

THOMAS BOCK  
KLAUS DÖRNER  
DIETER NABER  
(HG.)

**Anstöße.**  
**Zu einer anthropologischen Psychiatrie**

Psychiatrie-Verlag

Bock, Thomas; Dörner, Klaus; Naber, Dieter (Hg.): Anstöße.

Zu einer anthropologischen Psychiatrie.

1. Auflage 2004

ISBN 3-88414-368-9

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Informationen und Erfahrungsberichte zu psychiatrischen Störungen finden Sie im Internet: [www.psychiatrie.de/verlag](http://www.psychiatrie.de/verlag)

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2004

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: markus lau-hintzenstern, Berlin

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten

# Schizophrenie und Wirklichkeitserfahrung

MICHAEL HUPPERTZ

Wir sind es gewohnt, schizophrene Störungen des Realitätsbezugs im Rahmen der Innenwelt-Außenwelt-Metapher zu interpretieren. Wahn und Halluzinationen verstehen wir so, dass intern produzierte Vorstellungen der Außenwelt zugeschrieben werden. Eigenbeziehungs- und Bedrohungslebnisse interpretieren wir als Überwältigtwerden durch andere Menschen, denen gegenüber sich der Patient nicht mehr richtig abgrenzen kann oder es nie konnte. Die Störungen der Meinhaftigkeit sehen wir als Verletzung einer Innen-außen-Grenze zwischen Subjekten an. Und der so genannte schizophrene Autismus gilt uns als übermäßiger Rückzug in eine eigene Welt. Scharfetter hat diesen Gesichtspunkt in seinem Begriff der »Ich-Demarkation« zusammengefasst als: »Unsicherheit, Schwäche oder Aufhebung der Ich-Nicht-Ich-Abgrenzung, Fehlen eines (privaten) Eigenbereichs im Leiblichen, im Denken und Fühlen. Störung der Innen-außen- und Eigen-fremd-Unterscheidung« (SCHARFETTER 1983, S. 32). Mehr oder weniger ausdrücklich findet sich diese Annahme einer gestörten Ich-Demarkation in vielen Schizophrenietheorien. Sie stand als »Autismus«, definiert als »Überwiegen des Binnenlebens« an der Wiege des Schizophreniebegriffs (BLEULER 1911/1988, S. 52) und begleitet ihn über das psychoanalytische Theorem der »mangelnden Selbst-Objekt-Differenzierung« bis zu den Vorstellungen einer »Filterstörung« oder einer »Störung des Self-Monitoring«.

## ***Diesseits von »Innenwelt« und »Außenwelt«***

Die Innenwelt-/Außenwelt-Metapher macht einige Aspekte der Subjektivität menschlichen Lebens sichtbar (LAKOFF/JOHNSON 1998). Zwei davon sind für unser Thema von besonderer Bedeutung: Die Privatheit des subjektiven Erlebens (es ist nur uns selbst unmittelbar zugänglich) und seine Kontrollierbarkeit (manche seelischen Vorgänge und unser eigenes Handeln können nur wir kontrollieren).

Die Innenwelt-/Außenwelt-Metapher verdeckt aber andererseits, dass menschliche Individuen mit ihrer sozialen und nichtsozialen Umwelt viel-

fältige interaktive Einheiten bilden, die diese Unterscheidung nicht voraussetzen. Meines Erachtens brauchen wir diese Erweiterung des Blicks, um die Veränderungen der Wirklichkeitserfahrung in der schizophrenen Erkrankung zu verstehen. Ich möchte diese unmittelbaren Interaktionen im Folgenden zeigen für:

- Alltagspraxis und Gewohnheiten,
- Gefühle,
- vorintentionale Kommunikation (HUPPERTZ 2000).

Ausführlicher möchte ich auf die »interaktiven Aspekte der Kognition« eingehen.

### ***Alltagspraxis und Gewohnheiten***

Unser alltägliches Leben besteht zu einem überwältigenden Anteil aus Fertigkeiten, Routinetätigkeiten und Gewohnheiten, die wir entweder in früher Zeit gelernt haben wie Gehen, das Handhaben einfacher Gegenstände, Sprechen oder später bewusst gelernt und dann automatisiert haben wie Schwimmen, Autofahren, Schreiben. Im Rahmen solcher Tätigkeiten organisieren wir den uns umgebenden Raum, die Dinge und die Zeit gemeinsam mit der Entfaltung unserer physischen Fertigkeiten. Wir bewegen uns in einer leiblich strukturierten Räumlichkeit und Zeitlichkeit, die keinen geometrischen Raum und keine soziale oder objektive Zeit und auch keine Unterscheidung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erfordert (NEUWEG 1999; 2000). Alltagspraxis ist durchdrungen von aktiv strukturierten Wahrnehmungen. Wahrnehmung und Denken lassen sich nicht zureichend als Aufnahme von Informationen aus der Umgebung und ihre Weiterverarbeitung im Gehirn beschreiben. Würde Kognition mit Informationsaufnahme beginnen und erst anschließend die Weiterverarbeitung erfolgen – so wie es bei Computern der Fall ist –, wäre das Gehirn trotz seiner enormen Kapazitäten überfordert und viel zu langsam. Zudem müssten in diesem Falle bereits interne Regeln oder andere Weiterverarbeitungsmuster existieren, die es erlauben, Informationen auszuwerten. Damit ergibt sich das Problem eines unendlichen Regresses (wer oder was im Gehirn interpretiert die Regeln und wendet sie an? Geschieht das nach neuen Regeln?) und es wäre kaum zu erklären, wie sich der Mensch in einer Umwelt zurechtfindet, die sich ständig verändert und ihn immer wieder mit Situationen und Objekten konfrontiert, die er so noch nie erlebt hat und die er als neu und nicht nur als bereits irgendwie bekannt verarbeiten muss (DREYFUS 2002; ENGEL/KÖNIG 1998; VARELA u. a. 1995).

## **Gefühle**

Wir nehmen ständig an komplexen Situationen teil, ohne sie uns als solche vor Augen zu führen und ohne sie in einzelne Bestandteile aufzulösen. Wir erfahren diese Komplexität aber in Form von atmosphärischen Erfahrungen und Gefühlen. Atmosphären sind mehr oder weniger stimmige Ensembles, vor allem von amodalen Wahrnehmungen und Synästhesien in einem weiten Sinne sowie leiblichem Erleben, aber auch von Fantasien und Erinnerungen. Gefühle lassen sich als komplexe Szenarien (SOUSA 1997) verstehen, in denen atmosphärische Erfahrungen und leibliche Beteiligung eine zentrale Rolle spielen (SCHMITZ 1998; HUPPERTZ 1999/2000).

## **Vorintentionale Kommunikation**

Wir können einen anderen Menschen als Teil der Außenwelt betrachten und tun dies auch ständig. Dies ist aber nur eine und eine sehr beschränkte Möglichkeit der Wahrnehmung des anderen. Zunächst treten wir in eine Beziehung mit anderen ein und diese besteht in einem praktischen kommunikativen Umgang, den ich »vorintentionale Kommunikation« genannt habe und der im Wesentlichen aus averbalen sowie paraverbalen Aspekten der Sprache besteht, also Nähe-Distanz-Regulierung, Körpersprache, Mimik, Stimmlage, Tonfall, aber auch Art der Sprache. Eine wesentliche Rolle spielen auch hier leibliche Kommunikation und zeitliche Aspekte wie Dauer, Tempo, Rhythmus, Dynamik, Synchronisierung und Desynchronisierung. Damit überhaupt Kommunikation möglich ist, müssen wir uns in irgendeiner Weise auf den anderen einstimmen oder einschwingen (STERN 1998; KNOBLAUCH 2000).

## **Das Universum im Kopf – Wie entsteht Bewusstsein?**

Im Januar 2001 lautete die Titelgeschichte des Spiegel: »Das Universum im Kopf«, Untertitel: »Hirnforschung: Wie Bewusstsein entsteht« (Der Spiegel, Nr. 1/2001). Der Titel spielt ambivalent mit einer Absurdität. Unter dem Scherz einer offensichtlichen Unmöglichkeit verbirgt sich eine Auffassung, an die wir uns schon so sehr gewöhnt haben, dass wir bereit sind, sie ohne weiteres ernst zu nehmen: die Auffassung, Wahrnehmung und Denken bestünden letztlich in der Verinnerlichung einer Außenwelt. Die Idee besagt, dass wir Informationen aus der Umwelt aufnehmen und in unserem Kopf zu einem Modell der Wirklichkeit weiterverarbeiten. Auf

der Grundlage dieses Modells sollten wir dann zu Plänen, Entscheidungen und Handlungen kommen. Diese Auffassung ist für uns intuitiv einleuchtend, weil sie von einigen subjektiven Erfahrungen wie der Privatheit und der Kontrollierbarkeit mentaler Prozesse unterstützt wird (s. o.), und zum anderen, weil sie durch die Funktionstüchtigkeit technischer Vorbilder gestärkt wird, insbesondere Kameras und Computer. Vor allem das Computer-Vorbild hat die Vorstellungen von dem, was in unserem Kopf vorgeht, entscheidend beeinflusst.

Das »Universum-im-Kopf«-Modell ist aber in den letzten Jahrzehnten von verschiedenen Seiten infrage gestellt worden (LAW 1998). Die Alternativen zu diesem Modell führen zu einer Rehabilitation der schlichten Auffassung, dass der Kopf zunächst zu einem Körper und der Körper ins Universum gehört, nicht umgekehrt. Anders gesagt, gegenläufige Modelle führen dazu, den Kopf eher so zu sehen wie die Hände, nicht wie einen Computer, nämlich als einen aktiven Bestandteil interaktiver, kooperativer und damit auch sozialer Prozesse. Daher spricht man von »situated cognition« und »embodied cognition« (ebd.).

Zu diesen Prozessen, die sich in erster Linie außerhalb des Kopfes in einem sozialen Universum abspielen, vermag der Kopf einen gewissen Beitrag zu leisten, so wie eben die Hände beteiligt sind, wenn mit Hilfe von Baggern eine Baugrube ausgehoben wird. Und so wie sich der Beitrag der Hände aus dem kooperativen und technischen Geschehen am Bauplatz verstehen und bestimmen lässt, so auch der Beitrag des Gehirns zur menschlichen Existenz aus kognitiven Prozessen, die sich im Wesentlichen als kooperative Prozesse mit Dingen und anderen Menschen abspielen. Anders gesagt, Kognition spielt sich zu einem wesentlichen Teil außerhalb des Gehirns ab und wird vermutlich nur teilweise (und nicht als »Repräsentation« im engeren Sinne einer Darstellung, sondern eher als Veränderung im Sinne einer Disposition) »internalisiert«. Dieser Ansatz erfordert ein Umdenken. Ich möchte ihn daher weiter begründen: Delphine können sich mit einer Geschwindigkeit fortbewegen, die sich durch die Muskelmasse, die ihnen zur Verfügung steht, nicht erklären lässt und ebenso wenig durch evtl. Wasserströmungen. Vermutlich sind Delphine und andere Fische in der Lage, mit ihren Schwanzflossen Wirbel im Wasser zu erzeugen, die sie dann zur Beschleunigung nutzen (CLARK 1997).

## ***Interaktive Kommunikation***

Das Phänomen lässt sich auf menschliche Kognition übertragen: Menschen gestalten ihre Umwelt so, dass sie durch ihre Nutzung intelligenter erscheinen, als sie sind. Sie formen ihre Umwelt so um, dass sie intelligentes Verhalten und Kognition ermöglicht, und entlasten dadurch ihr Gehirn. Wir schaffen Werkzeuge und Vorrichtungen aller Art wie z. B. Verkehrsverbindungen, die uns zu nützlichem und abgestimmtem Verhalten zwingen, ohne dass wir darüber nachdenken müssen. Dieses Gestalten wiederum erfolgt nicht am grünen Tisch, sondern in einer Geschichte, die die Praxis schreibt, d.h. in einer allmählichen Verfertigung nützlicher Strukturen, in denen sich Gegenstände, Fertigkeiten und Ideen miteinander verbinden. Darüber hinaus nutzen wir die Umwelt unmittelbar als Informationsträger.

Ein einfaches Beispiel: Viele Menschen benutzen ihre Fingerknöchel, wenn sie bestimmen wollen, wie viele Tage z. B. der Juni hat. Damit benutzen sie eine Analogie, die ihnen die Umwelt zur Verfügung stellt. Ein anderes: Als ich die Zahl der Buchstaben einer Zeile dieses Manuskripts zählte, machte ich alle zehn Buchstaben einen Strich und zählte dann die Blöcke, nachdem ich beim ersten Zählen den Faden verloren hatte. Wir nutzen ständig Markierungen wie Verkehrszeichen zur Orientierung, d.h., wir schaffen Strukturen, die uns mit Informationen versorgen. Wir vereinfachen die Umwelt wie im Beispiel des Buchstaben-in-Blöcken-Zählens, erleichtern uns die Suche durch Schilder und delegieren unser Gedächtnis an unsere Umwelt und zwar nicht nur an dafür speziell geschaffene Medien wie Notizblätter, Bücher oder PC-Speicher, sondern auch an Schubladen, Werkzeuge und Kleidungsstücke. Dort wird unser Wissen abgelegt und wir greifen es mittels ordnender Hinweise auf, wenn wir es benötigen. Unser Gedächtnis ist sozusagen »außen«, unser Gehirn bleibt dadurch frei und bereit, neue Nutzungsprozesse zu lernen. Direkte Umsetzungen des Prinzips, dass der Mensch Informationen fixiert und sozial wie individuell verfügbar macht, sind natürlich Sprache und Schrift. In der Regel kooperieren Menschen, Dinge und symbolische Systeme so, dass komplexe informationstragende und -generierende Systeme entstehen, die als solche nicht mehr in irgendeiner Zentrale repräsentiert werden. Informationen werden in immer neue Medien übertragen und dort weiterverarbeitet. Der Mensch hat dabei eine eher koordinierende als eine repräsentierende Funktion (HUTCHINS 1995). Wir sind eher damit beschäftigt, informationsverarbeitende Prozesse in verschiedenen Medien zu koordinieren und ihre Umwandlung von einer Repräsentations- und Verarbeitungsform in eine andere zu steuern, als Informationen mental zu

repräsentieren, zu erinnern und zu verarbeiten. Kognitive Prozesse umfassen Menschen und Dinge, Interaktions- und Repräsentationssysteme mit ihrer je eigenen Geschichte und lassen sich nicht einer Innen-außen-Unterscheidung unterordnen. Weder Handlungen noch gesprochene Sätze noch Gedanken können wir mit dieser Metaphorik charakterisieren. Alle diese Vorgänge setzen soziale und interaktive Kompetenzen voraus, die die Innen-außen-Metaphorik sprengen.

### ***Schizophrenie und Wirklichkeitserfahrung***

Die bisherige Darstellung sollte uns helfen, die Frage zu beantworten, was für uns »Wirklichkeit« bedeutet. »Wirklich« ist für uns etwas, womit wir in einer unmittelbaren Verbindung stehen, die nicht erst durch Reflexion hergestellt werden muss. Diese Verbindung kann praktischer, atmosphärischer, emotionaler, kommunikativer oder kognitiver Art sein.

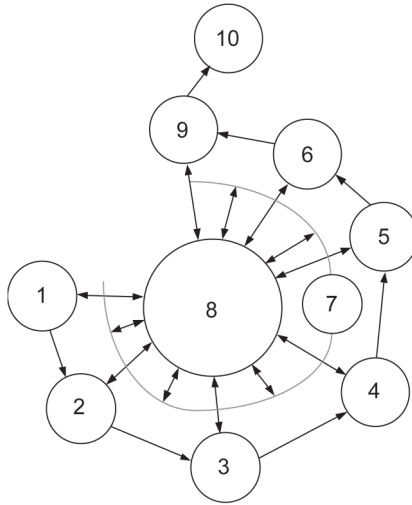
Das, von dem wir nur wissen, dass es vorhanden ist, ist für uns noch nicht wirklich. Dinge werden erst »wirklich«, wenn sie uns einen praktischen Umgang ermöglichen, Situationen, wenn sie ein Mindestmaß an atmosphärischer Stimmigkeit beinhalten, und der andere wird erst für uns wirklich, wenn wir mit ihm eine Beziehung hergestellt haben (vgl. BUBER; LEVINAS; v. BAEYER 1963).

Sehen wir uns den Verlauf schizophrener Erkrankungen an, so können wir feststellen, dass die meisten Patienten nur einen geringen Teil ihrer Erkrankungszeit an gravierenden, auf den ersten Blick feststellbaren und evtl. spektakulären Störungen der Wirklichkeitserfahrung, also Fehlinterpretationen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Identitätsstörungen, Beeinflussungserlebnissen usw. leiden. Die weitaus längere Zeit leiden sie unter Negativsymptomen und wiederkehrenden Krisen, die nicht unbedingt zu deutlichen produktiven Symptomen führen. Dies wird in der Entwicklung theoretischer Modelle heutzutage auch so gesehen, und entsprechend konzentriert sich die Forschung auf Basisstörungen, subjektive Befindlichkeitsstörungen und kognitive Störungen, die die akute Symptomatik überdauern. Ein anderer Aspekt, der sich aus dieser zeitlichen Struktur der Symptomatik ergibt, ist aber merkwürdig unbeachtet geblieben: Die Tatsache, dass es sich bei der Schizophrenie um eine Erkrankung mit einer auffälligen Dynamik handelt. Die Erkrankung kommt und geht, die Symptomatik wechselt während der Erkrankung stark und manchmal rasch und bewegt sich noch dazu zwischen weit auseinander liegenden Polen, wie Überaktivität und Antriebsmangel, intensiven Emotionen und Teilnahmslosigkeit usw. Meine Vermutung ist, dass wir die schizophrene



Erkrankung besser verstehen, wenn wir uns mit der Dynamik der Erkrankung selbst beschäftigen. Für die Aufwertung dieses Gesichtspunktes sprechen auch die Entwicklung der psychiatrischen Praxis in den letzten Jahrzehnten und die sich daraus ergebenden therapeutischen und prophylaktischen Notwendigkeiten. Wenn wir also die Veränderung des Wirklichkeitsbezugs schizophrener Patienten verstehen wollen, so scheint es mir sinnvoll, sie bis in ihre Anfänge zurückzuverfolgen.

Um den dynamischen und prinzipiell offenen Charakter des schizophrenen Erkrankungsprozesses zu betonen, habe ich von »schizophrenen Krisen« gesprochen (SCHARFETTER 1983, S. 32; HUPPERTZ 2000) und versucht, diesen Prozess in einem idealtypischen Modell darzustellen (s. Abb.). Unter »schizophrenen Krisen« verstehe ich einen Erkrankungsprozess, der zu einer typisch schizophrenen Symptomatik führen kann, es aber nicht tun muss, z. B. weil wir therapeutisch intervenieren oder der Patient selbst einen Ausweg findet. Das Modell beschreibt im Kern einen selbstorganisatorischen Prozess, in dem sich die Minderung situativer Teilnahme und intensivierter Bemühungen des Betroffenen zur Konstruktion von Realität wechselseitig immer mehr verstärken. Der emotionale Motor ist dabei das, was man »situative Angst« nennen kann, eine Angst, die dadurch entsteht, dass unsere teilnehmende Verankerung in alltäglichen Situationen schwindet. Diese Angst ist im Beginn der schizophrenen Erkrankung oft verborgen, tritt aber im Laufe des Erkrankungsprozesses regelmäßig zu Tage. Durch die gezielte Bemühung um ein stimmiges Konzept der Umwelt versucht der Patient, neue Sicherheit, Erklärungen und Handlungsorientierungen zu gewinnen, was aber zunächst eher dazu führt, dass er sich seine alltägliche Teilnahme am sozialen und praktischen Leben erschwert. Die Situationen, in denen wir uns befinden, verändern sich ständig. Wir sind daher unentwegt zu Synchronisierungsleistungen gezwungen, d. h., wir müssen unser Verhalten, unsere Wahrnehmungen, Handlungen, Überlegungen ständig mit anderen zeitlichen Prozessen abstimmen, was sehr deutlich wird, wenn wir mit anderen zusammenarbeiten oder kommunizieren müssen. Es gilt aber auch, wenn wir auf etwas warten, es betrifft unseren Schlaf-Wach-Rhythmus usw. Wenn wir versuchen die Sicherheit, die wir aus diesen Synchronisierungen beziehen, durch die Konstruktion von Plänen, Modellen und Ideen zu ersetzen, so kann dies nur misslingen und uns darüber hinaus an der notwendigen Synchronisierung hindern. Das liegt daran, dass der Aufbau solcher Konstruktionen schwerfällig ist. Er braucht mehr Zeit als die eher unmittelbare Abstimmung und ist auch auf längere Dauer angelegt. Dies macht auch die Attraktivität von Plänen und Modellen aus.



1 Einengung 2 Selbstthematization 3 Ausweitung 4 Zustrom 5 Partikularisierung 6 Notfallreaktionen 7 Beschleunigung 8 Destruction der unmittelbar situativen Erfahrung, situative Angst 9 Wahnstimmung 10 manifeste Psychose

**Abb.: Dynamik einer schizophrenen Krise**

### **Schizophrene Krisen**

Modelle versprechen Sicherheit und Stabilität, ein Versprechen, das sie aber nicht halten können, wenn sie dort eingesetzt werden, wo sie nichts zu suchen haben. Bei der Suche nach dieser Sicherheit als Ersatz für die Geborgenheit unmittelbarer Teilnahme ist der Patient im Gegenteil gezwungen, eine besondere und rastlose Aktivität an den Tag zu legen, um den unvermeidlichen Veränderungen, die das alltägliche Leben abverlangt, zuvorzukommen. Diese Beschleunigung führt dazu, dass die präschizophrene Entwicklung meist in ihrem Verlauf an Tempo zunimmt und in immer größeren Schritten vonstatten geht.

Kurz zu den einzelnen Momenten dieser Krisenentwicklung, die jeweils zu dieser zentralen Dynamik beitragen und selbst wiederum von ihr beeinflusst werden:

- Unter *Einengung* verstehe ich das Phänomen, dass die Patienten ihre Aufmerksamkeit und Energie auf ein mehr oder weniger nachvollziehbares Thema fokussieren. Sie wirken besorgt, absorbiert, fragend, suchend, angespannt. Dabei zeigt sich die Verunsicherung und die vermehrte Anstrengung, die für den gesamten Verlauf typisch ist. Der Einengung

fehlt eine Präzision und Lösbarkeit des Problems. Dies unterscheidet sie von einer normalen vorübergehenden und flexiblen Konzentration.

- Diese fehlende Präzision ist auch dem Einfluss zweier anderer Komponenten schizophrener Krisen geschuldet, die ich *Selbstthematization* und *Ausweitung* genannt habe. Unter »Selbstthematization« verstehe ich, dass der Patient sich zunehmend mit sich selbst beschäftigt. Er wird besorgter um seinen Körper, seine Gedanken, seine Wirkung auf andere, seine Fähigkeiten oder seine Zukunft. Daher sind die Themen, auf die der Patient sich häufig fokussiert, auch Themen, die mit dem eigenen Selbst und mit Gefühlen wie Scham und Schuld verbunden sind. Oft werden dabei auch biografisch problematische Themen mobilisiert, ein Aspekt dessen, was ich mit »Ausweitung« meine. Wir beginnen uns vermehrt Sorgen um den Patienten zu machen – vor allem, wenn wir von einer früheren Erkrankung wissen –, wenn der Patient beginnt, zu generalisieren und zu dramatisieren. Der Patient beginnt, fundamentale Themen so zu behandeln, als wenn sie im nächsten Moment geklärt werden müssten, worin sich die zu Grunde liegende Beschleunigung zeigt. Der Patient beginnt, seine zwischenmenschlichen Beziehungen, seine Arbeit oder seinen Lebensentwurf in allgemeiner Weise infrage zu stellen. Neue Perspektiven entstehen. Der Patient wird abstrakter in seiner Kommunikation, beschäftigt sich unerwartet mit moralischen und politischen Problemen und entwirft Projekte, die er nicht ausreichend präzise und kommunizierbar machen kann. Die Ausweitungen wirken schwach fundiert und flüchtig, weil sie quasi gewaltsam geschehen und weil sie mit den Zweifeln und Fragen des Gesprächspartners schlecht vermittelt werden können. Es fehlt Kontinuität und es fehlen Anschlussmöglichkeiten zu alltäglichen Zusammenhängen. Um nicht gestört zu werden, versucht der Patient, Fragen und Einwände zu vermeiden. Umgekehrt verliert der Interaktionspartner das Gefühl der Beteiligung, fühlt sich mehr als Zuschauer oder jemand, der versucht, den Patienten in seinen Gedankengängen einzuholen. Da dies schwer gelingt, fühlt sich der Patient, der in der Regel in dieser Phase Bestätigung und Begleitung wünscht, zunehmend unverstanden und alleine. Dies verstärkt seine Angst.
- Auf der Suche nach Orientierung mobilisiert der Patient zunehmend Ideen, Einfälle, Erinnerungen, einen Teilprozess, den ich *Zustrom* genannt habe, weil es sich nicht um eine bewusste Aktivität handelt, sondern von den Patienten, aber auch der Umgebung als etwas erlebt wird, was dem Patienten geschieht (wir kommen mit dem Schema »Aktivität/Passivität« hier nicht weit). Auf Grund der Beschleunigung hat der Patient nicht

die Zeit, diese zuströmenden Einfälle zu verarbeiten und zu integrieren, so dass er sie oft selbst als überraschend und sogar fremd und unverständlich erlebt. Oft werden Erinnerungen mobilisiert und wie aktuelle oder kurz zurückliegende Ereignisse behandelt. Unsystematisch produziert der Patient Zusammenhänge, Erklärungen und Analogien. Manchmal ist dabei die Angst deutlicher, manchmal überwiegt ein kurzfristiges Erleben von Evidenz und Glück, das bald von der ruhelosen Krisenentwicklung überrannt wird.

- Der Patient sucht nach raschen Lösungen und er findet sie manchmal in einzelnen Wahrnehmungen und Erlebnissen. Das führt zu dem Teilprozess der Krisenentwicklung, der in meinem Modell *Partikularisierung* heißt: Einzelne Aspekte der Situation faszinieren und helfen scheinbar weiter: Wörter, Gesten, Gegenstände, Begebenheiten. Dadurch bekommen Situation und Kommunikation etwas Spielerisches, in der Regel aber ohne die Leichtigkeit, die zu einem wirklichen Spiel gehört. Die Angst bleibt spürbar. Andererseits vermissen Angehörige und Therapeuten oft die Ernsthaftigkeit, die nur entstehen kann, wenn genügend Kontinuität und Gemeinsamkeit gewährleistet sind.
- Schließlich treten *Notfallreaktionen* (D. DÖRNER 1983) auf. Selten bricht die Kontinuität psychischer Prozesse durch die Beschleunigung vollständig ab und der Patient reagiert mit reiner Panik. Normalerweise finden wir in der Krisenentwicklung auch gegenläufige Verlangsamungsprozesse, die diese Panik verhindern können, aber dadurch wiederum die Entwicklung einer typisch schizophrenen Symptomatik fördern. Es sind Versuche zur Rekonstruktion unter dem Einfluss von Angst und Beschleunigung: kurzschlüssiges Denken, v.a. in Analogien, Metaphern und Assoziationen, plötzliche Themenwechsel, Flucht in nebensächliche Themen, Reduktion eines Problems auf einen Faktor oder so genannte »Terminierungsreaktionen« wie das Beenden von Situationen durch Weglaufen oder Aggressivität.
- In der voll entwickelten schizophrenen Symptomatik dominieren solche Verlangsamungsprozesse, übergangsweise zunächst in der *Wahnstimmung*. In der Wahnstimmung wird nach der Destruktion aller gewohnten Atmosphären die unvermeidliche atmosphärische Dimension des alltäglichen Erlebens als vereinheitlicht, vage, unklar, inhaltsarm rekonstruiert. Die Wahnstimmung ist von der Angst und dem fortdauernden Suchprozess der schizophrenen Krise geprägt. Sie wird als Ausdruck der situativen Angst meist von Beginn an durch den fortdauernden Suchprozess in eine bedrohlich-bedeutsame Situation transformiert, wobei das Problem für den Patienten darin liegt, dass er die Bedeutung der

Situation nicht kennt. Er geht aber meist davon aus, dass es eine solche Bedeutung gibt und dass seine Mitmenschen oder wenigstens einige sie kennen. Hier spielt hinein, dass sich die normalen zwischenmenschlichen Beziehungen zu Interaktionen wandeln, die von wechselseitiger Objektivierung, Machtkampf und Bedrohung geprägt sind. Die Wahnstimmung stellt den Übergang zum eigentlichen Wahnerleben dar, in dem dann der Verlangsamungs- und Systematisierungsprozess eindeutig überwiegt. Der Wahn ist zeitlos und abgelöst von Alltagspraxis und interaktiver Kognition. Er ist meist ohne atmosphärische Kraft und auffällig gefühlsarm. Er ist selbstgenügsam und kann neben dem normalen Alltagsleben bestehen. Der Wahn führt ein Eigenleben jenseits der Alltagspraxis und Kommunikation und es ist daher fast tautologisch zu sagen, dass er gegen Einwände des gesunden Menschenverstandes immun ist. Im Wahn kommt der präschizophrene Suchprozess zu einem Ende.

### ***Veränderung des Wirklichkeitserlebens***

Das Wirklichkeitserleben des schizophrenen Patienten verwandelt sich also zunehmend in eine Modellierung der Wirklichkeit, die von einer Teilnahme an den konkreten veränderlichen Situationen abgelöst ist. Ohne diesen Hintergrund aber wird jedes Modell von Wirklichkeit unwirklich. Die Patienten berichten häufig von diesem zunehmenden Gefühl von »Unwirklichkeit«, ohne es näher beschreiben zu können. Von diesem Gefühl werden sowohl die Ereignisse in der Umwelt als auch die eigene Identität erfasst. »Unwirklich« lässt sich nun übersetzen als Reduktion von Wirklichkeit auf die reine »Vorhandenheit« (HEIDEGGER 1979/1929). Im Falle des Selbst bedeutet dies, dass das Identitätsgefühl, also das Spüren einer aktiven, leiblich wahrnehmenden, kommunizierenden Teilnahme reduziert ist. Das führt zu einer Verminderung der »Meinhaftigkeit« vor allem von Gedanken und Handlungen.

Das Wissen um die eigene raum-zeitliche Existenz in einem objektivierten Sinne ist davon nicht berührt – so wenig wie das Wissen um die Existenz von Dingen in Raum und Zeit, ihre Erinnerung usw. In gleicher Weise wird der andere »unwirklich«, d.h. reduziert auf sein Vorhandensein, seine Beschaffenheit. Was gemindert ist, ist die gemeinsame Existenz in einer vorintentionalen Beziehung, die den anderen erst als Gegenüber bedeutsam macht (KIMURA 1969; 1980; v. BAEYER 1963). Was aber ist ein unwirklicher Anderer? In erster Linie ein Beobachter und, wenn diese Erfahrung in einer Atmosphäre situativer Angst erfolgt, eine Bedrohung. Der Verlust von Wirklichkeit ist mit Angst verbunden – eine Erfahrung, die wohl

zum menschlichen Dasein gehört und sogar von manchen Tieren geteilt wird (LORENZ 1972). In der reduzierten Begegnung ist das Erleben des anderen von dieser Angst bestimmt und wird die Kommunikation zu einer Verfolgung reorganisiert. Die paranoide Umformung der Subjektivität und die Ausdünnung des eigenen Selbsterlebens machen auch das Erleben des Beeinflusst-werden-Könnens plausibler. Die eigenen Entscheidungen und Handlungen werden als willkürlich erlebt und schweben quasi in einem freien Raum, zu dem auch der andere Zugriff hat.

### ***Therapeutische Konsequenzen***

Ich möchte noch einmal zu der Unterscheidung von Innenwelt und Außenwelt zurückkehren. Die Veränderung der Wirklichkeitserfahrung in schizophrenen Krisen ist damit verbunden, dass Eigenschaften des Erlebens, auf die die Innen-außen-Metapher die Aufmerksamkeit lenkt, verstärkt werden, insbesondere Privatheit und Kontrollierbarkeit. Zunächst lassen sich die neuen Modellierungen durchaus in dem Sinne als »innere« beschreiben, als es sich um die Ausarbeitung von Modellen handelt, die die entschwindende Wirklichkeit repräsentieren und verständlich machen sollen. Dies steht teilweise in der Verfügung des Individuums. Die Metaphorik des Innen trifft auf das schizophrene Erleben insofern zu, als der Patient verstärkt aktiv ist, um die Wirklichkeit zu interpretieren und zu einem schlüssigen Konstrukt einer vorhandenen Realität zu organisieren. Wie wenig hilfreich diese Sichtweise aber im Ganzen ist, wird deutlich, wenn wir uns klar machen, *was* als privat erlebt und kontrolliert wird. Der Prozess der zunehmenden Transformierung der Wirklichkeitserfahrung ist zunächst und vor allem eine Veränderung der unmittelbar situativen Erfahrungen und er lässt sich nur als Veränderung der Teilnahme an Situationen adäquat beschreiben. Der Patient versucht, unter dem Einfluss der Destruktion der unmittelbar situativen Erfahrung und der damit verbundenen situativen Angst, durch das, was ich als »Einengung«, »Selbstthematisierung«, »Ausweitung«, »Zustrom«, »Partikularisierung« und »Notfallreaktionen« beschrieben habe, neue Sicherheit zu gewinnen. Der Patient sucht, fragt, sammelt Informationen, mobilisiert Erinnerungen, deutet, stellt Verbindungen her, am Ende so abkürzend und spekulativ, dass wir von Wahnwahrnehmungen und Wahn sprechen. Die darin zu Tage tretende vermehrte organisierende Aktivität hat etwas von einer Verstärkung einer »Innenwelt«. Sie setzt die entsprechenden Aspekte von Subjektivität voraus und baut sie aus (SASS 1992; LEFERINK 1997). Die Schizophrenie gibt der Innenwelt-/Außenwelt-Metapher damit eine vordergründige Un-

terstützung. Wenn wir ihr aber zu sehr vertrauen, verschärfen wir das existenzielle Missverständnis, dem auch der Patient unterliegt. Zeitlich und systematisch zuerst verändert sich gerade all das, was der Metapher entgeht: Alltagspraxis, Atmosphären und Gefühle, vorintentionale Kommunikation und interaktive Kognition.

Wir werden dann durch die Innen-außen-Metaphorik in die Irre geleitet, wenn wir durch sie von der Erkenntnis unserer primären Teilnahme an Situationen abgelenkt werden. Diese Teilnahme ist eine mehr oder weniger, aber selten vollkommen gelingende Synchronisierungsleistung. Wir leben stets in der Unsicherheit, ob unsere verbalen oder averbalen Botschaften ankommen, ob der nächste Arbeitsschritt gelingt, welche Zufälle uns begegnen oder ob uns das Richtige einfällt. Die Angst kommt nicht erst durch die Antizipation unseres Todes in unser Leben, sondern sie begleitet uns, meist unbemerkt, in unserem Alltag. Sie ist für den schizophrenen oder den diesbezüglich vulnerablen Patienten dichter und aufdringlicher und wir spüren oft im Umgang mit diesen Menschen ihre stärkere Bedürftigkeit oder auch ihre Forderungen nach Bestätigung, Geborgenheit, Schutz, Versorgung. Der Patient und wir alle scheitern, wenn wir versuchen, durch die kurzfristige Sicherheit inneren Modellierens die langfristige unausweichliche Unsicherheit der vielfältigen unmittelbaren Teilnahme an den uns umfassenden Situationen ausgleichen zu können.

Der spirituelle, literarische oder einfach nachdenkliche »Weg nach Innen« hat gegenüber der Ungewissheit der täglichen unvermeidlichen Interaktivität immer etwas Tröstliches, Beruhigendes, weil wir eben über unser Erleben, unsere Gedanken und Erinnerungen leichter verfügen können als über andere Ereignisse oder die Folgen unserer Handlungen. Wir können sie ordnen, manches aussortieren und uns dabei Zeit lassen. Der Versuch, eine überschaubare, kontrollierbare, stabile und vertraute »Innenwelt« zu schaffen, ist daher zunächst viel versprechend. Der gezielte »Weg nach innen« des Nachdenklichen oder Meditierenden ist aber etwas anderes als die bemühte Suche schizophrener Patienten nach Orientierung, auch wenn beide sich der gleichen Fähigkeiten bedienen. Wer sich auf den »Weg nach innen« begibt, hat ein mehr oder weniger klares Ziel vor Augen. Der schizophrene oder präschizophrene Patient dagegen hat kein anderes Ziel, als die ausreichende Sicherheit wiederzufinden, die ihm auf der Ebene der unmittelbar situativen Erfahrung verloren gegangen ist. Derjenige, der die Wahrheit »innen« sucht, sorgt in der Regel für eine dazu passende Wirklichkeit, zieht sich in die Berge, ein Kloster, eine Psychotherapie oder wie Proust in sein Bett zurück. Der präschizophrene Patient dagegen tritt die Flucht nach vorne an. Er flüchtet vor der Unwirklichkeit

in einen Irrgarten, aus dem er entweder – meist nur mit Hilfe – wieder herausfindet oder in dem er sich irgendwann, so gut es geht, einrichtet. Während also der Nachdenkliche und der Pilger auf dem Weg nach innen ihren Weg in ausreichendem Einklang mit ihrer Umgebung gehen, versucht der schizophrene Patient durch die Bildung einer repräsentierten Wirklichkeit, die sich mit der unmittelbar situativen Erfahrung verlierende Wirklichkeit wiederzugewinnen, und vermehrt gerade dadurch die Unwirklichkeit. Jede Bildung wirklichkeitsadäquater innerer Repräsentanzen ist auf einen Hintergrund unmittelbar situativer Erfahrungen angewiesen und muss auf diesen Hintergrund hin transparent bleiben.

Dieser gedrängte Beitrag zeigt natürlich mehr Fragen auf, als er auch nur zu beantworten versucht. Es wäre sicher hilfreich, wenn wir genauere Erkenntnisse über die verschiedenen Formen alltäglichen Wissens und Könnens im Bereich der Wahrnehmung, des Denkens, des Handelns und der Gefühle hätten und von diesen Erkenntnissen ausgehend einen neuen Blick auf die Psychopathologie verschiedener Krankheitsbilder werfen könnten. Aus dem dargestellten Ansatz ergeben sich aber auch therapeutische Anregungen. Er liefert Argumente gegen eine Vermittlung von dekontextualisiertem, explizitem Wissen in künstlichen therapeutischen Milieus und quasi-experimentellen Settings (HUPPERTZ 2003b) und für eine Arbeit mit dem Patienten an seinen konkreten Lebensumständen, Fertigkeiten und alltäglichen Lebenseinstellungen, also an seiner potenziellen Wirklichkeit.