

„Oh dann, dann bin ich wohl das Problem.“

(Selbst-)Pathologisierung im psychotherapeutischen Prozess

Sarah Mönkeberg

Beitrag zur Ad-Hoc-Gruppe »(Ent)Polarisierende Psychotherapie? Soziologie und Psychotherapie in gesellschaftlichen Krisenzeiten«

Einleitung: (Selbst-)Pathologisierung als soziologisches und psychotherapeutisches Phänomen

Die Soziologie unterhält ein eher kritisches Verhältnis zur Psychotherapie und verwandten Formen der Individualbehandlung und -beratung. Am Evidentesten zeigt sich dies in der Psychiatriekritik der 1960er und 70er Jahre, die gegenwärtig im soziologischen, erziehungswissenschaftlichen, aber auch im psychiatrischen Diskurs selbst wieder verstärkt aufgegriffen wird (s. Dellwing und Harbusch 2019). Im Zentrum dieser Kritik stehen nicht nur Prozesse der gesellschaftlichen Medikalisierung und die Annahme einer fortschreitenden Naturalisierung psychischer Erkrankungen auf der Basis von biologisch-naturwissenschaftlichem Wissen. Die „Psychiatisierung des Alltags“ (Castel et al. 1982) und zunehmende „Krankheitstreiberei“ (Dellwing und Harbusch 2013) gelten außerdem als Faktoren einer voranschreitenden (Selbst-)Pathologisierung von Gesellschaft und Individuum. Dadurch werde die Komplexität sozialer Prozesse und Konflikte vereinfacht und immer weniger politisch, sondern am (pathologisierten und zu optimierenden) Individuum bearbeitet (s. dazu auch Anhorn und Balzereit 2016). Eine ähnlich konnotierte Diagnose findet sich im weiteren kultur- und wissenssoziologischen Diskurs, insbesondere in Studien, die in der Tradition Michel Foucaults stehen (s. grundsätzlich Bröckling et al. 2000).

Diese Kritik scheint durchaus berechtigt zu sein. Die genannten Ansätze verbindet aber nicht nur eine vorwiegend sozialkonstruktivistische Perspektive auf gesellschaftliche Wirklichkeiten und ein entsprechendes Subjektverständnis miteinander, sondern auch ihre diskurs- und begriffsanalytische Methodik. Dadurch verbleibt die soziologische Analyse des psychiatrischen und psychotherapeutischen Wissens in der Regel auf der Ebene der Diagnostik. Anlässe und Praxen von Psychotherapie und verwandten Formen der Individualberatung geraten nicht in den Blick. Vor diesem Hintergrund legt der folgende Beitrag dar, wie eine empirische Untersuchung von Prozessen und Verfahrensweisen der Psychotherapie dabei helfen kann, einen Dialog zwischen der soziologischen Disziplin und der psychotherapeutischen Profession anzuregen, der diesseits der Kritik liegt. Eine phänomenologische Revision des Wissens der Psychotherapie offenbart, dass Prozesse der (Selbst-)Pathologisierung nicht nur ein gesellschaftliches Problem darstellen. Der (Selbst-)Pathologisierung kommt auch eine Schlüsselrolle im

psychotherapeutischen Prozess zu. Betrachtet man diese genauer, zeigt sich, dass in der Therapeutisierung der Gesellschaft mehr liegt als eine Modeerscheinung oder ein Optimierungsprogramm.

Im Folgenden werden zunächst die Datengrundlage und die Methodik der zugrundeliegenden Studie vorgestellt. Anschließend zeigt eine Auswahl empirischer Befunde, dass die (Selbst-)Pathologisierung anhand von Krankheitsdiagnosen lediglich einen, wenn auch notwendigen Schritt innerhalb einer Psychotherapie bildet, der vielschichtig und voraussetzungsvoll ist. Vor diesem Hintergrund wird abschließend der Soziologie der Vorschlag unterbreitet, Prozesse und Verfahrensweisen anstelle von Diagnosen in den Blick zu nehmen, wenn sie sich mit dem Themenfeld der Therapeutisierung der Gesellschaft auseinandersetzt.

Eine phänomenologische Revision des Wissens der Psychotherapie: Datengrundlage und Methodik

Mit den folgenden Überlegungen schließe ich an empirische Ergebnisse aus einer von mir durchgeführten qualitativen Studie zu Therapie- und Beratungsprozessen in den Untersuchungsfeldern Psychotherapie, Coaching und Seelsorge an (s. Mönkeberg 2019). Für dieses Themenfeld liegt mittlerweile eine Vielzahl soziologischer Studien vor, wobei sozialkonstruktivistische Ansätze und eine diskursanalytische Methodik dominieren. Konkrete Anlässe, Praxen und therapeutische Prozesse stehen selten im Fokus. Aufgrund ihrer Methodik setzen soziologische Studien im Themenfeld in der Regel bereits an Krankheits- und Störungsdiagnosen an und beziehen sich damit auf die Ebene des Wissens, das in Therapie und Beratung eingesetzt wird, nicht aber auf den Grund dieses Einsatzes (s. dazu weiterführend Mönkeberg 2019, S. 11ff.).

Ziel meiner Studie war es, herauszufinden, warum Menschen diese Angebote in Anspruch nehmen und was in den verschiedenen Settings passiert. Das Forschungsinteresse bestand folglich darin, zu eruieren hinsichtlich welcher Problemlagen das Wissen von Psychotherapie und weiteren Formen der Individualberatung eingesetzt wird und auf was dieses Wissen antwortet. Anders ausgedrückt sollte die Analyse vor der Diagnostik und damit, auch und insbesondere hinsichtlich des psychotherapeutischen Feldes, vor Vorgängen der Psychologisierung ansetzen. Es wurden 32 teilnarrative Interviews mit Expert:innen und Klient:innen in den drei Untersuchungsfeldern durchgeführt und die feldspezifische Fachliteratur analysiert.

Tabelle 1: Sampleübersicht

Untersuchungsfeld	Expert:innen	Klient:innen	Gesamt: 32
Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische und dynamische Verfahren; Psychoanalyse)	7 (5w, 2m)	3 (2w, 1m)	10
Coaching	7 (4w, 3m)	3 (1w, 2m)	10
Seelsorge	8 (2w, 5m)	4 (2w, 2m)	12

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte in Anlehnung an die Rekonstruktive Sozialforschung und die Dokumentarische Methode nach Ralf Bohnsack (s. dazu Bohnsack 2003a, 2003b), und geschlossen

habe ich vor allem abduktiv (s. dazu Reichertz 1993, 2007). Insgesamt konnte so eine „phänomenologische Revision“ (Schmitz 1965, S. 135ff., 2002) des Wissens von Therapie und Beratung durchgeführt werden. Die Forschungsfrage, die ich für die Leitfadententwicklung ans psychotherapeutische Feld gestellt hatte, war, warum jemand eine Psychotherapie beginnt und welche Konsequenzen dies hat, vor allem hinsichtlich der personalen Identität und der Selbstverortung und -beschreibung einer Person. Die Fragen, mit denen ich das Material schließlich ausgedeutet habe, waren darauf aufbauend folgende: Wie, warum und wann begreifen sich Menschen als ein Problem, das mittels Beratung und Psychotherapie bearbeitet werden kann? Wie, warum und wann werden Ursachen eines problematischen Zustandes an der Psyche situiert? Was ist da eigentlich problematisch und warum?

In mehreren analytischen Schritten wurde das generalisierte und theoretisch-reflexive Wissen der Psychotherapie gesammelt, sortiert und schließlich eingeklammert, um zu sehen, was damit erklärt und begriffen wird (konjunktives und implizites Wissen) (s. zu diesem Vorgehen weiterführend Bohnsack 2003a, S. 57ff., 2003b, S. 563). In einem ersten Auswertungsschritt folgte ich dazu vor allem den Aussagen der Psychotherapeut:innen. Diese nennen ‚individuelle‘ und ‚psychische‘ Probleme, psychische Erkrankungen und Störungen und dabei insbesondere Depressionen und Angststörungen als Gründe einer Inanspruchnahme von Psychotherapie. Außerdem verweisen sie auf den Leidensdruck ihrer Patient:innen. Hinzuzufügen ist, dass sich die von den interviewten Psychotherapeut:innen genannten Störungen insgesamt auf das beziehen, was man früher unter der Unterscheidung von Neurose und Psychose gefasst hat (s. dazu weiterführend auch Mönkeberg 2019, S. 40f.). Die Psychotherapeut:innen sprechen hier auch von den ‚normalen psychischen Störungen‘, deren Behandlung ihre Aufgabe sei; alles Andere und Psychotische gehöre in den Bereich der Psychiatrie. Ein entscheidender Gradmesser dabei ist die Krankheitseinsicht der Klientel. Diese sei, anders als bei der klassischen Psychose, bei neurotischen Erkrankungen gegeben und sie gilt den interviewten Expert:innen als entscheidende Voraussetzung von Therapierbarkeit überhaupt. Die empirischen Ergebnisse meiner Studie beziehen sich dementsprechend auf diesen ‚Störungsbereich‘, wobei das Forschungsinteresse aber ja eben auch darin bestand, herauszufinden, wie Menschen zur (Krankheits-)Einsicht gelangen, dass eine Psychotherapie nötig ist und ihnen helfen kann.

Im zweiten Auswertungsschritt wurde das im ersten Auswertungsschritt gesammelte Wissen eingeklammert, und auf Basis dieser Einklammerung hat sich schließlich ein Vokabular der Bewegung gezeigt, welches die Beschreibung von Anlässen und Verfahrensweisen der Psychotherapie in den geführten Interviews auf einer impliziten Ebene kennzeichnet. Implizit bedeutet hierbei, dass dieses Wissen und entsprechendes Vokabular nicht reflexiv gehandhabt, vorgefiltert und geäußert werden, sondern, dass es quasi im Hintergrund läuft. Die folgende Zusammenstellung von Interviewziten kann dabei helfen, diesen Aspekt zu verdeutlichen. Zur Veranschaulichung habe ich das von mir identifizierte Bewegungsvokabular kursiv gesetzt:

- „Und er *kommt* dann quasi, also wenn er nicht mehr weiß, wie es *weitergehen* soll“;
- „Jetzt *komm* ich alleine nicht mehr klar“;
- „wenn Sachen, die jahrelang *nicht gegangen sind, wieder gehen*“;
- „Die können mit Gefühlen überhaupt nicht *umgehen*“;
- „ich sag' wir müssen an das und das *drangehen*“;
- „irgendwann ist das dann auch wieder [...] *behoben* und dann kann's auch *weitergehen*“;
- „die vermeiden das natürlich auf andere *zuzugehen*“;
- „Wofür will ich *gehen*?“;
- „diese Angst [...] wird *weggehen*“;

„dass sie neue *Wege finden* um mit dieser eigentlichen *Blockade* besser *umgehen* zu können“;

„Und ich weiß auch *nicht mehr weiter*.“

Dass die Aufnahme einer Psychotherapie etwas mit einer Unfähigkeit, sich zu bewegen, zu tun hat, zeigt sich sehr deutlich an der erstgenannten Interviewsequenz: „Und er *kommt* dann quasi, also wenn er nicht mehr weiß, wie es *weitergehen* soll“. Weitere Sequenzen beinhalten Verben wie ‚gehen‘, ‚umgehen‘ oder auch ‚(klar-)kommen‘, stehen etymologisch mit dem Wort Bewegung in Verbindung, bezeichnen Synonyme, oder sie beziehen sich ganz konkret darauf, dass der eigene Körper nicht so bewegt werden kann, wie eine Person es will.

Der psychotherapeutische Prozess: Befunde

Das zentrale Ergebnis der phänomenologischen Revision des Wissens im Untersuchungsfeld der Psychotherapie ist, dass dieses Angebot in Anspruch genommen wird, ‚wenn es nicht weitergeht‘; einer Psychotherapie wird die Aufgabe zugeschrieben, diese Situation zu lösen. Für alle drei Untersuchungsfelder ließen sich im Verlauf der Datenauswertung je typische ‚Erfahrungen des Nichtweitergehens‘ und ‚Situationen der Ausweglosigkeit‘ identifizieren. Diese Ausweglosigkeit kann auf der inhaltlichen und thematischen Ebene sehr Unterschiedliches bedeuten und verschiedene Lebensbereiche betreffen. Charakteristisch sind aber folgende drei Aspekte: *Erstens* erleben Betroffene diese Zustände und Situationen in Form einer leiblichen Bedrängnis und *zweitens* sind sie durch eine gewisse Sinnlosigkeit gekennzeichnet. Diese Sinnlosigkeit bedeutet konkret, dass Betroffene oftmals nicht verstehen, woran sie leiden und sie erleben diesen Zustand als sozial isolierend und abweichend, was oft auch mit einer großen Scham verbunden ist. Zum anderen erleben sie ihn aber auch als ‚ich-diston‘, wie es ein interviewter Therapeut ausdrückt, das heißt nicht als Teil ihres Selbst, sondern hier drängt sich etwas auf, das neuartig und fremd ist. *Drittens* ist ein Merkmal das Ausschließen von Kontingenz: Menschen, die eine Psychotherapie beginnen, befinden sich im Vorfeld in einer leiblichen Bedrängnis und ‚verschrauben‘ sich – um einen Ausdruck von Ludwig Binswanger zu variieren (s. dazu Binswanger 1992) – im Vorfeld einer Therapie regelrecht in eine ausweglose Lage. Das Selbst entkoppelt sich aus sozial ‚gängigen‘ Sinnbezügen bis in diesem Vorgang schließlich eine Welteinstellung dominant wird, welche die Möglichkeit von Gefahr und Katastrophe akzentuiert. Der Fall von Ruben, einem Interviewpartner der unter Zwängen leidet und zum Interviewzeitpunkt eine Psychotherapie in Anspruch nimmt, verdeutlicht dies:

„Alles Unbekannte, alles was einem suspekt erschien in seinem eigenen Kosmos, das war letztlich irgendwie gefährlich. Man hat Unsicherheit rauszugehen, wenn man nichts mehr anfassen will, ist es schwierig sich irgendwie nur aus der Haustür zu bewegen [...]. Weil die, also die Unsicherheit gibt es, weil es natürlich so eine Überzeugung gibt, von wegen der steckt mich mit der Krankheit [...]. Und das ist natürlich wie so ein Schutz, wenn man zu Hause ist, ne. Das kennt man, da kann man sich hermetisch abriegeln irgendwie, also vermeintlich ähm. Und das Draußen ist alles eben ja ungewiss, man kann ja die Umwelt nicht stören äh nicht, nicht äh steuern“.

In diesem Fall ist der auslösende Faktor für die Entscheidung zur Psychotherapie die extreme Einschränkung des Bewegungsradius‘ auf die vermeintlich kontrollierbare Umgebung der eigenen Wohnung. Diese Ausweglosigkeit erweist sich als Folge einer Fixierung auf den eigenen Körper und ein entsprechend imaginiertes Ich, das als verletzliches und zu beschützendes Gut erscheint. Ein solcher Zusammenhang zeigt sich insgesamt im Datenmaterial. Dabei hat die Analyse des Interviewmaterials

ergeben, dass die Ausweglosigkeit am Grund der Psychotherapie Folge eines Unvermögens oder auch eines Mangels an *Mit-teilung* ist. Hier gilt: Je ichfixierter und isolierender dieser Zustand und das eigene Erleben sind, desto eher suchen Betroffene den Grund bei sich selbst und an der Psyche. Nach der Fixierung auf den eigenen Körper ist die psychologische Einsicht „Oh dann, dann bin ich wohl das Problem“ die Möglichkeit, die übrigbleibt, um diese Situation durch eine Psychotherapie lösen zu wollen.

Daran anschließend erweist sich der psychotherapeutische Prozess als eine Arbeit der Verbindung und Kopplung des Selbst, und das Mittel dazu ist die (weitere) Psychologisierung des Selbst. Diese Verbindungsarbeit ist eine Arbeit der *Über-setzung*. Ich konnte für alle drei Untersuchungsfelder bestimmte Begriffe und Konzepte identifizieren, die als *Gegen-stände* der Erfahrungen des Nichtweitergehens und der ausweglosen Lage fungieren. Die nicht-mit(-)teilbaren Erfahrungen der Klientel im Vorfeld einer Therapie werden, vermittelt über diese reflexiven Konzepte, in den *Be-griff* gebracht. Für die Psychotherapie ist dieser Gegenstand die psychische Störung. Sie tritt im psychotherapeutischen Prozess in zweifacher Weise in Erscheinung: erstens als *Formaldiagnose* und zweitens als *Weg durch die Störung*. Dies möchte ich abschließend noch kurz ausführen.

Meine Ergebnisse zeigen, dass die Störungsdiagnose zunächst die formale Inklusionsbedingung ins psychotherapeutische Feld bildet. Dies gilt insbesondere in Fällen, in denen eine Therapie kassenärztlich abgerechnet werden soll. Aber nicht nur diese organisatorische Funktion erweist sich als bedeutsam, sondern diese frühe Diagnose hat für die Klientel oftmals schon eine entscheidende Entlastungsfunktion, weil sie nun einen Begriff für ihr Leiden haben, der es *mit-teilt*. Die Klientel müssen aber auch – und dies ist die zweite Erscheinungsweise der psychischen Störung im psychotherapeutischen Prozess – den ‚Weg durch die Störung‘ gehen, damit von einer gelungenen Therapie gesprochen werden kann. Das empirische Material zeigt, dass in solchen Fällen eine Art rekonstruierender Dialog mit der sinnlosen Erfahrung der Ausweglosigkeit stattfindet bzw. anders formuliert bringen Formen gelingender Therapie dieses Phänomen an der Erfahrung zur Sprache und (de-)konstruieren es nicht mittels des psychotherapeutischen Wissens. Formen misslingender Therapie stellen dahingegen eine Art sekundäre Fixierung dar, und zwar eine Fixierung an das psychotherapeutische Wissen und weitere psychologische Narrative selbst. In solchen Fällen wird die Pathologisierung des Selbst in ein Problem nicht überwunden, sondern zur dominanten Welteinstellung, die auch infolge einer Psychotherapie bestehen bleibt. Diese ‚psychopathologische‘ Selbstverortung überdeckt die therapieveranlassende Fixierung auf Gefahr und Katastrophe, aber sie löst sie nicht. Ein Beispiel dafür sind die therapeutischen Schicksals- und Leidensgemeinschaften, auf die Eva Illouz hingewiesen hat (vgl. Illouz 2003, S. 256, 2007, S. 85). Wenn psychisches Leiden aber „konstitutiv für die eigene Identität“ (Illouz 2007, S. 83) wird, laufen Betroffene Gefahr, genau jene Distanz wieder zu verlieren, „die es uns ermöglicht, über die Welt zu reden“ (Illouz 2003, S. 258).

Zusammenfassung und Diskussion

Mit dem vorliegenden Beitrag wurden empirische Einblicke in die (Selbst-)Pathologisierung im psychotherapeutischen Prozess gegeben mit dem Ziel, dadurch gleichsam Ansatzpunkte für einen Dialog zwischen der soziologischen Disziplin und der psychotherapeutischen Profession ausweisen zu können, welcher diesseits des kritischen Gestus der Soziologie liegt. Dazu wurde zunächst skizziert, wie mittels einer phänomenologischen Revision der Grund der Psychotherapie aus einer soziologischen Perspektive freigelegt und Alternativen zur diskursanalytischen Methodik umgesetzt werden können. Anschließend wurden empirische Befunde präsentiert, welche die Vielschichtigkeit der (Selbst-)Pathologisierung im psychotherapeutischen Prozess und insbesondere auch darlegen sollten,

dass die Selbstverortung anhand von psychologischen Narrativen und Diagnosen kein Ziel einer Psychotherapie bildet. Ein wichtiger Befund in dieser Hinsicht ist vielmehr, dass die (Selbst-)Pathologisierung im psychotherapeutischen Prozess einen Maßstab gelingender und misslingender Therapie darstellt. Entsprechend differenziert könnten auch zukünftige soziologische Untersuchungen verfahren.

Vor allem sozialkonstruktivistisch orientierte soziologische Ansätze schätzen die Rolle von Diagnostik und (Selbst-)Pathologisierung im Bereich der Psychotherapie sehr kritisch ein. Diese Ansätze dürfen aber nicht übersehen, dass sie aufgrund der oftmals zum Einsatz kommenden diskursanalytischen Methodik bereits die Ebene des psychotherapeutischen Wissens und der Diagnostik beleuchten. Eine empirische Untersuchung von Anlässen, Prozessen und Praxen der Psychotherapie kann dahingegen in den Blick nehmen, auf was dieses Wissen antwortet und wie es in der Praxis gebraucht und womöglich auch selbst kritisch reflektiert wird.

Nimmt die Soziologie Prozesse und Verfahrensweisen anstelle von Diagnosen in den Blick, wird sichtbar, dass die Therapeutisierung der Gesellschaft mehr als eine Modeerscheinung oder ein Optimierungsprogramm ist. Hierin drückt sich auch aus, dass bestimmte Erfahrungswerte in der gesellschaftlichen Kommunikation keinen Platz finden, obwohl offensichtlich ein Bedürfnis nach *Mitteilung* und Benennung besteht. Dieser Mangel führt nicht nur zu individuellem Leid, sondern hinterlässt seine Spuren auch im sozialen Gefüge, etwa, wenn sich Menschen aufgrund dieses Leidens vergemeinschaften, anstatt in den gesellschaftlichen und politischen Dialog darüber zu treten. Wurzelt dieses Leid in der Un-Mitteilbarkeit, bedeutet darüber zu sprechen, gerade keine „Tyrannei der Intimität“ (Sennett 1983). Vielmehr konfrontiert die Therapeutisierung der Gesellschaft mit der Frage, welche Erlebnisse und Erfahrungen tyrannisieren, weil sie und vor dem Hintergrund welcher gesellschaftlichen Strukturen nicht sagbar sind. Entsprechende Befunde wären vermutlich auch für Psychotherapeut:innen von Interesse.

Literatur

- Anhorn, Roland, und Marcus Balzereit (Hg.). 2016. *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Berlin: Springer VS.
- Binswanger, Ludwig. 1992. Drei Formen missglückten Daseins. Verstiegenheit, Verschrobenheit, Maniertheit. In *Ludwig Binswanger. Formen mißglückten Daseins*, Hrsg. Max Herzog, 233–418. Heidelberg: Asanger.
- Bohnsack, Ralf. 2003a. *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: Leske und Budrich.
- Bohnsack, Ralf. 2003b. Dokumentarische Methode und sozialwissenschaftliche Hermeneutik. In *Zeitschrift für Erziehungswissenschaften* 6(4):550–570.
- Bröckling, Ulrich, Susanne Krasmann und Thomas Lemke (Hrsg.). 2000. *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Castel, Françoise, Robert Castel und Anne Lovell. 1982. *Psychiatisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dellwing, Michael, und Martin Harbusch. 2013. *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dellwing, Michael, und Martin Harbusch (Hg.). 2019. *Pathologisierte Gesellschaft? 12. Beiheft Kriminologisches Journal*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Illouz, Eva. 2003. Vom Erdbeben in Lissabon zu Oprah Winfrey. Leiden als Identität im Zeitalter der Globalisierung. In *Globales Amerika? Die kulturellen Folgen der Globalisierung*, Hrsg. Ulrich Beck, Natan Sznaider und Rainer Winter, 239–262. Bielefeld: transcript.

- Illouz, Eva. 2007. *Gefühle in Zeiten des Kapitalismus. Frankfurter Adorno-Vorlesungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mönkeberg, Sarah. 2019. *Der (Un-)Sinn der Beratung. Psychotherapie, Coaching und Seelsorge im Vergleich*. Wiesbaden: Springer VS.
- Reichert, Jo. 1993. Abduktives Schließen und Typen(re)konstruktion. In *Wirklichkeit im Deutungsprozess. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften*, Hrsg. Thomas Jung und Stefan Müller-Dohm, 258–282. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reichert, Jo. 2007. Abduktion. In *Kulturen der Moderne. Soziologische Perspektiven der Gegenwart*, Hrsg. Thorsten Bonacker und Andreas Reckwitz, 11–14. Frankfurt am Main und New York: Campus.
- Schmitz, Hermann. 1965. *Der Leib. System der Philosophie Bd. 2/1*. Bonn: H. Bouvier und Co.
- Schmitz, Hermann. 2002. Was ist ein Phänomen? In *Begriffene Erfahrung. Beiträge zur antireduktionistischen Phänomenologie*, Hrsg. Hermann Schmitz, Gabriele Marx und Andrea Moldzio, 13–22. Rostock: I. Koch.
- Sennett, Richard. 1983. *Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität*. Berlin: S. Fischer.