Intersubjektivität

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Subjektivität und Intersubjektivität in der psychiatrischen Diagnostik

Einleitung

Seit sich das Gehirn und seine Aktivität bei geistigen Tätigkeiten immer detaillierter beobachten lässt, verfolgen die Neurowissenschaften das Ziel, Bewusstsein und Subjektivität selbst zu naturalisieren, also neurobiologisch zu erklären. Subjektives Erleben scheint sich im Gehirn abbilden und damit quasi materialisieren zu lassen. An bestimmten Orten des Kortex finden offenbar das Wahrnehmen, das Entscheiden oder das Handeln statt; Gefühle, selbst Denkvorgänge lassen sich im Aufleuchten von Hirnstrukturen scheinbar ›live‹ mitverfolgen. Dies führt in der Psychiatrie häufig zu dem Glauben, in abweichenden Hirnaktivitäten die Ursache eines psychischen Leidens oder dieses Leiden selbst lokalisiert zu haben. »Psychische Störungen sind Gehirnkrankheiten« postulierte Wilhelm Griesinger bereits 1845, und dieser Satz ist heute zum herrschenden Paradigma der Psychiatrie geworden.[1] Wenn aber Angst, Depression oder Schizophrenie *eigentlich* neurobiochemische Störungen sind, dann wird die Psychiatrie zu einer Form von Neurologie oder ›Enzephaliatrie‹:

> Psychische Störungen werden damit zunehmend Gehirnfunktionsstörungen und unterscheiden sich nicht mehr grundsätzlich von anderen ZNS-Erkrankungen. (Maier 2002, 96 f.)

[1] Vgl. Griesinger (1845, 2). – Es bleibt freilich festzuhalten, dass Griesinger selbst damit keineswegs eine rein biologische Sicht vertrat, sondern vor allem zeitgenössischen Anschauungen entgegentreten wollte, wonach Geisteskrankheiten nicht nur im Gehirn, sondern im gesamten Körper ihren Sitz haben könnten.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

> Im Kern handelt es sich immer um ein Ungleichgewicht in der Biochemie der Zellen des Gehirns. […] Natürlich ist das individuelle Leid der Patienten eingebettet in die jeweiligen Lebensumstände. […] Das eigentliche Problem aber wurzelt in Hirnprozessen, dort muss die Behandlung ansetzen. (Holsboer 2011, 36–38)

Solchen Aussagen zum Trotz kann die Psychiatrie jedoch nach wie vor auf die Psychopathologie nicht verzichten. Denn eine Depression, eine Angststörung oder eine Schizophrenie lässt sich nun einmal weder durch eine Bildgebung des Gehirns feststellen noch durch Gentests, Blutuntersuchungen oder andere Biomarker. Sieht man von der Alzheimer-Demenz ab, so gibt es bislang keine Möglichkeit, psychiatrische Erkrankungen durch apparative Untersuchungen oder andere Tests verlässlich zu diagnostizieren, und es besteht kein Anlass zu der Annahme, es könnte sich daran in absehbarer Zeit etwas ändern. Ebenso wenig haben neurobiologische Erkenntnisse die therapeutischen Verfahren der Psychiatrie in den letzten 30 Jahren in relevanter Weise verändert. Dies wird in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Psychiatrie häufig übersehen. Die Psychiatrie ist eine Beziehungsmedizin, sie beruht auf der subjektiven Erfahrung, und sie lebt wesentlich von der Sprache, in der diese Erfahrung zum Ausdruck kommt und verstanden wird.

Unter dieser Voraussetzung erscheint es umso notwendiger, die Kunst der psychiatrischen Diagnostik und ihre phänomenologische Grundlage nicht nur lebendig zu halten, sondern nach Möglichkeit zu verfeinern und zu vertiefen – nicht zuletzt als Basis für die therapeutische Beziehung, die bereits mit der ersten Anamnese beginnt. Eine gründliche Erfassung und ein eingehendes Verständnis der subjektiven Erfahrung sind unerlässlich für klinische, therapeutische ebenso wie für Forschungszwecke. Um dies zu zeigen, werde ich im Folgenden drei grundlegende Ansätze zur Erfassung psychischer Krankheit unterscheiden:

(1) den *positivistischen, objektivierenden Ansatz* aus der Perspektive der 3. Person, der dem DSM-5 und der ICD-10 zugrunde liegt und sich vor allem auf beobachtbare Verhaltenssymptome stützt;

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

(2) den *phänomenologischen, subjektorientierten Ansatz*, der in erster Linie vom Selbsterleben des Patienten, also der Perspektive der 1. Person ausgeht und ihre grundlegenden Strukturen erforscht;
(3) den *hermeneutischen Ansatz* aus der Perspektive der 2. Person, der auf der gemeinsamen Konstruktion sowie Deutung der persönlichen Geschichte eines Patienten beruht und vor allem seine interpersonellen Beziehungsmuster erfasst.

Nach der vergleichenden Darstellung dieser Ansätze werde ich mich abschließend der besonderen Rolle der Intuition für die psychiatrische Diagnostik zuwenden und für ihre Rehabilitierung plädieren.

Ansätze zur Diagnostik psychischer Krankheit

(1) Positivistischer Ansatz

Der positivistische Ansatz, der oft als der Standard des wissenschaftlichen Diskurses gilt, stellt die Reliabilität, Operationalisierbarkeit und Quantifizierbarkeit der Diagnostik in den Vordergrund. Er beschränkt sich damit auf die Erfassung einzelner Symptome und Verhaltensmerkmale, da diese als verlässlicher angesehen werden als subjektive Erfahrungen. Die Diagnose erfolgt dann gemäß einem operationalisierten Algorithmus von Einzelkriterien. Das Ziel ist nicht, das Erleben des Patienten als ein zusammenhängendes Ganzes zu beschreiben, sondern umschriebene abnorme Verhaltensweisen abzugrenzen, zu klassifizieren und nach Möglichkeit auf subpersonale, genetische oder neurobiologische Ursachen zurückzuführen.

Der Ansatz beruht also auf dem körpermedizinischen Krankheitsmodell, das bestimmte Symptome bzw. Syndrome spezifischen somatischen Ursachen zuzuordnen versucht. Er erfasst den Kranken aus der Beobachterperspektive oder der *Perspektive der 3. Person* und versucht, das subjektive Erleben von Patient und Psychiater soweit wie möglich auszublenden. Trotz seiner

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

unbestreitbaren Vorteile für die Reliabilität der Diagnostik wirkt sich der operationalisierende Ansatz doch nachteilig auf die klinische Psychopathologie ebenso wie auf die neurobiologische Forschung aus. Zentrale Bereiche menschlicher Erfahrung – etwa Selbsterleben und Identität, subtile Veränderungen der Wahrnehmung oder Erfahrungen existenzieller Entfremdung wie in den Frühstadien von Psychosen – sind aus den diagnostischen Manualen weitgehend verschwunden, da sich solche Phänomene nun einmal nicht im Alltagsvokabular beschreiben lassen. Gerade eine spezifisch neurobiologische Forschung ist jedoch auf die subtile, feinkörnige Beschreibung der Erlebnisphänomene angewiesen.

Zudem besteht inzwischen ein grundlegender Mangel an psychopathologischen Konzepten, die einzelne Symptome oder Dysfunktionen auf der neuropsychologischen Ebene in ein zusammenhängendes Ganzes von veränderten Erlebnisweisen und dementsprechenden Krankheitseinheiten integrieren könnten. Das DSM-5 und die ICD-10 haben zwar die alten, typologisch gewonnenen Krankheitseinheiten übernommen. Ohne einen inneren Zusammenhang bleiben diese jedoch mehr oder minder willkürliche Aneinanderreihungen oder Cluster unverbundener Einzelsymptome. Das Fehlen einer integrierenden Psychopathologie führt dann zu Kurzschlüssen zwischen der Ebene oberflächlich beschriebener Symptome auf der einen Seite und den mutmaßlich zugrunde liegenden neurophysiologischen Prozessen auf der anderen Seite. Dies resultiert in Vereinfachungen wie »Depression ist ein gestörter Serotoninstoffwechsel« oder dem immer noch anzutreffenden Glauben, das entscheidende Hirnareal oder Gen für die Schizophrenie doch noch finden zu können.

Editorials hochrangiger psychiatrischer Zeitschriften warnen seit langem vor einem Verlust der psychopathologisch-klinischen Erfahrung im Zuge der kriteriologischen Diagnostik (Hojaij 2000; Mundt 2005). Die amerikanische Psychiaterin Nancy Andreasen, selbst wesentlich beteiligt an der Einführung des DSM-3, hat wiederholt den Niedergang klinischer Erfahrung in der amerikanischen Psychiatrie beklagt, der infolge einer simplifizierten Diagnostik eingetreten sei, und eine Neubelebung der psychopathologischen Ausbildung junger Kliniker gefordert:

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Glücklicherweise haben die Europäer immer noch eine stolze Tradition klinischer Forschung und beschreibender Psychopathologie. Eines Tages im 21. Jahrhundert, nachdem das menschliche Genom und das menschliche Gehirn erfasst sein werden, wird jemand einen umgekehrten Marshall-Plan zu organisieren haben, sodass die Europäer die amerikanische Wissenschaft retten könnten, indem sie helfen, uns vorzustellen, wer wirklich Schizophrenie hat und was Schizophrenie wirklich ist. (Andreasen 2007, 112; eig. Übers.)

Ob dieser »umgekehrte Marshall-Plan« für einen Reimport psychopathologisch-klinischer Expertise aus dem alten Europa noch zu realisieren sein wird, mag beim Blick auf die gegenwärtige Lage der Psychiatrie hierzulande schon zweifelhaft erscheinen. Psychopathologische Erfahrung lässt sich nun einmal nicht manualisieren, und sie kann in Ermangelung prägender Lehrer und Vorbilder auch aussterben. Nun hat die Psychopathologie seit Jaspers ihr philosophisches und methodisches Fundament in der Phänomenologie, der Lehre von den Formen und Strukturen des Bewusstseinslebens; wenden wir uns daher dem phänomenologischen Ansatz zu.

(2) Phänomenologischer Ansatz

Dieser Ansatz sucht die Subjektivität des Patienten und besonders das Erleben seiner Störung zu erfassen, also die *Perspektive der 1. Person*. Jaspers zufolge geht es darum, »die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen« (1973, 47), nämlich durch einfühlendes Verstehen ihrer Selbstschilderung. In der phänomenologischen Einstellung müssen wir »alle überkommenen Theorien, psychologischen Konstruktionen […], alle bloßen Deutungen und Beurteilungen beiseite lassen« (ebd., 48).

Typische Fragen, die den Phänomenologen bei der Exploration anleiten, sind etwa:

– Wie ist es für den Patienten, in einem bestimmten psychischen Zustand zu sein (z. B. depressiv zu sein, Stimmen

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

zu hören)? Welche Bedeutung hat dieser Zustand für ihn? Steht er ihm distanziert gegenüber oder ist er ganz mit ihm identifiziert?
- Wie erlebt der Patient seinen Leib und seinen Raum? Wie bewegt und verhält er sich in seiner Umgebung als verkörpertes Subjekt?
- Wie erlebt der Patient die Zeit? Ist der Patient auf eine Zeitrichtung fixiert, z. B. die Vergangenheit? Besteht z. B. eine Kontinuität des Selbsterlebens im Zeitverlauf oder gibt es Brüche?
- Wie erfährt der Patient seine Rolle in der Welt? Erlebt er sich als aktiv handelndes Subjekt oder eher als passiv der Welt ausgesetzt?
- Inwieweit ist der Patient in der Lage, sich in andere einzufühlen und ihre Perspektive zu übernehmen? Wie erlebt er sich in seinen Beziehungen?

Grundsätzlich betrachtet die Phänomenologie Bewusstsein nicht als ein Objekt der Beschreibung, sondern als ein Grundverhältnis zur Welt. Insofern zielt sie weniger auf die Erfassung bestimmter Inhalte, sondern eher auf die *Form und Struktur* der bewussten Erfahrung. Die Erlebnisse und Krankheitsmerkmale werden nicht isoliert, sondern immer in Bezug zum Subjekt und dem Ganzen des Bewusstseins gesehen, in dem sie auftauchen.

Um ein Beispiel zu geben: Was genau meint denn ein Patient, wenn er sagt: »Ich bin deprimiert«? – Manche Patienten verwenden den Ausdruck für das Gefühl der Entmutigung durch einen Rückschlag oder Missgeschick. Sie sind also ›von etwas‹ oder ›über etwas‹ deprimiert; ihr Gefühl hat einen Gegenstand, es ist intentional gerichtet (reaktive Depression). Andere Patienten bezeichnen damit eher eine Stimmung diffuser Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, eine Tönung der Vergeblichkeit, die sich über alles legt (depressive Episode). Andere meinen damit, dass sie unfähig sind, überhaupt etwas zu fühlen, dass sie die emotionale Resonanz mit anderen verloren haben und sich innerlich wie versteinert erleben (›Gefühl der Gefühllosigkeit‹ in der schweren Depression oder Melancholie). Wieder andere verwenden den Ausdruck der

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Deprimiertheit für eine Stimmung der Lustlosigkeit, Leere oder Dysphorie (z. B. in der Borderline-Störung). Einige Patienten schließlich versuchen damit ihr Erleben einer untergründigen Leere, eines fehlenden Selbstgefühls oder inneren Kerns zu beschreiben (depressive Vorphasen einer Schizophrenie). Dann schließlich gibt es Patienten, die mit dem Begriff eine Abstumpfung, Antriebs- und Ziellosigkeit umschreiben, die von ihnen Besitz ergriffen hat (Abulie bei chronischen Schizophrenien oder Demenzen).

Wir sehen an diesem Beispiel, dass ein Symptom wie Depressivität als solches viel zu unspezifisch ist, um aussagekräftig zu sein, wie es der kriteriologische Ansatz im DSM-5 oder in der ICD-10 voraussetzt. Die depressive Stimmung der neurotischen, der melancholischen, der schizophrenen, der Borderline- oder der Demenz-Patienten ist von jeweils sehr unterschiedlicher Qualität. Erst die Einbettung des Merkmals in das grundlegende Selbst- und Weltverhältnis des Patienten gibt ihm seine *spezifische Wertigkeit*. Eine psychische Symptomatik besteht nicht aus definierten, abgegrenzten Einzeldaten, die bereits fertig im Bewusstsein des Patienten vorliegen und nur noch durch Ja-/Nein-Fragen eruiert werden müssen. Sie zeigt und entfaltet sich vielmehr erst durch die Interaktion zwischen der Schilderung des Patienten und den klärenden, vertiefenden Fragen des Untersuchers.

Eine phänomenologische Diagnostik versucht daher, über die pure Aufzählung von Einzelsymptomen hinaus das Selbst- und Weltverhältnis des Patienten insgesamt zu erfassen. Dazu zählen bereits seine Erscheinung, sein Blick, Gang, Händedruck usw., natürlich sein aktuelles Erleben und Verhalten, aber auch sein Kommunikations- und Lebensstil ebenso wie seine Lebensgeschichte. Die phänomenologische Psychopathologie hat in zahlreichen Analysen herausgearbeitet, wie psychisches Kranksein sich in Abwandlungen der Leiblichkeit, Zeitlichkeit, des gelebten Raumes und der Intersubjektivität manifestiert. Der Raum von Möglichkeiten und Handlungsangeboten schrumpft, die Dinge rücken außer Reichweite oder auch in bedrohliche Nähe, die vertraute Welt entfremdet sich, die Beziehungen zu den anderen sind gestört. »The patient is ill, that means, his world is ill« – so hat es der

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

phänomenologische Psychiater van den Berg (1972, 46) zusammengefasst. Diese besondere Welt gilt es so genau wie möglich zu erfassen, nachzuvollziehen und zu beschreiben.

Wie werden die Ergebnisse solch detaillierter Explorationen nun weiter verarbeitet? Die subjektive Erfahrung lässt sich ihrer Natur nach nicht in Durchschnittswerten erfassen. Die statistische Clusterbildung von Symptomen gelangt nie zu einem bedeutungsvollen und zusammenhängenden Ganzen. Die Phänomenologie sucht vielmehr nach dem *Grundmuster*, in das die einzelnen Merkmale eingebettet sind: zum Beispiel die affektive Selbstentfremdung in der Melancholie oder der Autismus in der Schizophrenie. Zu diesem Zweck betont sie auch die Bedeutung von Einzelfallstudien, die *Prototypen* für Kategorien psychischer Störungen liefern können. Prototypen sind charakteristische Beispiele, die das Wesen eines Phänomens als organisierende Gestalt jenseits der Details erfassen lassen. Klassische Beispiele sind der »Typus Melancholicus«, den Tellenbach (1983) aufgrund klinischer Beobachtung von Patienten mit endogener Depression gefunden hat, oder Blankenburgs »Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit« (1971), einer Fallstudie zur basalen Störung der Schizophrenie.

Diese typischen Züge können dann aber auch als Grundlage für die Entwicklung von standardisierten Erhebungsinstrumenten dienen. Ein Beispiel ist die *Examination of Anomalous Self-Experience* (EASE, Parnas et al. 2005), ein ausführliches, phänomenologisch begründetes Interview zur Erfassung basaler Selbsterlebensstörungen in den Prodromalstadien der Schizophrenie. Das Interview beruht auf der Beobachtung, dass die Mehrzahl der Patienten mit schizophrenen Spektrumsstörungen schon lange vor einer akuten Psychose subtile Veränderungen der Selbst- und Leiberfahrung, des Denkens, Handelns und der Alltagsgewohnheiten erlebt. Das Interview wurde inzwischen ergänzt durch die *Examination of Anomalous World Experience* (EAWE, Sass et al. 2017), die besonders dem Erleben von Raum, Zeit, Atmosphäre und Intersubjektivität gilt.

Auf die Analyse und Typologie dieser Erfahrungen stützt sich die neuere phänomenologische Theorie der Schizophrenie

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

als einer grundlegenden Störung des Selbsterlebens.[2] Sie betrifft das Gefühl einer durchgängigen inneren Leere, ein mangelndes Selbst- oder Identitätsempfinden und eine zunehmende Entfremdung von der Welt, die charakteristischerweise mit einer selbstbeobachtenden und oft geradezu philosophisch-grüblerischen Haltung einhergeht. Die Patienten berichten, sie fühlten sich isoliert und abgetrennt, unfähig, die alltäglichen Bedeutungen und vertrauten Sinnbezüge in der Welt und in Beziehung zu den anderen zu erfassen. Eine typische Schilderung lautet etwa:

> Die Umwelt ist nicht mehr so, wie sie sein soll. Der Tisch ist zwar noch so sandfarben wie er ist, aber irgendwie gleichzeitig grau. Ich sehe noch, dass er eine Farbe hat, aber nicht mehr wirklich. Es fühlt sich alles unwirklich an. Ich habe es schon als Nebel vor meinem Gesicht beschrieben, oder als Mauer unter meiner Haut, dass mein Innerstes praktisch abgekapselt ist – von meinen Empfindungen. Das wirft natürlich Fragen auf: Was für jemand bin ich eigentlich, dass ich nichts mehr hinbekomme? Dass ich nichts mehr tun will, vielmehr nichts mehr tun kann? Eigentlich ist meine Identität verloren. (Patient der eigenen Klinik)

Somit lokalisiert die phänomenologische Psychiatrie die Störung des Selbsterlebens in der Schizophrenie in einer grundlegenden, impliziten und praktisch-alltäglichen Einbettung des Subjekts in die Welt – eine Dimension, die sich mit den EASE- und EAWE-Interviews eingehend erfassen lässt.

Vergleichen wir diesen Ansatz mit den objektiven Dysfunktionen, wie sie die experimentelle Neuropsychologie beobachtet – etwa Störungen des Arbeitsgedächtnisses, der exekutiven Kontrollfunktionen oder der Aufmerksamkeit –, dann vermag erst der phänomenologische Ansatz diese einzelnen Dysfunktionen in ein zusammenhängendes Ganzes veränderter Selbsterfahrung zu integrieren. Gleichzeitig hilft er den Patienten, ihre Erfahrungen in einer Weise auszudrücken, die sie ihnen selbst und anderen verständlich macht. Er fördert ihre Fähigkeit, ein Verhältnis zu ihren primären Erfahrungen einzunehmen, und stärkt damit ihre Selbstwirksamkeit. In diesem Sinn hat die phänomenologische Untersuchung selbst bereits eine therapeutische Wirkung.

---

[2] Siehe den Aufsatz »Selbst und Schizophrenie« in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

(3) Hermeneutischer Ansatz

Betrachten wir nun drittens den hermeneutischen Ansatz, der mit dem phänomenologischen zwar eng verwandt, doch noch stärker auf die Intersubjektivität, das Ich-Du-Verhältnis oder die *2. Person-Perspektive* ausgerichtet ist.

Nicht nur für psychiatrische Kliniker und Forscher, sondern erst recht für Psychotherapeuten sind die kriteriologischen Diagnosesysteme unzureichend. Denn der operationale Ansatz eignet sich zwar zur Erfassung schematischer Merkmale und ihrer Zuordnung zu einzelnen Hirnfunktionen oder zu epidemiologischen Daten, aber er ist ungeeignet für die therapeutische Beziehung, die auf einer vertieften, individualisierten Diagnostik und auf der gemeinsamen Herstellung von Bedeutung und Verstehen beruht. Der Therapeut ist nicht mehr Beobachter, sondern Teilnehmer am Dialog. Während seine Subjektivität im operationalen Ansatz nach Möglichkeit auszuschalten ist, wird sie im hermeneutischen Ansatz zum eigentlichen Instrument des Verstehens (Holm-Hadulla 1997; Lang 2000; Holzhey-Kunz 2002).

Zudem basieren die meisten psychotherapeutischen Theorien auf Konzepten wie der biographisch geprägten Verarbeitung von Situationen und der psychosozialen Krise, die zu einer psychischen Störung führt. Dies steht im Kontrast zum medizinischen Modell einer zugrunde liegenden biologischen Pathologie, für die Lebensereignisse, wenn überhaupt, dann nur eine auslösende Rolle spielen. Dieses Modell mag geeignet sein für hochgradig verselbstständigte psychische Phänomene wie etwa Halluzinationen, jedoch kaum für eine depressive Krise nach einer Trennung, die eine individuelle, auf die aktuelle Lebenssituation bezogene Reaktion darstellt. Während das medizinische Modell Lebensereignisse als objektive Fakten und kausale Auslöser einer Erkrankung betrachtet, besteht aus hermeneutischer Sicht eine Wechselbeziehung zwischen Ereignis und Erlebnis (Straus 1930). Gerade die Psychotherapie basiert auf der Erfassung dieser idiographischen und psychodynamischen Dimension der Störung.

Der hermeneutische Ansatz hat, nicht zuletzt im Ausgang von der Psychoanalyse, komplexe und strukturelle Modelle ent-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

wickelt, um die Dynamik bewusster und unbewusster Prozesse zu verstehen, die der Störung des Patienten zugrunde liegen (Rudolf 2006). ›Verstehen‹ meint in diesem Kontext die Bildung miteinander geteilter Bedeutungen und Narrative durch die Verbindung zweier subjektiver Horizonte (Gadamer 1960). Leitend ist dabei die Annahme, dass die Person in ihrer Lebenswelt nur durch das Medium einer interpersonalen Beziehung verstanden werden kann, wie sie sich bereits in der ersten Begegnung von Patient und Psychotherapeut entfaltet. Der diagnostische Prozess ist aber nicht auf das empathische Verstehen beschränkt, sondern er zielt auch auf die Freilegung der spezifischen Beziehungsformen des Patienten, die auf der Folie der therapeutischen Interaktion sichtbar werden (Fuchs 2006). Im Vergleich zum phänomenologischen Ansatz gewinnen hier die Inhalte und Motive des Erlebens, die Narrative und Lebensthemen eine größere Bedeutung, denn sie bilden die Grundlage für die therapeutische Arbeit der Selbstklärung und Selbstaktualisierung.

Auch dieser Ansatz ist bis zu einem gewissen Grad systematisiert worden; als eines der bekanntesten Beispiele sei die »Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik« (OPD) genannt (Arbeitskreis OPD 2009). Das Interview besteht aus den fünf Hauptachsen:

(1) Krankheitserfahrung, individuelles Krankheitsmodell, Behandlungsmotivation, persönliche Bewältigungsressourcen, soziale Unterstützung;
(2) charakteristische Beziehungsmuster aus der Patienten- und aus der Therapeuten-Perspektive; diese Muster werden näher bestimmt durch zwei orthogonale Dimensionen, nämlich *Kontrolle* (kontrollierend versus submissiv) und *Affiliation* (liebevoll versus feindselig);
(3) zentrale intra- und interpersonelle Konflikte, Abwehr- und Bewältigungsmuster in verschiedenen Lebensbereichen;
(4) psychische Struktur und Integrationsniveau, erfasst in Kategorien wie Reflexionsfähigkeit, Selbstbestimmung, Abwehr- und Bewältigungsstile, interpersonale Kommunikation, Bindungsmuster und Integrationsniveau;

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

(5) psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10.

Ein besonderer Vorteil dieses Systems im Vergleich zu früheren psychodynamischen Ansätzen ist die Einbeziehung schwerer Persönlichkeitsstörungen und dissoziativer Syndrome, der durch ein erweitertes Konzept der psychischen Struktur möglich wird (Rudolf 2006).

Wir sehen, dass die Aufgabe einer hermeneutisch orientierten Diagnostik über die Erfassung von Symptomen des Patienten oder den Nachvollzug seines Erlebens weit hinausreicht. Sie geht stufenlos in den therapeutischen Prozess über, der darin besteht, gemeinsam mit dem Patienten seine Lebenswelt und seine Beziehungsmuster zu erkunden und zu verstehen. Das vorrangige Mittel zu diesem Zweck ist das interaktive Feld zwischen Patient und Therapeut.[3] In ihm wird ein neuer, dyadischer Erfahrungsraum hergestellt, der die Beziehungsmuster des Patienten sichtbar machen und durch neue, korrektive Erfahrungen verändern kann. Insofern geht es auch im therapeutischen Prozess noch um ein fortgesetztes ›Diagnostizieren‹, nämlich im wörtlichen Sinne eines ›Hindurch-Erkennens‹, eines tieferen Verstehens dessen, was den Patienten motiviert und bewegt oder was ihn hemmt und immer wieder in die Irre führt. An diesem ebenso diagnostischen wie therapeutischen Prozess sind Therapeut und Patient gleichermaßen beteiligt.

Vergleich der Ansätze

Ich habe damit drei wesentliche Ansätze zur Diagnostik und zum Verständnis psychischer Störungen vorgestellt:

[3] Vgl. den Aufsatz »Phänomenales Feld und Lebensraum« im vorliegenden Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

(1) den positivistischen oder operationalisierten Ansatz aus der Perspektive der 3. Person, der vorwiegend auf beobachtbaren Verhaltenssymptomen beruht;
(2) den phänomenologischen Ansatz, der sich auf das Selbst- und Welterleben des Patienten bzw. die Perspektive der 1. Person richtet;
(3) den hermeneutischen Ansatz, der auf das gemeinsame Verstehen der persönlichen Situation und Geschichte des Patienten aus der Sicht der 2. Person abzielt, längerfristig auch auf eine Veränderung der grundlegenden Beziehungsmuster durch die therapeutische Interaktion.

Vom ersten zum dritten Ansatz ist der Psychiater zunehmend als Subjekt involviert:

(1) Der positivistische Ansatz basiert auf der Subjekt-Objekt-Trennung und der Annahme einer subjekt-unabhängigen, objektivierbaren Realität.
(2) Der phänomenologische Ansatz beruht auf der Vergegenwärtigung und Beschreibung des In-der-Welt-Seins des Patienten durch empathische und typologische Erfassung.
(3) Der hermeneutische Ansatz gründet auf der gemeinsamen Bildung intersubjektiver Bedeutungen und Narrative; hier fungiert die eigene subjektive Erfahrung bzw. Gegenübertragung des Psychiaters als das Medium, in dem die Beziehungsmuster des Patienten sichtbar werden.

In dieser Abfolge wird es für den Psychiater zunehmend unmöglich, sich selbst außerhalb des diagnostischen Prozesses zu halten. Im phänomenologischen Ansatz ist er beteiligt durch einfühlendes, nachvollziehendes Verstehen, im hermeneutischen Ansatz durch gemeinsame Sinnkonstitution und Gegenübertragung. Dennoch ist im zweiten und im dritten Ansatz nicht weniger, sondern nur eine *andere* Art von Objektivität wirksam. Denn wenn Subjektivität wesentlich in der Beziehung eines Subjektes zur Welt und zu den anderen besteht, dann kann sie letztlich auch nur durch ein anderes Subjekt angemessen erforscht und verstan-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

den werden. Wenn es um einen anderen Menschen geht, erschließt uns nicht die unpersönlichste, sondern die persönlichste Erfahrung am meisten von seiner Wirklichkeit.

Intuition in der psychiatrischen Diagnostik

Dies führt abschließend zu einigen Überlegungen hinsichtlich der Rolle der Intuition für den diagnostischen Prozess.

Die nonverbale, zwischenleibliche Kommunikation ist die Grundlage der klinischen Intuition und damit eine zentrale, wenngleich meist vernachlässigte Dimension der psychiatrischen Diagnose (Fuchs 2018). Wichtige Kriterien des psychopathologischen Befundes wie Stimmung, Ängstlichkeit, Erregung, affektive Spannung oder Antrieb manifestieren sich vor allem in der Psychomotorik – in der Mimik, Haltung, Gestik, Bewegung des Patienten – oder auch paraverbal, das heißt in Stimme, Betonung oder Redefluss. Auch eine Diskrepanz zwischen dem erwarteten und dem tatsächlichen Gefühlsausdruck kann diagnostisch relevant sein, etwa ein unechter, theatralischer Gefühlsausdruck bei histrionischen Patienten oder umgekehrt eine ›*belle indifférence*‹ bei Konversionssymptomen, also die Unbekümmertheit, mit der die Patienten auch schwere körperliche Symptome hinnehmen.

Bereits das Erstgespräch vermittelt also auf nonverbalem Weg wesentliche Informationen über Stimmung, Gefühl, Spannung oder Antrieb des Patienten ebenso wie über seine Art der Beziehungsaufnahme. Da diese Eindrücke weniger analytisch, sondern eher atmosphärisch aufgenommen werden, richtet sich der erfahrene Psychiater in der Diagnose nicht nur nach einzelnen Symptomen, Befunden und Verlaufsdaten, sondern nach dem Gesamteindruck, den er von einem Patienten und seiner Lebenssituation gewinnt. Viele Diagnosen erkennt oder ›spürt‹ er bereits atmosphärisch, bevor er sie analytisch begründen oder operationalisieren könnte. Umgekehrt vermag er aus dem Gesamteindruck heraus die charakteristischen Einzelphänomene präziser zu erfassen und einzuordnen. Kein Film oder Lehrbuch kann daher

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

das eigene Erleben einer Diagnose und ihres spezifischen Kolorits ersetzen (Kraus 1991).

Dabei ergeben sich viele intuitive Diagnosen gerade aus einer atmosphärischen Störung, nämlich einem Versagen der sonst gewohnten leiblichen Kommunikation: etwa aus dem spürbaren Resonanzverlust des gehemmt-depressiven Patienten oder aus der befremdlichen Anmutung in der Begegnung mit einem schizophrenen Patienten. Seine Ausdrucksformen, insbesondere die Mimik, wirken häufig vergröbert, eckig, unmoduliert und unnatürlich. Es entsteht das eigentümliche Erlebnis einer mangelnden Passung oder Dissonanz der leiblichen Kommunikation. Wie Blankenburg treffend formulierte, spiegelt sich in der *Be*fremdung des Psychiaters, in seiner mangelnden Möglichkeit zur Einfühlung die Selbst*ent*fremdung des Kranken (Blankenburg 1979, 129).

Phänomenologisch orientierte Psychiater wie Rümke (1941/1990) oder Wyrsch (1946) haben dieses intuitive Moment der Schizophrenie-Diagnose auch als »Praecox-Gefühl«[4] beschrieben:

> Selbst nach einer kurzen psychischen Untersuchung wird dem Psychiater klar, dass seine Empathie fehlt. Nicht nur lässt sich der Affekt des Patienten nicht nachfühlen; man kann zu seiner Persönlichkeit insgesamt keine Beziehung herstellen. Deutlich wird, dass dies durch etwas »im Patienten« verursacht wird; seine Gerichtetheit auf andere Menschen und die Umwelt ist gestört. (Rümke 1941/1990, 336; eig. Übers.)

Rümke wies auch auf die allgemeine diagnostische Bedeutung der subjektiven Reaktion des Psychiaters hin:

> Nahezu unbemerkt schlägt die Krankheit des Patienten entsprechende Saiten im Arzt an. Wie viele von uns sind ein bisschen manisch, wenn sie mit einem manischen Patienten zu tun haben, etwas psychopathisch mit einem Psychopathen oder neurotisch, wenn der Patient neurotisch ist. (Rümke 1941/1990, 337; eig. Übers.)

Solche klinisch-intuitiven Erfahrungen werden heute wieder systematischer untersucht. So prüfte Grube (2006) in einer Studie an 67 Patienten die Verlässlichkeit des ›Praecox-Gefühls‹ eines erfah-

[4] Nach der früheren Bezeichnung ›Dementia praecox‹ für die Schizophrenie.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

renen Psychiaters nach einem kurzen Erstkontakt, in dem noch keine Symptome erhoben wurden. Es zeigte sich eine hohe Sensitivität (0.88), Spezifität (0.80) und Korrelation (0.93) der intuitiven Schizophrenie-Diagnose mit der später kriteriologisch bestimmten Diagnose.

Ein neueres Instrument zur Erfassung der Reaktionen von Psychiatern auf ihre Patienten stellt das *Assessment of Clinicians' Self-Experience* (ACSE) dar, das von Pallagrosi et al. (2014) publiziert wurde. Es erfasst die Faktoren (1) Anspannung, (2) mangelnde Resonanz und Einstimmung, (3) Engagiertheit, (4) Gefühle der Dissonanz, Manipulation oder Entwertung und (5) Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Frustration. Nach verschiedenen Studien mit diesem Instrument waren bestimmte Diagnosegruppen signifikant mit folgenden Faktoren korreliert:

– Depression und Angst mit vermehrtem Engagement,
– Schizophrenie mit mangelnder Resonanz und Einstimmung, aber auch Gefühlen von Ohnmacht,
– Erregungszustände und Suizidalität mit Anspannung,
– Borderline-Persönlichkeitsstörung mit hoher Dissonanz.

Solche Korrelationen stützen die Annahme, dass die emotionale Selbsterfahrung im Erstkontakt eine wichtige Rolle bei der Einschätzung von Diagnosen spielen kann.

Die diagnostische Bedeutung der Intuition lässt sich noch in anderer Weise eindrucksvoll belegen, nämlich durch die videogestützte Auswertung von Explorationen. So wurden in einer Studie von Heller (1993; Heller & Haynal 1997) 59 Patientinnen und Patienten innerhalb von drei Tagen nach einem Suizidversuch von einer Psychiaterin exploriert. Das Interview wurde videographiert und die Mimik sowie Gestik sowohl der Psychiaterin als auch ihrer Patienten minutiös analysiert. Die Fragestellung war, ob die nonverbale, weitgehend unbewusste Kommunikation während des Interviews eine prädiktive Bedeutung für einen erneuten Suizidversuch haben könnte. Zum Vergleich schätzte die Psychiaterin unmittelbar nach dem Interview ein, wie hoch sie das Risiko eines künftigen Suizidversuchs bewertet.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Bei einer Katamnese nach einem Jahr hatten zehn Patienten einen zweiten (nicht-tödlichen) Suizidversuch unternommen. Diese wurden nun mit elf Patienten ohne weiteren Suizidversuch verglichen. Es zeigte sich, dass in der Tat 265 Körpersignale signifikant mit der Suizidversuch-Variable korreliert waren, wobei 200 dieser Signale *von der Psychiaterin selbst* stammten. Das Erstaunliche war nun: Während ihre bewusste Voraussage des Suizidrisikos nach dem Interview nur auf dem Zufallsniveau lag, hatten ihre unbewussten körperlichen Signale signifikant prädiktiven Wert. So konnte die Dauer ihres besorgten oder in anderer Weise emotional involvierten Gesichtsausdrucks 17 der insgesamt 21 Patienten, also 81 % richtig prädizieren. Auf implizit-leiblicher Ebene spürte die Psychiaterin die Gefährdung eines Patienten also viel genauer als ihr bewusst wurde.

Es ist offensichtlich, welche Bedeutung diese und ähnliche Untersuchungen insbesondere für die klinische Ausbildung haben. Wenn Psychiater und Psychotherapeuten ein verfeinertes Sensorium für ihre eigenen leiblichen Reaktionen entwickeln würden, so könnten sie ihren eigenen Körper als Wahrnehmungsinstrument oder ›Beziehungsseismographen‹ nutzen. Sie wären damit in der Lage, intuitiv ungleich mehr von der Wirklichkeit des Patienten wahrzunehmen, als es auf der bewusst-verbalen Ebene möglich ist. Es ist freilich auch offensichtlich, dass dafür eine spezifisch zu schulende Erfahrung erforderlich ist. Statt den Einfluss der eigenen Person und Erfahrung möglichst gering zu halten, wie es die objektivierende Untersuchung mittels Erhebungsinstrumenten, Fragebögen etc. anstrebt, setzt die intuitive Diagnostik gerade eine persönliche Nähe zwischen Arzt und Patient voraus.

Aus all diesen Gründen bleiben Subjektivität und Intersubjektivität unabdingbare Elemente einer vertieften und humanen psychiatrischen Diagnostik. Die heute üblichen operationalisierten Verfahren bedürfen der Erweiterung um die Ansätze aus der Perspektive der 1. und 2. Person, wie sie Phänomenologie und Hermeneutik entwickelt haben. Darüber hinaus sollte es zu den zentralen Aufgaben der Aus- und Weiterbildung gehören, die Wahrnehmungsfähigkeiten von Psychiatern und Psychotherapeuten für

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

zwischenleibliche Phänomene zu schulen, damit sie nicht nur nach manualisierbaren Algorithmen, sondern mit Intuition und Gespür für die implizite Ebene der Beziehung zu diagnostizieren und zu therapieren lernen (Broschmann & Fuchs 2019). Der amerikanische Psychiater John Nemiah formulierte dies treffend:

> Wir selbst sind das Instrument, das die Tiefen des Patienten sondiert, das mit seinen Gefühlen mitschwingt, das sein Selbsterleben ebenso wie seine verborgenen Konflikte zu erfassen vermag und die Gestalt seiner wiederkehrenden Verhaltensmuster erkennt. (Nemiah 1989, 466; eig. Übers.)

Keine Bildgebung des Gehirns wird dieser Erfahrung jemals überlegen sein.

Literatur

Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin, 33 (1)*, 108–112.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.

Berg, J. H. van den (1972). *A Different Existence. Principles of Phenomenological Psychopathology*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke.

Blankenburg, W. (1979). Phänomenologische Epoché und Psychopathologie. In W. M. Sprondel & R. Grathoff (Hrsg.), *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften* (S. 125–139). Stuttgart: Enke.

Broschmann, D., Fuchs, T. (2019). Zwischenleiblichkeit in der psychodynamischen Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* (online first).

Fuchs, T. (2006). Psychotherapie des »gelebten Raums«. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. In R. Kühn & K. H. Witte (Hrsg.), *psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur, 1. Praxis und Methode – Positionen* (S. 286–303). Freiburg: Karl Alber.

Fuchs, T. (2018). Zwischenleibliche Resonanz und Interaffektivität. *Psychodynamische Psychotherapie, 17 (4)*, 211–221.

Gadamer, H.-G. (1960). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen: Mohr (Paul Siebeck).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Griesinger, W. (1845). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studirende*. Stuttgart: Adolph Krabbe.

Grube, M. (2006). Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's ›praecox feeling‹ across the schizophrenia spectrum: Preliminary results. *Psychopathology, 39 (5)*, 209–217.

Heller, M. (1993). Unconscious communication. In B. Maul (Hrsg.), *Body Psychotherapy or the Art of Contact* (S. 155–179). Berlin: Maul.

Heller, M. & Haynal, V. (1997). The doctor's face: A mirror of his patient's suicidal projects. In J. Guimón (Hrsg.), *The Body in Psychotherapy* (S. 46–51). Basel: Karger.

Hojaij, C. R. (2000). Reappraisal of dementia praecox: Focus on clinical psychopathology. *World Journal of Biological Psychiatry, 1 (1)*, 43–54.

Holm-Hadulla, R. M. (1997). *Die psychotherapeutische Kunst: Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Holsboer, F. (2011). Psychische Störungen sind Hirnerkrankungen (Interview). *Gehirn & Geist, 12/Dezember 2011*, 36–38.

Holzhey-Kunz, A. (2002). *Das Subjekt in der Kur: Über die Bedingungen psychoanalytischer Psychotherapie*. Wien: Passagen-Verlag.

Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.

Kraus, A. (1991). Phänomenologische und symptomatologisch-kriteriologische Diagnostik. *Fundamenta Psychiatrica, 5*, 102–109.

Lang, H. (2000). *Das Gespräch als Therapie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Maier, W. (2002). Psychiatrie als Beruf – Wie sieht die Zukunft aus? *Der Nervenarzt, 73*, 96–99.

Mundt, C. (2005). Anomalous self-experience: A plea for phenomenology. *Psychopathology, 38 (5)*, 231–235.

Nemiah, J. C. (1989). The varieties of human experience. *British Journal of Psychiatry, 154*, 459–466.

Pallagrosi, M., Fonzi, L., Picardi, A. & Biondi, M. (2014). Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients. *Psychopathology, 47 (2)*, 111–118.

Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology, 38 (5)*, 236–258.

Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Rümke, H. C. (1941/1990). The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoxfeeling (übers. u. mit einer Einl. v. J. Neeleman). *History of Psychiatry, 1 (3)*, 331–341.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Sass, L., Pienkos, E., Skodlar, B., Stanghellini, G., Fuchs, T., Parnas, J. & Jones, N. (2017). EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology, 50 (1)*, 10–54.

Straus, E. (1930). *Geschehnis und Erlebnis*. Berlin: Springer.

Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Wyrsch, J. (1946). Über die Intuition bei der Erkennung des Schizophrenen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 76*, 1173–1176.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Störungen der Intersubjektivität in Autismus und Schizophrenie

Einleitung

Das gegenwärtig in der Psychiatrie vorherrschende biologische Paradigma betrachtet den Patienten als ein Individuum mit einer definierbaren – wenngleich in den meisten Fällen noch keineswegs definierten – Dysfunktion des Gehirns. Psychische Krankheit wird als ein prinzipiell lokalisierbarer Defekt begriffen, ähnlich einer Unterfunktion der Bauchspeicheldrüse beim Diabetes mellitus. Aus einer phänomenologischen Sicht hingegen lässt sich psychisches Kranksein nicht allein im Patienten lokalisieren, erst recht nicht in seinem Gehirn, denn es schließt immer seine Beziehungen und Interaktionen mit anderen ein. Selbst in einer symptomorientierten Diagnostik ist ein Großteil der Symptomatik nicht am isoliert gedachten Patienten zu erheben, sondern zeigt sich nur im Kontakt mit ihm, als interaktiver Störungsanteil. Psychische Krankheiten sind immer auch Störungen der Intersubjektivität; sie beeinträchtigen die Fähigkeit der Patienten, auf ihre soziale Umwelt in einer flexiblen Weise zu antworten und den eigenen Bedürfnissen entsprechende Beziehungen zu gestalten. Umgekehrt haben die sozialen Beziehungen maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf der Krankheiten.

Doch die Konzeptionen der Intersubjektivität, die gegenwärtig in Psychologie und Psychiatrie vorherrschen, basieren zumeist auf einem kognitiven und mentalistischen Ansatz. Sie gehen von einer grundsätzlichen Unzugänglichkeit des anderen aus, dessen mentale Zustände, Gefühle oder Gedanken verborgen seien und nur indirekt aus seinem äußeren Verhalten erschlossen werden könnten. Es bedürfe einer »Theory of Mind«, der »Mentalisierung« oder des »mind reading«, um das Verhalten anderer

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

zu erklären und vorherzusagen (Carruthers 1996; Goldman 2012). Weder die unmittelbare Wahrnehmung des leiblichen Ausdrucks noch die verkörperte Interaktion sollen eine fundierende Rolle für die soziale Kognition spielen. Dementsprechend werden Störungen der Intersubjektivität etwa bei Autismus oder in der Schizophrenie als Fehlentwicklungen oder Dysfunktionen von *Theory of Mind*-Modulen im Gehirn angesehen (Baron-Cohen 1995; Bora et al. 2009).

Aus phänomenologischer Sicht hingegen beruht intersubjektives Verstehen auf der präreflexiven, zwischenleiblichen Beziehung zwischen Selbst und Anderem in einem bipersonalen Feld, d. h. auf *verkörperten Interaktionen* (De Jaegher & Di Paolo 2007; Fuchs & De Jaegher 2009; Gallagher 2012). Diese primäre Intersubjektivität liegt auch höheren Stufen der Intersubjektivität zugrunde, die die Übernahme der Perspektive des anderen einschließen, es also erlauben, sich ›in ihn hineinzuversetzen‹. Der phänomenologische Ansatz würde nicht bestreiten, dass so etwas wie *mind reading* geschieht, etwa wenn wir mit dem schwer verständlichen Verhalten eines anderen konfrontiert sind und uns darauf einen Reim zu machen versuchen. Ob solche Fähigkeiten hingegen auf einen *Theory of Mind*-Mechanismus zurückzuführen sind oder eher auf kommunikative und narrative Praktiken des Verstehens von typischen menschlichen Verhaltensweisen, ist eine offene Debatte (Gallagher & Hutto 2008).

Jedenfalls legen verkörperte und enaktive Ansätze eine andere Konzeption von intersubjektiven Störungen in der Psychopathologie nahe: Worunter autistische und schizophrene Patienten *primär* leiden, ist nicht ein *Theory of Mind*-Defizit, sondern vielmehr eine Störung der impliziten, zwischenleiblichen Resonanz oder ›Mitschwingungsfähigkeit‹ – eine Störung, die sie durch explizite Annahmen und Schlussfolgerungen über das Verhalten von anderen zu kompensieren versuchen. Wie wir sehen werden, kommt es in der Folge auch zu Störungen auf höheren Stufen der Intersubjektivität, doch diese basieren auf der primären Beeinträchtigung der Zwischenleiblichkeit.

Im Folgenden werde ich zunächst drei Stufen von Intersubjektivität darstellen, um davon ausgehend einige Störungen

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

der Intersubjektivität in Autismus und Schizophrenie zu beschreiben.

1) Stufen der Intersubjektivität

(a) Die *primäre Intersubjektivität* entwickelt sich im ersten Lebensjahr (Trevarthen 1979). Babys sind bald nach der Geburt in der Lage, den Gesichtsausdruck Erwachsener nachzuahmen, d. h. den wahrgenommenen Ausdruck – Zunge zeigen, Mundöffnen, Stirnrunzeln u. a. – in ihre eigene Bewegung zu übersetzen (Meltzoff & Moore 1977, 1989). Visuelle, propriozeptive und motorische Modalitäten sind dabei zu einem einheitlichen intermodalen Raum integriert; der fremde und der eigene Leib werden von vornherein als verwandt erfahren. Die wechselseitige Affektion durch den Ausdruck des anderen resultiert in gemeinsamen Leib- und Gefühlsempfindungen. Daniel Stern (1985) hat die zeitlich-dynamischen Muster, die sog. »Vitalitätsaffekte«, betont, die dabei von Mutter und Kind geteilt werden. Säuglinge nehmen Emotionen vermittels der intermodalen (rhythmischen, dynamischen) Eigenschaften von vokalen, mimischen und gestischen Äußerungen der Mutter wahr. Diese intermodalen, musikalischen Qualitäten sind eine der hauptsächlichen Brücken des primären Verstehens.

Darüber hinaus werden bereits in den ersten Monaten wiederkehrende Interaktionen und Affektabstimmungen als affektmotorische Schemata im impliziten oder leiblichen Gedächtnis des Kindes niedergelegt (»*schemes of being-with*«, Stern 1985). Babys lernen auf diese Weise sehr bald, wie man Freude teilt, Aufmerksamkeit erregt, Überstimulation vermeidet, Kontakt wiederherstellt etc. Lange vor dem vierten Lebensjahr, dem angenommenen Alter des Erwerbs einer kognitiven *Theory of Mind*, erlernt das Kind also bereits ein primäres Verständnis anderer durch den gemeinsamen leiblichen Umgang, ein »implizites Beziehungswissen« (Stern et al. 1998).

Das ist auch die Basis von Empathie in persönlichen Begegnungen: In der verkörperten Interaktion wird der andere nicht

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

›hinter‹ seiner Handlung angenommen, sondern seine Gefühle und Intentionen kommen unmittelbar in seinem Verhalten zum Ausdruck. Eingebettet in den jeweiligen Kontext wird dessen Bedeutung sichtbar, ohne dass es dazu einer Schlussfolgerung auf verborgene mentale Zustände bedarf (Gallagher & Zahavi 2008). Darüber hinaus lösen die Gefühle des anderen eine unterschwellige Resonanz des eigenen Leibes aus, sodass man von einer wechselseitigen »Einleibung« oder »Inkorporation« sprechen kann (Schmitz 1989; Fuchs & De Jaegher 2009). Die Phänomenologie bestreitet somit eine prinzipielle Trennung zwischen dem Geist und dem Körper des anderen, wie es die gegenwärtigen Theorien sozialer Kognition annehmen. Leibliches Verhalten ist selbst ausdrucks- und bedeutungsvoll, und damit entzieht es sich der künstlichen Aufteilung zwischen dem Inneren und dem Äußeren. Es bildet eine Sphäre der primären *Zwischenleiblichkeit* (Merleau-Ponty 2003, 256) als Basis für alle weiteren Formen der Intersubjektivität.

Schließlich lässt sich auch der Begriff des *Common Sense* zur primären Intersubjektivität in Beziehung setzen. Er bedeutet zwar zunächst so etwas wie »gesunder Menschenverstand«, stammt aber ursprünglich vom lateinischen *sensus communis*, also dem Gemeinsinn, unter dem Aristoteles das Vermögen der Seele zur Integration der Einzelsinne verstand – also genau das intermodale Wahrnehmungsvermögen, das die Säuglingsforschung heute wiederentdeckt hat (Fuchs 2001; Thoma 2018). Dieser Gemeinsinn ist es nun aber auch, der die leibliche Affinität zu anderen Menschen herstellt, sodass wir sie nachahmen und uns in sie einfühlen können. Es ist also ein ›gemeinsamer Sinn‹ in doppelter Bedeutung – ein *intermodaler* Sinn und ein *zwischenleiblicher* Sinn.

(b) Sekundäre Intersubjektivität. – Gegen Ende des ersten Lebensjahres erweitert sich diese primäre Sphäre: Kinder und Erwachsene beginnen sich nun auch explizit auf die Umgebung zu beziehen, nämlich durch gemeinsame Aufmerksamkeit (*joint attention*), Zeigegesten und Blickverfolgung (Tomasello 2002). Damit öffnet sich die dyadische Interaktion des ersten Lebensjahres

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

zur *triadischen Interaktion* mit Objekten der Umgebung. Indem Kinder mitverfolgen, wie andere mit der Welt interagieren, lernen sie den Gebrauch und die Bedeutung von Objekten, und sie erkennen die Absichten anderer auch in unvollständigen Handlungen (Baldwin & Baird 2001; Meltzoff & Brooks 2001). Im Zuge der Entwicklung dieser sekundären Intersubjektivität (Trevarthen & Hubley 1978) beginnen Kinder die anderen als intentionale Subjekte wahrzunehmen. Umgekehrt erfahren sie auch sich selbst als Subjekte mit einer eigenen Perspektive, die sich mit anderen teilen lässt.

Bereits im Zeigen oder auch in interaktiven ›Als-ob‹-Spielen (z. B. eine Banane spielerisch als Telefonhörer benutzen) beginnt die *symbolische Interaktion*, in der Dinge auch etwas anderes bedeuten können oder für etwas anderes stehen (Fuchs 2013). Sie erreicht jedoch mit dem Erwerb der Sprache eine neue Stufe. Verbale Narrative werden dann zur Voraussetzung für komplexere Formen des Verstehens, die sich im 3. und 4. Lebensjahr entwickeln. Geschichten oder Märchen, die Kindern erzählt werden, fördern ihre Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen und die Sinnzusammenhänge, Absichten und Ziele zu verstehen, die ihren Handlungen zugrunde liegen (Gallagher & Hutto 2008). Diese narrative Kompetenz ist für die Entwicklung der Perspektiven- und Rollenübernahme ebenso wichtig wie für die Fähigkeit, das Verhalten anderer vorherzusagen.

(c) Tertiäre Intersubjektivität. – Erst mit 4-5 Jahren beginnen Kinder, andere auch als ›mentale Subjekte‹ zu verstehen, mit Gedanken und Überzeugungen, die sich von ihren eigenen unterscheiden und auch nicht mit der Realität übereinstimmen müssen (Tomasello 2002). Diese Fähigkeit der ›Mentalisierung‹ wird in den typischen *False-Belief*-Tests wie dem Sally-Ann-Test geprüft. Zu verstehen, dass sich die eigene Perspektive und die von anderen widersprechen, impliziert die Fähigkeit, flexibel zwischen beiden Perspektiven wechseln zu können. Dies ist nur aus einer *Metaperspektive* möglich, die das Charakteristikum der tertiären Intersubjektivität darstellt (Laing et al. 1966; Fuchs 2013). Interpersonelle Wahrnehmung im vollen Sinn beruht damit auf der

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Fähigkeit, zwischen einer egozentrischen, verkörperten Perspektive einerseits und einer allozentrischen, dezentrierten Perspektive andererseits frei zu wechseln, ohne dass dabei die leibliche Selbsterfahrung ihre zentrale Stellung verliert. Dieser entscheidende Schritt der menschlichen kognitiven Entwicklung lässt sich auch mit dem Begriff der »exzentrischen Position« beschreiben (Plessner 1928/1981) – einer dritten oder höherstufigen Perspektive, von der aus die Integration des ego- und allozentrischen Standpunkts möglich wird. Es bedeutet, *sich dessen bewusst zu sein, dass andere sich dessen bewusst sind, dass man sich ihrer bewusst ist*.

Diese hier kurz skizzierten Unterscheidungen werden uns nun helfen, Pathologien der Intersubjektivität in Autismus und Schizophrenie zu untersuchen.

2) Störungen der primären Intersubjektivität im Autismus

Als paradigmatische Störung der Intersubjektivität ist der Autismus zu einem zentralen Forschungsgegenstand der kognitiven Neurowissenschaften ebenso wie der Phänomenologie geworden. Den gegenwärtig dominierenden kognitiven Theorien zufolge geht die Störung auf die Unfähigkeit zurück, das ›Bewusstsein anderer zu lesen‹ (*mind reading*): Autistischen Menschen fehle ein funktionierendes *Theory of Mind*-Modul – also jener mutmaßliche neuronale Mechanismus, der die Intentionen und Überzeugungen anderer ausgehend von ihrem beobachtbaren Verhalten ermittelt (Frith 1989; Baron-Cohen 1995).

In den letzten Jahren ist diese Konzeption jedoch von phänomenologischen Psychiatern und Philosophen zunehmend kritisiert worden. Nach ihrer Auffassung liegt die Störung eher in einem Misslingen früher zwischenleiblicher Interaktionen begründet (Hobson 1993, 2002; Gallagher 2004; De Jaegher 2013). Dies wird durch die Tatsache gestützt, dass viele autistische Symptome wie mangelndes Interesse an anderen, ausbleibende emotionale Resonanz und Imitation sowie Unruhe oder Angst bereits in den ersten Lebensjahren auftreten, d. h. lange vor dem

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

4. bis 5. Lebensjahr, in dem Kinder üblicherweise eine *Theory of Mind* erwerben (Klin et al. 1992; Dawson et al. 1998; Hobson & Lee 1999). Darüber hinaus sind zwischen 15 und 60 % der autistischen Kinder später durchaus in der Lage, *False-Belief*-Tests zu bestehen, was darauf hindeutet, dass die Störung kaum allein auf eine fehlende *Theory of Mind* zurückgehen kann.

Aus phänomenologischer Perspektive stellt sich der Autismus vielmehr als eine Störung der primären oder verkörperten Intersubjektivität dar. Diese umfasst Beeinträchtigungen (a) der sensomotorischen Integration, (b) der Imitation und Affektabstimmung sowie (c) der holistischen Wahrnehmung, die insbesondere die empathische Wahrnehmung des Ausdrucks anderer erschweren oder verhindern. Erst als Folge davon ist auch die spätere Entwicklung höherstufiger Fähigkeiten wie Perspektivenübernahme und Spracherwerb betroffen. Die basalen Störungen seien jeweils kurz dargestellt:

(a) Autistische Kinder zeigen bereits früh basale *sensomotorische Auffälligkeiten*, etwa Probleme mit dem Aufrichten, Sitzen, Krabbeln oder Laufen (Mari et al. 2003; Fournier et al. 2010). In Videoaufnahmen von Kindern, die später als autistisch diagnostiziert wurden, ließen sich solche Auffälligkeiten bereits im ersten Lebensjahr finden (Teitelbaum et al. 1998). Dies spricht für eine mangelnde Integration von visuellen, taktilen, kinästhetischen und vestibulären Wahrnehmungen in einen intermodalen Erfahrungsraum (Gepner & Mestre 2002). Wie oben erwähnt, beruht die frühe dyadische Affektabstimmung und Resonanz besonders auf dieser intermodalen Integration; mit anderen Worten, der leibliche *sensus communis*, also der intermodale Gemeinsinn, und der primäre soziale Sinn der Zwischenleiblichkeit sind eng miteinander verknüpft (Fuchs 2001; Thoma & Fuchs 2018). Bei einer gestörten intermodalen Integration können autistische Kinder daher keine ›soziale Musikalität‹ ausbilden.

(b) Die intermodale Integration spielt, wie wir gesehen haben, auch eine besondere Rolle für die Fähigkeit zur *Imitation*, die als eine maßgebliche Brücke der frühen zwischenleibli-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

chen Resonanz fungiert (Meltzoff 2002). Es ist wenig überraschend, dass autistische Kinder den Ausdruck und die Gesten anderer kaum von sich aus imitieren (Smith & Bryson 1994; Hobson & Lee 1999). Dieses Defizit muss auch die Affektabstimmung und im weiteren Verlauf die Entwicklung der Fähigkeiten zu gemeinsamer Aufmerksamkeit (*joint attention*), zu Als-ob-Spielen und zur Perspektivenübernahme in Mitleidenschaft ziehen.

(c) Darüber hinaus zeigen autistische Kinder Defizite der *Gestaltwahrnehmung*, also der Fähigkeit, eine perzeptive und situative Kohärenz herzustellen. Sie fokussieren sich auf Einzelheiten oder Elemente, statt die Gestalt von Dingen wahrzunehmen, und sie fassen Dinge und Ereignisse dekontextualisiert auf, sodass ihnen deren spezifische Bedeutung in der jeweiligen Situation entgeht (Frith 1989; Happé 1995). Auch wenn diese Störung der holistischen Wahrnehmung einige positive Effekte haben kann, etwa das Erinnern isolierter oder unsinniger Details (›Telefonbuchwissen‹), beeinträchtigt sie gravierend die Entwicklung des sozialen Verstehens. Denn der Ausdruck eines Gesichtes lässt sich nur wahrnehmen, wenn man nicht nur auf einzelne Gesichtszüge oder Details achtet. Auch die sekundäre Intersubjektivität wird nur möglich, wenn das Kind lernt, die Gesten und Handlungen anderer auf den gemeinsamen Kontext zu beziehen. *Eye-tracking*-Studien haben hingegen gezeigt, dass autistische Kinder nur auf unbelebte und irrelevante Details interaktiver Situationen achten, während sie die relevanten sozialen Hinweisreize übersehen (Klin et al. 2003).

Solche Defizite münden bereits in frühen Jahren in eine grundlegende Störung der verkörperten sozialen Wahrnehmung autistischer Kinder. Ohne zwischenleibliche Resonanz bleiben die anderen für sie zwar wichtige, aber letztlich unbeseelte Objekte mit rätselhaftem Verhalten. Die Kinder sind dann auch nicht in der Lage, die *schemes-of-being-with* zu entwickeln, die sonst als implizites Beziehungswissen in das leibliche Gedächtnis eingehen und den selbstverständlichen Umgang mit anderen leiten.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Wie bereits gesagt, muss diese Störung auch die späteren Stadien der Intersubjektivität beeinträchtigen. Denn die Fähigkeiten zu gemeinsamer Aufmerksamkeit, Perspektivenübernahme und Mentalisierung beruhen auf der vorgängigen Erfahrung der Zwischenleiblichkeit. Ohne sie wird das Kind nicht in der Lage sein, sich mit anderen zu identifizieren; das ist aber die Voraussetzung für die Fähigkeit, ihre Perspektive zu übernehmen (Hobson & Lee 1999). Dementsprechend ist die Entwicklung abstrakterer Mentalisierungsfähigkeiten gravierend verzögert oder sogar unmöglich.

Was autistischen Kindern vorrangig fehlt, ist daher nicht ein theoretisches Konzept von »*other minds*«, sondern ein primäres Empfinden des leiblichen Mitseins mit anderen. Strategien wie explizites Mentalisieren oder Schlussfolgern aus sozialen Hinweisreizen werden dagegen gerade von hochfunktionellen Autisten angewendet, nämlich als *Kompensation* für die fehlende Zwischenleiblichkeit. So beschreibt Temple Grandin, bei der das Asperger-Syndrom diagnostiziert wurde, ihre Probleme mit interpersonalen Beziehungen im Gespräch mit Oliver Sacks:

> Temple ist zu dem Schluss gekommen, dass es mit einem impliziten Wissen um soziale Konventionen und Regeln zu tun hat, um all die unausgesprochenen kulturellen Präsuppositionen. Dieses implizite Wissen, das jeder normale Mensch sein ganzes Leben hindurch auf der Grundlage von Erfahrungen und Begegnungen mit anderen ansammelt und anderen vermittelt, scheint Temple weitgehend zu fehlen. Sie muss Intentionen und Stimmungen der anderen »berechnen«, muss versuchen, algorithmisch-explizit zu machen, was für uns andere zweite Natur ist. (Sacks 1995, 373)

Diese kompensatorischen Strategien ermöglichen bis zu einem gewissen Grad funktionelle Interaktionen mit anderen; allerdings ersetzen sie nicht die primäre Zwischenleiblichkeit und ihre »magische Kommunikation«:

> Jetzt weiß sie, dass es diese sozialen Signale gibt. Sie könne sie mit dem Verstand erschließen, sagt sie, doch selbst wahrnehmen könne sie sie nicht, könne selbst an dieser magischen Kommunikation nicht unmittelbar teilhaben, auch nicht die vielschichtigen, kaleidoskopartig wechselnden Geisteszustände dahinter begreifen. Intellektuell weiß sie das, und so tut sie ihr Bestes, es zu kompensieren, und verwendet ungeheure intel-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

lektuelle Anstrengung und Rechenkapazität auf Dinge, die andere mit gedankenloser Leichtigkeit verstehen. Und genau darum fühlt sie sich so oft ausgeschlossen, als Fremde. (Sacks 1995, 375)

Wie wir an Sacks' Bericht erkennen können, lässt sich der leibliche *sensus communis* nicht durch explizite Schlussfolgerungen oder regelgeleitetes Wissen über das Verhalten anderer ersetzen. Grandins mühevoller Versuch, die anderen zu verstehen, entspricht ironischerweise genau dem, was wir nach den Theorien der sozialen Kognition vermeintlich alle tun, nämlich mithilfe von Zeichen und Hypothesen auf das Innenleben anderer zu schließen. Gerade autistische Menschen entwickeln also *Theories of Mind*, sie versuchen tatsächlich die Gedanken anderer ›zu lesen‹ und illustrieren so, wie unzureichend diese Methode tatsächlich ist. Das bestätigt sich, wenn wir nun die Störungen der Intersubjektivität in der Schizophrenie betrachten.

3) Störungen der Intersubjektivität in der Schizophrenie

Primäre Intersubjektivität

Den Theorien der kognitiven Neurowissenschaften zufolge beruht die Schizophrenie auf einer Störung der Metaperspektive oder *Metarepräsentation* (Frith 1992): Die Unfähigkeit, die eigenen Intentionen des Denkens oder Handelns zu registrieren (*monitoring*), resultiere in wahnhaften Symptomen wie Gedankeneingebung oder Willensbeeinflussung, da der Ursprung dieser Gedanken oder Handlungen in der eigenen Person nicht mehr erkannt werden könne. Darüber hinaus gebe das Unvermögen, die geistigen Zustände anderer durch eine *Theory of Mind* korrekt zu erschließen, Anlass zu paranoiden Wahnvorstellungen.

Nun hat eine Reihe von Studien zwar gezeigt, dass Patienten mit Schizophrenie in *Theory of Mind*-Aufgaben wie dem *False-Belief*-Test schlecht abschneiden (Frith & Corcoran 1996; Lee et al. 2004; Sprong et al. 2007); allerdings wurden die meisten dieser Studien bei Patienten durchgeführt, die akut erkrankt waren und

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

unter Wahnideen litten. Zudem konnten Studien in realen Interaktionssituationen diese Resultate nicht bestätigen – in normalen Gesprächen zeigten sogar wahnhafte Patienten intakte *Theory of Mind*-Fähigkeiten (Walston et al. 2000; McCabe 2004; McCabe et al. 2004). Ihr Problem war nur, dass sie keine überzeugenden Begründungen für ihre wahnhaften Ansichten vorbringen konnten und dass sie diese Ansichten natürlich auch nicht zu verändern bereit waren. Kurzum: Die Patienten zeigten das, was man mit Conrad (1992) »Verlust des Überstiegs« nennen kann, jedoch kein *Theory of Mind*-Defizit.

Im Unterschied zu Theorien der Metarepräsentation lokalisieren phänomenologische Ansätze die Grundproblematik der Schizophrenie auf einer tieferen Ebene: Sie betrachten sie als eine Störung des verkörperten Selbst oder als »Entkörperung« (*disembodiment*).[1] Dazu gehören

(1) eine Schwächung des basalen leiblichen Selbsterlebens,
(2) eine Störung der impliziten, sensomotorischen Funktionen des Leibes und
(3) ein Verlust der Zwischenleiblichkeit.

Als Resultat dieser Entkörperung geht die präreflexive, über den Leib vermittelte Einbettung des Subjekts in die Lebenswelt verloren. Betrachten wir im Folgenden die daraus resultierenden Störungen der Intersubjektivität.

Eine Störung des verkörperten Selbst muss auch die sozialen Beziehungen der Patienten beeinträchtigen. Denn wie wir sahen, ist es der Leib, der das praktische Wissen vermittelt, wie man mit anderen interagiert, wie man ihre Ausdrucksgesten und Handlungen in einer bestimmten Situation versteht. Dieses stillschweigende, verkörperte Wissen ist auch die Basis des »Common Sense« (Blankenburg 2001; Fuchs 2001): Es vermittelt ein implizites, kontextbezogenes Verständnis von alltäglichen Situationen und

[1] Siehe hierzu Laing (1976), Parnas (2003), Stanghellini (2004) oder Fuchs (2005); vgl. auch den Aufsatz »Selbst und Schizophrenie« in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Interaktionen. Der Verlust dieses leiblichen Wissens resultiert daher in einer grundlegenden Entfremdung von der sozialen Welt.

Zunächst zeigt sich bei schizophrenen Patienten ein Mangel an zwischenleiblicher Resonanz, der es ihnen erschwert, den mimischen und gestischen Ausdruck anderer zu verstehen (Kington et al. 2000; Edwards et al. 2002; Amminger et al. 2012). Umgekehrt können sie sich selbst leiblich häufig nicht angemessen ausdrücken; ihre Psychomotorik wirkt unmoduliert, starr oder mechanisch – wie es sich auch in dem von Rümke (1941/1990) beschriebenen »Praecox-Gefühl« des Gegenübers manifestiert.[2] Nicht selten erscheint der Ausdruck ganz inadäquat zu den momentanen Gefühlsregungen der Patienten, gespreizt oder künstlich (Paramimie). Der bereits von Kraepelin (1913) beschriebene »Verlust der Grazie« entspricht also einem Verlust von *sensus communis* oder zwischenleiblicher Resonanz.

Darüber hinaus zeigen die Patienten oft einen Mangel an *Common Sense* oder sozialem Sinn; er manifestiert sich in einem subtilen »Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit«, wie ihn Blankenburg (1971) beschrieben hat. Gerade jene Dinge werden für sie zum Problem, »die sich nicht rational eindeutig bestimmen lassen, die Sache des ›Feingefühls‹ sind« (ebd., 82): welches Kleid man trägt, wie man jemanden anspricht, wie man sich entschuldigt usw. Es fehlt das implizite Verständnis der Spielregeln, der Sinn dafür, was angemessen und im sozialen Kontext relevant ist:

> Ich verstehe nicht wirklich, worauf die anderen hinaus wollen […] ich beobachte mich ständig, während ich mit anderen zusammen bin, und versuche herauszufinden, was ich sagen oder tun soll, aber es gelingt mir nicht. Es ist leichter, wenn ich alleine bin oder fernsehe. (Patient der eigenen Klinik)

Der schizophrene Autismus beschränkt sich somit nicht auf einen Mangel an emotionalem Ausdruck, sondern durchdringt das gesamte Weltverhältnis des Patienten. Er führt zu einer Verfremdung aller vertrauten Bezüge, Gewohnheiten und Bedeutungen, die sonst das alltägliche Leben ausmachen. Alles kann zum Ge-

[2] Vgl. den Aufsatz »Subjektivität und Intersubjektivität in der psychiatrischen Diagnostik« in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

genstand der Ratlosigkeit und der Überlegung werden, was hier wohl gemeint sein, was dahinter stehen könnte. Die Welt ist nicht mehr ein selbstverständlicher und gemeinsamer Hintergrund der Erfahrung.

›Was fehlt mir eigentlich? So etwas Kleines, so komisch, etwas Wichtiges, ohne das man aber nicht leben kann. […] Das ist wohl die natürliche Selbstverständlichkeit, die mir fehlt. […] Jeder Mensch muss wissen wie er sich verhält – hat eine Bahn, eine Denkweise. Sein Handeln, seine Menschlichkeit, seine Gesellschaftlichkeit, alle diese Spielregeln […] – Die Zusammenhänge, die Gefühle, dass man so ein gleiches Gefühl mit anderen – so ein Weltgefühl hat – das fehlt.‹ (Blankenburg 1971, 87)

Auch wenn die geschilderten Phänomene des schizophrenen Autismus sich in vielerlei Hinsicht mit der Negativsymptomatik decken (Affektverarmung, Indifferenz, sozialer Rückzug u. a.), wird doch deutlich, dass es sich nicht nur um kognitive oder emotionale Defizite handelt, sondern um eine grundlegend veränderte Welt- und Selbsterfahrung. Schizophrenie betrifft die implizite, präreflexive Basis der Existenz selbst; diese tiefgreifende Beeinträchtigung können die Patienten nur durch ein künstliches, reflektiertes oder ritualisiertes Verhalten auszugleichen versuchen. Ein »krankhafter Rationalismus« (Minkowski 1927), Hyperreflexivität und vergebliche Versuche, die emotional unzugängliche Welt der anderen rational zu begreifen, charakterisieren vielfach bereits die Vorstadien der Erkrankung:

Mir fehlen die Regeln für den Umgang mit anderen. Ich habe schon ganze Nachmittage im Park verbracht und beobachtet, wie sie miteinander umgehen. (Stanghellini 2004, 99; eig. Übers.)

Als kleines Mädchen beobachtete ich meine Cousinen, um herauszufinden, wann der richtige Moment zum Lachen war, oder um zu sehen, wie sie miteinander umgehen konnten, ohne alles vorher zu durchdenken. Seit der Kindheit versuche ich schon zu verstehen, wie die anderen funktionieren, und ich muss daher den »kleinen Anthropologen« spielen. (Ebd., 115; eig. Übers.)

Statt in zwischenleibliche oder Ich-Du-Beziehungen zu gelangen, nehmen die Patienten andere aus einer distanzierten oder 3. Person-Perspektive wahr und müssen ihre Beziehungen durch be-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

wusste Anstrengungen steuern. Doch auch wenn sie sich um die soziale Welt bemühen – schizophrene Patienten bleiben letztlich misstrauisch gegenüber der Uneindeutigkeit, der Unschärfe und der emotionalen Bedrohlichkeit von Beziehungen. Sie betrachten die soziale Welt lieber als ein System mechanistischer Beziehungen, die auf unpersönlichen Regeln und Schlussfolgerungen beruhen. Auch *ihr* Bild der Intersubjektivität entspricht also eher der Konzeption der *Theory of Mind* als der Wirklichkeit menschlicher Beziehungen.

Tertiäre Intersubjektivität

Die Störung des basalen Selbsterlebens in der Schizophrenie betrifft nicht nur die primäre Intersubjektivität, sondern auch höhere Stufen der Selbstdemarkation, der Unterscheidung von Selbst und anderen. Der Verlust der Verankerung des Selbst in der Leiblichkeit resultiert darin, dass die erlebten Ich-Grenzen schwinden – Bleuler (1911) hat dies als *Transitivismus* bezeichnet. Da dieses Phänomen an anderer Stelle untersucht wurde,[3] werde ich mich im Folgenden dem Wahn als einer Störung der tertiären Intersubjektivität bzw. der Metaperspektive zuwenden. Statt ihn zu einer lokalisierbaren Dysfunktion im Gehirn zu verdinglichen, betrachtet ein phänomenologischer und enaktiver Ansatz den Wahn als eine Störung der Intersubjektivität in sozialen Situationen, die immer durch zwei oder mehr Interaktionspartner konstituiert werden.

Nach dem enaktiven Verständnis von Kognition nehmen Organismen nicht passiv Informationen aus ihrer Umgebung auf, um sie dann in interne Repräsentationen zu übersetzen. Vielmehr konstituieren oder bringen sie ihre Welt durch sensomotorische Interaktionen mit der Umgebung selbst mit hervor (Varela et al. 1991; Thompson 2005). Für Menschen jedoch ist dies keine rein individuelle Aktivität, sondern stellt immer eine intersubjektive Ko-Konstitution von Bedeutungen dar. Wir leben in einer ge-

[3] Vgl. den Beitrag »Selbst und Schizophrenie« in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

meinsamen Lebenswelt, weil wir sie durch koordinierte Aktionen und »partizipative Sinnbildung« hervorbringen (*participatory sense-making*, De Jaegher & Di Paolo 2007). Dies gilt insbesondere für die Sphäre der sozialen Welt, d. h. für die Prozesse wechselseitigen Verstehens, die Aushandlung von Absichten, den Abgleich von Perspektiven und Interpretationen der Realität.

Betrachten wir diese Prozesse etwas näher. In sozialen Interaktionen werden geteilte Bedeutungen durch zirkuläre Prozesse von (Sprach-)Handlungen und Wahrnehmungen der Partner gebildet, und zwar nach folgendem Muster (Abb. 1):

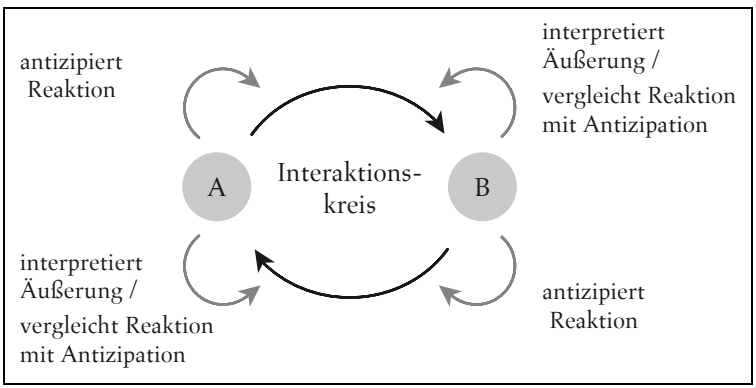

Abb. 1: Gemeinsame Sinnbildung im Interaktionskreis

Eine Person A macht eine sprachliche Äußerung (oberer schwarzer Pfeil) und antizipiert dabei eine bestimmte Reaktion ihres Partners B – A will ja bei B etwas bewirken. Nun interpretiert Person B die Äußerung von A, indem sie zumindest implizit A's Perspektive übernimmt; denn in deren sprachlicher Äußerung versteht sie ja zugleich A's Intention. B gibt jetzt eine entsprechende Antwort (unterer schwarzer Pfeil), wobei sie ihrerseits eine bestimmte Reaktion von A vorwegnimmt. Nun ist A an der Reihe, B's Reaktion zu interpretieren, sie mit ihrer eigenen Erwartung zu vergleichen und dann eine zweite, sei es bestätigende, modifizierende oder korrigierende Äußerung anzuschließen. B wiederum vergleicht diese mit ihren Erwartungen, bestätigt oder modifiziert ihrerseits ihre Antwort und so weiter. Dies resultiert

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

in einem fortlaufenden Interaktionskreis, der sich, im Zeitverlauf gesehen, noch treffender als eine *Spirale von Interaktionen* darstellen lässt, die im gelingenden Fall zu gemeinsamer oder partizipativer Sinnbildung führen (Abb. 2).

Geteilte Bedeutungen werden also durch eine Interaktion erzeugt, die wechselseitige Perspektivenübernahme und Perspektivenabgleich impliziert. In gelingenden Interaktionen führt diese Spirale zu einem zunehmend konsensuellen Verständnis der thematisierten Situation – auch wenn die Interaktion von unterschiedlichen Standpunkten, Einstellungen und Vorverständnissen der Partner ihren Ausgang nahm.

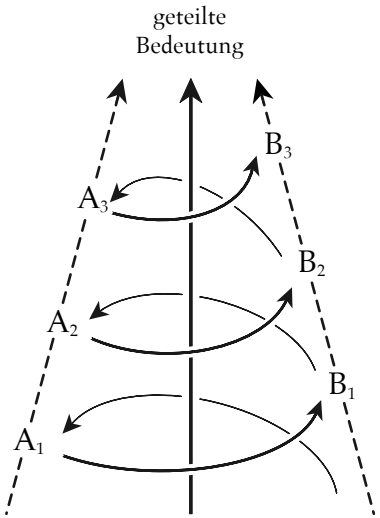

Abb. 2: Interaktionsspirale

Dieser Prozess vollzieht sich jedoch immer vor einem impliziten, nicht thematischen Hintergrund, der in all den Annahmen des *Common Sense* besteht, die in der Interaktion unhinterfragt vorausgesetzt werden: wie ein Gespräch abläuft, welche Reaktionen adäquat oder inadäquat sind, welche Voraussetzungen als gegeben angenommen werden können, einschließlich der Bedeutung von Worten oder Sätzen in bestimmten Kontexten, der geteilten kulturellen Werte und des gemeinsamen Weltbildes. Es sind diese

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

impliziten Gewissheiten (Wittgenstein 1969) oder »Axiome des Alltags« (Straus 1960), die die gemeinsame Lebenswelt tragen. Eines der wichtigsten Elemente dieses Hintergrundes ist ein grundlegendes Gefühl von *Vertrauen* – die implizite Annahme, in einer Welt mit wechselseitigen Erwartungen und Verpflichtungen, wohlwollenden Absichten und verlässlichen Regeln des sozialen Miteinanders zu leben. Folgen wir Erikson (1959) und anderen Autoren (Stern 1985; Trevarthen & Logotheti 1989; Fuchs 2015), so können wir annehmen, dass sich ein Gefühl des Urvertrauens und der Einstimmung mit anderen gewöhnlich im ersten Lebensjahr und als Voraussetzung der weiteren Sozialisation entwickelt.

Dieser Rahmen von unhinterfragten Gewissheiten und Vertrauen ist eine grundlegende Voraussetzung für das konsensuelle Verständnis einer Situation. Bestehen jedoch einschränkende Rahmenbedingungen, dann kann die wechselseitige Verständigung und gemeinsame Sinnbildung misslingen. Dazu kommt es beispielsweise, wenn einer der Partner ertaubt ist, wenn er die Sprache des anderen nicht versteht oder seinen kulturellen Hintergrund nicht teilt, wie dies bei Immigranten der Fall ist. Dies sind typische Bedingungen, unter denen entsprechend vulnerable Personen Argwohn, paranoide Ideen und schließlich Verfolgungswahnideen entwickeln können – ein in der Literatur unter den Begriffen »Paranoia der Schwerhörigen« oder »Paranoia der Immigranten« wohlbekanntes Phänomen (Cooper 1976; Fuchs 1999; Fossion et al. 2004; Cantor-Graae & Selten 2005).

In solchen Fällen ist nicht nur das Verständnis der verbalen Äußerungen der anderen beeinträchtigt, sondern die Interaktionsspirale bewegt sich vielmehr in Richtung zunehmenden Missverstehens und Misstrauens. Die Reaktionen der anderen entsprechen nicht mehr den Erwartungen des Patienten, und auch ihre nonverbalen und Verhaltenssignale werden für ihn zweideutig. Alle ihre Äußerungen oder Gesten scheinen in einer befremdlichen Weise auf ihn selbst gerichtet, und er ist nicht in der Lage, diese wahrgenommene Eigenbeziehung durch nachfolgende korrigierende Interaktionen zu neutralisieren. Ab einem bestimmten Punkt in diesem Prozess bricht das Grundvertrauen in andere zu-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

sammen und wird durch ein paranoides Wahnsystem ersetzt. Nun deutet der Patient selbst harmlose Ereignisse oder Handlungen als umso hinterhältigere Machenschaften und Intrigen. Darüber hinaus entsteht eine negative Rückkopplung zwischen den paranoiden Ideen des Patienten und den irritierten Reaktionen der anderen auf sein unverständliches Verhalten. Diese Reaktionen tragen zusätzlich zu seinem Gefühl bei, dass es hier ›nicht mit rechten Dingen zugeht‹, wodurch es für sie noch schwerer wird, sich ihm verständlich zu machen.

Mit einigen Modifikationen trifft diese Beschreibung auch auf den schizophrenen Wahn zu. Denn in den prodromalen Stadien der Psychose weiten sich die Entfremdung der Wahrnehmung und der resultierende Verlust vertrauter Bedeutungen auch auf die soziale Sphäre aus. Die Gesichter, die Blicke und das Verhalten der anderen erscheinen dem Patienten hochgradig vieldeutig, und die Interaktionskreise mit ihnen sind grundlegend gestört. In der Wahnstimmung, die aus dieser Ambiguität entsteht, bricht das basale Vertrauen in andere zusammen. Die Ko-Konstitution der gemeinsamen Welt misslingt und wird durch die neue, idiosynkratische Kohärenz des Wahns ersetzt. Nun fühlen sich die Patienten aus dem Hintergrund beobachtet, ausgespäht oder in eigens präparierten Situationen insgeheim getestet. Sie nehmen zwar mutmaßliche Perspektiven der anderen ein, sogar auf exzessive Weise, jedoch so, dass alle diese Perspektiven zentripetal auf sie selbst ausgerichtet erscheinen und den anderen bedrohliche Absichten zugeschrieben werden.

Wahn lässt sich damit auch als ein *Verlust der exzentrischen Position* beschreiben. Die Patienten sind zwar in der Lage, die vermeintliche Perspektive anderer einzunehmen, d. h. sie sind sich bewusst, dass andere (scheinbar) ihrer bewusst sind. Was ihnen jedoch fehlt, ist die unabhängige Position, von der aus sie ihre eigene mit der Sicht der anderen vergleichen und von der aus sie ihr Gefühl der Zentralität und Eigenbeziehung (beobachtet, ausgespäht, verfolgt zu werden etc.). relativieren könnten. Diese unabhängige oder ›dritte‹ Position ist, wie im ersten Abschnitt dargestellt, die exzentrische Position – die Errungenschaft der tertiären Intersubjektivität, die im Wahn wieder verloren geht. Da-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

mit scheitert der Perspektivenabgleich, der gelingende Verständigungsprozesse kennzeichnet; an seine Stelle tritt eine starre, verzerrte, ja solipsistische Sicht der Realität.

Der Wahn kann somit nicht als eine rein individuelle ›falsche Überzeugung‹ gelten. Vielmehr ist er im Kern das Resultat *misslingender Intersubjektivität*: Mit dem Verlust des Grundvertrauens und geteilter Grundannahmen wird es unmöglich, mit dem Patienten ein konsensuelles Verständnis der Situation herzustellen und durch partizipative Sinnbildung eine gemeinsame Realität zu konstituieren. Was immer die neurobiologischen Bedingungen des Wahns sind – Wahnideen sind nicht Produkte individueller Gehirne, sondern Störungen des ›Zwischen‹, der gemeinsamen Konstitution der Welt durch die Interaktion mit anderen. Wahn ist ein Beziehungsphänomen, gerade weil er sich unseren Versuchen des Verstehens entzieht. Er manifestiert sich in einer Negation der etablierten Sinnordnung, innerhalb deren wir ihn vergeblich zu begreifen versuchen. Doch gerade in dieser Negation der Intersubjektivität bleibt der Wahn immer noch auf die anderen bezogen.[4]

Resümee

Aus phänomenologischer Sicht beruhen Störungen der Intersubjektivität wie im Autismus oder der Schizophrenie primär auf einer Störung der verkörperten Resonanz und Interaktion mit anderen. Statt an einer defizitären *Theory of Mind* leiden autistische und schizophrene Patienten unter einem Mangel des *sensus communis* oder des verkörperten sozialen Sinns – einem Mangel, den sie nur unzureichend durch explizite Schlussfolgerungen und Annahmen über andere kompensieren können. Ohne das implizite Wissen und die zwischenleibliche Vertrautheit, die unsere Bezie-

[4] Die Konzeption der Schizophrenie als einer primären Störung der Intersubjektivität oder des »Zwischen« ist besonders von dem japanischen Psychiater Bin Kimura detailliert ausgearbeitet worden (Kimura 1975, 1991, 1995); vgl. auch die empfehlenswerte neuere Arbeit von van Duppen (2017).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

hungen und Interaktionen sonst tragen, sind autistische und schizophrene Patienten auch in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, an Prozessen partizipativer Sinnbildung teilzunehmen.

Als Folge davon sind auch die höheren Stufen der Intersubjektivität betroffen, auf denen es um die gemeinsame Aushandlung von Bedeutung, die Übernahme und den wechselseitigen Abgleich von Perspektiven, aber auch um die Abgrenzung von Selbst und anderen geht. Das charakteristische Merkmal der Störungen auf dieser Ebene besteht darin, nicht mehr flexibel zwischen dem eigenen und dem Standpunkt der anderen wechseln zu können, eine Fähigkeit, die sonst durch die exzentrische Position ermöglicht wird. Ihr Verlust resultiert in Phänomenen wie dem Versagen der Selbstdemarkation bzw. dem Transitivismus, vor allem aber im Solipsismus des Wahns. In all diesen Fällen misslingt die interaktive Konstitution der gemeinsamen Welt, was letztlich zu einer grundlegenden Entfremdung und zu autistischem Rückzug führen muss.

Der Abgleich von Perspektiven und Intentionen, die auf ein gemeinsames Objekt oder Handlungsziel gerichtet sind, ist in der neueren Sozialphilosophie und -psychologie auch als »geteilte Intentionalität« oder »Wir-Intentionalität« bezeichnet worden (Searle 1995; Tuomela 2002; Elsenbroich & Gilbert 2014). Wir können an den dargestellten psychopathologischen Phänomenen erkennen, dass diese Wir-Intentionalität letztlich auf einer verkörperten und praktischen Verständigung mit anderen beruht. Auch wenn hochfunktionalen Autisten höhere Stufen der Intersubjektivität zugänglich werden können, nämlich mithilfe expliziter Schlussfolgerungen und ähnlicher Strategien, muss die primäre Störung der Zwischenleiblichkeit doch die Entwicklung der spontanen Perspektivenübernahme zumindest beeinträchtigen. In ähnlicher Weise hat die Schwächung des basalen leiblichen Selbstgefühls bei Patienten mit Schizophrenie nicht nur Störungen der Zwischenleiblichkeit und des *Common Sense* zur Folge, sondern häufig auch eine Unfähigkeit zur Selbstdemarkation und zur partizipativen Sinnbildung auf höheren Stufen der Intersubjektivität.

Dies zeigt uns schließlich, dass sich Intersubjektivität auf

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

keiner Stufe als eine Beziehung zwischen ›reinen Geistern‹ darstellt, sondern dass sie durch verkörperte Subjekte konstituiert wird, die in gemeinsamen Situationen miteinander interagieren, selbst wenn sie momentan einander nicht leiblich gegenwärtig sind. Wir sollten daher auch psychische Krankheiten nicht als fehlerhafte Prozesse ansehen, die in einem individuellen Gehirn stattfinden, sondern als Störungen des ›Zwischen‹ – nämlich der Möglichkeit, durch adäquate Interaktionen mit anderen eine gemeinsame Welt zu konstituieren. Psychische Krankheit ist ein Beziehungsphänomen, ein Prozess, der sich immer im *Zwischen* von Patient und anderen abspielt.

Literatur

Amminger, G. P., Schäfer, M. R., Papageorgiou, K., Klier, C. M., Schlögelhofer, M., Mossaheb, N., Werneck-Rohrer, S., Nelson, B. & McGorry, P. D. (2012). Emotion recognition in individuals at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 38 (5)*, 1030–1039.

Baldwin, D. A. & Baird, J. A. (2001). Discerning intentions in dynamic human action. *Trends in Cognitive Sciences, 5 (4)*, 171–178.

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.

Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Berlin: Springer.

Blankenburg, W. (2001). First steps toward a ›psychopathology of common sense‹ (übers. v. A. Mishara). *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 8 (4)*, 303–315.

Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke.

Bora, E., Yucel, M. & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research, 109 (1–3)*, 1–9.

Cantor-Graae, E. & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry, 162 (1)*, 12–24.

Carruthers, P. (1996). Simulation and self-knowledge: A defence of the theory-theory. In P. Carruthers & P. K. Smith (Hrsg.), *Theories of Theories of Mind* (S. 22–38). Cambridge: Cambridge University Press.

Conrad, K. (1992). *Die beginnende Schizophrenie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Cooper, A. F. (1976). Deafness and psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry, 129*, 216–226.

Dawson, G., Meltzoff, A. N., Osterling, J., Rinaldi, J. & Brown, E. (1998). Children with autism fail to orient to naturally occurring social stimuli. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28 (6)*, 479–485.

De Jaegher, H. (2013). Embodiment and sense-making in autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience, 7*, Artikel 15.

De Jaegher, H. & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 6 (4)*, 485–507.

Edwards, J., Jackson, H. J. & Pattison, P. E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: A methodological review. *Clinical Psychology Review, 22 (6)*, 789–832.

Elsenbroich, C. & Gilbert, N. (2014). We-intentionality. In dies., *Modelling Norms* (S. 185–197). Dordrecht: Springer.

Erikson, E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle.* New York: International Universities Press.

Fossion, P., Servais, L., Rejas, M.-C., Ledoux, Y., Pelc, I. & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: An age-and-gender controlled study. *European Psychiatry, 19 (6)*, 338–343.

Fournier, K., Hass, C., Naik, S., Lodha, N. & Cauraugh, J. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: A synthesis and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40 (10)*, 1227–1240.

Frith, C. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. London: Erlbaum.

Frith, C. & Corcoran, R. (1996). Exploring ›theory of mind‹ in people with schizophrenia. *Psychological Medicine, 26 (3)*, 521–530.

Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Basil Blackwell.

Fuchs, T. (1999). Life events in late paraphrenia and depression. *Psychopathology, 32*, 60–69.

Fuchs, T. (2001). The tacit dimension. Commentary to W. Blankenburg's »Steps towards a psychopathology of common sense«. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 8 (4)*, 323–326.

Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 12 (2)*, 95–107.

Fuchs, T. (2013). The phenomenology and development of social perspectives. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 12 (4)*, 655–683.

Fuchs, T. (2015). Vertrautheit und Vertrauen als Grundlagen der Lebenswelt. *Phäno-menologische Forschungen, 2015*, 101–118.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

Fuchs, T. & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 8 (4)*, 465–486.

Gallagher, S. (2004). Understanding interpersonal problems in autism: Interaction theory as an alternative to Theory of Mind. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 11 (3)*, 199–217.

Gallagher, S. (2012). In defense of phenomenological approaches to social cognition: Interacting with the critics. *Review of Philosophy and Psychology, 3 (2)*, 187–212.

Gallagher, S. & Hutto, D. (2008). Understanding others through primary interaction and narrative practice. In J. Zlatev, T. P. Racine, C. Sinha & E. Itkonen (Hrsg.), *The Shared Mind: Perspectives on Intersubjectivity* (S. 17–38). Amsterdam: John Benjamins.

Gallagher, S. & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind. An Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science.* London New York: Routledge.

Gepner, B. & Mestre, D. (2002). Rapid visual-motion integration deficit in autism. *Trends in Cognitive Sciences, 6 (11)*, P455.

Goldman, A. I. (2012). Theory of mind. In E. Margolis, R. Samuels & S. Stich (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Philosophy of Cognitive Science* (S. 402–424). Oxford: Oxford University Press.

Happé, F. (1995). *Autism: An Introduction to Psychological Theory.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hobson, R. P. (1993). *Autism and the Development of Mind.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hobson, R. P. (2002). *The Cradle of Thought*. London: Macmillan.

Hobson, R. P. & Lee, A. (1999). Imitation and identification in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40 (4)*, 649–659.

Kimura, B. (1975). Schizophrenie als Geschehen des Zwischenseins. *Der Nervenarzt, 46*, 434–439.

Kimura, B. (1991). Psychopathologie des Aida oder der Zwischenmenschlichkeit. *Daseinsanalyse, 8*, 80–95.

Kimura, B. (1995). *Zwischen Mensch und Mensch: Strukturen japanischer Subjektivität*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Kington, J. M., Jones, L. A., Watt, A. A., Hopkin, E. J. & Williams, J. (2000). Impaired eye expression recognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 34 (4–5)*, 341–347

Klin, A., Jones, W., Schultz, R. & Volkmar, F. (2003). The enactive mind, or from actions to cognition: Lessons from autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences, 358 (1430)*, 345–360.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

Klin, A., Volkmar, F. & Sparrow, S. (1992). Autistic social dysfunction: Some limitations of the theory of mind hypothesis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33 (5)*, 861–876.

Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Band 2: Klinische Psychiatrie* (8. Aufl.). Leipzig: Barth.

Laing, R. D. (1976). *Das geteilte Selbst. Eine existenzielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Laing, R. D., Phillipson, H. & Lee, A. R. (1966). *Interpersonal Perception. A Theory and a Method of Research*. London: Tavistock.

Lee, K. H., Farrow, T. F. D., Spence, S. A. & Woodruff, P. W. R. (2004). Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological Medicine, 34 (3)*, 391–400.

Mari, M., Castiello, U., Marks, D., Marraffa, C. & Prior, M. (2003). The reach-to-grasp movement in children with autism spectrum disorder. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 358 (1430)*, 393–403.

McCabe, R. (2004) On the inadequacies of theory of mind explanations of schizophrenia. *Theory & Psychology, 14 (5)*, 738–752.

McCabe, R., Leudar, I. & Antaki, C. (2004). Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions? *Psychological Medicine, 34 (3)*, 401–412.

Meltzoff, A. N. (2002). Elements of a developmental theory of imitation. In A. N. Meltzoff & W. Prinz (Hrsg.), *The Imitative Mind: Development, Evolution, and Brain Bases* (S. 19–41). Cambridge: Cambridge University Press.

Meltzoff, A. N. & Brooks, R. (2001). ›Like me‹ as a building block for understanding other minds: Bodily acts, attention, and intention. In B. F. Malle, L. J. Moses & D. A. Baldwin (Hrsg.), *Intentions and Intentionality: Foundations of Social Cognition* (S. 171–191). Cambridge, MA: MIT Press.

Meltzoff, A. N. & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science, 198 (4312)*, 75–78.

Meltzoff, A. & Moore, M. K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology, 25 (6)*, 954–962.

Merleau-Ponty, M. (2003). *Das Auge und der Geist. Philosophische Essays*. Hamburg: Meiner.

Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie*. Paris: Payot.

Parnas, J. (2003). Self and schizophrenia: A phenomenological perspective. In T. Kircher & A. David (Hrsg.), *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (S. 217–241). Cambridge: Cambridge University Press.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

Plessner, H. (1928/1981). *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Rümke, H. C. (1941/1990). The nuclear symptoms of schizophrenia and the praecoxfeeling (übers. u. mit einer Einl. v. J. Neeleman). *History of Psychiatry, 1 (3)*, 331–341.

Sacks, O. (1995). *Eine Anthropologin auf dem Mars. Sieben paradoxe Geschichten*. Hamburg: Rowohlt.

Schmitz, H. (1989). *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.

Searle, J. (1995). *The Construction of Social Reality.* New York: The Free Press.

Smith, I. M. & Bryson, S. E. (1994). Imitation and action in autism: A critical review. *Psychological Bulletin, 116 (2)*, 259–273.

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 191*, 5–13.

Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimatied Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant.* New York: Basic Books.

Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. & Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 19 (3)*, 300–308.

Straus, E. (1960). Die Ästhesiologie und ihre Bedeutung für das Verständnis der Halluzinationen. In ders., *Psychologie der menschlichen Welt* (S. 236–269). Berlin Göttingen Heidelberg: Springer.

Teitelbaum, P., Teitelbaum, O., Nye, J., Fryman, J. & Maurer, R. G. (1998). Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America, 95 (23)*, 13982–13987.

Thoma, S. (2018). *Common Sense und Verrücktheit im sozialen Raum.* Köln: Psychiatrie Verlag.

Thompson, E. (2005). Sensorimotor subjectivity and the enactive approach to experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 4 (4)*, 407–427.

Tomasello, M. (2002). *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens.* Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Trevarthen, C. B. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Hrsg.), *Before Speech* (S. 321–348). Cambridge: Cambridge University Press.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

Trevarthen, C. B. & Hubley, P. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In A. Lock (Hrsg.), *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language* (S. 183–229). London: Academic Press.

Trevarthen, C. B. & Logotheti, K. (1989). Child in society, and society in children: The nature of basic trust. In S. Howell & R. Willis (Hrsg.), *Societies at Peace: Anthropological Perspectives* (S. 165–186). Florence, KY: Routledge.

Tuomela, R. (2002). *The Philosophy of Social Practices. A Collective Acceptance View.* Cambridge: Cambridge University Press.

Van Duppen, Z. (2017). The intersubjective dimension of schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 24 (4)*, 399–418.

Varela, F. J., Thompson, E. & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience* (6. Aufl.). Cambridge, MA: MIT Press.

Walston, F., Blennerhassett, R. C. & Charlton, B. (2000). »Theory of mind«, persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cognitive Neuropsychiatry, 5 (3)*, 161–174.

Wittgenstein, L. (1969). *On Certainty*. Oxford: Basil Blackwell.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

Wahn, Realität, Intersubjektivität

Eine phänomenologische und enaktive Analyse

> »Im normalen Leben werden Überzeugungen erworben im Zusammenhang des gemeinschaftlichen Lebens und Wissens. Augenblickliche Erfahrung von Realität bleibt nur bestehen, wenn sie sich der gemeinschaftlich geltenden oder kritisch geprüften Erfahrung einordnet. […] Jede einzelne Erfahrung ist korrigierbar, die Gesamterfahrung in ihrem Zusammenhang aber ist etwas Stabiles, schwer oder gar nicht Korrigierbares. Den Grund der Unkorrigierbarkeit müssen wir daher nie in einem einzelnen Phänomen, sondern im ganzen des menschlichen Zustandes suchen. Dieses Ganze gibt kein Mensch leicht preis. Wenn die gemeinsam geglaubte Realität wankt, werden die Menschen ratlos.«
>
> Karl Jaspers (1973, 87)

Einleitung

Jaspers' Zitat über die Unkorrigierbarkeit wahnhafter Überzeugungen macht deutlich, dass sich der Wahn nicht nur als eine Störung des Denkens oder der Realitätstestung beschreiben lässt. Wir können ihn nur begreifen vor dem Hintergrund der Gesamtsituation des Patienten, die durch eine Auflösung der »*gemeinschaftlich geltenden Erfahrung*« charakterisiert ist, mit anderen Worten, durch den Verlust von Intersubjektivität. Im Gegensatz dazu sieht das gegenwärtig dominierende psychiatrische Paradigma den Patienten als ein Individuum mit einer abgrenzbaren Fehlfunktion des Gehirns. Aus dieser Sicht erscheint der Wahn als Produkt einer fehlerhaften neuronalen Informationsverarbeitung, eines ›gestörten Gehirns‹. Schließlich bedeuten Wahnvorstellungen falsche Repräsentationen der Realität, also müssen sie doch wohl ›im Kopf sein‹. Üblicherweise werden sie definiert als »falsche Überzeugung aufgrund unrichtiger Schlussfolgerungen über die äußere Realität« (DSM-5, APA 2018, 1137).

Auf der anderen Seite kann dies nicht die ganze Wahrheit sein, denn der aktuellen Definition des Wahns ist noch ein Kultur-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

vorbehalt beigefügt: Auch Überzeugungen, die aus einer westlichen Perspektive bizarr erscheinen, können nämlich durchaus mit anderen geteilt werden, die dem gemeinsamen Kulturkreis angehören – man denke an die Vorstellungen von Fernbeeinflussung in der Voodoo-Religion auf Haiti –, und rechtfertigen dann keine Diagnose eines Wahns (ebd.). Dies zeigt bereits, dass das Wesen des Wahns nicht einfach in einem falschen Inhalt oder einer fehlerhaften Repräsentation der Wirklichkeit liegen kann, die allein im Individuum zu verorten ist. Im Folgenden werde ich dafür argumentieren, dass wir den Wahn vielmehr als ein intersubjektives Phänomen begreifen sollten, und zwar aus zwei Gründen:

(1) Wahn manifestiert sich primär in einem *Scheitern der Kommunikation*: Im Verlauf des Gesprächs mit dem Patienten realisiert man, dass es nicht möglich ist, zu einer gemeinsamen Definition der Situation zu gelangen; das Geben und Nehmen von Gründen und die wechselseitige Perspektivenübernahme scheitern (Glatzel 1981, 167 ff.).
(2) Auf einer tieferen Ebene lässt sich der Wahn dann als ein *Versagen der Ko-Konstitution von Realität* auffassen; das heißt, er ist charakterisiert durch eine Störung der *transzendentalen Intersubjektivität* als der Bedingung der Möglichkeit wechselseitiger Verständigung. Diese Störung auf tieferer Ebene ist in der Literatur unterschiedlich interpretiert worden, etwa als Auflösung der Hintergrundgewissheiten im Sinne Wittgensteins (Rhodes & Gipps 2008), als Verlust des *Common Sense* (Blankenburg 1971; Stanghellini 2004), des basalen Vertrauens in eine gemeinsame Welt (Fuchs 2015a, b) oder als schizophrener Quasi-Solipsismus (Sass 1994).

Das zweite Charakteristikum betrifft insbesondere die Wahnphänomene im Rahmen der Schizophrenie, die Jaspers als »echte Wahnideen« bezeichnet und von den »wahnhaften Ideen« von Patienten mit Paranoia, Manie oder Depression unterschieden hat (Jaspers 1973, 80 ff.). Letztere betrachtete er als motiviert

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

und grundsätzlich verstehbar: In der Paranoia münden chronisches Misstrauen und Angst in Verfolgungswahn, in Manie und Depression sind die Wahnideen synthymer Ausdruck der zugrunde liegenden Stimmung. Im Gegensatz dazu beruhen die echten oder primären Wahnideen auf »Veränderungen von Grunderfahrungen, die zu erfassen uns die größten Schwierigkeiten macht« (ebd., 80). In der neueren Psychopathologie wurde der Unterschied auch in Heideggers Begriffen beschrieben, nämlich als Gegensatz von »ontischen Wahnideen«, die sich im Rahmen der gewöhnlichen Welterfahrung entwickeln, und »ontologischen Wahnideen«, die auf veränderten Strukturen der Subjektivität als der Voraussetzung von Erfahrung selbst beruhen (Sass 1992, 2014; Parnas 2004; Sass & Byrom 2015). Mit den letzteren, also mit dem ›echten‹ oder schizophrenen Wahn werde ich mich im Folgenden befassen.

Um eine intersubjektive Konzeption des Wahns zu entwickeln, werde ich im Folgenden zunächst (a) die Konstitution von Realität durch verkörperte oder enaktive Wahrnehmung darstellen, dann (b) ihre Ko-Konstitution durch implizite oder transzendentale Intersubjektivität. Dazu werde ich mich phänomenologischer ebenso wie enaktiver Ansätze bedienen. Dies dient dann als Grundlage für die Analyse der Störung der intersubjektiven Realitätskonstitution im schizophrenen Wahn.

Die Objektivität der Wahrnehmung

(a) Verkörpertes Zur-Welt-Sein

Die Standardauffassung des Wahns betrachtet ihn als ›falsche Überzeugung‹ über objektive Fakten in der Welt, an der mit unkorrigierbarer Sicherheit festgehalten wird. Dem liegt die Annahme zugrunde, es gebe eine äußere Realität, die uns aber nur durch Repräsentationen in unserem Bewusstsein gegeben ist. Das gilt für *Wahrnehmungen* (die nur aus im Gehirn erzeugten Bildern bestehen, gewissermaßen aus ›wahren Halluzinationen‹) ebenso wie für *Überzeugungen* über Sachverhalte in der Außenwelt.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Diese Grundannahme einer inneren Repräsentation, die von der äußeren Realität getrennt ist, wird durch den enaktiven Ansatz der Kognition in Frage gestellt (Varela et al. 1991; Thompson 2007). Danach nehmen Lebewesen nicht passiv Informationen aus ihrer Umwelt auf, um sie in innere Repräsentationen zu übersetzen. Sie bringen ihre Umwelt vielmehr mit hervor, nämlich durch interaktive Sinnbildung (*sense-making*): Indem sie die Umgebung nach relevanten Hinweisen und Gegenständen sondieren – ihren Kopf oder ihre Augen bewegen, eine Oberfläche ertasten, eine Frucht ergreifen etc. –, wirken sie an der Konstitution ihrer Umwelt mit (Varela et al. 1991; O'Regan & Noë 2001; Thompson 2005, 2007). Wahrnehmung ist in diesen Konzeptionen keine Abbildung äußerer Reize auf ein inneres Modell der Welt, sondern eine aktive, sensomotorische und durch die Interessen des Lebewesens motivierte Erschließung der Umwelt. Dies setzt zuallererst einen beweglichen Organismus voraus. ›Wahr-nehmen‹ kann nur ein Wesen, das sich auch zu bewegen und etwas zu ergreifen vermag. Selbst in scheinbar bloßer Wahrnehmung steht ein Lebewesen nicht der Welt gegenüber, sondern ist immer schon in sie verstrickt, z. B. indem es mögliche Handlungen leiblich vorwegnimmt. Diese interaktive Konzeption macht zwar den Begriff interner Repräsentationen sinnlos, doch könnte man nun andererseits fragen: Wie kommt in dieser Interaktion, ja Verstrickung von Lebewesen und Umwelt denn das ›Gegenüber‹ zustande, als das sich die Dinge uns in der Wahrnehmung präsentieren? Wie erfassen wir die Dinge selbst, in Unabhängigkeit von uns?

Eine wesentliche Voraussetzung dafür liegt im ständigen Perspektivenwechsel durch Selbstbewegung (um ein Objekt herumgehen, es ergreifen, umwenden etc.), denn dies erzeugt kontrastierende und ergänzende Veränderungen der Wahrnehmung.[1] Dazu muss allerdings die Eigenbewegung des Körpers in der Wahrnehmung mitberücksichtigt werden, d. h., sie muss selbst-

[1] Eine Reihe weiterer Charakteristika verkörperter Wahrnehmung tragen zum Realismus der Erfahrung bei, bleiben hier aber außer Betracht. Zu ihnen gehören der Widerstand der Dinge in der Tasterfahrung, die Form- und Farbenkonstanz, die intermodale Integration verschiedener Sinnesfelder u. a. (vgl. O'Regan & Noë 2001; van Duppen 2016).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

referenziell oder selbstgegeben sein. So wird die Eigenmotorik der Blickbewegung durch sogenannte Efferenzkopien in der Sensorik mitberücksichtigt und ausgeglichen.[2] Anderenfalls würde mit jeder Augenbewegung auch die gesehene Umwelt zu schwanken beginnen. Selbstreferenzielle Bewegung, kombiniert mit dem aktiven Wechsel des Standpunkts, ist ein wesentliches Mittel, um eine objektive Beziehung zur Umgebung herzustellen, nämlich durch eine Verknüpfung der *Spontaneität* und der *Rezeptivität* des Organismus, die sich wechselseitig relativieren und bestimmen (Blankenburg 1991).

Von besonderer Bedeutung ist es, dass diese geschickten sensomotorischen Interaktionen mit der Umwelt nach und nach in die habituellen Fähigkeiten und damit auch in die Vorwegnahmen (Protentionen) des Leibes eingehen. Mit zunehmender Vertrautheit werden erwünschte und gesuchte Objekte vom Sensorium bereits als Vorgestalten antizipiert, die gewissermaßen in die Umwelt projiziert werden, um die Identifizierung der Objekte zu erleichtern.[3] Was die Umwelt ermöglicht oder anbietet und wie sie sich in Abhängigkeit von den eigenen Handlungen verändert, wird bereits in der Wahrnehmung antizipiert. Wie Husserl (1950, 91 ff.) gezeigt hat, nehmen wir ein Haus nicht nur wahr, indem wir seine sichtbare Seite erblicken, sondern indem wir zugleich seine unsichtbaren Aspekte »appräsentieren«, also implizit vorwegnehmen, was wir bei der Bewegung um das Haus herum sehen würden. Der aktuelle Aspekt schließt somit eine Gesamtheit möglicher Aspekte ein, die die Einheit des vollständigen Objekts ausmachen. Meine Erfahrung der Realität eines Gegenstandes beruht auf einem *Horizont weiterer möglicher Erfahrungen* mit

[2] Efferenzkopien von motorischen Hirnarealen ›melden‹ bevorstehende Bewegungen vorab an das sensorische System, sodass die Eigenbewegung des Körpers vom Wahrnehmungsfeld subtrahiert wird (Holst & Mittelstaedt 1950). Bewegt man hingegen durch leichten beidseitigen Fingerdruck die Augäpfel von außen, so beginnt die gesehene Umgebung in der Tat zu schwanken; diese Augenbewegung ist also nicht selbstreferenziell.

[3] Dies kann mitunter zu illusionären Verkennungen führen, etwa wenn man beim Pilzesuchen ein glänzendes Blatt für einen Pilz hält oder beim Warten auf einen Bekannten eine andere Person in der Ferne mit ihm verwechselt.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

ihm – einem Horizont, der auf meinen früheren Umgang zurückgeht, aber jetzt implizit mitgegeben oder »appräsentiert« ist.

Zu diesem impliziten Horizont gehört wesentlich die *Objektpermanenz*, wie sie nach Piaget (1974) durch die sensomotorische Interaktion in der frühen Kindheit erworben wird: die Annahme, dass die Objekte auch dann fortbestehen werden, wenn ich wegsehe oder abwesend bin. Dieser stets gegenwärtige Horizont ermöglicht meine Wahrnehmung des *Gegenstands selbst*, an Stelle eines nur momentanen Eindrucks oder eines Bildes von ihm. Freilich wird meine antizipierende Wahrnehmung durch die fortlaufende Interaktion mit den Dingen, also durch weitere Perspektivenwechsel, ständig bestätigt oder aber korrigiert.

(b) Intersubjektive Realität

Wie wir gesehen haben, präsentiert die Wahrnehmung nicht Bilder oder Erscheinungen, sondern die Dinge selbst, denn sie ist Teil unseres verkörperten Zur-Welt-Seins. Doch es gibt noch eine andere Ebene von Objektivität, die für die menschliche Wahrnehmung charakteristisch ist. Denn im Wahrnehmen des Hauses erfahren wir es nicht nur als Gegenstand möglicher Aktivität und geschickten Umgangs (sich darauf zubewegen, die Tür öffnen, die Treppe hinaufgehen usw.), sondern auch als *unabhängig* von unserer aktuellen Wahrnehmung und unseren Interessen. Die Objekte sind nicht nur ›für mich‹ da, in der Immanenz meiner Subjektivität, sondern sie sind *als solche* gegeben. Berkeleys »*esse est percipi*« entspricht sicher nicht unserem Wahrnehmungserleben: Keiner käme auf den Gedanken, die Dinge tauchten erst mit ihrer Wahrnehmung auf und verschwänden ohne sie wieder ins Nichts. Wie ist diese Unabhängigkeit möglich?

Husserls spätere Antwort auf diese Frage beruht auf der Intersubjektivität der Wahrnehmung: Das Haus, das ich sehe, ist immer auch ein *mögliches Objekt für andere*, die es zugleich aus ihrer Sicht oder von anderen Seiten sehen könnten. Damit erhält das Objekt seine eigentliche Objektivität, d. h. seine Unabhängigkeit von meiner eigenen Perspektive, erst durch die *implizit vo-*

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

rausgesetzte Vielfalt anderer Perspektiven. Husserl spricht hier auch vom »Horizont möglicher eigener und fremder Erfahrung« oder von einer »offenen Intersubjektivität«.[4] Die Pluralität möglicher Subjekte entspricht der Pluralität möglicher Aspekte, die das Objekt bietet. Mehr noch: Im Wahrnehmen des Objekts setze ich auch implizit seine Bedeutsamkeit für andere voraus, d. h. die allgemeine Struktur von Bedeutungen, Verweisungen und Relevanzen der gemeinsamen Welt. Wahrnehmend konstituieren und bewohnen wir immer einen Raum, den wir mit anderen teilen.

Noch grundsätzlicher beruht Objektivität nach Husserl auf der Transzendierung meiner subjektiven Eigensphäre, die primär in der Begegnung mit dem anderen geschieht (Husserl 1973a, 110, 1973b, 277). Der andere ist immer jenseits meiner Immanenz, denn er bildet eine andere Sphäre und ein Zentrum von Perspektivität, das mir als solches unzugänglich bleibt und damit meine eigene Subjektivität begrenzt. Doch es ist gerade diese Alterität des anderen, die meine Erfahrung von Objektivität begründet, ja meinen »Wahrnehmungsglauben« an eine Welt, die auch unabhängig von meiner Wahrnehmung existiert (Merleau-Ponty 1986, 17). Da diese Intersubjektivität implizit oder transzendental ist (die ›Bedingung der Möglichkeit‹ dafür, dass es eine objektive Realität geben kann), müssen die anderen nicht unbedingt anwesend sein – auch Robinson sah seine Insel immer schon ›mit den Augen der anderen‹, noch bevor Freitag auftauchte. In einem grundlegenden Sinn sind die Dinge und Ereignisse öffentlich, nicht privat; sie gehören einer gemeinsamen Welt an, auch wenn sie im konkreten Fall von mir allein wahrgenommen werden. Sartre hat Husserls Analyse treffend zusammengefasst:

Ob ich diesen Tisch oder diesen Baum oder dieses Stück Mauer allein oder in Gesellschaft betrachte, immer ist der Andere da als eine Schicht kon-

[4] »Also jedes Objektive, das mir in meiner Erfahrung und zunächst in einer Wahrnehmung vor Augen steht, hat einen apperzeptiven Horizont, den möglicher Erfahrung, eigener und fremder. Ontologisch gesprochen, jede Erscheinung, die ich habe, ist von vorneherein Glied eines offen endlosen, aber nicht explizit verwirklichten Umfanges möglicher Erscheinungen von demselben, und die Subjektivität dieser Erscheinungen ist die offene Intersubjektivität« (Husserl 1973a, 289; vgl. dazu auch Zahavi 1996, 39 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

stituierter Bedeutungen, die dem von mir betrachteten Gegenstand selbst angehören; kurz, als der wirkliche Bürge seiner Gegenständlichkeit. […] So erscheint jeder Gegenstand – weit davon entfernt, wie bei Kant durch ein einfaches Verhältnis zum *Subjekt* konstituiert zu werden – in meiner konkreten Erfahrung als vielwertig, er ist ursprünglich gegeben als Träger der Systeme von Verweisungen auf eine unendliche Vielheit von Bewusstseinsindividuen; *bei* dem Tische und *bei* der Mauer entdeckt sich mir der Andere als das, worauf sich der betrachtete Gegenstand fortwährend beruft, und zwar genauso, wie wenn Peter und Paul konkret in Erscheinung treten. (Sartre 1962, 314)

Unabhängig von ihrer Geltung hat diese implizite oder transzendentale Intersubjektivität auch eine Genese: Aus einer enaktiven Sicht lässt sie sich auf eine Geschichte »gemeinsamer Sinnkonstitution« zurückführen (*participatory sense-making*, De Jaegher & Di Paolo 2007). Von Geburt an wird die Wahrnehmung und Bedeutung von Objekten fortwährend durch soziale Interaktionen etabliert, besonders in Situationen gemeinsamer Aufmerksamkeit und im gemeinsamen Umgang mit der Welt. Objekte zu unterscheiden, sie zu erkennen und zu handhaben erlernen wir, indem wir am Umgang der anderen mit ihnen teilnehmen (Tomasello 1999; Gallagher 2008). Die Realität wird damit von Anfang an interaktiv konstituiert. Diese intersubjektive Konstitution ist zum Teil unserer impliziten Beziehung zur Welt geworden, ganz ähnlich wie die sensomotorischen Interaktionen mit Objekten in unser verkörpertes Wissen und Können eingegangen sind (Fuchs 2016).[5]

Auf dieser Ebene der Realitätskonstitution besteht das Äquivalent zur selbstreferenziellen Bewegung und zum Perspektiven-

[5] Natürlich lässt sich Husserls transzendentale Intersubjektivität nicht einfach in eine entwicklungspsychologische Beschreibung der gemeinsamen Erkenntnis der Welt überführen. Wenn hier von der Genese die Rede ist, soll dies nicht besagen, dass die transzendentale Ebene auf eine kumulative Lerngeschichte zurückgeht. Da Menschen jedoch offensichtlich nicht als transzendentale Subjekte zur Welt kommen, muss diese Ebene im Verlauf der Ontogenese irgendwie realisiert werden, auch wenn dies nicht auf graduelle Weise erfolgt. Die Entwicklungspsychologie beschreibt freilich nur die Bedingungen für diese Realisierung, sie erklärt nicht die transzendentale Intersubjektivität als solche.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

kontrast in der menschlichen Fähigkeit zur *geteilten Intentionalität* und *Perspektivenübernahme*. Die Welt mit den Augen der anderen zu sehen, erweitert die Varianz aus der körperlichen Eigenbewegung durch die Übernahme virtueller Perspektiven und vervielfacht so die Möglichkeiten der Kontrastierung und Relativierung. Dies hebt die primäre Selbstzentrierung des Individuums auf und ermöglicht Perspektivenflexibilität. Intersubjektivität im vollen Sinn basiert damit auf der Fähigkeit, sich zwischen der eigenen, egozentrischen und einer allozentrischen oder dezentrierten Perspektive hin- und herzubewegen. Dieser zentrale Schritt der menschlichen kognitiven Entwicklung entspricht letztlich der »exzentrischen Positionalität« Plessners (1928/1981), nämlich einem dritten oder höherstufigen Standpunkt, von dem aus die Integration der ego- und der allozentrischen Perspektive möglich wird.

Diese Position beruht jedoch nicht nur auf der Perspektivenübernahme und Dezentrierung, sondern schließt auch einen *impliziten, selbstverständlichen Hintergrund* aller sozialen Interaktion ein. Er besteht aus den Grundannahmen, den »Axiomen des Alltags« (Straus 1960) oder den Grundgewissheiten (*bedrock certainties*, Wittgenstein 1969), die von den Angehörigen einer Kultur geteilt werden, ohne notwendig explizit oder verbalisiert werden zu müssen. Der *Common Sense* lässt sich als ein Ausdruck dieser basalen Gewissheiten ansehen, aber er schließt auch geteilte Gewohnheiten, Interaktionsformen und Spielregeln ein, die in der frühen Sozialisation eher inkorporiert als explizit gelehrt werden. In seiner affektiven Dimension entspricht dieser Hintergrund einem *Grund- oder Urvertrauen* in die Welt und in die anderen, das sich von Geburt an in der Interaktion mit den nächsten Bezugspersonen entwickelt. Die Ko-Konstitution einer gemeinsamen Realität, ja unser grundlegender »Wahrnehmungsglaube« an die erlebte Wirklichkeit beruht wesentlich auf diesem habituellen und präreflexiven Hintergrund. Er liegt auch aller Kommunikation und Aushandlung von Sichtweisen in der gemeinsamen Lebenswelt zugrunde.

Ich fasse das Bisherige zusammen: Wahrnehmung überschreitet die Zentralität und Ortsgebundenheit der subjektiven

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Perspektive durch eine Dezentrierung, die sich auf zwei miteinander verknüpften Ebenen vollzieht:

- Auf der ersten Ebene schließt die *sensomotorische Interaktion* mit der Umwelt eine Beweglichkeit und Vielfalt von Standpunkten ein, die die jeweils momentane Kopplung von Organismus und Umwelt relativiert.
- Auf der zweiten Ebene impliziert die *soziale Interaktion* mit anderen einen virtuellen Wechsel und Kontrast von Perspektiven, der es erlaubt, die rein subjektzentrierte Weltsicht zu überschreiten, nämlich durch partizipative, gemeinsame Sinn- und Objektkonstitution.

Damit wird die individuelle, momentane und subjektive Wahrnehmung relativiert, erhält Tiefe und Objektivität durch einen Horizont vielfacher anderer Perspektiven, der durch die sensomotorischen und sozialen Interaktionen mit der Umwelt eröffnet wird. Auf beiden Ebenen sind das *Selbstverhältnis* und die *Selbstgegebenheit der Spontaneität und Aktivität des Subjekts* entscheidend, um eine objektive Sicht auf die Welt zu erlangen und Realität zu konstituieren (Blankenburg 1991). Auf der ersten Ebene lassen die sensomotorischen Prozesse für das Lebewesen eine Realität erkennbar werden, insoweit es seine eigene Position und Aktivität berücksichtigt. Diese Selbstreferenzialität ermöglicht die »vermittelte Unmittelbarkeit« – ein Begriff aus Hegels Logik – der Beziehung des Leibes zur Umwelt. Auf der zweiten Stufe klärt sich die Sicht des Menschen auf die gemeinsame Welt in dem Maß, wie er seiner selbst im Verhältnis zu anderen bewusst wird. Denn es ist gerade die Kenntnis meiner selbst in Beziehung zur Umwelt, die mir erlaubt, zwischen dem, was ›für mich‹, und dem, was ›an sich‹ ist, zu unterscheiden und die Dinge ebenso wie die anderen in ihrer Unabhängigkeit von meiner Subjektivität zu erfassen.

Auf beiden Ebenen schließlich sedimentiert sich die Geschichte der Interaktionen eines Individuums in seinem impliziten Gedächtnis, sodass daraus grundlegende Gewohnheitsstrukturen resultieren:

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

– Auf der ersten Ebene erwirbt der Leib die Fähigkeiten des geschickten Umgangs und damit die grundlegende *Vertrautheit mit der Umwelt*. Der Horizont möglicher Perspektiven und Umgangsweisen mit den Objekten ist damit in jede aktuelle Wahrnehmung immer schon eingeschlossen.
– Auf der zweiten Ebene etabliert die frühe Sozialisation eine habituelle Struktur des Mit-anderen-Seins oder *Mitseins*, die sich in einer impliziten oder offenen Intersubjektivität ebenso manifestiert wie in einem Grundvertrauen in die gemeinsame Welt.

Durch offene Intersubjektivität überschreiten Menschen eindeutig die Subjektivität ihrer zentrischen Perspektive und gewinnen Zugang zur gemeinsamen, objektiven Realität. Denn Objektivität bedeutet schließlich, dass die Dinge als intersubjektiv zugänglich erfahren werden, als »präsent für jedermann« (Husserl 2012, 96). Menschliche Realität ist daher immer ko-konstituiert oder gemeinsam hervorgebracht durch partizipative Sinnbildung, sei es auf implizite oder explizite Weise.

Die Subjektivierung der Wahrnehmung in der Schizophrenie

Was bedeutet all dies nun für die Analyse des Wahns? – Ich beginne zunächst mit den charakteristischen Phänomenen zu Beginn der schizophrenen Psychose, die auf eine radikale *Subjektivierung der Wahrnehmung* hinauslaufen; Jaspers (1973) hat sie treffend als »Wahnstimmung« bezeichnet, Conrad (1958) als »Apophänie«. In dieser unheimlichen Atmosphäre erleben die Patienten ihre Umgebung als sonderbar unwirklich, *als sähen sie bloß künstliche oder scheinhafte Bilder anstelle von realen Gegenständen*. Die Dinge wirken unecht, irgendwie hergestellt oder inszeniert; die Personen verhalten sich unnatürlich, gestellt, als wären sie nur Schauspieler oder Betrüger. Man fühlt sich wie im Zentrum einer unheimlichen Inszenierung:

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

[W]o man auch hinguckt, sieht alles schon so unwirklich aus. Die ganze Umgebung, alles wird wie fremd, und man bekommt wahnsinnige Angst. […] [I]rgendwie ist plötzlich alles für mich da, für mich gestellt. Alles um einen bezieht sich plötzlich auf einen selber. Man steht im Mittelpunkt einer Handlung wie unter Kulissen. (Klosterkötter 1988, 69)

Ich würde nicht sagen, ich werde verfolgt, aber alles sieht bedrohlich aus. Zum Beispiel dieser Tisch oder diese Wände – sie sind alle merkwürdig. Ich denke, alles sieht gefälscht aus. Aber es ist nicht nur hier, auch die Wände in meinem Wohnzimmer fühlen sich an wie Karton, als wäre ich in einer Kulisse. (Madeira et al. 2016, 271; eig. Übers.)

Solche *Truman Show*- oder *Matrix*-Erlebnisse, wie sie oft von den Patienten selbst später benannt werden (Madeira et al. 2016), weisen auf eine grundlegende Abwandlung der Wahrnehmung hin, auch wenn sich im Wahrnehmungsfeld keine offensichtliche Störung finden lässt. Vielmehr ist es die intentionale Richtung des Feldes, die sich umgekehrt hat (Fuchs 2005): Während die Dinge zuvor ihren Abstand und ihre Neutralität behielten, beginnen sie sich jetzt auf den Patienten zu beziehen, ja sich ihm in unheimlicher und bedrohlicher Weise zu nähern. Renée, eine Patientin von Marguerite Sechehaye, berichtet:

Ich sah die Gegenstände so ausgeschnitten, so voneinander gelöst […] daß sie mir irrsinnige Angst machten; wenn ich zum Beispiel einen Stuhl oder ein Gefäß ansah, dann dachte ich nicht mehr an ihre Verwendung, ihre Funktion. […] Sie hatten ihren Namen, ihre Funktion, ihre Bedeutung verloren; sie waren »Dinge« geworden. Und diese »Dinge« begannen nun zu existieren. Eben diese Existenz jagte mir solche Angst ein. […] Ich versuchte, ihrem Zugriff dadurch zu entgehen, dass ich ihren Namen aussprach. Ich sagte: »Stuhl«, »Krug«, »Tisch« – »Das ist ein Stuhl« –; doch das Wort war wie abgezogen, jeder Bedeutung entleert. (Sechehaye 1973, 41 f.)

In dieser oder ähnlicher Weise verlieren alltägliche Dinge und Situationen ihre vertrauten Bedeutungen. Sie scheinen auf etwas Neues, aber noch Rätselhaftes oder Verstörendes hinzudeuten – meist reagieren die Patienten mit zunehmender Verwirrung, Unruhe und Angst. Man könnte sagen, dass *die Wahrnehmung nicht mehr die Objekte als solche erfasst, sondern nur noch ihren Anschein*. Sie hat ihre intentionale und dezentrierende Struktur ver-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

loren, und daher erlebt sich der Patient plötzlich als ›Zentrum der Welt‹.[6]

Die Derealisierung, die er erfährt, ist damit ganz verschieden von der bloßen Entfremdung der Umgebung, wie sie in neurotischen oder affektiven Störungen vorkommt.[7] Im Gegenteil, da die Dinge ihre unabhängige Realität und Neutralität verloren haben, sind sie nur noch *für den Patienten* da oder scheinen *um seinetwillen* inszeniert zu sein. Es fehlt ihnen die intersubjektiv geteilte Bedeutung, sie sind nicht mehr in einvernehmlicher Weise für jeden gegeben; im Grunde sind sie nicht mehr ›Objekte‹ im Sinne des Wortes, sondern nur noch Pseudo-Objekte, Erscheinungen oder Bilder, die für einen unbekannten Zweck arrangiert sind.

Nicht selten kulminiert die Subjektivierung der Wahrnehmung im Eindruck, die Existenz der Dinge oder sogar der Welt als Ganzer hinge vom Patienten ab – eine pathologische Form von Berkeleys »*esse est percipi*«:

> Immer wenn ich meine Augen von ihnen (den Klinikpflegern) abwandte, verschwanden sie. Ja, alles worauf ich nicht meine direkte Aufmerksamkeit richtete, schien nicht zu existieren. (Landis 1964, 90; eig. Übers.)

> Auf einer Party schien alles von ihm auszugehen oder von ihm abzuhängen. (Parnas et al. 2005, 255; eig. Übers.)

> Wenn ich eine Tür erblicke und dann wegsehe, dann ist es fast, als würde die Tür aufhören zu existieren. (Henriksen 2011, 24; eig. Übers.)

Der letzte Patient hatte den Eindruck, er sei die einzige Person, die wirklich existiere, und dafür verantwortlich, dass die Welt weiterlaufe – eine Form der solipsistischen Selbstzentralität, die oft zu einer Art von ›passivem Omnipotenzerleben‹ führt, als wäre der Patient in der Lage, den Lauf der Ereignisse zu bestimmen oder sogar die Welt zu bewegen, ohne jedoch zu wissen, wie er das

[6] Conrad bezeichnete dieses Mittelpunktserleben als »Anastrophé« (1958, 56 f.).

[7] In diesen Störungen geht die Derealisierung auf einen Verlust der affektiven oder leiblichen Resonanz zurück, der die anziehenden und Ausdrucksqualitäten der Umwelt schwinden lässt. Die Objekte verlieren ihre Anziehungskraft und sehen hohl, leer oder tot aus, also nicht vielsagend, unheimlich oder sonderbar bedeutungsvoll wie in der Wahnstimmung.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

eigentlich tue. Die Erklärung ist offensichtlich: Wenn die Wahrnehmung ihre Objektivität verloren hat, und das heißt ihre implizite Intersubjektivität, dann scheinen sich die Objekte nur ›für mich‹ oder ›von meinen Gnaden‹ zu bewegen oder sogar zu existieren. Die Objektpermanenz, die in der frühen Kindheit erworben und zu einer transzendentalen Bedingung der Wahrnehmung geworden ist, geht hier also wieder verloren.

Wie Matussek (1952) in seinen Analysen der Wahnwahrnehmung gezeigt hat, werden die Patienten oft von banalen Details des Wahrnehmungsfeldes gefesselt oder fallen in eine regelrechte »Wahrnehmungsstarre«, in der sie sich nicht mehr vom Objekt lösen können. Das bedeutet, dass der Funktionskreis sensomotorischer Interaktion mit der Umwelt beeinträchtigt oder arretiert ist, was noch zusätzlich zur Subjektivierung der Wahrnehmung beiträgt. Denn das Gefühl von Unwirklichkeit verstärkt sich in der Regel mit zunehmender Inaktivität und Passivität (Sass 1992, 297). Dies kulminiert in der Erfahrung, in der eigenen Wahrnehmung regelrecht eingeschlossen zu sein, wie in einer subjektiven Kameraperspektive:

> Ich sah alles wie durch eine Filmkamera. (Sass 1992, 132; eig. Übers.)

> Es war, wie wenn meine Augen Kameras wären […] als wäre mein Kopf riesengroß, so groß wie das Universum, und ich war ganz hinten und die Kameras vorne. (de Haan & Fuchs 2010, 329; eig. Übers.)

Hier gerät das wahrnehmende Subjekt in eine Position außerhalb der Welt, es wird buchstäblich zum Homunculus im Kopf, der seine eigenen Wahrnehmungen wie Bilder betrachtet.

In all diesen Fällen wird erkennbar, dass die Wahrnehmung nicht mehr über sich hinausgeht und die Objekte als solche nicht mehr erreicht. Statt die Welt wahrzunehmen, erfährt der Patient gewissermaßen nur noch seine eigenen Erfahrungen. Er ist in seine Pseudo-Wahrnehmungen eingeschlossen wie in eine solipsistische Innen- oder Hohlwelt, die sich nur noch um ihn zu drehen scheint. An die Stelle der intersubjektiven Konstitution der Realität ist ein radikal subjektivistisches und idiosynkratisches Erleben getreten.

Eine interessante Analogie zu diesem Erleben finden wir im

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Traumbewusstsein: Auch hier wird das Subjekt zum Zentrum der Welt; alle Dinge und Geschehnisse werden ihm vorgeführt, statt unabhängige Entitäten darzustellen. Sie tauchen ›aus dem Nichts‹ auf und doch ›gerade zur rechten Zeit‹, nur um im nächsten Moment wieder ins Nichts zu verschwinden. Darüber hinaus ist das Subjekt den Traumerscheinungen in typischer Passivität ausgeliefert – die praktische, sensomotorische Interaktion von Leib und Umwelt fehlt. Gleichzeitig zeigen alle Situationen eine selbstbezügliche Bedeutsamkeit (»*tua res agitur*«), auch wenn diese oft rätselhaft und mysteriös bleibt. Auch wenn andere Personen in Träumen meist eine wichtige Rolle spielen, fehlt doch die offene Intersubjektivität: Der Träumende verfügt über keine exzentrische Position oder unabhängige Perspektive, von der aus er das Geschehen relativieren könnte. Er vermag nicht zwischen dem, was ›für mich‹, und dem, was ›an sich‹ ist, zu unterscheiden, denn er verfügt nicht über ein höherstufiges *Wissen von sich selbst in Beziehung zu seiner Umwelt*.

Übergang zum Wahn

Als ein typisches Beispiel für den Übergang dieser Wahrnehmungsabwandlung in den Wahn können wir folgenden Fall betrachten:

> Es kam mir immer unwirklicher vor, wie ein völlig fremdes Land. […] Dann kam also die Idee, das ist doch gar nicht mehr deine alte Umgebung. […] [E]s könnte ja überhaupt nicht unser Haus sein. Irgend jemand könnte mir das als Kulisse einstellen. Eine Kulisse, oder man könnte mir ein Fernsehspiel einspielen. […] Dann hab ich die Wände abgetastet. […] Ich habe geprüft, ob das wirklich eine Fläche ist. (Klosterkötter 1988, 64 f.)

Wieder ist die Wahrnehmung der Patientin subjektiviert und derealisiert: Der für gewöhnlich nicht hinterfragte »Wahrnehmungsglaube« ist fragwürdig geworden. Da sie sich der Störung der Wahrnehmung als solcher nicht bewusst ist, scheinen sich die Dinge verändert zu haben, und sie prüft ihre Oberfläche. Doch hier erzeugt die Inversion des intentionalen Feldes bereits den

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Eindruck, eine äußere Macht sei dafür verantwortlich. Zunehmend verängstigt und in Aufruhr, kam der Patientin plötzlich der Gedanke, sie werde von einem fremden Geheimdienst für experimentelle Zwecke missbraucht, und man projiziere mittels Strahlen Scheinbilder in ihr Gehirn (Klosterkötter 1988). Bei diesem Gedanken fiel es ihr ›wie Schuppen von den Augen‹, und diese plötzliche Evidenz reduzierte augenblicklich die unerträgliche Spannung und den Schrecken, den sie zuvor erlebt hatte – freilich um den Preis der Gewissheit, tatsächlich verfolgt zu werden.

Die Subjektivierung der Wahrnehmung nimmt bereits den Verlust der Intersubjektivität vorweg, den wir im vollständigen Wahn finden werden. Denn sie erschüttert tiefgreifend das Grundvertrauen in die geteilte, konstante und verlässliche Welt – eine Erschütterung, deren verstörende Wirkung kaum unterschätzt werden kann. Angesichts dieser ›ontologischen Verunsicherung‹ beruht die entlastende und restabilisierende Wirkung des Wahns darauf, dass er die *transzendentale Störung* der Wahrnehmung in ein *innerweltliches Geschehen* transformiert, nämlich in die gewähnte Verfolgung durch weltliche Feinde oder Mächte. Mit anderen Worten: Die Störung der *Wahrnehmung* wird umgewandelt in eine Umdeutung des *Wahrgenommenen*.

Damit entsteht gewissermaßen eine *neue Form von Objektivität*: Gerade das, was unheimlich, gemacht oder gestellt erschien, verwandelt sich nun in die neue Realität einer tatsächlichen, obgleich sich verbergenden Machenschaft und Verfolgung.[8] Während zuvor das Wahrgenommene seinen Bedeutungszusammenhang verloren hatte, erscheint dem Patienten nun alles beabsichtigt und arrangiert zu sein: Blicke beobachten ihn, verborgene Kameras filmen ihn, Passanten machen unauffällige Zeichen usw. Die Inversion und Selbstzentralität, die aus dem Verlust der dezentrierenden Struktur der Wahrnehmung resultiert, kehrt in der ubiquitären Selbstbezüglichkeit der feindlichen Mächte wie-

[8] Streng genommen handelt es sich um eine Pseudo-Objektivität, denn sie besteht nur *für den Patienten* und gehört nicht der impliziten Intersubjektivität an.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

der. Damit ist die Sinnbildung der Wahrnehmung wiederhergestellt, wie es das Wort ›Wahn-Sinn‹ treffend ausdrückt, jedoch auf eine Weise, die von der gemeinsamen Welt grundsätzlich entkoppelt ist.

Wir können die gesamte Transformation des Erlebens noch einmal in zwei Schritten zusammenfassen, die jeweils von der (a) Derealisation zum (b) Wahn führen:

(1a) *Die Realität verwandelt sich in Schein*: Die Wahrnehmung wird subjektiviert und präsentiert nur noch Pseudo-Gegenstände.
(1b) *Der Schein verwandelt sich in die neue Realität*: Die Wahnevidenz transformiert den Schein in eine neue Objektivität, indem sie einen Grund für die veränderte Umwelt liefert (nämlich dass der Schein *mit Absicht* hergestellt ist).

(2a) *Inversion des Wahrnehmungsfelds*: Der Verlust der dezentrierenden Wahrnehmung führt zu solipsistischer Selbstzentralität.
(2b) *Inversion der Intentionalität*: Der Wahn transformiert diese Selbstzentralität in die auf den Patienten gemünzten Intentionen verborgener Agenten *in der Welt*. Mit anderen Worten: Die transzendentale Selbstzentralität verwandelt sich in eine innerweltliche Selbstzentralität oder soziale Eigenbezüglichkeit.

Allerdings basiert nicht jeder schizophrene Wahn auf der Zentralisierung der Wahrnehmung. Ein anderer, wenn auch verwandter Weg geht von den basalen *Selbststörungen* aus, die die Erfahrung des Leibes, der Handlungen und des Bewusstseinsstroms betreffen (Sass & Parnas 2003; Parnas et al. 2005). Dazu gehören insbesondere entfremdete Eigenbewegungen, die als nicht selbst initiiert wahrgenommen werden, und Gedanken, die im Bewusstsein auftauchen, als wären sie von außen eingegeben. Die Patienten erleben sich dann als passive Zuschauer ihrer Bewegungen oder Zuhörer ihrer Gedanken, nicht selten auch als Roboter oder menschliche Maschinen (de Haan & Fuchs 2010). Dies lässt sich

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

aus einer enaktiven Perspektive auf den *Verlust der Selbstreferenzialität* oder Selbstgegebenheit der eigenen Aktivität zurückführen: Handlungen oder Gedanken tauchen im Erleben wie fremde Fragmente auf, die von außen erzeugt erscheinen.

Der Verlust der Urheberschaft (*agency*) resultiert in der Erfahrung der Entmachtung und Passivität, die erneut eine Inversion der Intentionalität impliziert; anstatt selbst zu handeln oder zu denken, erlebt der Patient seine Bewegungen und Gedanken als ›gemacht‹. Wahnideen der Fremdbeeinflussung verwandeln diese Primärerfahrungen in eine innerweltliche Manipulation durch feindliche Agenten: Die Bewegungen des Patienten werden durch Funksignale gesteuert, die Gedanken durch Chips im Gehirn eingegeben u. ä. Solche Wahnideen sind durch eine Grenzauflösung zwischen Selbst und anderen, also durch Ich-Störungen charakterisiert. Vielfach benutzen die Patienten ein physikalisches, technisches oder räumliches Vokabular, um diese Einflüsse zu beschreiben, denn diese Begriffe entsprechen am ehesten der Verdinglichung ihrer Selbsterfahrung.[9]

Ob dem Wahn nun eher Wahrnehmungs- oder aber Selbststörungen zugrunde liegen, in jedem Fall stellt er eine kohärente Form der subjektiven Realität wieder her. Wahn ›ergibt Sinn‹, jedoch in einer grundsätzlich solipsistischen Weise, denn er verwandelt die radikale Subjektivierung und Passivierung der Erfahrung in eine neue, absichtlich inszenierte Realität, die freilich mit der Weltsicht der anderen inkompatibel ist. Diesem Aspekt wende ich mich nun zu.

Der Verlust der offenen Intersubjektivität

Zusammenbruch des ›Als-ob‹

Der Übergang zur manifesten Wahnüberzeugung zeigt sich in einem typischen Wandel der Einstellung und Sprache, nämlich in einem Verlust des ›Als-ob‹. Zunächst halten die Patienten noch

[9] Vgl. den Aufsatz »Being a Psycho-Machine« im vorliegenden Band.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

eine kritische Distanz zu ihrem Erleben aufrecht, die sich üblicherweise in ›als ob‹-Sätzen ausdrückt: Es ist, *als ob* etwas Außergewöhnliches, Schreckliches vor sich gehe. Dies impliziert die erhaltene Fähigkeit, die Perspektive zu wechseln und einen Standpunkt einzunehmen, von dem aus das scheinbar Geschehende ›nicht wirklich wahr sein kann‹. Es zeigt an, dass die »exzentrische Position« immer noch zugänglich bleibt. Ich gebe dazu ein weiteres Fallbeispiel:

> Ich konnte nicht mehr denken, wie ich wollte, mich nicht mehr mitteilen. […] Es war, *wie wenn* einer gar nicht mehr selber denkt, an seinem eigenen Denken gehindert wird. Ich hatte den Eindruck, dass alles, was ich denke, überhaupt nicht meine eigenen Ideen sein müssen. […] *[A]ls ob* ich es überhaupt nicht mehr selber sein müsste, der da denkt. Ich fing an zu überlegen, bin ich das noch oder bin ich eine ausgetauschte Person. (Klosterkötter 1988, 111)

Unter dem Druck zunehmender Verstörung und Angst ließ die Patientin jedoch schließlich den Vorbehalt des ›Als-ob‹ fallen und war nun fest davon überzeugt, dass eine kriminelle Organisation einen Chip in ihr Gehirn implantiert habe, um sie umzuprogrammieren. Der Beginn des Wahns ist also durch die Aufgabe des ›Als-ob‹ markiert. Dies bedeutet nicht nur einen höheren Grad an Gewissheit, sondern den definitiven *Verlust der offenen Intersubjektivität*. Denn die Möglichkeit, die eigenen Eindrücke in Zweifel zu ziehen, beruht immer noch auf der Perspektive des »generalisierten Anderen« (Mead 1973); das ›Als-ob‹ ist die letzte Verbindung zur gemeinsamen Welt.

Doch die Ambiguität des Als-ob ist für die Patienten zu verstörend und quälend, um für längere Zeit bestehen zu bleiben. Es dauert nicht lange, bis die existenzielle Angst und der überwältigende Druck zur Kohärenz des Wahrnehmungsfeldes eine Disambiguierung erzwingen, sodass die Wahnüberzeugung gleichsam einrastet. Die Aufgabe des Als-ob entspricht insofern dem Verlust der exzentrischen Position, nämlich der Perspektivenflexibilität, die es dem Patienten bis dahin noch erlaubte, von seinem subjektiven Erleben Distanz zu gewinnen. Die Möglichkeit der intersubjektiven Verständigung wird damit geopfert zugunsten der neuen Kohärenz des ›Wahn-Sinns‹ in einer sonst radikal

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

unverständlichen, tiefgreifend verstörenden Welt. Einmal eingerastet, wird diese rigide Kohärenz durch wahnhafte Ausgestaltung und systematisches Ausblenden möglicher Gegenbeweise weiter befestigt.

Ein Ausdruck dieser Rigidität ist der *Ausschluss des Zufalls* (Berner 1978). Das Prinzip des Zufalls erlaubt uns normalerweise, den Eindruck eines scheinbar absichtlichen Arrangements oder Zusammentreffens von Ereignissen zu entkräften: »Es schien wie für mich bestimmt, doch es war nur ein Zufall.« Dies erfordert, von der primär eigenbezüglichen Perspektive in einen neutralen Bezugsrahmen zu wechseln, in dem ich selbst keine Rolle spiele. Für Schizophrenie-Patienten ist das Gegenteil der Fall: Es sind gerade die sonst irrelevanten Hintergrunddetails, die nun eine bedrohliche Bedeutsamkeit erhalten. Sie scheinen eine verborgene Intentionalität anzuzeigen, die auf den Patienten ausgerichtet ist. Er kann sich diesen auffälligen Anzeichen jedoch nicht mehr entziehen, sie dem Zufall und damit dem Als-ob zuordnen, denn die exzentrische Position, von der aus das Zufallsprinzip seine Geltung erlangen könnte, ist nicht mehr erreichbar. Man könnte auch sagen, dass mit dem Übergang in den Wahn das Als-ob als *formaler* Vorbehalt aufgegeben wird und stattdessen in den Wahn*inhalt* wechselt: Was zuvor unwirklich, inszeniert und künstlich *erschien*, wird nun zur tatsächlichen Inszenierung, Verstellung und Intrige der Feinde – zu einem *intendierten* Als-ob.

Verlust des gemeinsamen Hintergrunds

Wenn wir uns nun der besonderen Interaktion mit einem Wahnkranken zuwenden, treffen wir auf ein eigentümliches Nicht-Verstehen. Es besteht letztlich nicht in einer Uneinigkeit über bestimmte Aussagen oder Tatsachen, sondern beruht auf den grundsätzlich unvereinbaren *Voraussetzungen* des Gesprächs.

Normale Interaktionen erlauben eine Verständigung mittels wechselseitiger Äußerungen und Perspektivenübernahme, Klärung von gemeinten Bedeutungen oder Missverständnissen usw. Im Verlauf dieses Prozesses wechseln die Interaktionspartner

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

fortwährend zwischen der ego- und der allozentrischen Perspektive. Im Gespräch mit einem Wahnpatienten jedoch bleibt diese Interaktion eigentümlich vergeblich. Konfrontiert man den Patienten mit Zweifeln oder Einwänden, antwortet er nicht, wie man es normalerweise erwarten könnte. Im Gegenteil wird er entweder die geteilte Wahrnehmung einer Situation voraussetzen, obwohl das keineswegs der Fall ist (Glatzel 1981, 168; McCabe et al. 2004); oder er wird seine Behauptungen in einer Weise rechtfertigen, die den Gesprächspartner kaum zufriedenstellen kann (»Woher wissen Sie, dass man einen Chip in ihr Gehirn implantiert hat?« – »Ich kann es einfach spüren.«). Der Patient kann auch auf den Versuch verzichten, sich überhaupt verständlich zu machen (»Es hat keinen Sinn. Ich weiß es, das ist alles.«). In jedem Fall wird der Gesprächspartner eine ›Plausibilisierungslücke‹ bemerken, d. h. ein eklatantes Missverhältnis zwischen der Unwahrscheinlichkeit der Aussagen des Patienten und seinen Versuchen, sie zu rechtfertigen.

Fragt man sich dann, wie es möglich ist, dass jemand eine so bizarre Überzeugung hegen kann (man habe einen Chip in sein Gehirn eingepflanzt, sein biologisches Geschlecht habe sich über Nacht geändert o. ä.), dann zeigt bereits die Frage, dass der gemeinsame Boden des Fragens verloren ist. Denn dieser geteilte Hintergrund von Gewissheiten, von dem auch Jaspers im eingangs angeführten Zitat spricht, ist selbst unhinterfragter Teil unseres alltäglichen Lebensvollzugs. Er besteht aus all den gelebten Regularitäten, Gewohnheiten und Annahmen, die weder explizite Propositionen noch Repräsentationen oder Regeln darstellen. Vielmehr beruht er auf einer kumulativen Erfahrung, die in unser implizites Wissen und in unsere Erwartungen eingegangen ist. Diese Erfahrung enthält z. B. eine Alltagsphysik, die uns sagt, dass Menschen nicht aus Fenstern in die Luft hinaus fliegen oder weit entfernte Züge nicht mit Geisteskräften steuern können, oder eine Alltagsbiologie, die es schlichtweg ausschließt, dass sich jemandes Geschlecht über Nacht verändern könnte oder dass jemandem durch Chips im Gehirn Gedanken eingeben werden könnten.

Wir leben und handeln vor dem Hintergrund dieser Gewiss-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

heiten, aber nicht weil wir jemals überprüft hätten, ob sie wahr sind – sie sind schlicht selbstevident, Teil der impliziten Intersubjektivität oder des *Common Sense*. Sie zu bezweifeln, wäre ein sinnloses Unterfangen; wir würden – oder könnten – gegen einen solchen Zweifel gar nicht rational argumentieren, sondern müssten ihn einfach für unsinnig halten. Für den Wahnkranken jedoch, so argumentieren Rhodes und Gipps (2008), hat sich dieser Hintergrund radikal verändert. Mit der Subjektivierung der Wahrnehmung ist das Grundvertrauen in die geteilte Welt erschüttert; der *Common Sense* hat seine Gültigkeit eingebüßt. Wie oben gezeigt, kehrt das Auftauchen des Wahns gerade die radikale Subjektivierung und Passivierung der Erfahrung in eine neue Gewissheit um. Nun kann der Patient diese neue Gewissheit ihrerseits nicht mehr bezweifeln – es wäre für ihn buchstäblich sinnlos. Er lebt in einer anderen Welt: Weit entfernte Züge zu steuern, ist normal in einer Welt, in der sich alles um das Subjekt dreht. Chips in Gehirnen sind selbstverständlich in einer Welt radikaler Passivität. Eine plötzliche Geschlechtsumwandlung ist nichts Ungewöhnliches in einer Welt, in der das Subjekt seine Kontinuität verloren hat. Die neuen Gewissheiten befinden sich jenseits möglichen Zweifels ebenso wie möglicher Begründung, nicht anders als jene Gewissheiten, auf die wir uns in unserem Alltag verlassen.

Daraus folgt, dass die wahnhaften Überzeugungen des Patienten keine rationalen Erklärungen von verzerrten Primärerfahrungen sind, wie die sogenannte ›empirische‹ Wahntheorie annimmt (Maher 1988, 1999). Keine wie auch immer abnorme Erfahrung könnte es rational erscheinen lassen, an Gedankeneingebung oder Gehirnchips zu glauben, nicht wegen des bizarren Inhalts als solchem, sondern weil der Begriff der Rationalität selbst die exzentrische Position des »generalisierten Anderen« und damit intersubjektive Verständigung impliziert. Doch dieser allgemeine Standpunkt ist im Wahn verloren gegangen, und eine private Rationalität gibt es nicht. Ebenso wenig aber basiert der Wahn auf irrationalem, fehlerhaftem Denken oder falschen Schlussfolgerungen, wie der ›rationale‹ Ansatz behauptet.[10] Solche fehlerhaften Schlüsse sind viel zu weit verbreitet, als dass sie

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

das Wesen des Wahns darstellen könnten. Wahnüberzeugungen sind weder rational noch irrational, weder Theorien, Schlussfolgerungen noch Urteile über die Realität. Sie sind vielmehr *selbstevidente Offenbarungen*, zu denen man nur *durch einen Sprung* gelangt und die dadurch eine neue kohärente Realität überhaupt erst wieder herstellen.

Der Kommunikation mit einem Wahnkranken ist somit der gemeinsame Hintergrund von impliziter Intersubjektivität und *Common Sense* abhandengekommen, auf dem eine wechselseitige Verständigung mithilfe von Gründen letztlich beruht.[11] Kein rationales Argument ist noch gültig, wenn der gemeinsame Bezugsrahmen verloren gegangen ist, innerhalb dessen es sinnvoll vorgebracht werden kann. Aus diesem Grund muss der Psychiater auch die Aussagen des Patienten nicht widerlegen, um die Diagnose des Wahns zu stellen. Deren Inkongruenz mit unseren Grundannahmen genügt, um eine Wahnüberzeugung als solche zu erkennen – eine Inkongruenz, die wir mit einem beunruhigenden Gefühl, einer Art »Schwindel« feststellen (Rhodes & Gipps 2008, 299), die der Patient selbst aber zumeist nicht einmal bemerkt.

Dies scheint darauf hinauszulaufen, dass der Wahn in der Tat »unverständlich« ist, wie Jaspers annahm. Doch diese Annahme geht zu weit: Der Verlust gemeinsam konstituierter Bedeutung muss nicht absolute Unverständlichkeit implizieren. Schließlich ist es immer noch möglich, die Aussagen des Patienten in unsere Sprache zu übersetzen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass wir die Transformation seiner Welt nachvollziehen, so wie sie hier beschrieben wurde. Um die Wahnwelt des Patienten zu verstehen, »müssen wir der imaginativen Aufgabe nachgehen, vorübergehend die Gewissheiten zu suspendieren, die die Grundlage unserer Vernunft selbst darstellen und die durch den Wahn impli-

[10] Dies wäre z. B. ein »jumping to conclusions« auf unzureichender Evidenzbasis (Garety & Hemsley 1994; Campbell 2001); vgl. auch die eingangs zitierte Wahndefinition des DSM-5.

[11] Dies bezieht sich vor allem auf die zentrale Wahnthematik und ihre Bedeutung für den Patienten; andere Bereiche des Lebens sind davon häufig nicht betroffen.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

zit in Frage gestellt werden« (Rhodes & Gipps 2008, 299; eig. Übers.). Wie Blankenburg (1971) feststellte, muss sich der Psychiater dazu einer phänomenologischen *Epoché* bedienen, also einer Einklammerung der »Axiome des Alltags« oder der Lebenswelt.

Verlust der exzentrischen Position

Abschließend können wir die Störung der Kommunikation im Wahn auch auf einen (partiellen) Verlust der exzentrischen Position zurückführen, wie er sich bereits im Verlust des ›Als-ob‹ zeigte. Denn der Abgleich der Perspektiven im Verlauf eines Gesprächs setzt Perspektivenübernahme und -beweglichkeit voraus, und diese beruht auf der exzentrischen Position. Sicherlich sind die Patienten immer noch in der Lage sich vorzustellen, was andere denken oder beabsichtigen könnten. Sie übernehmen die Perspektive anderer sogar in exzessiver Weise, jedoch so, dass alle diese Perspektiven auf sie selbst gerichtet scheinen. Was ihnen fehlt, ist der höherstufige, unabhängige Standpunkt, von dem aus sie ihre Erfahrung der Selbstzentralität in Frage stellen könnten. Die Übernahme der Perspektive des *realen* Anderen wird demnach ersetzt durch eine illusionäre eigenbezügliche Perspektive. Die anderen sind im Grunde nur noch Pseudo-Subjekte, Figuren oder Stereotype für das Wahn-Narrativ, nicht reale Gegenüber, deren Perspektive der Patient übernehmen könnte.

Eine andere Folge des Verlusts der exzentrischen Position stellt das Phänomen des *Transitivismus* dar, wie es Bleuler (1911) beschrieben hat. Hier bedroht das ›Bewusstsein des Bewusstseins anderer‹ die Patienten mit dem Selbstverlust, wie in den folgenden Beispielen zu erkennen:

> Die Blicke der Menschen [haben] so etwas Durchdringendes […] und es ist dann so, wie wenn um mich herum ein Bewusstsein meiner Person entsteht […] sie können in mir lesen wie in einem Buch. Ich weiß dann nicht mehr, wer ich überhaupt bin. (Fuchs 2000, 172)

> When I look at somebody my own personality is in danger. I am undergoing a transformation and myself is beginning to disappear. (Chapman 1966, 232)

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Wie zu Beginn erläutert, muss die Perspektivenbeweglichkeit selbstreferenziell oder selbstgegeben sein, um ein Objekt oder eine andere Person *in Unabhängigkeit* von der eigenen Person zu vergegenwärtigen. Im Transitivismus jedoch werden die Patienten passiv in die Perspektive des anderen hineingezogen und von seinen Blicken oder seiner bloßen Präsenz überwältigt. Da sie die unabhängige Position verloren haben, die zwischen der ego- und der allozentrischen Perspektive vermittelt, sind sie gewissermaßen in einem Kurzschluss der Perspektiven gefangen, der zur Verschmelzung von Selbst und Anderem führt. Sie verstricken sich in eine selbstbezügliche und wahnhafte Sicht von außen, die die Ich-Grenzen auflöst. Dieser Kurzschluss kann auch zum Erleben der Gedankenausbreitung führen: Alle Gedanken des Patienten sind den anderen bekannt; es gibt keinen Unterschied mehr zwischen seinem Bewusstsein und dem der anderen.

Eine scheinbar paradoxe Folge des Verlusts der exzentrischen Position stellt schließlich das Phänomen der »doppelten Buchführung« dar (Bleuler 1911): Hier bestehen die alltägliche und die wahnhafte Realität *nebeneinander*, statt dass die eine für die andere aufgeben wird. Der Patient lebt nun in zwei Welten gleichzeitig: einerseits in der Welt der Stimmen und Wahnideen, andererseits in der mit den anderen geteilten Welt. Ein Patient kann z. B. Stimmen genauso deutlich hören wie die Stimme des Psychiaters, sie auch für gleichermaßen real halten und doch wissen, dass der Psychiater sie nicht hört. Ein Patient mit grandiosem Wahn mag völlig davon überzeugt sein, dass seine Krönung bevorsteht, und doch weiterhin einfache Arbeiten auf Station ausüben, ohne eine Diskrepanz zwischen den beiden Einstellungen zu empfinden (Sass 2014).

Auch in diesen Fällen ist die integrierende exzentrische Position verloren, doch die wahnhafte Perspektive ersetzt die alltägliche nicht – sie koexistieren in verschiedenen ontologischen Sphären, ohne sich zu berühren oder zu überschneiden. Das bedeutet jedoch nicht, dass die private Realität des Patienten ihren wahnhaften Charakter verloren hätte und zu einer bloßen Imagination oder Phantasie geworden wäre – im Gegenteil, ihre Autorität ist meist sogar größer als die der geteilten Realität. Die Pa-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

tienten bleiben also in der Ambivalenz, indem sie zwischen den Ansprüchen beider Bereiche schwanken. So entfaltet Daniel Paul Schreber in seinen berühmten *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* (Schreber 1903/1973) einerseits sein Wahnsystem mit äußerster Akribie und Hingabe, bestreitet aber andererseits, dass es mit der gewöhnlichen Realität zu tun habe:

»Mein Reich ist nicht von dieser Welt«, könnte ich insoweit mit Jesus Christus sagen; meine sogenannten Wahnideen beziehen sich nur auf Gott und das Jenseits, sie *können* daher auf mein Verhalten in allen irdischen Angelegenheiten […] *niemals irgendwelchen Einfluss äußern*. (Schreber 1903/1973, 414)

In seiner eingehenden Analyse der *Denkwürdigkeiten* schreibt Louis Sass dazu:

Schrebers Aussagen scheinen […] zwei Einstellungen zu beinhalten: eine, in der er die wesentliche Innerlichkeit und Privatheit seiner Aussagen akzeptiert, und eine andere, in der er annimmt, dass sie eine Art von Objektivität und mögliche Konsensualität besäßen. (Sass 1994, 55; eig. Übers.)

Man kann daraus schließen, dass sich in der doppelten Buchführung Subjektivität und Intersubjektivität voneinander getrennt haben und doch der Anspruch auf Allgemeinheit nicht vollständig ausgeblendet werden kann. Damit bestätigt sich erneut, dass der Wahn nicht ohne Bezug zu der offenen Intersubjektivität zu begreifen ist, von der er sich abgekoppelt hat.

Dies ist auch für psychotherapeutische Zugänge zum Wahn bedeutsam: Gerade die Ambiguität der doppelten Buchführung kann als Ansatzpunkt dienen, um den Realitätsbezug des Patienten zu stärken, Gemeinsamkeiten der Perspektive zunächst auf neutralem Gebiet herzustellen und so auf indirektem Weg auch die Rigidität der Wahnüberzeugung schrittweise zu lockern (vgl. z. B. Mundt 1996, Moritz et al. 2013).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Zusammenfassung und Ausblick

Die Konstitution von Realität, so habe ich im ersten Teil gezeigt, beruht auf einer Polarität oder Dialektik auf zwei Ebenen:

(1) auf der Dialektik von Rezeptivität und Spontaneität des Lebewesens, die sich gegenseitig relativieren – sie kommt in der *sensomotorischen Interaktion* zwischen Organismus und Umwelt zum Tragen;

(2) auf der Dialektik von Subjektivität und Intersubjektivität, die sich auf der Ebene der *sozialen Interaktion* und gemeinsamen Sinnkonstitution abspielt.

In der menschlichen Wahrnehmung sind beide Ebenen verknüpft und ermöglichen durch eine zweifache Dezentrierung die Objektivität der Wahrnehmung. Wir leben in einer Welt von Objekten, weil wir durch unser sensomotorisches Engagement an ihrer Konstitution beteiligt sind, und wir leben in einer geteilten objektiven Realität, weil wir sie durch unsere gemeinsame Sinnbildung und Praxis fortwährend hervorbringen. Diese Ko-Konstitution ist zur transzendentalen Struktur der menschlichen Wahrnehmung selbst geworden: Auch in Abwesenheit der anderen impliziert meine Wahrnehmung ihre mögliche Gegenwart, als implizite oder *offene Intersubjektivität*.

Damit besteht eine enge Verknüpfung zwischen der enaktiven und der ›inter-enaktiven‹ oder gemeinsamen Konstitution der Realität, die die transzendentale Struktur der menschlichen Wahrnehmung kennzeichnet. Diese Struktur realisiert sich im Verlauf sensomotorischer und sozialer Interaktionen in der frühen Kindheit, und sie besteht auch bei Menschen, die an Schizophrenie erkranken, vor der Erstmanifestation der Psychose, wenngleich in einer instabilen und fragilen Form.[12] Ich habe ge-

[12] Diese »ontologische Unsicherheit« (Laing 1976) äußert sich in basalen Selbststörungen, die sich häufig bis in die Kindheit zurückverfolgen lassen; vgl. den Überblick von Parnas und Henriksen (2014).

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

zeigt, wie die dezentrierende Struktur der Wahrnehmung in der beginnenden Psychose zusammenbricht. Dies führt zu einer Subjektivierung des Wahrnehmungsfeldes, einer Inversion der Intentionalität und damit zu der grundlegenden Derealisierung, die die Voraussetzung der Wahnentstehung darstellt.

Nicht geklärt ist die Pathogenese dieser Subjektivierung der Wahrnehmung; diese Frage war hier aber auch nicht mein Thema.[13] Sobald jedenfalls die transzendentale Struktur der Wahrnehmung zusammenbricht, geht die Objektivität der wahrgenommenen Realität verloren und an ihre Stelle tritt eine ubiquitäre Selbstzentralität. Im Wahn wird die intersubjektive Ko-Konstitution der Realität schließlich zugunsten einer neuen Kohärenz des Wahrnehmungsfeldes aufgegeben. Der Verlust des Als-ob zeigt den entscheidenden Schritt einer Abkoppelung von der Intersubjektivität an. Sie manifestiert sich in einem Verlust der exzentrischen Position oder Perspektivenübernahme (zumindest soweit die Inhalte und Themen des Wahns betroffen sind) ebenso wie im Verlust des gemeinsamen Hintergrunds oder *Common Sense*, der für eine Verständigung mit anderen erforderlich ist.

---

[13] Zur Ätiopathogenese sind verschiedene Hypothesen vorgeschlagen worden, von denen nur einige genannt seien:

- Denkbar wäre eine Störung der verkörperten Wahrnehmung auf der sensomotorischen Ebene, z. B. ein Versagen von Efferenzkopie-Mechanismen (Pynn & DeSouza 2013) mit der Folge, dass die Wahrnehmung für die umgebende Realität nicht mehr transparent ist.
- Die Hypersalienz von Wahrnehmungseindrücken könnte auf eine gesteigerte Dopaminausschüttung im Gehirn zurückgehen (Kapur 2003).
- Der Verlust der Selbstgegebenheit der Wahrnehmung könnte sich auch von der basalen Selbststörung ableiten, die vor allem Parnas und Sass als Grundstörung der Schizophrenie vorgeschlagen haben (Parnas & Sass 2001; Sass & Parnas 2003); zu diesem möglichen Zusammenhang siehe Fuchs (2015c).
- Eine andere Möglichkeit besteht schließlich in einem Verlust des Grundvertrauens und des Gefühls der Zugehörigkeit zur gemeinsamen Lebenswelt; dies wird durch eine erhöhte Inzidenz von Schizophrenien bei Migranten und anderen marginalisierten Populationen nahegelegt (Cantor-Graae & Selten 2005; Fearon et al. 2006; Zammit et al. 2010; Bourque et

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Interessanterweise finden wir eine ›inter-enaktive‹ Auffassung des Wahns *avant la lettre* bereits bei Pierre Janet. Ihm zufolge impliziert nämlich eine Überzeugung oder ein Glaube wesentlich eine *Handlungsbereitschaft*:

> Der Glaube ist letztlich nichts anderes als ein Versprechen zu handeln. An die Existenz des Arc de Triomphe zu glauben, bedeutet das Versprechen, jemanden dorthin führen zu können, und dieser Glaube ist psychologisch nicht vollständig und wahrhaft, solange man das implizite Versprechen nicht tatsächlich ausführt […] oder aber eine Enttäuschung erlebt, falls man sich getäuscht hat. Hingegen gehören [Wahnüberzeugungen] zur Gruppe der *verbalen Akte, die sich nicht in Handlungen überführen lassen*. (Janet 1926, 95; eig. Übers. u. Hvhb.)

Wie Janets Beispiel treffend zeigt, ist die Handlungsbereitschaft, die einen gewöhnlichen Glauben charakterisiert, inhärent intersubjektiver Natur. Was wir für Tatsachen halten, und umso mehr, was Teil unseres »Wahrnehmungsglaubens« an die Realität selbst ist, muss nicht nur anderen prinzipiell zugänglich, sondern auch für ein *gemeinsames praktisches Engagement* verfügbar sein. Da Wahnüberzeugungen jedoch auf eine subjektivierte und passive Wahrnehmung zurückgehen, die sich vom sensomotorischen Interaktionskreis weitgehend entkoppelt hat, fehlt ihnen eine entsprechende Handlungsbereitschaft. Mehr noch, sie ermöglichen keine ›inter-enaktive‹ Beziehung zu einer geteilten Realität: Was die Patienten erleben (in ihr Gehirn implantierte Chips, Stimmenhören u. ä.), lässt sich anderen nicht zeigen. Daher nehmen sie meist auch gar nicht an, dass es intersubjektiver Überprüfung zugänglich sei oder auch anderen geschehen könnte. Ihre Überzeugung ist ein autistischer, nicht mit anderen teilbarer Glaube.

Auch wenn es wichtige Unterschiede gibt, können wir abschließend noch einmal feststellen, dass die fundamentale Abwandlung der Erfahrung, die dem schizophrenen Wahn zugrunde liegt, in vieler Hinsicht dem Traumzustand ähnelt: Auch hier wird die gemeinsame Welt durch eine Privatwelt von Phantasmen und Imaginationen ersetzt, die der Träumer nicht als solche erkennt

---

al. 2011). Solche Bedingungen könnten die gemeinsame Konstitution der Wirklichkeit unterminieren.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

und die nicht unter dem Vorbehalt des Als-ob stehen. Es ist eine Welt, die Heraklit den *ídios kósmos* des Träumers genannt hat, im Gegensatz zum *koinós kósmos*, der gemeinsamen Welt des Tageslichts:

> Die Wachenden haben eine gemeinsame Welt, doch die Schlafenden wenden sich von ihr ab, jeder in seine eigene Welt. (Diels & Kranz 1951, B 89)

Diese Eigenwelten müssen gleichwohl nicht gänzlich unzugänglich bleiben. Die phänomenologische Analyse vermag, wie wir sahen, die veränderten Erfahrungsstrukturen begreiflich zu machen, die der Entstehung des Wahns zugrunde liegen. Dieses Verständnis kann dem Psychiater auch dabei helfen, das Erwachen der Patienten aus ihren Wahnträumen zu unterstützen.

Literatur

American Psychiatric Association (APA) (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (Deutsche Ausgabe hrsg. v. P. Falkai & H.-U. Wittchen) (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Berner, P. (1978). Psychopathologische Wahnforschung und psychiatrische Hypothesenbildung. *Nervenarzt, 49*, 147–152.

Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Enke.

Blankenburg, W. (1991). Perspektivität und Wahn. In ders., *Wahn und Perspektivität. Störungen im Realitätsbezug des Menschen und ihre Therapie* (S. 4–28). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig Wien: Franz Deuticke.

Bourque, F., Van der Ven, E. & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological medicine, 41 (5)*, 897–910.

Campbell, J. (2001). Rationality, meaning, and the analysis of delusion. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 8 (2–3)*, 89–100.

Cantor-Graae, E. & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry, 162 (1)*, 12–24.

Chapman, J. (1966). The early symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 112 (484)*, 225–251.

Conrad, K. (1958). *Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Stuttgart: Thieme.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

De Haan, S. & Fuchs, T. (2010). The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia. Two case studies. *Psychopathology, 43 (5)*, 327–333.

De Jaegher, H. & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 6 (4)*, 485–507.

Diels, H. & Kranz, W. (1951). *Die Fragmente der Vorsokratiker.* (Griechisch und Deutsch v. H. Diels, hrsg. v. W. Kranz) (6. Aufl.). Hildesheim: Weidmann.

Fearon, P., Kirkbride, J. B., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Lloyd T., Hutchinson, G., Tarrant, J., Fung, W. L., Holloway, J., Mallett, R., Harrison, G., Leff, J., Jones, P. B. & Murray, R. M. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine, 36 (11)*, 1541–50.

Fuchs, T. (2000). *Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen.* Darmstadt: Steinkopff.

Fuchs, T. (2005). Delusional mood and delusional perception – A phenomenological analysis. *Psychopathology, 38 (3)*, 133–139.

Fuchs, T. (2015a). Pathologies of intersubjectivity in autism and schizophrenia. *Journal of Consciousness Studies, 22 (1–2)*, 191–214.

Fuchs, T. (2015b). The intersubjectivity of delusions. *World Psychiatry, 14 (2)*, 178–179.

Fuchs, T. (2015c). From self-disorders to ego disorders. *Psychopathology, 48 (5)*, 324–331.

Fuchs, T. (2016). Embodied knowledge – embodied memory. In S. Rinofner-Kreidl & H. Wiltsche (Hrsg.), *Analytic and Continental Philosophy. Methods and Perspectives. Proceedings of the 37th International Wittgenstein Symposium* (S. 215–229). Berlin: De Gruyter.

Gallagher, S. (2008). Intersubjectivity in perception. *Continental Philosophy Review, 41 (2)*, 163–178.

Garety, P. A. & Hemsley, D. R. (1994). *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*. Oxford: Oxford University Press.

Glatzel, J. (1981). *Spezielle Psychopathologie*. Stuttgart: Enke.

Henriksen, M. G. (2011). *Understanding Schizophrenia. Investigations in Phenomenological Psychopathology.* Unveröffentlichte Dissertation, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen.

Holst, E. v. & Mittelstaedt, H. (1950). Das Reafferenzprinzip. *Naturwissenschaften, 37 (20)*, 464–476.

Husserl, E. (1950). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Psychologie. Erste Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie.* Husserliana III (hrsg. v. W. Biemel). Den Haag: Martinus Nijhoff.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Husserl, E. (1973a). *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlass. Erster Teil: 1905–1920*. Husserliana XIII (hrsg. v. I. Kern). Den Haag: Martinus Nijhoff.

Husserl, E. (1973b). *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlass. Zweiter Teil: 1921–1928*. Husserliana XIV (hrsg. v. I. Kern). Den Haag: Martinus Nijhoff.

Husserl, E. (2012). *Cartesianische Meditationen* (hrsg. v. E. Ströker). Hamburg: Meiner.

Janet, P. (1926). *De l'angoisse à l'ecstase*. Paris: Felix Alcan.

Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. unveränd. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 160 (1)*, 13–23.

Klosterkötter, J. (1988). *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Berlin Heidelberg New York: Springer.

Laing, R. D. (1976). *Das geteilte Selbst. Eine existenzielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*. Reinbek: Rowohlt.

Landis, C. (1964). *Varieties of Psychopathological Experience*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Madeira, L., Bonoldi, I., Rocchetti, M., Brandizzi, M., Samson, C., Azis, M., Queen, B., Bossong, M., Allen, P., Perez, J., Howes, O. D., McGuire, P. & Fusar-Poli, P. (2016). Prevalence and implications of Truman symptoms in subjects at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry Research, 238*, 270–276.

Maher, B. A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. In T. F. Oltmanns & B. A. Maher (Hrsg.), *Delusional Beliefs* (S. 15–33). Hoboken, NY: John Wiley & Sons.

Maher, B. A. (1999). Anomalous experience in everyday life: Its significance for psychopathology. *The Monist, 82 (4)*, 547–570.

Matussek, P. A. (1952). Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung. 1. Mitteilung. Veränderungen der Wahrnehmungswelt bei beginnendem, primären Wahn. *Archiv für Psychiatrie und Neurologie, 189 (4)*, 279–319.

McCabe, R., Leudar, I. & Antaki, C. (2004). Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions? *Psychological Medicine, 34 (3)*, 401–412.

Mead, G. H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Merleau-Ponty, M. (1986). *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink.

Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., … Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Trai-

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

ning (MCT) reduces delusional ideation in Schizophrenia. *Schizophrenia Research, 151,* 61–69.
Mundt, C. (1996). Zur Psychotherapie des Wahns. *Nervenarzt, 67,* 515–523.
O'Regan, J. K. & Noë, A. (2001). A sensorimotor account of vision and visual consciousness. *Behavioural and Brain Sciences, 24 (5),* 939–1011.
Parnas, J. (2004). Belief and pathology of self-awareness: A phenomenological contribution to the classification of delusions. *Journal of Consciousness Studies, 11 (10–11),* 148–161.
Parnas, J. & Henriksen, M. G. (2014). Disordered self in the schizophrenia spectrum: A clinical and research perspective. *Harvard Review of Psychiatry, 22 (5),* 251–265.
Parnas, J., Moeller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology, 38 (5),* 236–258.
Parnas, J. & Sass, L. A. (2001). Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 8 (2–3),* 101–120.
Piaget, J. (1974). *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
Plessner, H. (1928/1981). *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Gesammelte Schriften IV.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Pynn, L. K. & DeSouza, J. F. (2013). The function of efference copy signals: Implications for symptoms of schizophrenia. *Vision Research, 76,* 124–133.
Rhodes, J. & Gipps, R. G. T. (2008). Delusions, certainty, and the background. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 15 (4),* 295–310.
Sartre, J.-P. (1962). *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Reinbek: Rowohlt.
Sass, L. A. (1992). *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought.* New York: Basic Books.
Sass, L. A. (1994). *The Paradoxes of Delusion. Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*. Ithaka, NY: Cornell University Press.
Sass, L. A. (2014). Delusion and double book-keeping. In T. Fuchs & T. Breyer (Hrsg.), *Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology* (S. 125–147). New York: Springer.
Sass, L. A. & Byrom G. (2015). Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions: A critical overview. *World Psychiatry, 14 (2),* 164–173.
Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin, 29 (3),* 427–444.
Schreber, D. P. (1903/1973). *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. Frankfurt am Main: Ullstein.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

Sechehaye, M. (1973) *Tagebuch einer Schizophrenen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimatied Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press.

Straus, E. (1960). Die Ästhesiologie und ihre Bedeutung für das Verständnis der Halluzinationen. In ders., *Psychologie der menschlichen Welt* (S. 236–269). Berlin Göttingen Heidelberg: Springer.

Thompson, E. (2005). Sensorimotor subjectivity and the enactive approach to experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 4 (4)*, 407–427.

Thompson, E. (2007). *Mind in Life: Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Tomasello, M. (1999). *The Cultural Origins of Human Cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Van Duppen, Z. (2016). The phenomenology of hypo- and hyperreality in psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 15 (3)*, 423–441.

Varela, F. J., Thompson, E. & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA: MIT Press.

Wittgenstein, L. (1969). *On Certainty*. Oxford: Basil Blackwell.

Zahavi, D. (1996). Husserl's intersubjective transformation of transcendental philosophy. *Journal of the British Society for Phenomenology, 27 (3)*, 228–245.

Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J.-E. & Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood. A multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry, 67 (9)*, 914–922.

https://doi.org/10.5771/9783495823712-215 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY