

1 Schizophrenie – eine Störung des basalen Selbsterlebens

Lily Martin, Max Ludwig und Thomas Fuchs

1.1 Einleitung

Störungen aus dem schizophrenen Spektrum sind nach ICD-10 und DSM-5 als eine Agglomeration von Symptomen definiert, die sich in erster Linie an der akuten Psychose orientieren (ICD-10 und DSM-5). Retrospektive Studien an Patienten mit einer erstmaligen Episode haben jedoch gezeigt, dass den meisten psychotischen Erstmanifestationen eine im Durchschnitt etwa fünf Jahre währende Prodromalphase voraus geht (Häfner et al. 1995). Präpsychotische, subklinische Störungen von Antrieb, Affekt, Wahrnehmung und Denken wurden schon in den 1960er Jahren im Rahmen des »Basissymptom-Konzepts« von Gerd Huber und seinen Mitarbeitern beschrieben (Huber 1966). Diese subtilen Veränderungen der Selbstwahrnehmung konnten mithilfe der 1987 veröffentlichten »Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen – BSABS« erfasst werden (Gross et al. 1987).

Eine Arbeitsgruppe um den dänischen Psychiater Josef Parnas und den amerikanischen Psychologen Louis Sass integrierte diese Basissymptome seit etwa 2000 in eine umfassendere phänomenologische Theorie, die die Schizophrenie als eine Störung des basalen Selbsterlebens versteht (Sass und Parnas 2003). In ihrem Zentrum steht eine Schwächung des präreflexiven Selbstempfindens und der Selbstpräsenz, die phänomenologisch auch als »Ipseität« (Selbstheit) bezeichnet wird. Damit einher geht ein Verlust des »Common Sense« und eine sogenannte »Hyperreflexivität« (Sass 2003; Fuchs 2011). Individuelle Veränderungen der Wahrnehmung, des Leiberlebens und des Kontakts mit anderen ergeben sich danach aus einer tiefgreifenden Veränderung der Erlebnisstrukturen. Auch die Symptome ersten Ranges in der akuten Psychose (Ich-Störungen, Wahn und Halluzinationen) sind demnach als vorübergehende Manifestation der zugrundeliegenden Selbststörungen anzusehen. Dieses Modell speist sich aus Konzepten phänomenologischer Philosophen wie Maurice Merleau-Ponty und Michel Henry sowie Psychiatern wie Eugène Minkowski und Wolfgang Blankenburg.

Um die Störungen des basalen Selbsterlebens zu erfassen, entwickelte die Arbeitsgruppe um Parnas die »Examination of Anomalous Self Experience – EASE« (Parnas et al. 2005). Das semistrukturierte, qualitative Interview bildet in den fünf Domänen »Kognition und Bewusstseinsstrom«, »Selbstgewahrsein und Präsenz«, »Leiberleben«, »Demarkation und Transzitivismus« sowie »Existenzielle Reorientierung« mit insgesamt 94 Items das veränderte Selbsterleben differenziert ab. Da das Leiden von Menschen mit Schizophrenie bis heute nicht in befriedi-

gendem Maße gelindert werden kann – es gibt beispielsweise kaum Therapieverfahren, die belastende Negativsymptome nachhaltig verringern (Martin et al. 2016b) –, lohnt es sich, mithilfe der EASE die Störung des basalen Selbst als möglichen pathogenetischen Kern der Schizophrenie zu untersuchen. Dadurch können Symptomzusammenhänge erkennbar werden, die für die weitere Aufklärung der Pathogenese, für eine verbesserte Früherkennung und nicht zuletzt für die Entwicklung innovativer, z. B. körper- und kreativtherapeutischer Interventionen bedeutsam sind. 2017 veröffentlichte eine weitere Arbeitsgruppe um Louis Sass die »Examination of Anomalous World Experience – EAWEx¹« (Sass et al. 2017), die sich mit insgesamt 75 Items den fünf weiteren Domänen »Raum und Objekte«, »Zeit und Ereignisse«, »Sprache«, »Atmosphäre« und »Existenzielle Orientierung« widmet. Damit werden die EASE-Kategorien bedeutsam ergänzt und erweitert.

Das vorliegende Buch beinhaltet die bislang unveröffentlichten deutschsprachigen Versionen der EASE und der EAWEx. Die Übersetzung der EASE wurde im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie am Universitätsklinikum Heidelberg erstmals an einer Stichprobe von 33 Menschen mit einer Ersterkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sowie an 24 Kontrollprobanden angewandt, inhaltlich analysiert sowie klinisch validiert (Ludwig 2013). Die Validierung geschah unter Einbezug bereits etablierter Instrumente wie der PANSS (Positive and Negative Symptom Scale; Kay et al. 1987), der CDS (Cambridge Depersonalisation Scale; Michal et al. 2004) und dem M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview; Sheehan et al. 1998). Eine Validierung der deutschsprachigen EAWEx steht noch aus.

Das Buch bettet die beiden Interviews in einen historischen und psychopathologischen Kontext ein. Die EASE wird zudem durch einen ausführlichen Interviewleitfaden ergänzt, der zum Einsatz im Klinikalltag sowie für die Forschung genutzt werden kann, ferner durch eine mehrstufige Auswertungsskala zur quantitativen Be- und Auswertung der EASE-Items. Selbstverständlich können und sollen die Inhalte des Interviews aber auch mithilfe qualitativer Methodik ausgewertet werden.

1.2 Das basale Selbst

Die phänomenologische und ontologische Natur des Selbsterlebens wird in verschiedenen Wissenschaften kontrovers diskutiert (Berrios und Marková 2003; Fuchs 2020). Es besteht kein Konsens darüber, ob so etwas wie »das Selbst« real erfahrbar ist oder eher eine theoretische Konzeption der Philosophie darstellt. Viele verstehen das Selbstempfinden als einen integralen Bestandteil des Bewusstseins

1 Gesprochen [f:wi]

(Damasio 1999; Zahavi 1999), der z. B. bei der Suche nach neuronalen Korrelaten von bewusstem Erleben zu berücksichtigen sei. Andere dagegen behaupten, dass es weder notwendig noch logisch sei, die Existenz eines Selbst anzunehmen (Metzinger 2003). Darüber hinaus bestehen divergierende Vorstellungen davon, aus welchen Komponenten sich das menschliche Selbsterleben konstituiert: James (1890/1950) unterscheidet zwischen einem materiellen, sozialen und geistigen Selbst; Neisser (1988) definiert ein ökologisches, ein interpersonelles, ein erweitertes, ein privates und ein konzeptuelles Selbst. Daneben gibt es Ausführungen zum »autobiografischen«, »relationalen«, »fiktionalen« und »neuronalen« Selbst ebenso wie zu einem »Kernselbst«, einem »verkörperten«, »minimalen« oder »basalen« Selbst (z. B. Damasio 1999; Strawson 1999; Zahavi 1999). Das Disparate der Konzepte ist sowohl problematisch als auch produktiv: Es erzeugt einen Reichtum an methodologischen Zugängen – sie reichen von der Introspektion und phänomenologischen Analyse über Gedankenexperimente, linguistische Analysen, empirische Experimente bis hin zu Studien von pathologischen Zuständen –, verhindert jedoch eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse und Befunde sowie die Entwicklung einer einheitlichen Theorie.

Kircher und David (2003, S. 2) definieren das Selbst als »die allgemein geteilte Erfahrung, dass wir wissen, dass wir über die Zeit hinweg die gleiche Person sind, dass wir der Autor unserer Gedanken/Handlungen sind, und dass wir uns von der Umwelt unterscheiden«. Dies umfasst das sehr grundlegende, unmittelbare und implizite Empfinden, als Person eine Ganzheit zu bilden, verschieden von anderen zu sein und über die Zeit hinweg ein kontinuierliches Zentrum der eigenen Erfahrungen darzustellen. Bezug nehmend auf neuere phänomenologische, entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Konzepte wollen wir im Folgenden zwei grundlegende Formen dieses Selbsterlebens unterscheiden: (1) das basale, präreflexive oder leibliche Selbst und (2) das erweiterte, reflexive oder personale Selbst (Damasio 1999; Gallagher 2005; Rochat 2004; Zahavi 1999).

1. Das *basale Selbst* ist ein inhärenter Bestandteil aller Bewusstseinsprozesse. Es ist charakterisiert durch ein *implizites, präreflexives* (dh. unbewusstes) und *verkörpertes Selbstgewahrsein* (»Ich bin ich und ich selbst mache diese Erfahrung«), das in jeder Erfahrung mitgegeben ist, ohne dass dafür eine explizite Introspektion oder Reflexion erforderlich wäre. Einen Baum zu sehen oder zu berühren, schließt immer auch das implizite Bewusstsein des eigenen Sehens oder Spürens und des eigenen Leibes im Hintergrund ein. Darin besteht die »Erste-Person-Perspektive« oder »Ipseität« (Klawonn 1991; Henry 1963). In der Literatur wird auch von einem »minimalen Selbst« (*minimal self*) oder »Kernselbst« (*core self*) gesprochen (Zahavi 2011; Cermolacce et al. 2007), da das basale Selbst das Minimum an Selbstsein beschreibt, das für ein subjektives Erleben erforderlich ist. Das basale Selbsterleben lässt sich nach Fuchs (2012) weiter in das »primäre leibliche«, das »ökologische« (auf die Umwelt bezogene) und das »soziale« (auf die anderen bezogene) Selbst differenzieren.
2. Das erweiterte, personale oder reflexive Selbst ist durch eine Reihe von eng miteinander verknüpften Fähigkeiten charakterisiert: (a) durch ein höherstufig-

ges Bewusstsein der eigenen Zustände und Erlebnisse (introspektives oder reflexives Selbstbewusstsein), (b) durch die Fähigkeit, andere als intentionale Wesen zu verstehen und ihre Perspektive nachzuvollziehen (Perspektivenübernahme) (Tomasello 2002; Fuchs 2013); (c) durch die Fähigkeit, die eigenen Erfahrungen zu kohärenten Geschichten zu verknüpfen (narrative Identität) (Carr 1986; Schechtman 1996); (d) durch ein begriffliches und biografisches Wissen von sich selbst (Selbstkonzept).

Eine Großzahl neuerer theoretischer und empirischer Forschungsarbeiten beschreibt eine Störung des basalen Selbsterlebens als charakteristisch für die schizophrene Erkrankung (Ardizzi et al. 2015; Benson et al. 2019; Fuchs 2005; Møller und Husby 2000; Parnas und Handest 2003; Parnas und Sass 2011; Thakkar et al. 2011). Vielfach werden die Veränderungen des Selbsterlebens der Betroffenen auch unter dem Begriff der Entkörperung (*disembodiment*) zusammengefasst und als psychopathologischer Kern oder Grundstörung der Erkrankung verstanden (Laing 1960; Fuchs 2001, 2005; Stanghellini 2004; Fuchs und Röhrich 2017). Störungen der Reflexivität oder der Perspektivenübernahme (»Theory of Mind«) sind nach dieser Konzeption eher als sekundäre Folgen der basalen Selbststörung zu verstehen. Dieser Grundstörung wollen wir im Folgenden anhand der historischen Entwicklung des Schizophreniekonzepts sowie aktueller psychopathologischer Erklärungsansätze nachgehen.

1.3 Schizophrenie als Selbststörung – ein historischer Rückblick

Frühe Beschreibungen von Selbstentfremdung oder Depersonalisation in der Psychopathologie waren nicht auf die heute im Schizophreniespektrum versammelten Erkrankungen beschränkt: Ein Sich-selbst-Fremdwerden im weiteren Sinne zeigte sich als so charakteristisch für psychische Erkrankungen, dass bereits der Psychiater Wilhelm Griesinger (1861) die Entfremdung als ihr Grundmerkmal ansah und die französische Psychiatrie sie generell mit dem Begriff *aliénation* (Entfremdung) bezeichnete.

1.3.1 Emil Kraepelin und Eugen Bleuler – Dementia Praecox und Schizophrenie

Die Frage nach der Grundstörung in der Schizophrenie beginnt mit deren erstmaliger Konzeption bei Emil Kraepelin. Er unterteilte die endogenen Psychosen 1896 in zwei Gruppen: einerseits die phasisch verlaufenden Psychosen mit vorherrschender affektiver Symptomatik, die er als »manisch-depressives Irresein« bezeichnete (Kraepelin 1899, S. 160); andererseits die Psychosen mit paranoid-hallu-

zinatorischen, katatonen oder desorganisierten Syndromen und progressiv-chronischem Verlauf, für die er den Begriff »Dementia praecox« wählte². Neben der psychotischen Symptomatik beschrieb Kraepelin verschiedene prodromale Anzeichen, die der Produktivsymptomatik vorausgingen:

»Oft gehen schon lange Zeit Erscheinungen von »Nervenschwäche« voraus. Die Kranken werden still, gedrückt, teilnahmslos, ängstlich, dabei reizbar und widerspenstig, klagen über [...] Erschwerung des Denkens, Mattigkeit, verlieren Schlaf und Esslust, ziehen sich von ihrer Umgebung zurück, wollen ins Kloster gehen, hören auf zu arbeiten, bleiben viel im Bett liegen. Dieser Zustand der unbestimmten Vorboten kann kürzere oder längere Zeit andauern« (Kraepelin 1899, S. 160).

Die eigentliche Psychose verstand er als eine Manifestation psychischer Funktionsstörungen, der »Grundstörungen der seelischen und geistigen Leistungen«. Sie führten zu einem Verlust der »inneren Einheitlichkeit von Verstandes-, Gemüts- und Willensleistungen«. Eine Abschwächung des Wollens und eine »Zersplitterung des Bewußtseins« sei die Folge, sodass das psychische Leben einem »Orchester ohne Dirigenten« gleiche (Kraepelin 1913, S. 668–747). Kraepelin hob darüber hinaus immer wieder die »Schädigung des Gemütslebens« hervor und sprach von einer gemüthlichen Stumpfheit und Gleichgültigkeit, grundlosem Lachen, einem Verlust des Mitleids, Schwinden des Feingefühls und paradoxen Gefühlen (Kraepelin 1913, S. 668). Zusammengefasst äußerte sich die »Dementia praecox« für Kraepelin in kognitiv-dynamischen Beeinträchtigungen nach Art eines persistierenden Grundsyndroms (Kraepelin 1913, S. 177). Paranoide-halluzinatorische, katatone und hebefrene Symptome stellten nur vorübergehende Überlagerungen dieses Grundsyndroms dar. Kraepelin blieb in der Ausdifferenzierung dieser Grundstörung jedoch sehr unbestimmt. Darüber hinaus fand der Frühverlauf der Dementia praecox trotz seiner eindeutigen Erwähnung insgesamt wenig Beachtung.

In Abgrenzung zu Kraepelin prägte der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler 1911 den Begriff der »Schizophrenie« bzw. der »Gruppe der Schizophrenien«. Bleuler verstand die »Aufspaltung des Geistes« (griech. *schizo* = ich spalte, *phren* = Geist) als Kernmerkmal der Erkrankung – nicht etwa ihren Verlauf und Ausgang. Zur besagten Aufspaltung gehörten laut Bleuler hauptsächlich eine mangelhafte Einheit des Denkens, Fühlens und Wollens: Das Ich der Betroffenen durchlebe »die vielfältigsten Veränderungen«, die durch die Dissoziation psychischer Vorgänge gekennzeichnet seien und z. B. zu einer »Spaltung der Persönlichkeit« sowie einem Verlust der Gerichtetheit des Denkens führten (Bleuler 1911, S. 58, 143). Er beschrieb zudem bereits Anomalien des Selbsterlebens, z. B. einen Verlust der »Transparenz« des Bewusstseins oder den »Transitivismus« als Verlust der Ich-Grenzen (Bleuler 1911). Später formulierte Bleuler sein Konzept der Grundstörung, die vor allem in einer »Assoziationsstörung« zu sehen sei. Seine Grund- oder Primärsymptome wurden später als die »3 As« zusammengefasst:

2 »Dementia praecox« zeigt eine Unterscheidung zur altersbedingten Form der kognitiven Degeneration (Demenz) auf: Das Adjektiv »praecox« bezeichnet das »vorzeitige« Auftreten der Erkrankung während oder nach der Pubertät (Kraepelin 1899).

1. Störung der *Assoziation* (Bleuler 1911, S. 10), wie Gedankenabbrechen, -drängen, -sperren, paralogische Verknüpfungen oder Ideenarmut;
2. Störung der *Affekte* (Bleuler 1911, S. 31) wie Gemütsverödung, Gleichgültigkeit, Stimmungen der Depression, Angst, Wut oder Manie, Fehlen einheitlicher Gefühlsäußerungen und Labilität der Affekte;
3. *Autismus*: Die »Loslösung von der Wirklichkeit mit dem relativen oder absoluten Überwiegen des Binnenlebens nennen wir Autismus« (Bleuler 1911, S. 52).

Die Auseinandersetzung des Erkrankten mit diesem kognitiv-affektiven Grundsyndrom führt nach Bleuler zu den sogenannten akzessorischen oder Sekundärsymptomen der Schizophrenie, d. h. zu Halluzinationen, Wahnideen, Katatonie oder funktionellen Störungen von Gedächtnis und Sprache (Bleuler 1911), die er für grundsätzlich reversibel hielt.

Bleuler schrieb der Schizophrenie keinen zwingend negativen Verlauf zu und legte deshalb ein besonderes Augenmerk auf den Frühverlauf der Erkrankung. Für die schleichend auftretenden und wenig charakteristischen Frühstadien, die auch lebenslang auf einem Niveau unterhalb der akuten Psychose verbleiben könnten, wählte er den Begriff der »latenten Schizophrenie«. Sie ist heute unter der Bezeichnung »schizotype Störung« (F21) in der ICD-10 als eine der schizophrenen Spektrumsstörungen berücksichtigt und kann sowohl im familiären Umfeld von Menschen mit Schizophrenie als auch im individuellen Vorfeld der akuten Psychose vorkommen. Auch Bleuler beschrieb schon 1911 einige Merkmale des schizophrenen Prodroms:

»Gelingt es, eine gute Anamnese zu erheben, findet man vor dem Ausbruch der Psychose meist Änderungen im gewohnten Wesen: Die späteren Kranken werden empfindsamer und zurückgezogener, geben persönliche Beziehungen und Interessen auf, beschäftigen sich mit abstrakten Wissenschaften, die ihnen früher fernlagen, entwickeln verschrobene hypochondrische Ideen und versagen mehr und mehr in ihrer Arbeit und familiären Aufgaben. Sie zeigen mannigfache Symptome, wie sie bei Neurosen vorkommen« (Bleuler 1911, S. 447–448).

1.3.2 Josef Berze – die »Hypotonie des Bewusstseins«

Auch der österreichische Psychiater Josef Berze vertrat Kraepelins und Bleulers Konzept einer Grundstörung der Schizophrenie. Er verstand darunter eine »Insuffizienz der psychischen Aktivität« oder eine »Hypofunktion des eigentlichen Denkkapparates (der intentionalen Sphäre)«, für die er auch den Begriff der »Hypophrenie« gebrauchte (Berze 1914, IV). Psychopathologisch sei diese Grundstörung schwer zu fassen, da sie oft durch Positivsymptome und Affektstörungen überlagert und von den Betroffenen nur schwer zu beschreiben sei (Berze 1914, S. 1).

Berze versuchte zu zeigen, dass alle Symptome der Psychose aus der »Herabsetzung der psychischen Aktivität« bzw. aus der Störung der Intentionalität abgeleitet werden können. Eine »Steigerung des Passivitätsgefühls« führe zum Verlust der Intentionalität der Wahrnehmung und des Denkens, mit der Folge einer Ent-

fremdung von Gedanken bis hin zur völligen Abspaltung im Sinne des Stimmenhörens. Mögliche Depersonalisationsphänomene erstrecken sich aber auch auf die Motorik, resultierend in dem Gefühl, ein Automat oder ein Instrument zu sein. Insgesamt zeige sich in der Schizophrenie eine »*Lockerung des Ichverbandes*«, aus welcher sich die verschiedenen Arten der *Spaltung* der Persönlichkeit ergeben,« bis hin zum völligen Ichverlust (Berze 1914, S. 138).

Berze verstand somit die Transformation des Selbsterlebens als die Wurzel der Schizophrenie und leitete daraus die Vielfalt ihrer Symptome ab. Darunter finden sich viele der heute im EASE-Interview versammelten Selbststörungen, etwa die verringerte Transparenz und Präsenz des Bewusstseins (»Störungen des Persönlichkeits- oder Ich-Bewußtseins«) oder Störungen der Affektivität mit Verarmung des Gefühlslebens und der Affektmodulation, bis hin zur Dissoziation der Ausdrucksbewegungen und zur Parathymie (Berze 1914, S. 181–186). Zusammen mit Hans Gruhle entwickelte Berze später seine Konzeption weiter. In dem gemeinsamen Buch »Psychologie der Schizophrenie« wird zwischen Prozess- und Defekt-Symptomen unterschieden und die Prodromalphase der Erkrankung besonders hervorgehoben: Die »schizophrene Grundstimmung« entspreche einer sich mitunter Jahre vor einer Psychose vollziehenden »Umwandlung der Persönlichkeit« (Berze und Gruhle 1929, S. 87).

1.3.3 Karl Jaspers und Christian Scharfetter – das Konzept der Ich-Störungen

Etwa gleichzeitig mit Berze schlug Karl Jaspers in seiner »Allgemeinen Psychopathologie« (1913) erstmals eine nähere Bestimmung des »Ichbewusstseins« nach vier formalen Merkmalen vor: (1) Aktivität, (2) Einheit, (3) Identität des Ich und (4) Ichbewusstsein im Gegensatz zum Außen (Jaspers 1973, S. 101 ff.).

1. Als »Aktivität des Ich« verstand Jaspers eine alle Wahrnehmungen, Vorstellungen, Gedanken und Gefühle begleitende Tönung »des ›mein‹, des ›ich‹, des ›persönlichen‹, des eigenen Tuns«, die er auch als »Personalisation« bezeichnete (Jaspers 1973, S. 101). Störungen der Personalisation bestimmte er dementsprechend als »Depersonalisationserscheinungen« (Jaspers 1973).
2. Die beim Gesunden vorhandene »Einheit des Ich« könne im Sinne der Ich-Spaltung und Ich-Verdoppelung gestört sein, wobei Betroffene mit zunehmender Distanzierung vom eigenen Erleben ihre eigene Wahrnehmung, ihr eigenes Denken und Handeln wie von Außen beobachteten.
3. Die »Identität des Ich« verstand Jaspers (1973, S. 103) als das Bewusstsein, »in der Zeitfolge identisch derselbe zu sein«. Er bezog sich damit auf die häufige Erfahrung von Menschen mit Schizophrenie, in der Psychose eine andere Person geworden zu sein.
4. Als »Ichbewußtsein im Gegensatz zum Außen« bezeichnete Jaspers die Demarkation von Ich und Nicht-Ich. Ihre Beeinträchtigung führe zu Verschmelzungen der Betroffenen mit Objekten oder Personen der Umwelt (Transitivismus nach Bleuler) oder zu Phänomenen der Gedankenausbreitung (1973, S. 106).

Von diesen formalen Merkmalen des Ichbewusstseins grenzte Jaspers das »Persönlichkeitsbewußtsein« als inhaltlich ausgestaltete, auch in ihrer psychologischen Genese verstehbare Dimension ab. Er benannte Veränderungen der Persönlichkeit und nicht integrierte Triebregungen in der Pubertät, aber auch die Labilität des Persönlichkeitsbewusstseins bei Patienten mit Schizophrenie, die sich z.B. als bestimmte historische Personen erleben können (Jaspers 1946, S.106 f.). Schließlich definierte Jaspers noch die »abgespaltenen Personifikationen«, die Betroffenen als eigenständige Anteile der eigenen Persönlichkeit innerlich oder in Halluzinationen gegenüberreten (Jaspers 1946, S. 107 f.).

Jaspers' Klassifikation hatte nachhaltigen Einfluss, insbesondere auf das Konzept der Ich-Störungen, denen bereits im Lehrbuch der Psychiatrie von Oswald Bumke (1932) ein maßgeblicher Status für die Diagnose der Schizophrenie beigegeben wurde. Kurt Schneider verwies in seiner 1950 erstmals erschienenen »Klinischen Psychopathologie« auf Jaspers' Kriterien, stellte aber fest, dass in der klinischen Praxis de facto nur der Aktivitätssinn gestört sei (Schneider 1950/1959). Da der Begriff der Aktivität jedoch kaum auf Gefühle und spontane Gedanken angewandt werden könne, ersetzte er das Aktivitätsgefühl durch den Begriff der »Meinhaftigkeit«. Störungen der Meinhaftigkeit wurden nun gleichbedeutend mit den schizophrenen Ich-Störungen bzw. Erlebnissen der Fremdbeeinflussung. In der letzten Ausgabe von 1992 fasste Schneider Gedankeneingebung, -entzug, -übertragung und alle Phänomene »gemachter« Gefühle, Empfindungen und Handlungen unter dem Begriff der *Ich-Störungen* zusammen und charakterisierte sie als eine abnorme Durchlässigkeit der Grenze zwischen Ich und Umwelt. In seinem bis heute wirksamen System nahmen die Ich-Störungen den Status von Symptomen ersten Ranges für die Diagnose der Schizophrenie ein, während subtilere, prodromale Störungen des basalen Selbsterlebens unberücksichtigt blieben.

In jüngerer Zeit schlug der Psychopathologe Christian Scharfetter eine durch »deskriptive, phänomenologische, existenzanalytische und psychoanalytisch-psychodynamische« Ansätze modifizierte Klassifikation des Selbsterlebens nach Jaspers vor (Scharfetter 1995, S.71 ff.). Danach setze sich das Ich-Bewusstsein aus fünf basalen Dimensionen zusammen: (1) Vitalität, (2) Aktivität, (3) Kontinuität, (4) Demarkation und (5) Identität.

1. Die »Ich-Vitalität« stellt die Gewissheit der eigenen Lebendigkeit dar. Ihre Störung manifestiert sich im Gefühl des Absterbens bzw. in einem darin begründeten hypochondrischen Wahn, in der Angst vor dem Weltuntergang oder dem Nicht-mehr-Sein.
2. »Ich-Aktivität« ist das Erleben der Selbstbestimmung des eigenen Erlebens, Denkens und Handelns. Ihre Beeinträchtigung geht mit dem Erleben von Fremdbeeinflussung oder -steuerung des Fühlens, Denkens oder Handelns einher und kann in einen Beeinflussungswahn münden. Auch eine Beeinträchtigung der Intentionalität des Denkens, Gedankenabreißen oder -entzug, Echopraxie, Echolalie oder Stereotypen erklärte Scharfetter durch eine mangelnde Ich-Aktivität.
3. »Ich-Konsistenz« oder -Kontinuität bezeichnet die Zugehörigkeit wechselnder Zustände und unterschiedlicher Selbstanteile zu einem einheitlichen Selbster-

leben. Störungen der Ich-Konsistenz führen zur Desintegration von Selbstanteilen oder Selbstfunktionen, wie etwa bei der Entfremdung von Leibempfindungen (Coenästhesien), von Gedanken (Stimmenhören) oder Handlungen (Willensbeeinflussung), bis hin zur Persönlichkeitsverdoppelung oder -auflösung.

4. Die »Ich-Demarkation« entspricht der Ich-Umwelt-Abgrenzung bei Jaspers und Schneider. Ihre Beeinträchtigung äußert sich in Appersonierung oder Transitivityismus, Gedankenausbreitung sowie, in Reaktion darauf, in eigenweltlichem Rückzug als Schutz vor dem drohenden Selbstverlust.
5. Die »Ich-Identität« schließlich stellt die Gewissheit der eigenen personalen, leiblichen, sexuellen und biografischen Identität dar. Ihr drohender Verlust manifestiert sich in Angst vor oder der Wahrnehmung von physiognomischen und Gestaltveränderungen (Spiegelphänomen), Geschlechtswechsel, Veränderung der Herkunftsidentität (Abstammungswahn) oder Verwandlung in ein anderes Wesen.

Scharfetter kommt der Verdienst zu, die noch primär auf die Diagnostik bezogenen Störungen des Selbsterlebens in der Schizophrenie bei Jaspers und Schneider um existenzielle Aspekte erweitert und sie zum Teil einer Psychopathologie gemacht zu haben, die die persönliche Wirklichkeit der Betroffenen berücksichtigte und daraus therapeutische Schritte ableitete. Seine Ich-Psychopathologie lässt auch viele Überschneidungen mit der Psychopathologie des Selbsterlebens erkennen, auf der das EASE- und das EAW-Interview aufbauen. Allerdings unterscheidet seine Einteilung nicht klar zwischen den gravierenden Selbststörungen – vor allem den wahnhaften Ich-Störungen – in der akuten Psychose und den subtileren Störungen des basalen Selbsterlebens, wie sie für die neuere phänomenologische Psychopathologie der Schizophrenie in erster Linie relevant wurden. Diese tiefer liegende Ebene der Erkrankung erschließt sich erst phänomenologischen Ansätzen, wie sie in erster Linie von Eugène Minkowski und Wolfgang Blankenburg entwickelt wurden.

1.3.4 Eugène Minkowski – der »Verlust des vitalen Kontakts« als Grundstörung

Anders als Jaspers und Schneider stellte Eugène Minkowski, ebenfalls Psychiater und Philosoph, nicht die produktiven Symptome, sondern den »schizophrenen Autismus« als Ausdruck einer tiefgreifenden Störung des Selbst in den Mittelpunkt seiner Untersuchungen. 1927 erschien sein erstes Werk »La Schizophrénie«, 1933 sein Hauptwerk »Le temps vécu« (»Die gelebte Zeit«, 1971). Darin beschreibt er den Verlust des »vitalen Kontakts mit der Wirklichkeit« als die Grundstörung der Schizophrenie (»perte du contact vital avec la réalité«; Minkowski 1928/1997, S. 106). Diese führe schließlich zu einer fortschreitenden Verarmung und Erstarrung der Persönlichkeit – einer Art »verarmtem Autismus« (»autisme pauvre«, Minkowski 1928/1997, S. 191), in dem die Erkrankung in Reinform in Erscheinung trete.

In seinen umfangreichen Untersuchungen des alltäglichen Lebens führte Minkowski aus, was unter dem »vitalen Kontakt« zu verstehen sei, nämlich die Fähigkeit, mit der Welt und mit anderen in Resonanz zu treten, von ihnen affiziert zu werden und angemessen zu reagieren, oder mit anderen Worten, eine präreflexive »Immersion« in die soziale Welt. Von dem französischen Lebensphilosophen Henri Bergson übernahm Minkowski darüber hinaus den Begriff des »élan vital«, ein vitalistisches Prinzip der Lebensenergie, das Minkowski auch im menschlichen »élan personnel« wirksam sah; gemeint ist der Grundantrieb, das eigene Leben zu führen und zu gestalten (Minkowski 1928/1997, S. 165 ff.). Dieser personale Elan sei durch eine Polarität zwischen zwei Prinzipien charakterisiert, nämlich *Verbundenheit* und *Trennung*, die Minkowski nach Bleuler auch als »Syntonie« und »Schizoidie« bezeichnete (Minkowski 1928/1997, S. 74 ff.).

In der Syntonie erlebt der Mensch, so Minkowski, den vitalen Kontakt mit der Realität in den Phänomenen der gelebten Zeit – der Gegenwart, der Dauer, der Kontinuität, dem Rhythmus kosmischer Prozesse ebenso wie in der Resonanz und Sympathie mit anderen, als »gelebten Synchronismus« (Minkowski 1928/1997). Zum personalen Elan gehört für Minkowski andererseits ein gewisses Maß an Schizoidie, d. h. an Distanzierung, Autonomie, Für-Sich-Sein und Trennung. Schizoidie und Syntonie stehen normalerweise in einem zyklischen Wechsel und Ausgleich. Im Falle einer überhandnehmenden Schizoidie jedoch tritt ein Erkrankungsprozess ein, der schließlich zur Schizophrenie führen kann.

In der schizophrenen Erkrankung ist der primäre Zyklus von Schizoidie und Syntonie gestört: Die Immersion in die Umwelt geht verloren, und mit dem »vitalen Kontakt« schwindet auch der personale Elan. Im Verlauf ihres autistischen Rückzugs entwickeln die Betroffenen nach Minkowski einen »pathologischen Rationalismus« und versuchen, die »Beweglichkeit des Lebens im Verstand einzusperren« (Minkowski 1928/1997). Während die dynamischen, flexiblen und anpassungsfähigen Aspekte ihrer Beziehungen verloren gehen, treten die festen, statischen und rationalen Elemente hervor – eine dem Konzept der »Hyperreflexivität« verwandte Beschreibung. Den resultierenden Autismus betrachtete Minkowski als eine »Störung der innersten Struktur des Selbst« (»trouble de la structure intime du moi« (Minkowski 1928/1997, S. 114), und damit zugleich im pathogenetischen Sinn als die Grundstörung (»trouble générateur«) der Schizophrenie, von der die verschiedenen Kardinalsymptome ihren Ausgang nehmen.

1.3.5 Wolfgang Blankenburg – der »Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit«

Auch der Psychiater und Philosoph Wolfgang Blankenburg bemühte sich »um die Freilegung dessen, was bei Schizophrenen im Grunde ihres Menschseins »gestört« ist« (Blankenburg 1971, S. 4). Er verstand es als eine der wichtigsten Aufgaben der phänomenologischen Psychopathologie, »nach Abwandlungen des Inder-Welt-Seins gerade auch da zu fahnden, wo kein Wahn, wo keine abnormen »Inhalte« im engeren Sinne vorliegen« (Blankenburg 1971, S. 2). Im Rahmen seines Habilitationsprojekts »Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit«