung* beschrieben. Jedoch kann es im Gegensatz dazu auch – wie bei der agitierten Depression – dazu kommen, dass der konative Drang erhalten bleibt, dieser jedoch ungerichtet ist, sodass statt einer vitalen Hemmung eine ungerichtete Antriebssteigerung und rastlose innere Unruhe entsteht (Ratcliffe 2015, 181). Im Wesentlichen beziehen sich neuere phänomenologische Untersuchungen auf Phasen der antriebsgehemmten Depression. Auf der Ebene der Zeitschätzung entspricht die Verminderung des konativen Dranges bei der Antriebshemmung, dass die Dauer der erlebten Zeit langsamer wahrgenommen wird als sie tatsächlich ist (Bech 1975, Beschor et al. 2004, Kitamura & Kumar 1982). Charakteristisch ist ferner der Bedeutungsverlust in Hinblick auf die Wahrnehmung der Zukunft: die Zukunftsperspektive verarmt, es gibt „nichts Neues“ mehr, sondern die Gegenwart wird als das „Immer-Gleiche“ wahrgenommen (Micali 2012). In einer qualitativen Erhebung von Stanghellini et al. (2017) fand sich bei der überwiegenden Mehrzahl depressiver Patient*innen mind. ein abnormales Zeiterleben z.B. vitale Retardierung, Vergangenheitsdominanz oder Verlangsamung des Zeitflusses. In einer qualitativen Inhaltsanalyse konnten Vogel et al. (2018) herausarbeiten, dass in der Depression die Gegenwart als bedeutungslos, die Vergangenheit als negativ und in Hin-

3 Einschränkung ist zu betonen, dass bei jeder psychischen Erkrankung auch eine Vielzahl zeitlicher Phänomene beschrieben werden kann (vgl. Ratcliffe 2015, 174).

blick auf die Zukunft die Urheberschaft vermindert wahrgenommen wird. Bei allen Patient*innen mit einer schweren Depression kommt es durch diese Störungen der expliziten Zeitlichkeit zu einem Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit und einer Desynchronisierung von sozialen Rhythmen (Fuchs 1999, 2013, 2020): Betroffene können kaum noch durch affektive Resonanz in Beziehung treten, stattdessen isolieren sie sich in sozialer Hinsicht (Inkludenz), nehmen Termine nicht mehr wahr, verlieren ein Gefühl für die Zeitstruktur mit allmählicher Aufhebung des Tag-Nacht-Rhythmus und bleiben im Sinne einer Remanenz hinter den eigenen Anforderungen zurück (Tellenbach 1961/1976).

Schizophrenie: fragmentierte Zeit

Im Gegensatz zur Depression, bei der die Zeitstörung auf einer expliziten Ebene verortet wird – nämlich in Bezug auf Vergangenheit (Dominanz, Schuld), Gegenwart (Nichts passiert, Verlangsamung der Zeit) und Zukunft (Möglichkeitseinschränkung und Bedeutungsverlust) – mit einer primären Desynchronisierung von der sozialen Welt, wurde bei der Schizophrenie eine basalere Zeitstörung des impliziten Zeitflusses herausgearbeitet (Fuchs 2013, 2020). Die neuere phänomenologische Forschung versteht das Erleben schizophrener Patient*innen als Abschwächung des präreflexiven Selbstge wahrseins („minimal self“), einer Störung des Erlebens der leiblichen Kohärenzerfahrung und der zwischenleiblichen Erfahrung mit anderen Personen (Sass & Parnas 2003, Sass & Pienkos 2013, Stanghellini 2004, Fuchs 2005). Diese Schwächung des basalen Selbst- und Körpererlebens (vgl. Blankenburg 1971) ist dabei eng mit den Strukturen des Zeitflusses – oder in Husserls Sprache den Strukturen des „inneren Zeitbewusstsein“ – verbunden. Daher wurde bei der Schizophrenie auch eine basalere Zeitstörung beschrieben: Der intentionale Bogen des Zeitflusses von Aufmerksamkeit, Gedanken und Handlungen, der nach Husserl (1928/1969) auf der Mikro-Ebene des Bewusstseins neben der Erfassung des Gegenwärtigen (Ur-Impression) auch das Nachschwingen des eben Erlebten (Retention) und das Voraussein auf das Kommende (Protention) umfasst, wird durch plötzliche Pausen und Leerstellen unterbrochen. Hyperreflexive Gedankengebäude (u.a. Wahn), zwanghafte Wiederholungen und die Monotonie der Außenwelt, die noch bei der Depression beklagt wird, helfen Patient*innen dagegen dem basalen Selbstverlust und der Fragmentierung der Zeit entgegenzuwirken (Fuchs 2013). Im Gegensatz zu desynchronisierter Zeit der melancholischen Depression handelt es sich bei der Schizophrenie daher um eine *fragmentierte*

Zeiterfahrung. Dies konnte auch in qualitativen Untersuchungen bestätigt werden: Stanghellini et al. (2016) fanden bei einem Großteil schizophrener Patient*innen eine Form der Fragmentierung des impliziten, basalen Zeitflusses; auch in einer qualitativen Inhaltsanalyse von Vogel et al. (2019) konnten insb. in der akuten Psychose fragmentierte Zeiterfahrungen festgestellt werden. Im phänomenologischen Interview zum präreflexiven Welterleben bei der Schizophrenie wurden daher auch implizite Zeiterfahrungen wie die Fragmentierung des Zeitflusses mitberücksichtigt (Fuchs & Van Duppen 2017).

Unintegrierbare Zeit bei der Posttraumatischen Belastungsstörung

Der Forschungsstand zur Phänomenologie der Zeitlichkeit der Depression und Schizophrenie ist weit fortgeschritten, auch da diese psychischen Störungen seit den 1920er Jahren untersucht wurden. Dagegen ist der Forschungsstand zur Zeitlichkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung vergleichsweise dünn (u.a. Fuchs 2008b, 2020; Ratcliffe et al. 2014, Ratcliffe 2021; Micali 2022). Auf den ersten Blick mag ein solches Forschungsdesiderat merkwürdig erscheinen, da die PTBS explizit im ICD-10 und DSM-5 als eine Störung operationalisiert wird, bei der der Zeitbezug zu einem vergangenen Trauma für die Diagnosestellung erforderlich ist und dieses vergangene Trauma Gegenwarts- und Zukunftserleben massiv beeinträchtigt. Psychiatriehistorisch mag diese Leerstelle darin begründet sein, dass – trotz Fallberichten z.B. zum Shell Shock nach dem 1. Weltkrieg – die Posttraumatische Belastungsstörung erst 1980 im DSM und 1992 im ICD konzeptualisiert wurde (vgl. Berger 2015, 494) und erst mit der Weiterentwicklung der Trauma-Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten (z.B. Van der Kolk 2014, Herman 1992/1997, Sachsse 2018) ein komplexeres Verständnis möglich wurden. Eine PTBS stellt dabei eine gravierende psychische Störung dar, die durch eine extreme lebensbedrohliche Stressbelastung zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität führt und auch neurophysiologische Hirnveränderungen bedingt (Sachsse 2018; Berger 2015, 501) – sie ist nur *eine, aber eine sehr spezifische* pathologische Reaktion auf ein Trauma. Im Gegensatz zur breiteren Begriffsdefinition im psychoanalytischen Diskurs stellen Traumata (z.B. Krieg, Folter oder Vergewaltigung) außergewöhnliche und lebensbedrohliche Ereignisse dar, die mit der Erfahrung von Kontrollverlust und Hilflosigkeit einhergehen (Boll-Klatt & Kohrs 2014, 278).

Das Zeiterleben, von dem Nancy berichtet, kann dabei als charakteristisch betrachtet werden. Die „dunkle Vergangenheit“ ist bei der Patientin nicht vergangen und kann als solches wieder-erinnert werden, sondern sie ist durch eine Operation bei vollem Bewusstsein in ihr Leibgedächtnis eingebrennt (Fuchs 2008b, 2020). Statt eine Erinnerung von vielen zu sein, drängt sich die Vergangenheit in lebhaften inneren Bildern und Szenen (Intrusionen), szenischem Wiedererleben (Flashbacks) sowie belastenden Alpträumen auf. Die Betroffene wird sowohl während der traumatischen Situation als auch in ihrem späteren Alltag von intensiven Affekten wie Ohnmacht, Wut und Angst überflutet. Die Vergangenheit kann von der Patientin nicht in einen kohärenten Zeitfluss eingeordnet und *als Vergangenheit* erlebt werden, sondern sie ist ein unintegrierbarer Fremdkörper, der das Gegenwartserleben genauso bestimmt wie die als bedrohlich erlebte Zukunft. Das als „gefaltete Zeit“ beschriebene Zeiterleben besteht für die Patientin darin, dass die Vergangenheit gegenwärtig ist und „Vergangenheit und Gegenwart miteinander verschmelzen“. Im Gegensatz zur *desynchronisierten Zeit* bei der Depression und fragmentierten Zeit bei der Schizophrenie kann die traumatische Zeit daher als *unintegrierbare Zeit* beschrieben werden. Der traumatisierten Person gelingt es nicht mehr im Einklang mit der eigenen Zeitlichkeit zu leben: Die traumatische Vergangenheit lässt sich nicht abschütteln, sondern bleibt gegenwärtig und kann nicht in den Zeitfluss integriert werden. Das Trauma verliert somit seinen „historischen“, in der Vergangenheit verorteten, Charakter und wirkt sich auf den „gesamten Zeithorizont“ aus (Micali 2022).

In Hinblick auf die einzelnen Zeitdimensionen ließen sich eine *sich-aufdrängende, gegenwärtige Vergangenheit*; ein *unsicheres Gegenwarts-erleben* und eine *verkürzte Zukunftsperspektive* beschreiben.

Sich-aufdrängende, gegenwärtige Vergangenheit

Charakteristisch am Trauma ist, dass es sich nicht aneignen und in einen Sinnzusammenhang einordnen lässt, stattdessen in einer stereotypen Wiederholung die Geschehnisse körpernah wiedererlebt werden (Fuchs 2008b, Kardiner & Spiegel 1947, 128). Immer wieder taucht es vor dem inneren Auge auf oder die Person erlebt, z.B. bei äußeren Signalreizen, die vergangene Situation mit ihrer emotionalen Tönung und ihrer Lebensbedrohung am eigenen Leib wieder und wieder. Das Trauma ist nicht vergangen, sondern es *aktualisiert* sich in der Gegenwart durch das traumatische Leibgedächtnis (Fuchs 2008b, 2020): etwa im Wiedererleben einer widrigen Sinnesemp-

findung, im Durchleben derselben körperlichen Anspannung oder im Vermeiden einer als gefährlich erlebten Situation. Da es sich beim Trauma um ein überaus widriges Lebensereignis handelt, kann es mit Waldenfels (2002) auch als ein *Widerfahrnis* bezeichnet werden: Es ist ein „Pathos“, d. h. ein vorgängiges Ge- und Betroffensein, auf das von der Person zunächst keine Antwort gefunden werden kann. Die Traumatisierung treffe die Person nicht nur „unerwartet und schutzlos“, sondern fessele sie „an eine Vergangenheit“ und nehme ihr „jede Antwort aus dem Mund“ (Waldenfels 2002, 63).⁴

Dass die psychischen Funktionen des Vergessens und Verdrängens nicht nur als Fehlleistungen, sondern auch als sinnhafte psychische Leistung zu verstehen sind, und dass psychische Stabilität eine ausgewogene Balance aus Erinnern und Vergessen erfordert, haben u. a. Nietzsche (1886/1999) und Freud (1917/1970) betont. Patient*innen mit einer PTBS sind mit ihrer Vergangenheit auf komplexe Art verbunden, da das Vergangene nicht einfach in die Erzählung eingebunden oder vergessen werden kann, sondern sie sich sowohl *zu viel* als auch *zu wenig* an das Trauma erinnern (Van der Kolk 2015, 216): Auf der einen Seite zu viel, da sie die szenische Abfolge, den Geschmack oder Geruch der traumatisierenden Situation detailreich wiederrinnern und -erleben. Dadurch sind Traumatisierte kontinuierlich überflutet von widrigen Traumafragmenten, die sie nicht loswerden und vergessen können. Auf der anderen Seite aber auch zu wenig, da es Aussparungen, Erinnerungslücken oder einen vollständigen Erinnerungsverlust hinsichtlich der traumatisierenden Situation gibt, und die Traumatisierten häufig bemüht sind, die Geschehnisse zu rekonstruieren. Es besteht somit eine Hypermnésie für bestimmte situative Details sowie das Nachhallerinnern oder -erleben durch auslösende „Trigger-Reize“ bei gleichzeitiger (Teil-) Amnesie für andere Zeitintervalle.

Eindrucksvoll beschreibt etwa der jüdische Schriftsteller Appelfeld die traumatische Wiedererinnerung an eine Lebensphase, in der er sich als Junge während des zweiten Weltkrieges fünf Jahre lang in den Wäldern der Ukraine verstecken musste:

Seit Ende des Zweiten Weltkriegs sind bereits über fünfzig Jahre vergangen. Vieles habe ich vergessen, vor allem Orte, Daten und die Namen von Menschen, und dennoch spüre ich diese Zeit mit meinem

4 Nach Micali (2022) zielt Derridas Konzept der *différance* auf diesen Unterschied zwischen dem pathischen Ereignis selbst und der verspäteten Antwort des Bewusstseins ab.

ganzen Körper. Immer wenn es regnet, wenn es kalt wird oder stürmt, kehre ich ins Ghetto zurück, ins Lager oder in die Wälder, in denen ich so lange Zeit verbracht habe ... Die Zellen des Körpers erinnern sich anscheinend besser als das Gedächtnis, das doch dafür bestimmt ist. Noch Jahre nach dem Krieg ging ich nicht in der Mitte eines Gehsteigs oder Wegs, sondern immer dicht an der Mauer, immer im Schatten, immer eilig, wie einer der flieht (...) Manchmal reicht der Geruch eines Essens, Feuchtigkeit in den Schuhen oder ein plötzliches Geräusch, um mich mitten in den Krieg zurückzusetzen (...) Der Krieg sitzt mir in allen Gliedern. (Appelfeld 2005)

Appelfeld schildert hier keine intentionale Wiedererinnerung innerhalb einer sinnvoll geordneten autobiographischen Lebensgeschichte, sondern er erlebt das Trauma nach all den Jahren immer wieder wie am „eigenen Leibe“. Der Krieg ist nicht vergangen, sondern er ist ins Leibgedächtnis übergegangen und als solches in der Gegenwart präsent. Mit dem erinnern den Blick auf das Vergangene bleibt jedoch eine Leerstelle in der Biographie und die Erinnerung fragmentarisch. Das Trauma verweigert sich einer kohärenten und logischen Erzählung (vgl. Van der Kolk & Fisler 1995) und reißt ein „Loch in das symbolische Gewebe, aus dem die Geschichte des Subjekts besteht“ (Bernet 2003, 51). Vergangenes kann oft nicht wiedererinnert werden, auch kann es abgeschlossen und vergessen werden. Der Traumatisierte kann das Trauma weder als eine Abfolge von Ereignissen erinnern, noch kann er es vergessen und verdrängen. Die Traumaerfahrung hat nicht die Gestalt einer „Vorstellung des objektiven Bewusstseins“, so Merleau-Ponty (1945/1974, 108), sondern lebt, in einem „Stil des Seins“ fort. Das Trauma bleibt ein Erinnerungs-Abszess wie ihn Sachsse (1998) charakterisiert hat: Als ein „Fremdkörper“ kann er in der Gegenwart nicht als Erinnerung integriert werden, sondern wird als lebendige Vergangenheit in der Gegenwart rigide durchlebt und wiederholt (Breuer & Freud 1895).

Unsicheres Gegenwartserleben

Das Erleben des Traumas und das unintegrierbare Wiedererleben der Traumaerinnerung in der PTBS führen zu gravierenden Veränderungen des körperlichen Sicherheits- und Selbstwirksamkeitserleben. Der traumatisierte Leib reproduziert in der gegenwärtigen Situation das Erleben und Verhalten der traumatischen Erfahrung. Bereits Freud (1920/1975, 213ff) beschrieb mit seinem Konzept des *Wiederholungszwanges* die unbewusste sehr körperliche Wiederholung des Erlebens und Verhaltens einer widrigen Erfahrung.

Innerhalb des neueren psychoanalytischen Diskurses kann der „Wiederholungszwang“ Traumatisierter auf der Ebene der Zwischenleiblichkeit und des horizontalen Unbewussten verortet werden (Gödde & Buchholz 2012; Broschmann & Fuchs 2020): nämlich im distanzierten, ängstlich-angespannten oder kontrollierenden interaktionellen Verhalten Traumatisierter. Traumatisierte Personen sind aufgrund der Unsicherheitserfahrungen häufig nicht oder nur schwer in der Lage, anderen Menschen zu vertrauen, die Gegenwart bewusst zu genießen oder neuen Entwicklungen mit Offenheit und Freude zu begegnen. Das traumatisch gestörte Sicherheitsgefühl (vgl. Jones 2004) und der erlebte Vertrauensverlust führen auch zu einem gestörten Selbsterleben und einem verminderten Erleben von Urheberschaft oder Agency (Van der Kolk 2015, 109). Patient*innen leiden unter dem chronischen leiblichen Unwohlsein „in der eigenen Haut zu stecken“ und dem Zweifel an den eigenen körperlichen Fähigkeiten (vgl. Carels 2013). Das basale Zutrauen in die eigenen seelischen und körperlichen Fähigkeiten ist eingeschränkt und Herausforderungen werden als nicht mehr bewältigbar erlebt. Die äußere Bedrohung kann somit jederzeit wieder so groß sein, dass sie die eigenen Kräfte übersteigt und den Betroffenen überwältigt. Eine traumatische Situation zu erleben, geht in einem fundamentalen Sinne mit einer Veränderung des Grund- und Weltvertrauens der traumatisierten Person einher (Herman 1992/1997, Ratcliffe et al. 2014, Broschmann & Fuchs 2022), das heißt dem präreflexiven Erleben von Geborgenheit, Sicherheit und Zuversicht. Der österreichische Schriftsteller Améry (1977/2014, 62–81) beschreibt in seiner Autobiographie den Verlust des Grundvertrauens durch die Erfahrung von Folter:

Mit dem ersten Schlag aber bricht dieses Weltvertrauen zusammen. Der andere [...] zwingt mir mit dem Schlag seine eigene Körperlichkeit auf. Er ist an mir und vernichtet mich damit [...] Mit dem ersten Schlag der Polizeifaust aber, gegen den es keine Wehr geben kann und den keine helfende Hand parieren wird, endigt ein Teil unseres Lebens und ist niemals wiederzuerwecken [...] Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt.

Améry schildert hier den Zusammenbruch des Weltvertrauens und seines Vertrauens in die eigene Selbstwirksamkeit. Traumatisierte Personen können sich nicht mehr „heimisch“ fühlen in der Welt, da diese ihnen kein sicheres Gefühl mehr vermittelt und die eigenen Kräfte scheinbar nicht ausreichen, das Bedrohliche abzuwenden. Die Gegenwart hat eine andere Tönung:

Die Leichtigkeit der Welterfahrung ist abhandengekommen, stattdessen wird diese als gefährlich und beschwerlich erlebt, weshalb Traumatisierte überaus schreckhaft und wachsam sind, um Schlimmeres abzuwenden. Kontrollverlustängste und das Erleben eigener Ohnmachtsgefühle führen zu einer anspannenden Verteidigungsposition, die Energie und Kraft kosten. Ist der Tag erst überstanden, dann finden Traumatisierte häufig keinen Schlaf, da dieser mit einem zusätzlichen Kontrollverlust einhergeht, und sind nicht selten geplagt von Alpträumen und nächtlichen Angstzuständen. Mangelnde Erholung und tägliches Auf-der-Hut-sein führen schließlich zu chronischer Erschöpfung und begünstigen einen depressiven Antriebsverlust.

Verkürzung der Zukunftsperspektive

Der beschriebene basale Sicherheits- und Vertrauensverlust hat neben einem beeinträchtigten Gegenwartserleben auch Auswirkungen auf die Zukunftsperspektive. Brudszínka (2017) arbeitete in ihrer Analyse der Angsttheorien Freuds die Rolle der unbewussten Fantasie in der traumatischen Erwartungsangst heraus, die nicht selten schon auf früheren ängstigenden Erfahrungen aufbaut. Diese Erwartungsangst färbt auch den Blick auf die Zukunft: Traumatisierte haben nicht mehr das Vertrauen, dass sich in Zukunft „schon wieder alles einrenken“ wird. Der Blick in die Zukunft ist bedrohlich und wenig vertrauenserweckend, es besteht das Erleben einer überwältigenden Hilflosigkeit (vgl. Herman 1992/1997, Micali 2022). Von der Zukunft ist nur noch Schlechtes zu erwarten und Traumatisierte erleben sich selbst nicht als fähig, mit den eigenen körperlichen und seelischen Kräften angemessen auf die als bedrohlich erlebten Herausforderungen zu reagieren. Betroffene erleben die eigene Zukunftsperspektive daher als verkürzt (Ratcliffe et al. 2014) und haben ein eingeschränktes Selbstwirksamkeitserleben in der Zukunft. Die Zukunft erscheint ihnen überwiegend als negativ: z.B., dass sie früh sterben oder keine Familie haben werden; oder dass ihnen schlechte Erlebnisse bevorstünden (vgl. Istanbul Protocol 1999, 44). Auch traumatisierte Patient*innen mit schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen und dem Erleben eines inadäquaten Ausschlagens eines Defibrillators antizipieren die permanente körperliche Bedrohung als etwas, das im Sinne eines Flash-Forward-Phänomens vor ihnen liegt und das sich szenisch vor dem inneren Auge abspielt (Vilchinsky et al. 2017). Da die Zukunft nicht als Möglichkeit zur Entwicklung erlebt wird, erleben Traumatisierte nicht selten, dass ein Teil der Lebensgeschichte zu einem Ende gekommen ist und es niemals mehr so werden wird wie vor dem Widerfahrnis des lebensbedrohli-

chen Traumas (Freemann 2000, 90). Ähnlich formulierte der Entwicklungspsychologe Pierre Janet (1911/1983), dass durch die Traumatisierung die „Persönlichkeit zum Stillstand“ komme. Auch wenn diese Einschätzung so verallgemeinernd vielleicht nicht zutreffend sein mag, so scheinen sich doch in der Beschreibung des Stockens und Stillstehens der Lebensgeschichte durch die Traumatisierung wichtige Aspekte für das Verhältnis von Zeitlichkeit und gutem Leben abzubilden.

Schlussfolgerung: Traumaerfahrung und gutes Leben

Die bisherigen psychopathologischen Untersuchungen und Schilderungen haben offengelegt, dass die PTBS mit gravierenden Störungen der Zeitlichkeit einhergeht. Dieses Zeiterleben wurde im Gegensatz zur desynchronisierten Zeit bei der melancholischen Depression und zur fragmentierten Zeit bei der Schizophrenie als *unintegrierbare Zeit* beschrieben.

Für die Diskussion um das gute Leben bedeutet dies, dass für traumatisierte Patient*innen ein gutes Leben zu führen zunächst heißt, *wieder ein normales Leben* zu leben. Damit ist erst einmal keine Durchschnitts- oder Idealnorm gemeint, sondern eine individuelle Normalität des Gewohnten (Goldstein 1934/2014, 334ff): Aus der Warte der Betroffenen bedeutet *normal*, der Wunsch ein Leben wie *vor dem Trauma zu führen*, in dem der Alltag nicht bedrohlich ist und nicht jedem fremden Menschen und sich selbst misstraut werden muss. Eine solche Normalität wird jedoch nicht wie vorher sein (Canguilhem 1943/2012; Waldenfels 1998/2008, 9ff): sondern sie muss das Fremde des Traumas als pathische und pathologische Erfahrung integrieren. Aus der Sicht der Patient*innen bedeutet „*Normalität*“ vor dem Hintergrund der gemachten Traumaerfahrung wieder selbst Akteur der eigenen Zeit zu sein und diese nicht als ein unintegrierbares Widerfahrnis zu erleben. Um also das eigene Leben aus einer übergeordneten exzentrischen Position (Plessner 1965) als gut beurteilen zu können und zu entscheiden, wie man selbst leben möchte, muss die *Zeit integrierbar* bleiben. Unfreiheit in der Zeit entsteht aber dort, wo ich die Vergangenheit nicht in die eigene Lebensgeschichte einordnen oder vergessen kann, sondern sie stets in der Gegenwart virulent bleibt, ohne die Möglichkeit diese zu regulieren. Im dynamischen gleichursprünglichen Gleichgewicht der Zeitdimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ist es die traumatische Vergangenheit, die *auf alle Zeitdimensionen* Einfluss nimmt: das Leben wird somit weniger durch die Person, sondern durch das Trauma bestimmt. Ein Leben, das unter

dem Einfluss eines unverarbeiteten Traumas steht, wird von Patient*innen als ein unfreies Leben mit wenig Lebensqualität wahrgenommen, da diese nicht über die eigene Zeit frei verfügen können. Traumatisierte können sich somit nicht im Einklang mit dem eigenen Leben befinden, da das Trauma die zeitliche Kohärenzerfahrung zunichtemacht. Um ein gutes Leben führen zu können, ist daher das präreflexive Wissen von Bedeutung, dass ich über die eigene Lebenszeit frei verfügen kann und diese in das zeitliche Gewebe meiner biographischen Erfahrungen integrieren kann. Das Wissen in die Integrierbarkeit und Gestaltbarkeit der Zeit in meine biographische Geschichte stellt somit eine notwendige Voraussetzung für ein gutes Leben dar.

Insgesamt wurde deutlich, dass die PTBS in den „Kanon“ der Psychopathologie der Zeitlichkeit aufgenommen werden sollte, da das geschilderte Zeiterleben gegenüber anderen psychischen Störungen in keiner Weise als weniger beeinträchtigend erlebt wird. Mehr noch ist es, aufgrund der zum Teil eindrücklichen Berichte, verwunderlich, dass es sich hier nach wie vor um ein Desiderat der psychopathologischen Forschung handelt. Das Trauma stellt im metaphorischen Sinne ein „Gefängnis“ für die personale Selbstbestimmung in der Zeit dar; es verhindert das Führen eines guten Lebens durch eine unintegrierbare und sich aufdrängende Vergangenheit, die auf alle Zeitdimensionen Einfluss nimmt. Ein posttraumatisches Wachstum (Tedeschi & Calhoun 1995) wie es in der Folge der positiven Psychologie diskutiert wird, ist dagegen nur möglich, wenn es den Patient*innen auch gelingt sich aus diesem „Gefängnis“ zu befreien. Erst eine oft langwierige Trauma-Psychotherapie kann helfen, das Trauma in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren und die Vergangenheit hinter zu sich lassen und wieder mehr Freiheit im Erleben und Gestalten von Zeit zu entwickeln. Der Patientin Nancy gelang eine solcher Verarbeitung mithilfe ihres Therapeuten:

Die Stunde, die ich jede Woche bei ihm verbrachte, wurde für mich zu einer Zuflucht, einer Zeit, in der ich mich der Entschlüsselung des Geheimnisses, wie ich so sehr geschädigt worden war, widmen konnte, und wo ich anschließend das Gefühl, ein Ganzes zu sein, wiederherstellen konnte [...] Diese Stärkung [...] verbannte meine Erinnerungen in die ferne Vergangenheit und ermöglichte der Gegenwart und Zukunft wieder aufzutauchen und den ihnen gebührenden Platz einzunehmen. (Van der Kolk 2015, 240)

Oft kann erst eine Traumatherapie (Van der Kolk 2014; Sachsse 2018) den Traumatisierten wieder mehr Freiheitsgrade ermöglichen, indem es nach

und nach gelingt, die traumatische Situation in die Erzählung der Person einzubinden und ihr den sich aktualisierenden, verkörperten Schrecken zu nehmen. Dies ermöglicht den Betroffenen wieder eine freiere Lebensgestaltung, die die Voraussetzung dafür zu sein scheint, ein gutes Leben führen zu können. In seinem Gedicht „Vielleicht“ fasst der Lyriker Erich Fried (1983) diesen Verarbeitungsprozess in einem Paradox zusammen: „Erinnern, das ist vielleicht die qualvollste Art des Vergessens und vielleicht die freundlichste Art der Linderung dieser Qual.“ Manchmal kann also ein gutes Leben auch nur darin bestehen, die Dämonen der Vergangenheit ein Stück weit zu vergessen und sein Leben damit wieder aktiver selbst gestalten zu können.

Literatur

- Aho, Kevin. 2020. „Temporal experience in anxiety: embodiment, selfhood, and the collapse of meaning.“ *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19: 259–270.
- Appelfeld, Aharon. 2005. *Geschichte eines Lebens*. Reinbek: Rowohlt.
- Aristoteles. 2008. *Nikomachische Ethik* (Übers. v. U. Wolf, 2. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Augustinus. 2004. *Bekenntnisse* (Hrsg. v. E. L. Grasmück, Übers. v. J. Bernhart). Frankfurt: Insel.
- Bech, Per. 1975. „Depression: Influence on time estimation and time experience.“ *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 51(1): 42–50.
- Berger, Matthias. 2015. *Psychische Erkrankungen*. 5. Aufl. München: Elsevier.
- Bergson, Henri. 1889/2006. *Zeit und Freiheit*. 3. Aufl. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Bergson, Henri. 1907/1927. *Schöpferische Entwicklung*. Zürich: Coron.
- Bernet, Rudolf. 2003. „Symptome als Sprache unmäßigen Leidens“. In *Das Maß des Leidens. Klinische und theoretische Aspekte seelischen Krankseins*, hrsg. von Martin Heinze, Christian Kupke und Christoph Kurth, 45–58. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Bieri, Peter. 2009. *Das Handwerk der Freiheit*. Frankfurt: Fischer.
- Binswanger, Ludwig. 1960. *Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien*. Pfullingen: Neske.
- Blankenburg, Wolfgang. 1971. *Der Verlust der natürlichen selbstverständlichkeit: ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke.
- Blankenburg, Wolfgang. 2017. „Ansätze zu einer Psychopathologie der Freiheit“. In *Psychopathologie des Könnens. Wolfgang Blankenburg Ausgewählt Aufsätze Band II*, hrsg. von Martin Heinze und Julian Schwartz. Berlin: Parodos.

- Boll-Klatt, Annegret und Matthias Kohrs. 2014. *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Breuer, Josef und Sigmund Freud. 1895/1999. „Studien über Hysterie.“ In *Sigmund Freud – GW I*. 75–312 Frankfurt: Fischer.
- Broschmann, Daniel. 2018. *Der unüberquerbare Rubikon. Eine phänomenologische Psychopathologie der Willensstörungen*. Freiburg: Alber.
- Broschmann, Daniel und Thomas Fuchs. 2020. „Zwischenleiblichkeit in der psychodynamischen Psychotherapie“. In *Forum der Psychoanalyse*, 36 (4): 459–475. Heidelberg: Springer.
- Broschmann, Daniel und Thomas Fuchs. 2022. „Vertrauen und Vertrauensstörungen“. *Psychodynamische Psychotherapie*, 21(4), 369–382.
- Broschmann, Daniel und Christoph Herrmann-Lingen. 2023. „Myokardinfarkt als Lebenschance“. *Ethik in der Medizin*, 35(1), 57–75.
- Brudzinska, Jagna. 2017. „Angst und Individuation“. In *Angst*, hrsg. von Stefano Micali und Thomas Fuchs. 156–176. Freiburg: Alber.
- Bschor, Tom et al. 2004. „Time experience and time judgment in major depression, mania and healthy subjects. A controlled study of 93 subjects“. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3): 222–229.
- Camus, Albert (2013). *Der Fremde*. Reinbek: Rowohlt.
- Canguilhem, Georges (1943/2012). *Das Normale und das Pathologische*. Berlin: August Verlag.
- Carel, Havi. 2013. „Bodily doubt“. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7–8), 178–197.
- Freeman, Mark. 2000. „When the story’s over: narrative foreclosure and the possibility of self-renewal“. In *Lines of Narrative: Psychosocial Perspectives*, hrsg. von Molly Andrews, Shelley D. Sclater, Corinne Squire und Amal Treacher, 81–91. London: Routledge.
- Freud Sigmund. 1917/1970. „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse 1916–1917.“ In *Studienausgabe, Bd. 1*. Frankfurt: Fischer.
- Freud Sigmund. 1920/1975. „Jenseits des Lustprinzips.“ In *Studienausgabe, Bd. 3*. Frankfurt: Fischer.
- Fried, Erich. 1983. *Es ist was es ist: Liebesgedichte, Angstgedichte, Zorngedichte*. Berlin:Wagenbach.
- Fuchs, Thomas. 1999. „Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time“. *Psychopathology* 32: 60–69
- Fuchs, Thomas. 2005. „Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia“. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12(2): 95–107.

- Fuchs, Thomas. 2008a. „Was heißt ‚sich entscheiden‘? Die Phänomenologie von Entscheidungsprozessen und die Debatte um die Willensfreiheit“. In *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*, hrsg. von Thomas. Fuchs, 328–351. Kusterdringen: Graue Edition.
- Fuchs, Thomas. 2008b. Zur Phänomenologie des Schmerzgedächtnisses. *Sinn und Form*, 60(3): 319.
- Fuchs, Thomas. 2013. „Temporality and Psychopathology“. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12(1): 75–104.
- Fuchs, Thomas. 2020. „Time, the Body, and the Other in Phenomenology and Psychopathology“. In *Time and Body: Phenomenological and Psychopathological Approaches*, hrsg. von Christian Tewes und Giovanni Stanghellini, 12–40.
- Fuchs, Thomas und Zeno Van Duppen. 2017. „Time and events: on the phenomenology of temporal experience in schizophrenia (ancillary article to EAWE domain 2)“. *Psychopathology*, 50(1): 68–74.
- Goldstein, Kurt. 1934/2014. *Der Aufbau des Organismus*. Paderborn: Fink.
- Gödde, Günther und Michael Buchholz. 2012. *Unbewusstes*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heidegger, Martin. 1987/2006. *Zollikoner Seminare*, 3. Aufl. Frankfurt: Klostermann.
- Heidegger, Martin. 1927/2006. *Sein und Zeit*, 19. Aufl. Tübingen: Niemeyer.
- Herman, Judith. 1992/1997. *Trauma and Recovery*, 2. Aufl. New York: Basic Books.
- Husserl, Edmund. 1928/1969. „Zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins“. In *Husserliana, Bd. X*, hrsg. von Rudolf Boehm. Den Haag: Nijhoff.
- Istanbul Protocol. 1999. *Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Genf: United Nations.
- Janet, Pierre. 1911/1983. *L'état mental des hystériques*, 2. Aufl. Paris: Alcan, Paris./Marseille: Lafitte Reprints.
- Jaspers, Karl. 1913/1946. *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen*, 4. Aufl. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Jones, Karen. 2004. „Trust and terror“. In *Moral Psychology: Feminist Ethics and Social Theory*, hrsg. von Peggy Des Autels & Margaret U. Walker, 3–18. Lanham: Rowman & Littlefield
- Juckel, Georg, Paraskevi Mavrogiorgou P und Holmer Steinfath. 2021. „Störungen der Erfahrung von Zeit bei psychischen Erkrankungen“. *Der Nervenarzt*. Heidelberg, Berlin: Springer, 1–9.
- Kant, Immanuel. 1791/2006. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hamburg: Meiner.
- Kardiner, Abram und Herbert Spiegel. 1947. *War, Stress, and Neurotic Illness*. New York: Hoeber.

- Keil, Geert. 2017. *Willensfreiheit*. Berlin: de Gruyter.
- Kemp, Ryan. 2009. „The temporal dimension of addiction“. *Journal of Phenomenological Psychology*, 40: 1–18
- Kerkhoff, Manfred. 1973. „Zum antiken Begriff des Kairós“. *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 27(2): 256–274.
- Kipke, Roland. 2006. „Was ist Lebensqualität in der Medizin? Zur Klärung ihres Verhältnisses zu Gesundheit und gutem Leben“. In *Lebensqualität in der Medizin*, hrsg. von Lázló Kovács, Roland Kipke und Ralf Lutz, 63–74. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kitamura, Toshinori und Rajjndar Kumar. 1982. „Time passes slowly for patients with depressive state“. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 65(6): 415–420.
- Kupke, Christian. 2009. *Der Begriff Zeit in der Psychopathologie*. Berlin: Parados.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1945/1974. *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Micali, Stefano. 2012. „Nichts passiert. Phänomenologie der Melancholie“. In *Investigating Subjectivity*, hrsg. von Gert-Jan van der Heiden, Karel Novotny und Laszlo Tengelyi, 235–251. Leiden: Brill.
- Micali, Stefano. 2022. „Being Acted Upon by a Traumatic Event: A Phenomenological Description of Altered Temporality“. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 53(2): 210–224.
- Minkowski, Eugène. 1933/ 1971a. *Die gelebte Zeit: Über den zeitlichen Aspekt des Lebens* (Bd. 1). Salzburg: Müller.
- Minkowski, Eugène. 1933/ 1971b. *Die gelebte Zeit: Über den zeitlichen Aspekt psychopathologischer Phänomene* (Bd. 2). Müller, Salzburg.
- Moore, George Edward. 1903. *Principia Ethica*. Cambridge: University Press.
- Moskalewicz, Marcin und Michael A. Schwartz. 2020. „Temporal experience as a core quality in mental disorders“. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 19(2): 207–216.
- Nietzsche, Friedrich. 1886. „Jenseits von Gut und Böse.“ In *Kritische Studienausgabe, Bd. V*. München: DTV.
- Platon. 1973. „Gorgias.“ In *Werke in acht Bänden, gr. – dt., Band II*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Plessner, Hellmuth. 1965. *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin: de Gruyter.
- Ratcliffe, Matthew. 2015. *Experiences of Depression*. Oxford: University Press.
- Ratcliffe, Matthew. 2021. „Trauma, language, and trust“. In *Empathy, Intersubjectivity, and the Social World: The Continued Relevance of Phenomenology*, hrsg. von Anna Bortolan und Elisa Magri. Berlin: De Gruyter.

- Ratcliffe, Matthew, Mark Ruddell und Benedict Smith. 2014. „What is a ‚sense of foreshortened future?‘ A phenomenological study of trauma, trust, and time“. *Frontiers in psychology*, 10:26.
- Ross, William David. 1930/1988. *The Right and the Good*. Indianapolis: Hackett.
- Sachsse, Ulrich. 1998. „Traumaexposition zur Traumasynthese: Traumasynthese durch Traumaexposition“. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 2(2): 72–76.
- Sachsse, Ulrich. 2018. *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Sartre, Jean-Paul. 1943/2009. *Das Sein und das Nichts*. Reinbek: Rowohlt.
- Sass, Louis A. und Josef Parnas. 2003. „Schizophrenia, consciousness, and the self“. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3): 427–444.
- Sass, Louis und Elizabeth Pienkos. 2013. „Varieties of self-experience: A comparative phenomenology of melancholia, mania, and schizophrenia, Part I“. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7–8): 103–130.
- Seebaß, Gottfried. 2007. *Willensfreiheit und Determinismus: Die Bedeutung des Willensfreiheitsproblems*. Berlin: Akademie Verlag.
- Stanghellini, Giovanni. 2004. *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*. Oxford: University Press.
- Stanghellini, Giovanni et al. 2016. „Psychopathology of lived time: abnormal time experience in persons with schizophrenia.“ *Schizophrenia bulletin*, 42(1): 45–55.
- Stanghellini, Giovanni et al. 2017. „Abnormal time experiences in major depression: an empirical qualitative study“. *Psychopathology*, 50(2): 125–140.
- Steinfath, Holmer. 1998. „Selbstbejahung, Selbstreflexion und Sinnbedürfnis“. In *Was ist ein gutes Leben?*, hrsg. von Holmer Steinfath, 73–93. Frankfurt: Suhrkamp.
- Steinfath, Holmer. 2020. „Zeit und gutes Leben“. *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 7: 493–513
- Straus, Erwin. 1928/ 1963. „Das Zeiterleben in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung“. In *Die Wahnwelten. Endogene Psychosen*, hrsg. von Erwin Straus & Jörg Zutt, 337–351. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Tedeschi Richard und Lawrence G. Calhoun. 1995. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Newbury Park: Sage.
- Tellenbach, Hubertus. 1961/ 1976. *Melancholie*, 3. Aufl.. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Theunissen, Michael. 1991/ 2002. *Negative Theologie der Zeit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Thoma, Samuel. 2022. *Im Offenen. Henri Maldineys Philosophie der Psychosen*. Wien: Turia + Kant.

- Van der Kolk, Bessel. 2015. *Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: Probst.
- Van der Kolk, Bessel und Rita Fisler. 1995. „Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study“. *Journal of traumatic stress*, 8(4): 505–525.
- Vilchinsky, Noa et al. 2017. „Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD): a systematic review“. *Clinical Psychology Review*, 55: 92–106.
- Vogel, David H. et al. 2018. „Disturbed experience of time in depression—evidence from content analysis“. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 66.
- Vogel, David H. et al. 2019. „Disturbed time experience during and after psychosis“. *Schizophrenia research: cognition*, 17: 100136.
- Vogeley, Kai und Christian Kupke. 2007. „Disturbances of time consciousness from a phenomenological and a neuroscientific perspective“. *Schizophrenia bulletin*, 33(1): 157–165.
- von Gebattel, Viktor Emil. 1939/1963. „Die Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen“. In *Die Wahnwelten. Endogene Psychosen*, hrsg. von Erwin Straus und Jörg Zutt, 352–369. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Waldenfels, Bernhard. 1998/2008. *Grenzen der Normalisierung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Waldenfels, Bernhard. 2002. *Bruchlinien der Erfahrung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Williams, Bernard. 1985. *Ethics and the Limits of Philosophy*. London: Fontana.
- Wolf, Ursula. 1998. „Zur Struktur der Frage nach dem guten Leben“. In *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*, hrsg. von Holmer Steinfath, 32–46. Frankfurt: Suhrkamp.

