

## Selbst und Schizophrenie

Von THOMAS FUCHS (Heidelberg)

„Dann geschieht etwas Merkwürdiges. Mein Bewusstsein (meiner selbst, meines Vaters, des Raums, der physikalischen Realität um uns herum) wird mit einem Mal verschwommen. [...] Ich glaube, ich löse mich auf. Ich fühle mich [...] wie eine Sandburg, deren ganzer Sand in die zurückweichende Brandung abrutscht. [...] Das Bewusstsein verliert nach und nach seine Kohärenz. Das eigene Zentrum gibt nach. Das Zentrum hält nicht mehr. Das ‚Ich‘ wird zu einem Schleier, und das feste Zentrum, von dem aus man die Realität erlebt, zerbricht ... Es gibt keinen stabilen Standpunkt mehr, von dem man Ausschau halten, die Dinge aufnehmen und einschätzen könnte, was geschieht. Kein Kern hält die Dinge noch zusammen oder bildet die Linse, durch die wir sonst die Welt sehen.“ (Saks 2007, 12 f.)<sup>1</sup>

Dieser Bericht einer Patientin von ihren ersten Krankheitserfahrungen im 7. Lebensjahr belegt eindrucksvoll, wie die Schizophrenie das Selbsterleben im Kern erfassen kann. Zwar sind Phänomene der Selbstentfremdung oder Depersonalisation nicht auf die Schizophrenie beschränkt: Ein Sich-selbst-Fremdwerden im weiteren Sinn ist vielmehr so charakteristisch für psychische Krankheiten, dass bereits der Psychiater Wilhelm Griesinger (1861) die Entfremdung als ihr Grundmerkmal ansah, und die französische Psychiatrie bezeichnete sie insgesamt mit dem Begriff der *aliénation*. Doch allein die Schizophrenie stellt auch die Selbstzugehörigkeit der eigenen Empfindungen, Gedanken und Handlungen in Frage und bedroht schließlich die Person bei vollem Bewusstsein mit der Selbstauflösung. Für ein Verständnis dieser Erkrankung, das über die bloße Symptombeschreibung hinausgeht, ist daher eine philosophisch fundierte Psychopathologie unabdingbar. Umgekehrt müssen die schizophrenen Störungen des Selbsterlebens für jede Philosophie der Subjektivität von zentralem Interesse sein, die ihre Konzepte von Selbstbewusstsein, Personalität oder Intersubjektivität an empirischen Phänomenen überprüfen will.

Die zentrale Rolle des Selbsterlebens für die schizophrenen Psychosen war von Psychiatern bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts betont worden. Kraepelin (1913, 668) charakterisierte die Schizophrenie als „eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhanges der psychischen Persönlichkeit“ und als „Zersplitterung des Bewusstseins“ („Orchester ohne Dirigent“). Bleuler, der der Krankheit den heutigen Namen gab, sah ihre „[...] elementarsten Störungen in einer mangelhaften Einheit, in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Füh-

<sup>1</sup> Dieses und alle weiteren englischen Zitate wurden vom Autor ins Deutsche übersetzt.

lens und Wollens und des subjektiven Gefühles der Persönlichkeit“ (Bleuler 1983, 411). Die Krankheit sei durch eine Dissoziation psychischer Vorgänge bestimmt, die zu einer „Spaltung der Persönlichkeit“ führe und das Ich nie „ganz intakt“ lasse (Bleuler 1911, 58). Berze nahm wenig später eine „basale Veränderung des Selbstbewusstseins“ und eine „Hypotonie des Bewusstseins“ an (Berze 1916). Jaspers schließlich resümierte die von verschiedenen Autoren genannten Grundstörungen der Schizophrenie in den Begriffen von „Inkohärenz, Spaltungen, Zerfall des Bewusstseins, [...] Schwäche der Apperzeption, Insuffizienz der psychischen Aktivität, Störung der Assoziationsspannung“ und fügte selbst das Erlebnis des von außen „Gemachten“ hinzu, das die Gedanken, Wahrnehmungen oder Handlungen der Kranken erfasse (Jaspers 1946/1973, 484, 486).

Die phänomenologisch orientierte Psychopathologie der letzten Jahrzehnte hat diese Konzepte durch subtile Analysen des basalen, präreflexiven Selbst- und Welterlebens erweitert, das bei den Patienten meist schon vor dem Ausbruch der Krankheit in der akuten Psychose tiefgreifend verändert ist (Blankenburg 1971, Sass u. Parnas 2003, Stanghellini 2004, Fuchs 2000, 2005). Entscheidend für das Verständnis der Erkrankung ist demnach aus phänomenologischer Sicht weniger die so genannte „produktive“ Symptomatik der akuten Phase (das heißt Wahnideen und Halluzinationen) als vielmehr die schleichende Aushöhlung des leiblichen Selbsterlebens, Wahrnehmens und Handelns, die in unauffälligen Vorstadien häufig bis in die Kindheit der Patienten zurückreicht. Diese Abwandlungen des Erlebens angemessen zu beschreiben, erfordert zunächst eine Differenzierung des Selbstbegriffes, die gerade präreflexive Erfahrungsschichten zu erfassen vermag. Ich werde eine solche Unterscheidung kurz skizzieren, um dann auf dieser Grundlage die Störungen des Selbsterlebens in der Schizophrenie zu analysieren.

## I. Selbst und Selbsterleben

Bezug nehmend auf neuere phänomenologische, entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Konzepte, unterscheide ich im Folgenden zwei grundlegende Formen des Selbsterlebens, nämlich (1) das basale, präreflexive oder leibliche Selbst und (2) das erweiterte, reflexive oder personale Selbst (vgl. Damasio 1999, Gallagher 2000, Rochat 2004, Zahavi 1999).

*1. Basales oder leibliches Selbst.* Ein basales Selbsterleben ist allen Bewusstseinsprozessen inhärent. Es lässt sich weiter differenzieren in die Dimensionen des (a) primären leiblichen Selbst, (b) des ökologischen Selbst und (c) des sozialen Selbst.

(a) Das basale Selbst ist zunächst charakterisiert durch ein *implizites, präreflexives Selbstgewahrsein*, das in jeder Erfahrung mitgegeben ist, ohne eine explizite Introspektion oder Reflexion zu erfordern. Jedes Erlebnis schließt auch das Erleben ein, „wie es ist“, es zu haben, das heißt, es ist unmittelbar und ohne eigene Zuschreibung als „meinhaft“ gegeben (Nagel 1994, Zahavi 1999). Sehe ich zum Beispiel eine Wohnung, so sehe ich nicht nur Gegenstände vor mir, sondern bin mir zugleich implizit meines Sehens und meiner Gegenwart inne. Dieses Innesein ist nicht etwa ein zusätzliches Bewusstsein im Hintergrund, sondern das allgemeine *Medium*, in dem sich jede Erfahrung artikuliert. Michel Henry (1963) bezeichnet diese elementare, nicht objektivierende Selbstgegebenheit in aller Erfahrung als *Ipseität*: Wir können nur von der Welt affiziert werden, insofern wir uns selbst bereits präreflexiv gegeben, selbst-affiziert sind. Damit überhaupt etwas zur Erfahrung gelangen, sich im Bewusstsein manifes-

tieren kann, muss ein elementares Selbstempfinden beteiligt sein: „Selbst-Manifestation ist das Wesen der Manifestation“ („l’automanifestation est l’essence de la manifestation“; Henry 1963, 173).

Andererseits ist dieses basale Selbsterleben nicht als eine nur formale oder transzendente Voraussetzung der Erfahrung zu denken, als entkörpertes ‚Ich‘. Es schließt vielmehr die Dimensionen der Selbstaffektion, der Leiblichkeit und der Zeitlichkeit ein, das heißt die Selbstgegenwart eines leiblich und zeitlich verfassten Subjekts. Ipseität ist an ein elementares Leib- oder Lebensgefühl gebunden, das heißt an die Affektibilität oder Selbstaffektion des Leibes, die sich weiter in viszerale, propriozeptive und kinästhetische Empfindungen differenziert. Ipseität schließt auch eine basale zeitliche Selbstkohärenz und -kontinuität ein, wie sie von Husserl in der „Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins“ analysiert wurde (Husserl 1969). Diese Selbstkontinuität ist bereits mit der protentional-retentionalen Verknüpfung des Bewusstseinsstroms als solcher gegeben, ohne dass es dazu einer expliziten Rückerinnerung oder eines reflexiven Selbstkonzeptes bedürfte. Daher bleibt das basale Selbsterleben auch beim Verlust des autobiographischen Gedächtnisses erhalten, wie etwa bei globalen Amnesien oder Demenzerkrankungen.

(b) Das primäre Erleben ist aber nicht reines Selbsterleben, sondern schließt auch eine sensomotorische *Beziehung* von erlebendem Subjekt und Umwelt ein, die durch den Leib und seine habituellen Vermögen vermittelt ist (Merleau-Ponty 1965). Über seine Sinne, Glieder und Vermögen ist der Leib eingebettet in den Umraum, der sich ihm seinerseits als Feld von Möglichkeiten und Valenzen präsentiert. Durch die strukturelle Koppelung des subjektiven Leibes mit einer komplementären Umgebung wird das basale Selbst zu einem leibräumlichen oder „ökologischen Selbst“ (Neisser 1988). Diese verkörperte Dimension des Selbst ist so eng an die Interaktion mit der Umwelt gebunden, dass seine Grenzen nicht einmal notwendig mit denen des Körpers zusammenfallen: Beim geschickten Werkzeuggebrauch, etwa beim Klavierspielen oder Autofahren, schließen sich die Instrumente an das Körperschema an und werden zu Teilen des fungierenden Leibes; daher spürt der Blinde den Boden an der Spitze seines Stocks, nicht in seiner Hand.

Entwicklungspsychologisch reichen die bisher beschriebenen Dimensionen des basalen Selbsterlebens bis in die Pränatalzeit zurück. Bereits ab dem 3. Monaten steht der Fetus in vielfältigem sensomotorischen Kontakt mit seiner Umgebung, erkennbar an zunehmend geordneten Bewegungsmustern und Reaktionen auf Tast- oder Hörreize (Schindler 1987, Nickel 1993). Durch fortschreitende Integration der propriozeptiven, kinästhetischen und sensorischen Modalitäten bilden sich frühe Strukturen des Selbst aus, die sich als sensomotorische *Selbstkohärenz* bezeichnen lassen. Damit verknüpft sind vermutlich elementare Erfahrungen der *Selbst-Urheberschaft* (*self-agency*), das heißt der Erfahrung, die Quelle von Spontaneität und Aktivität zu sein und so Veränderungen in der Umgebung (zum Beispiel Widerstand) hervorrufen zu können (Stern 1998).

(c) So wie sich das ökologische Selbst in der sensomotorischen Interaktion mit der Umwelt allgemein konstituiert, so entwickelt sich das *soziale Selbst* in den zwischenleiblichen Interaktionen der ersten Lebensmonate. Babys sind schon kurz nach der Geburt in der Lage, mimische Bewegungen von Erwachsenen wie Mundöffnen, Zungezeigen oder Stirnrunzeln zuverlässig und nicht nur reflexhaft nachzuahmen (Meltzoff u. Moore 1977, 1989). Sie verfügen also über ein angeborenes intermodales Körperschema, das die wahrgenommene Mimik in die eigenen kinästhetisch empfundenen Körperbewegungen umsetzt. Der eigene Körper und der des anderen werden von vorneherein als miteinander verwandt erfahren.

Über die zunächst nur körperliche Nachahmung entwickelt sich zunehmend auch eine emotionale Resonanz mit den Bezugspersonen. Bereits mit 6–8 Wochen zeigen sich in Mutter-Kind-Dyaden so genannte Proto-Konversationen, das heißt fein abgestimmte Koordinationen von Gestik, Vokalisierungen und Affekten (Trevvarthen 2001). In ihrem Verlauf erwirbt das Kind spezifische affektiv-interaktive Schemata, die sich mit Stern (1998) als „implizites Beziehungswissen“ beschreiben lassen – ein präreflexives Wissen, wie man mit anderen umgeht, Gefühle austauscht, Aufmerksamkeit erregt, Ablehnung vermeidet, Kontakt wiederherstellt etc. Es entspricht dem, was Merleau-Ponty (2003, 256) als „Zwischenleiblichkeit“ (*intercorporéité*) bezeichnet hat – ein wechselseitiges Verstehen auf der Basis von leiblicher Kommunikation und Empathie. Durch diese leiblich-affektive Resonanz lernt der Säugling sich selbst im anderen kennen; er entwickelt ein *Selbst-mit-anderen* oder ein soziales Selbst.

2. *Erweitertes, reflexives oder personales Selbst*. Das primäre Selbsterleben entsteht mithin weder aus einer Selbstreflexion noch aus einer sozialen Zuschreibung; es ist vielmehr in jeder Erfahrung mitgegeben. In ersten Stufen erscheint es bereits in der Pränatalzeit, um sich im 1. Lebensjahr weiter zu differenzieren. Erst vom 2. bis 4. Lebensjahr entwickelt sich das *reflexive oder personale Selbst*, erkennbar an der Fähigkeit, sich selbst im Spiegel zu erkennen, sich mit „ich“ zu bezeichnen und von anderen abzugrenzen, und schließlich sich selbst als in einer zeitlichen Kontinuität stehend zu erfassen. Die Differenz von Selbst und anderem, die vorher nur implizit gegeben war, wird nun als solche bewusst, und das Kind erkennt sich als eine Person unter anderen. Einen zentralen Schritt auf diesem Weg bilden ab dem 9. Lebensmonat Situationen gemeinsamer Aufmerksamkeit (*joint attention*): Das Kind lernt, auf ein Objekt zu zeigen, damit die Aufmerksamkeit der Mutter zu lenken und sich durch Rückblicke ihrer Aufmerksamkeit zu vergewissern. Damit beginnt es die Mutter als Wesen mit einer eigenen Intentionalität zu erfassen, das heißt mit einer Perspektive, die von seiner eigenen verschieden ist (Tomasello 2002, Fuchs 2012a). Diese Perspektive der anderen wird in der Folge verinnerlicht zum reflexiven Selbstbewusstsein: Das Kind betrachtet nicht mehr nur äußere Objekte, sondern auch sich selbst mit den Augen anderer und wird sich so zum Objekt, das heißt, der eigene Leib wird zum „Körper-für-andere“ (Sartre 1962). Diese Perspektivenübernahme ist allerdings nicht nur eine kognitive Leistung, sondern schließt eine Reihe von „selbstreflexiven Emotionen“ ein wie Scham, Verlegenheit, Stolz oder Schuldgefühl, die auf einem internalisierten, bewertenden „Blick des anderen“ beruhen.

Somit ist das personale Selbst durch eine Reihe von eng miteinander verknüpften Fähigkeiten charakterisiert:

- durch die Fähigkeit, andere als intentionale Agenten zu verstehen und ihre Perspektive nachzuvollziehen (*Perspektivenübernahme*);
- durch ein höherstufiges Bewusstsein der eigenen Zustände und Erlebnisse (*introspektives oder reflexives Selbstbewusstsein*);
- des Weiteren durch die Fähigkeit, die eigenen Erfahrungen zu verbalisieren und zu kohärenten Geschichten zu verknüpfen (*narrative Identität*);
- schließlich durch ein begriffliches und autobiographisches Wissen von sich selbst (*Selbstkonzept*).

In all diesen Aspekten weist das personale Selbst eine inhärent *intersubjektive* und reziproke Struktur auf: Es konstituiert sich durch die fortwährende Beziehung zu anderen, in der Verknüpfung einer primär leib-zentrierten und einer sekundär allozentrischen Perspektive, die

von einer übergeordneten „exzentrischen Position“ aus integriert werden (Plessner 1975). So ist auch die narrative Identität an aktuelle oder potenzielle Zuhörer gebunden, ja die anderen sind immer auch Ko-Autoren unserer Lebensgeschichte (Carr 1986). Trotz dieser komplexen und dialektischen Struktur aber bleibt das erweiterte Selbst abhängig vom präreflexiven Selbstgewahrsein. Nur ein Wesen mit einem primären Selbsterleben ist in der Lage, sich selbst auch aus der Sicht der anderen zu sehen, Geschichten von sich zu erzählen und ein Selbstkonzept zu entwickeln. Daher betreffen Störungen des basalen Selbst immer auch das erweiterte oder personale Selbst.

## II. Schizophrenie als Selbststörung

Wenden wir uns nun auf dieser Grundlage der Schizophrenie zu. Wie bereits erwähnt, betrachten neuere phänomenologische Ansätze die Schizophrenie als eine grundlegende Störung des basalen Selbsterlebens oder der Ipseität (Sass u. Parnas 2003, Parnas 2003). Die damit verknüpfte Entfremdung der eigenen Leiblichkeit lässt sich auch im Begriff des „*disembodiment*“ zusammenfassen (Stanghellini 2004, Fuchs 2005, Fuchs u. Schlimme 2009). Er nimmt Bezug auf die Konzeptionen von verkörperter Subjektivität (*embodiment*), die sich gegenwärtig vor allem in den Kognitionswissenschaften verbreiten (Varela u. a. 1991, Gallagher 2005, Thompson 2007, Fuchs 2012b).

Die Grundstörung umfasst folgende Aspekte:

- a) eine Schwächung des primären leiblichen Selbsterlebens;
- b) eine Störung der impliziten Funktionen des Leibes, mit der Folge einer Entfremdung des Wahrnehmens und Handelns (ökologisches Selbst);
- c) eine Störung des zwischenleiblichen Kontakts mit anderen (soziales Selbst);
- d) dazu tritt schließlich eine Störung auf der Ebene des personalen Selbst, die die „exzentrische Position“ (Plessner 1975) und damit die Abgrenzung von Ich und Anderem betrifft.

Das Verständnis der Schizophrenie als *disembodiment* beruht auf dem grundlegenden Zusammenhang des präreflexiven Selbstseins mit der Leiblichkeit: Der gelebte Leib ist implizit oder stillschweigend in allen Gefühlen, Wahrnehmungen und Handlungen gegenwärtig; er trägt und vermittelt das alltägliche In-der-Welt- und Mit-anderen-Sein. Diese selbstverständliche leibliche Einbettung in die Welt geht in der Schizophrenie verloren. Man könnte sagen, die Patienten „bewohnen“ ihren Leib nicht mehr, eben im Sinne des vertrauten und gewohnten Lebensvollzugs, der an das Medium des Leibes gebunden ist. Damit wird die Schizophrenie zu einer *fundamentalen Störung der Person in ihrem Vermögen, sich durch ihre Leiblichkeit hindurch auf die gemeinsame Welt zu richten und an ihr teilzunehmen*.

*1. Primäres leibliches Selbst.* Die Störung des basalen Selbsterlebens manifestiert sich zunächst in einem oft schwer beschreibbaren Gefühl der mangelnden Lebendigkeit, der Leere, der fehlenden Anwesenheit und der Fremdheit in der Welt bis hin zur ausgeprägten Depersonalisation. Bereits Minkowski (1927) sah dementsprechend die Grundstörung der Schizophrenie in einem „Verlust des vitalen Kontakts mit der Realität“. Dies kann sich auch in Klagen

über eine mangelnde Klarheit oder Durchsichtigkeit des Bewusstseins äußern („wie in einem Nebel“). Der Verlust des grundlegenden Selbst- und Lebensgefühls durchdringt alle Bereiche des Erlebens und kann reflexiv nicht kompensiert werden:

„Ich muss mich ständig fragen, wer ich eigentlich bin [...] Darüber denke ich so viel nach, dass ich zu nichts anderem mehr komme. Es ist nicht leicht, wenn man sich von Tag zu Tag verändert. Als wenn man plötzlich eine völlig andere Person wäre.“ (de Haan u. Fuchs 2010)

„Es ist, als wäre ich kein Teil dieser Welt mehr [...] als wäre ich von einem anderen Planeten. Ich bin wie nicht existent.“ (Parnas u. a. 2005)

„Oft überkommt mich ein Gefühl von völliger Leere, als ob ich aufgehört hätte zu existieren.“ (Ebd.)

„Ich fühle mich allem gegenüber immer mehr taub, denn ich werde zu einem Objekt, und Objekte haben keine Gefühle.“ (McGhie u. Chapman 1961)

Häufige Folge dieses Selbstverlusts ist eine zwanghafte Selbstbeobachtung oder *Hyperreflexivität* (Sass 2000, Fuchs 2011), im Bemühen, die verlorene primäre Selbstgewissheit durch nachträgliche Überprüfung zu kompensieren:

„Sobald ihm ein Gedanke durch den Kopf ging, musste er seine Aufmerksamkeit zurück richten, um genau zu wissen, was er gedacht hatte. Er hatte Angst davor, er könnte für einen Moment zu denken aufhören, es könnte vielleicht einmal vorgekommen sein, dass ‚meine Vorstellung stillstand‘. Eines Nachts wachte er auf und fragte sich: ‚Denke ich eigentlich gerade? Da es nichts gibt, das beweist, dass ich denke, kann ich nicht wissen, ob ich existiere.‘“ (Parnas u. Handest 2003)

Vergeblich versucht der Patient, seine existenzielle Angst vor dem Selbstverlust durch ständige Selbstvergewisserung zu bannen. Die Gedanken bleiben zwar retentional bewusst, doch die Meinhaftigkeit, die sie im Moment ihrer ersten Präsentation auf Grund der Störung der basalen Selbstaffektion nicht angenommen haben, lässt sich durch nachträgliche Selbstzuschreibung nicht mehr herstellen. Das *cogito ergo sum* bleibt ein leerer Schluss, da das *cogito* selbst nicht mehr in das Medium des Lebensgefühls eingebettet ist.

2. *Ökologisches Selbst*. Die basale Störung des Selbsterlebens erfasst auch die leibräumliche oder ökologische Dimension, also die über den Leib vermittelte, sensomotorische Verbindung von Subjekt und Umwelt. Es kommt zu einer Entfremdung selbstverständlicher Handlungsvollzüge und Wahrnehmungen, die sich auch als *pathologische Explikation* bezeichnen lässt (Fuchs 2001, 2011).

Die Explikation des Selbstverständlichen ist an sich eine häufige Erfahrung. Wenn man eine Wahrnehmungsgestalt in ihre Einzelelemente auflöst, also diese Elemente expliziert, sieht man sozusagen den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. Betrachtet man zum Beispiel die Merkmale eines Gesichts einzeln oder aus zu großer Nähe, so geht die Wahrnehmung des Gesichtsausdrucks insgesamt verloren. Wiederholt man ein Wort mehrere Male und achtet dabei auf die einzelnen Silben, so wird es bald hohl klingen und seine gewohnte Bedeutung verlieren. Sucht man einen Druckfehler, kann man kaum gleichzeitig auf den Sinn des Textes achten. Ähnlich verhält es sich im Handeln: Fokussiert man sich dabei zu sehr auf ein Körperteil, so fungiert dieses nicht mehr als Komponente des impliziten Könnens. Ein Musiker, der

auf seine einzelnen Finger achtet, wird leicht einen Fehler machen, ebenso wie man stolpern kann, wenn man die einzelnen Schritte beim Treppenabwärtslaufen mitverfolgt. Allgemein gesprochen führt also die Rückwendung der Aufmerksamkeit vom Sinn zum Sinträger oder vom Ziel zum Mittel häufig zu einer Entfremdung und Desintegration gewohnter Vollzüge.

In der Schizophrenie geschieht nun eine pathologische Explikation. Gerade das Selbstverständliche, Gewohnte und Alltägliche wird unvertraut oder fremd; sonst unbeachtete Details oder unbewusste Handlungsabläufe treten explizit und irritierend in den Vordergrund. Diese Explikation erfasst zunehmend zentrale Lebensvollzüge, bis diese als gänzlich ich-fremd, ja schließlich als von außen gesteuert erlebt werden. Bevor wir diese Phänomene an Beispielen näher betrachten, wollen wir die Frage stellen, wie sie sich mit der Grundstörung der Ipseität in Zusammenhang bringen lassen.

Die sensomotorische Vermittlungsfunktion des Leibes ist an die Meinhaftigkeit der leiblichen Empfindungen und Bewegungen gebunden. Eine Störung der basalen Selbstaffektion muss daher zu einer Opazität des leiblichen Mediums führen. Um dies an einem alltäglichen Beispiel zu verdeutlichen: Verliert man auf Grund der Kompression eines Nerven vorübergehend die Empfindung in der eigenen Hand, so fühlt sie sich nicht nur taub oder kribbelnd an, sondern dient auch nicht mehr als geeignetes Medium des Tastens. Statt für die Struktur und Gestalt der betasteten Oberfläche „durchlässig“ zu sein, werden ihre Tastbewegungen ungenau, und ihre Empfindungen lassen den Betroffenen nur noch die Hand selbst als fremdes, verdinglichtes Objekt erleben – als Hindernis statt als Medium. Somit können wir sagen: Die Meinhaftigkeit der vermittelnden leiblichen Komponenten (etwa der taktilen, akustischen, kinästhetischen Empfindungen) macht sie für die intentionalen Akte des Wahrnehmens und Handelns transparent, ein Verlust der Meinhaftigkeit hingegen resultiert in einer zunehmenden Opazität und Verdinglichung des Mediums. Damit aber treten die vermittelnden Komponenten einzeln, störend und entfremdet hervor.

(a) Im *Handeln* äußert sich dies in einer zunehmenden Desintegration von leiblichen Gewohnheiten und automatischen Abläufen. In vielen Situationen gelingt es den Patienten nicht mehr, einen geschlossenen Handlungsbogen auszuführen und sich dabei auf selbstverständliche Weise ihres Leibes zu bedienen. Stattdessen müssen sie sich künstlich, durch Vorsätze oder Rituale, zu bestimmten Aktionen veranlassen:

„Seit einiger Zeit muss ich immer zuerst denken, wie ich etwas mache, bevor ich es dann mache. Wenn ich mich z. B. hinsetzen will, muss ich mir das erst überlegen und förmlich vorstellen, bevor ich es tue. Genauso ist es mit anderen Dingen wie Waschen, Essen und sogar Anziehen – alles was ich sonst gemacht habe, ohne mich überhaupt darum zu kümmern [...] Ich brauche viel mehr Zeit, weil ich mir ständig bewusst bin, was ich tue.“  
(McGhie u. Chapman 1961)

„Wenn ich etwas tun will wie etwa Wasser trinken, dann muss ich das im Detail durchgehen – einen Becher finden, hinübergehen, den Hahn aufdrehen, den Becher auffüllen, trinken.“ (Chapman 1966)

„Zeitweise konnte ich keinen Handgriff mehr machen, ohne darüber nachzudenken, wie ich das mache.“ (de Haan u. Fuchs 2010)

Die selbsttätigen, synthetischen Leistungen des Leibes zerfallen und müssen durch bewusste Planung und Ausführung ersetzt werden. Selbst geringfügige Handlungen bedürfen einer gezielten Willenstätigkeit, gewissermaßen einer „cartesischen“ Einwirkung des Subjekts

auf seinen Leib. Nicht von ungefähr sprechen die Patienten oft von einem Bruch zwischen ihrem Ich und ihrem Körper, fühlen sich innerlich ausgehöhlt oder wie leblose Roboter. Das Gefühl des Lebendigseins beruht darauf, ein verkörpertes Subjekt zu sein, das sich durch den eigenen Leib hindurch selbstverständlich auf die Welt richten kann. Diese stillschweigende mediale Funktion des Leibes zersetzt sich jedoch in der Schizophrenie.

(b) In der *Wahrnehmung* manifestiert sich die Entfremdung der Leiblichkeit in einer Störung der Fähigkeit, vertraute Gestalten und Muster zu erkennen, verbunden mit einer Fragmentierung des Wahrgenommenen und einer Überfülle von Details. Auch hier kommt es also zu einer pathologischen Explikation:

„Ich muss mir die Dinge im Kopf zusammensetzen. Wenn ich meine Uhr anschau, sehe ich die Uhr, das Uhrband, das Zifferblatt, die Zeiger usw., und dann muss ich das zu einem Ganzen zusammensetzen.“ (Chapman 1966)

„Alles ist wie zerstückelt, und man muss ein Bild daraus machen, wie ein Foto, das in Teile zerrissen ist und wieder zusammengesetzt wird. Wenn ich mich bewege, dann ist es wieder ein neues Bild, das ich zusammensetzen muss.“ (McGhie u. Chapman 1961)

„Ich bemerke so viel mehr von den Dingen und muss sie die ganze Zeit anschauen. Nicht nur die Farbe der Dinge fasziniert mich, sondern alle kleinen Details wie etwa die Kratzer auf einer Oberfläche ziehen meine Aufmerksamkeit auf sich.“ (McGhie u. Chapman 1961)

Die Auflösung von Gestaltzusammenhängen resultiert in einem Verlust vertrauter Bedeutsamkeiten und führt so zu einer grundlegenden Fragwürdigkeit der wahrgenommenen Welt:

„Manchmal dachte ich auch über Worte nach, warum jetzt ‚Stuhl‘ ‚Stuhl‘ heißt zum Beispiel, oder solche Dinge.“ (de Haan & Fuchs 2010)

„Ein Patient denkt über selbstverständliche Dinge nach: Warum ist das Gras grün, warum haben die Ampeln drei Farben?“ (Parnas u. Handest 2003)

„Nichts ist relativ – das heißt, es gibt überhaupt keine Beziehung zwischen den Dingen in der Welt.“ (de Haan u. Fuchs 2010)

„Alle existenziellen Fragen verwirren sich in meinem mentalen System. Ich verstehe das Leben nicht. So viele Fragen, so wenig Erklärungen! Warum leben wir überhaupt?“ (Ebd.)

Mit zunehmender Entfremdung der Wahrnehmung von ihrem intentionalen Gehalt kann schließlich das Wahrnehmen als solches zu Bewusstsein kommen, und der Patient wird gleichsam zum Zuschauer seines eigenen Sehens.

„Ich merke, wie meine Augen die Dinge sehen.“ (Stanghellini 2004)

„Ich sah alles wie durch eine Filmkamera.“ (Sass 1992, 132)

„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 u. Fuchs 2010)



Das Subjekt gerät hier in eine Position außerhalb der Welt; es wird buchstäblich zum Homunculus im Kopf, der seine eigenen Wahrnehmungen wie projizierte Bilder betrachtet. Wird diese Entfremdung des Wahrnehmens von den Patienten nicht mehr als autochthone Störung erkannt, so führt dies schließlich zur paranoiden Externalisierung, das heißt, die Veränderung der wahrgenommenen Welt wird fremden oder imaginären Agenten wahnhaft zugeschrieben. Einen Übergang dazu zeigt das folgende Beispiel:

„Es kam mir immer unwirklicher vor, wie ein fremdes Land [...] Dann kam also die Idee, das ist doch gar nicht mehr deine alte Umgebung [...] es könnte ja gar nicht mehr 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.)

3. *Soziales Selbst*. Wie bereits erwähnt, vermittelt der Leib auch die praktischen Fähigkeiten des Umgangs mit anderen, die intuitiven Formen des sozialen Verstehens und Verhaltens vor dem Hintergrund der gemeinsamen Situationen. Dieses implizite Beziehungswissen ist auch die Grundlage des „Common Sense“, das heißt des praktischen Sinns für das in einer Kultur oder Gesellschaftsschicht Übliche, Angemessene und Schickliche – ein Sinn, der nicht durch explizites Regellernen, sondern im Zuge zwischenleiblicher Interaktionen als Habitus erworben wird.

Wenn nun in der Schizophrenie die leibliche Einbettung in die Welt verloren geht, muss sich dies auch in einer grundlegenden Entfremdung der Intersubjektivität äußern. An die Stelle des Mitseins mit anderen tritt ein Grundempfinden der Getrenntheit. Statt am Fluss der alltäglichen Interaktionen teilzunehmen, bleiben die Patienten in einer isolierten Beobachterposition und haben Schwierigkeiten, die Bedeutungen und Sinnbezüge der gemeinsamen Lebenswelt zu erfassen. Eine schizophrene Patientin Blankenburgs hat diese subtile Entfremdung als „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ beschrieben:

„Jeder Mensch muss wissen, wie er sich verhält, hat eine Bahn, eine Denkweise. Sein Handeln, seine Menschlichkeit, seine Gesellschaftlichkeit, alle diese Spielregeln, die er ausführt: Ich konnte sie bis jetzt noch nicht so klar erkennen. Mir haben die Grundlagen gefehlt.“ – „Mir fehlt eben, dass, was ich weiß, dass ich das auch im Verkehr mit anderen Menschen – so selbstverständlich [...] weiß. Das kann ich dann eben nicht. Da ist mir vieles fremd. [...] Und auch ebenso die Denkart, so das Einfache, das Einfachste. Jeder Mensch ist doch etwas. Jeder bewegt sich doch in einer Bahn. Das ist eben bei mir nicht der Fall. Einfach um das Leben geht es, um ein richtiges Leben-Führen, dass man nicht [...] so außerhalb der Gesellschaft, so ausgestoßen ist und so.“ (Blankenburg 1971, 42 f.)

Wiederum vermag also das explizite *Wissen, dass ...* das implizite *Wissen, wie ...* nicht zu ersetzen. Gerade solche Dinge werden für die Patienten zum Problem, so Blankenburg, „[...] die sich rational nicht eindeutig bestimmen lassen, die Sache des ‚Feingefühls‘ sind“ – welches Kleid man trägt, wie man jemanden anspricht, sich entschuldigt etc. (ebd., 82). Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit „[...] macht sich vor allem [...] in den unzähligen kleinen Verrichtungen des Alltags bemerkbar, ergreift aber darüber hinaus die gesamte Lebensorientierung“ (ebd., 80). Er ist letztlich gleichbedeutend mit einer Störung der intersubjektiven Konstitution der Lebenswelt, die in Ansätzen bis in die Kindheit zurückreichen kann:

„Als ich klein war, beobachtete ich immer meine kleinen Cousinen, um zu verstehen, wann der richtige Moment zum Lachen war, oder wie sie es anstellten zu handeln, ohne vorher darüber nachzudenken [...] Seit meiner Kindheit versuche ich zu verstehen, wie die anderen funktionieren, und bin daher gezwungen, den *kleinen Anthropologen* zu spielen.“ (Stanghellini 2004, 115)

Den Patienten drängt sich gerade das als unabweisbares Problem auf, was der Gesunde *vergessen* hat, weil er es schon gewohnt war, bevor er danach fragen konnte: wie es möglich ist, mit anderen umzugehen, zu handeln, zu leben. Es mangelt ihnen an dem impliziten Beziehungswissen, das von der frühen Kindheit an den Umgang mit anderen leitet (Fuchs 2001). Stattdessen müssen sie die Beziehungen zu anderen durch bewusste Anstrengungen herstellen, was zu einer ständigen Überlastung und schließlich zu autistischem Rückzug führt.

4. *Personales Selbst*. Die Störung des basalen Selbsterlebens wirkt sich auch auf die Ebene des personalen Selbst aus, das sich mit der Internalisierung der Perspektive der anderen auf das primäre leibliche Selbst herausbildet. Denn sowohl die Konstitution des personalen Selbst als auch seine Abgrenzung von den anderen, die das Subjekt gleichfalls als Personen mit ihrer je eigenen Bewusstseinssphäre erfasst, bleiben an die Verankerung in der eigenen Leiblichkeit gebunden. Daher resultieren aus der primären Beeinträchtigung des leiblichen Selbsterlebens auch Störungen der Ich-Demarkation oder der Abgrenzung von Selbst und Anderem:

„Wenn ich jemanden ansehe, ist meine Persönlichkeit in Gefahr. Ich erlebe eine Umwandlung, und mein Selbst beginnt sich aufzulösen.“ (Chapman 1966)

„Wenn ich in der Bahn fahre, haben die Blicke der Menschen 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)

„Ein junger Mann war in Gesprächen oft verwirrt, da er nicht mehr zwischen sich und dem Gesprächspartner unterscheiden konnte. Er begann den Sinn dafür zu verlieren, wessen Gedanken von wem stammten, und hatte das Gefühl, als ob der andere irgendwie in ihn ‚eindringe‘.“ (Parnas 2003, 232)

Offenbar wird das „Bewusstsein des Bewusstseins anderer“ für die Patienten zu einer Bedrohung des eigenen Selbst, das sie in der Begegnung nicht mehr behaupten können. Betrachten wir noch ein weiteres Beispiel:

„Wenn ich in einen Spiegel sehe, weiß ich nicht mehr, ob ich hier mich dort im Spiegel sehe oder ich dort im Spiegel mich hier sehe. [...] Sehe ich einen anderen im Spiegel, so vermag ich ihn nicht mehr von mir zu unterscheiden. In einem schlechteren Befinden geht auch der Unterschied zwischen mir selbst und einem wirklichen anderen verloren. [...] Ich weiß nicht, ob sich das Innere nach außen kehrt oder das Äußere nach innen. [...] Ob es nicht zwei Ichs gibt?“ (Kimura 1994)

Hier ist es gerade die Virtualität des Spiegelbildes, die das Selbst aus seiner Verankerung wirft. Für den Patienten gibt es keinen Unterschied mehr zwischen dem leiblichen Selbst, das hier in den Spiegel sieht, und seinem virtuellen Bild, das er dort im Spiegel sieht. Er kann seine Zentrierung im Leib nicht mehr aufrechterhalten, und dies überträgt sich auf die Wahrnehmung anderer. Denn jede Begegnung und Interaktion mit anderen beruht auf der Fähigkeit,

zwischen der eigenen, verkörperten Perspektive und der virtuell eingenommenen Perspektive des anderen zu wechseln und *zugleich zu unterscheiden*, also sich selbst gegenüber dem anderen zu behaupten. Mit anderen Worten: Man muss in der Lage sein, die egozentrische und die allozentrische Perspektive zu integrieren, ohne das eigene leibliche Zentrum zu verlieren. Pointiert gesagt, impliziert jede Perspektivenübernahme schon einen potenziellen Selbstverlust, der aber *in statu nascendi* aufgehoben wird (Blankenburg 1965). Diese Flexibilität und Sicherheit des Perspektivenwechsels zu erwerben, ist ein entscheidender Schritt der kindlichen Entwicklung im 2. und 3. Lebensjahr. Es erlangt damit die „exzentrische Position“ (Plessner 1975), die die primäre, leibzentrierte und die sekundäre, dezentrierte Perspektive in Spannung zueinander bestehen lässt und zugleich integriert.

Es ist nun diese dialektische Spannung der exzentrischen Positionalität, die der schizophrene Patient in der Begegnung mit anderen nicht mehr aufrechterhalten kann. Da seine Verankerung im leiblichen Zentrum verloren geht, werden die beiden Perspektiven nicht mehr *integriert*, sondern *konfundiert*. Damit geraten die Patienten in eine entkörperte, imaginäre und wahnhafte Perspektive, die von außen oder von den anderen her auf sie selbst gerichtet ist. Alle scheinen von ihnen zu wissen, alles scheint sich auf sie zu beziehen, weil sie sich ihrer selbst nicht mehr inne sind, sondern sich nur noch von außen her sehen – gleichsam verloren auf einer exzentrischen Umlaufbahn. Gerade weil sie ihr leibliches Zentrum verlieren, werden sie zum vermeintlichen Zentrum aller fremden Blicke und Intentionen. Der „Kurzschluss“ der beiden Perspektiven kann auch zum Wahn der *Gedankenausbreitung* führen: Alle Gedanken des Patienten scheinen den anderen schon bekannt zu sein, denn zwischen seinem eigenen Bewusstsein und dem der anderen besteht kein Unterschied mehr.

Wie sich zeigt, liegt die Voraussetzung für die Störung der Ich-Demarkation in der dialektischen Struktur der Intersubjektivität. Andere als intentionale Wesen oder Personen zu erkennen und seiner selbst als abgegrenzte Person bewusst zu sein, beruht gleichermaßen auf der exzentrischen Position. Geht aber die leibliche Verankerung des Selbst verloren, so kann die Spannung dieser Position nicht aufrechterhalten werden; es kommt zu einer Vermischung der beiden Perspektiven und damit zu einer Auflösung der Grenzen von Ich und Anderem.

Daher manifestiert sich die Erkrankung zum ersten Mal häufig in Situationen sozialer Exponierung oder emotionaler Öffnung zu anderen Menschen, wenn es also in besonderer Weise darum geht, den Perspektivenwechsel ohne Selbstverlust durchzuhalten und die eigene Intentionalität zu behaupten – etwa beim Auszug aus dem Elternhaus, beim Beginn einer ersten intimen Beziehung oder beim Eintritt ins Berufsleben. In diesen Situationen können die Patienten ihre primäre Eigenperspektive einbüßen und sich nach und nach von allen Seiten beobachtet, verfolgt oder beeinflusst erleben. Damit ist es gerade die zentrale Fähigkeit des Menschen, die Perspektive des anderen einzunehmen, die ihn anfällig macht für den Verlust seines personalen Selbst in der Schizophrenie.

Zwei hauptsächliche psychopathologische Folgen dieses Verlusts lassen sich im weiteren Verlauf unterscheiden: Zum einen ist der schizophrene Autismus wesentlich mitbedingt durch einen Rückzug aus der bedrohlichen Sphäre der Intersubjektivität in eine eigenweltliche persönliche Nische. Zum anderen lässt sich auch der schizophrene Wahn als eine idiosynkratisch gebildete und zugleich erstarrte Sichtweise auffassen, die den Patienten davor bewahrt, von der Übermacht der fremden Intentionalität überwältigt zu werden. In beiden Fällen kann sich das Selbst nur um den Preis einer massiven Einschränkung und Deformation der Intersubjektivität aufrechterhalten.

#### IV. Schluss

Die Grundstörung der Schizophrenie lässt sich als eine Schwächung des basalen Selbstge-wahrseins beschreiben, die zunächst das präreflexive, selbstverständliche In-der-Welt-Sein erfasst. Die sonst durch den Leib stillschweigend vermittelten Lebensvollzüge verlieren ihre Meinhaftigkeit und damit ihre Transparenz. Es kommt zu einer „Entkörperung“, das heißt zu einer pathologischen Explikation der sonst impliziten Funktionen des Leibes. Die „vermittelte Unmittelbarkeit“ (Hegel) und damit Selbstverständlichkeit der Beziehung zur Welt geht verloren. Gewohnte Handlungssequenzen zersetzen sich und müssen nun eigens geplant oder gezielt „gemacht“ werden. Integrale Wahrnehmungsgestalten lösen sich auf, störende Details treten in den Vordergrund, und die wahrgenommene Welt verliert zunehmend ihre vertrauten Sinnbezüge. Schließlich werden auch die Beziehungen zu den anderen fragwürdig, und die fraglose Teilnahme an der gemeinsamen Lebenswelt und ihrem „Common Sense“ misslingt. Im Gegenteil, die sozialen Interaktionen mit anderen können für die Patienten bedrohlich werden, wenn sie nämlich ihr personales Selbst gegenüber den anderen nicht mehr zu behaupten und abzugrenzen vermögen. Vergeblich versuchen sie, diese verschiedenen Formen von Entfremdung und Selbstverlust durch zwanghafte Selbstbeobachtung, Hyperreflexivität und bewusste Steuerung des eigenen Tuns zu kompensieren.

Der zunehmende Rückzug des Selbst aus der medialen Sphäre der Leiblichkeit lässt, wie wir sahen, entfremdete Wahrnehmungs- und Handlungsfragmente zurück, die nicht mehr vom Selbst „bewohnt“ sind. Die Patienten stehen gewissermaßen außerhalb ihrer eigenen Wahrnehmungen und Handlungen, während diese sich zunehmend zersetzen. In der akuten Psychose – dies kann hier nur noch angedeutet werden – steigert sich die zuvor noch schleichende Entfremdung zum Erlebnis vollständiger Selbstentmächtigung. Nun treten den Patienten die entfremdeten Bruchstücke des eigenen Wahrnehmens, Denkens und Handelns wie von außen gegenüber, als scheinbar von anonymen Mächten ausgelöste Empfindungen, gesteuerte Bewegungen oder eingegebene Gedanken:

„Zuerst habe sie nur Schwierigkeiten bei der Hausarbeit bemerkt. Da sei ihr dauernd etwas dazwischengekommen, andere Gedanken, aber auch störende Bewegungen. So sei sie sich mitten im Kochen plötzlich mehrmals hintereinander mit der Hand an die Stirn gefahren [...] Die Bewegungen seien ganz von selbst abgelaufen, sie habe überhaupt keine Gewalt darüber gehabt [...] Von da an habe sie jede ihrer Bewegungen genau beobachtet und dabei bemerkt, dass sie wirklich ‚wie ein Roboter‘ herumgelaufen sei“. – „Sie sei inzwischen überzeugt, dass außerirdische Mächte in der Lage seien, sie zu kontrollieren und dabei auch ihre Bewegungen zu steuern [...] [Sie sei] unter diesen Einflüssen richtig zu einer ‚Marionette‘ geworden.“ (Klosterkötter 1988, 163)

„Ich bin wie ein Roboter, den jemand anderes bedienen kann, aber nicht ich selbst. Ich weiß, was zu tun ist, kann es aber nicht tun.“ (McGhie und Chapman 1961)

„Ich konnte nicht mehr denken, wie ich wollte [...] Es war, wie wenn einer gar nicht mehr selber denkt, an seinem eigenen Denken gehindert wird. Als wenn die Ideen von außen kämen [...] Ich fing an zu überlegen, bin ich das noch oder bin ich eine ausgetauschte Person.“ (Klosterkötter 1988, 111)

Mit der Abspaltung des basalen Selbst vom eigenen Leib wird er zu einem äußerlichen, verdinglichten Apparat, der von fremden Kräften und Wesen gesteuert wird. Das gleiche gilt für

die Gedanken, wenn sie nicht mehr in die Selbstaffektion des Erlebens eingebettet sind: Sie erscheinen als eingegebene, gemachte Gedanken, oder sie werden, bei noch weitergehender Entfremdung, zu akustischen Halluzinationen, das heißt „Stimmen“. Die so genannten „produktiven“ Symptome der akuten Psychose (Ich-Störungen, Beeinflussungswahn, Halluzinationen) stellen somit Externalisierungen vollständig entfremdeter und als solcher nicht mehr erkannter Eigentätigkeiten dar, die sich den Patienten von außen her entgegenstellen.

Das Konzept des leiblichen oder verkörperten Selbst erlaubt es, die vielfältigen und zunächst heterogen anmutenden Symptome der Schizophrenie wie dargestellt unter einem integrierenden Blickwinkel zu betrachten. Es kann als Paradigma für eine Psychopathologie dienen, welche die Beziehungen der Person zu ihrer Welt auf allen Ebenen als durch das Medium des Leibes vermittelt auffasst. Unter dieser Voraussetzung lassen sich psychische Krankheiten nicht mehr in einem individuellen Innenraum, sei es der Psyche oder des Gehirns, lokalisieren. Sie sind vielmehr Störungen der leiblichen und zwischenleiblichen Existenz – Störungen des In-der-Welt- und Mit-anderen-Seins.

*Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs, Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Voß-Straße 4, 69115 Heidelberg*

## Literatur

- Berze, J. (1914), Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hypophrenien überhaupt, Leipzig/Wien.
- Blankenburg, W. (1965), Zur Differentialphänomenologie der Wahrnehmung, in: *Nervenarzt*, 36, 285–298.
- Ders. (1971), Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien, Stuttgart.
- Bleuler, E. (1911), *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig/Wien.
- Ders. (1983), *Lehrbuch der Psychiatrie*, 15. Aufl., bearbeitet v. M. Bleuler, Berlin.
- Carr, D. (1986), *Time, Narrative, and History*, Bloomington.
- Chapman, J. (1966), The early symptoms of schizophrenia, in: *British Journal of Psychiatry*, 112, 225–251.
- Damasio, A. R. (1999), *The feeling of what happens*, San Diego.
- de Haan, S. u. Fuchs, Th. (2010), The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia. Two case studies, in: *Psychopathology*, 43, 327–333.
- Fuchs, Th. (2000), *Psychopathologie von Leib und Raum*, Darmstadt.
- Ders. (2001), The tacit dimension. Commentary to W. Blankenburg's „Steps towards a psychopathology of common sense“, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8, 323–326.
- Ders. (2005), Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 95–107.
- Ders. (2011), Psychopathologie der Hyperreflexivität, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 59, 565–576.
- Ders. (2012a), The phenomenology and development of social perspectives. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* (online-first).
- Ders. (2012b), *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine ökologisch-phänomenologische Konzeption*, 4. Aufl., Stuttgart.

- Ders. u. Schlimme, J. (2009), Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective, in: *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 570–575.
- Gallagher, S. (2000a), Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science, in: *Trends in Cognitive Science*, 4, 14–21.
- Ders. (2005), *How the Body Shapes the Mind*, Oxford/New York.
- Griesinger, W. (1861), *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Stuttgart.
- Henry, M. (1963), *L'essence de la manifestation*, Paris.
- Husserl, E. (1969), *Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins [1893–1917]*, hg. v. R. Boehm, *Husserliana*, Bd. 10, Den Haag.
- Jaspers, K. (1973), *Allgemeine Psychopathologie*, 9. Aufl. (nach der unveränderten 4. Aufl. v. 1946), Berlin.
- Kimura, B. (1994), Psychopathologie der Zufälligkeit oder Verlust des Aufenthaltsortes beim Schizophrenen, in: *Daseinsanalyse*, 11, 192–204.
- Klosterkötter, J. (1988), *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*, Berlin.
- Kraepelin E. (1913), *Klinische Psychiatrie*, Teil 2, 8. Aufl., Leipzig.
- McGhie, A. u. Chapman, J. (1961), Disorders of attention and perception in early schizophrenia, in: *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103–116.
- Meltzoff, A. N. u. Moore, M. K. (1977), Imitation of facial and manual gestures by human neonates, in: *Science*, 198, 74–78.
- Dies. (1989), Imitation in newborn infants: exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms, in: *Developmental Psychology*, 25, 954–962.
- Merleau-Ponty, M. (1966), *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin.
- Ders. (2003), *Das Auge und der Geist*, Hamburg.
- Minkowski, E. (1927), *La schizophrénie*, Paris.
- Nagel, T. (1994), Wie es ist, eine Fledermaus zu sein, in: M. Frank (Hg.), *Analytische Theorien des Selbstbewusstseins*, Frankfurt/M., 135–152.
- Neisser, U. (1988), Five Kinds of Self-Knowledge, in: *Philosophical Psychology*, 1, 35–39.
- Nickel, H. (1993), Pränatale und perinatale Entwicklungsforschung auf der Grundlage ökologisch-systemischer Entwicklungstheorien, in: H. Nickel (Hg.), *Psychologie der Entwicklung und Erziehung*, Pfaffenweiler, 6–14.
- Parnas, J. (2003), Self and schizophrenia: a phenomenological perspective, in: T. Kircher u. A. David, *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge, 217–241.
- Ders. u. a. (2005), EASE: Examination of Anomalous Self-Experience, in: *Psychopathology*, 38, 236–258.
- Plessner, H. (1975), *Die Stufen des Organischen und der Mensch*, Berlin.
- Rochat, P. (2004), The emergence of self-awareness as co-awareness in early child development, in: D. Zahavi u. a. (Hg.), *The structure and development of self-consciousness*, Philadelphia.
- Saks, E. R. (2007), *The center cannot hold. My journey through madness*, New York.
- Sartre, J.-P. (1962), *Das Sein und das Nichts*, Reinbek bei Hamburg.
- Sass, L. A. (2000), Schizophrenia, self-experience, and so-called negative symptoms. In *Exploring the self: Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience*, hg. v. D. Zahavi, Amsterdam, 149–182.
- Ders. u. Parnas, J. (2003), Schizophrenia, consciousness, and the self, in: *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427–444.
- Schindler, S. (1987), Das Bild vom Ungeborenen. Zum Konzept einer Entwicklungspsychologie der Pränatalzeit, in: P. Fedor-Freybergh (Hg.), *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin*, Älvsjö.

- Stanghellini, G. (2004), *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*, Oxford.
- Stern, D. N. (1998), *Die Lebenserfahrungen des Säuglings*, 6. Aufl., Stuttgart.
- Ders. (1998), *Die Lebenserfahrungen des Säuglings*, 6. Aufl., Stuttgart.
- Thompson, E. (2007), *Mind in life. Biology, phenomenology, and the sciences of mind*, Cambridge/Mass.
- Tomaselto, M. (2002), *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition*, Darmstadt.
- Trevarthen, C. (1998), *Language development: mechanisms in the brain*, in: G. Adelman u. B. Smith (Hg.), *Encyclopedia of neuroscience*, 2. Aufl., Amsterdam, 1018–1026.
- Varela, F. u. a. (1991), *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*, Cambridge/Mass.

### Abstract

Current phenomenological approaches consider schizophrenia as a fundamental disturbance of the embodied self, or a *disembodiment*. This includes (1) a weakening of the basic sense of self, (2) a disruption of implicit bodily functioning, and (3) a disconnection from the intercorporeality with others. As a result of this disembodiment, the pre-reflective, practical immersion of the self in the shared world is lost. Instead, the relationship of self and world is in constant need of reconstruction by deliberate efforts, leading to the growing perplexity and hyperreflexive ruminations that are found in schizophrenic patients. The paper distinguishes different levels of self-experience and relates it to the psychopathology of schizophrenia.