

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg
(Geschäftsführende Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. Sabine Herpertz)
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
(Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Sabine Herpertz)

**Zur Bedeutung intersubjektiver Anerkennung für die
Entstehung und Therapie von Schizophrenien –
phänomenologische und sozialpsychiatrische Beiträge**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)
an der
Medizinischen Fakultät Heidelberg
der
Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von
Lukas Benjamin Iwer-Docter

aus
Potsdam

2023

Dekan: Herr Prof. Dr. rer. nat. Michael Boutros

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs

Inhalt

1	Einleitung.....	5
1.1	Heutige Diskussionen um das psychiatrische Schizophrenie-Konzept.....	6
1.2	Zur anthropologischen Bedeutung von Anerkennung	8
1.3	Theoretischer Hintergrund	10
1.3.1	Sozialpsychiatrie.....	10
1.3.2	Phänomenologie.....	12
1.3.3	Kritische Theorie.....	15
1.4	Methodologie	19
1.5	Aufbau der Arbeit.....	20
2	Psychiatrische Aspekte der Schizophrenie	23
2.1	Symptome der Schizophrenie.....	23
2.1.1	Positivsymptome	23
2.1.2	Negativsymptome.....	24
2.1.3	Ich-Störungen.....	26
2.2	Begriffsgeschichte von Schizophrenie und Psychosen	26
2.3	Diagnostische Klassifikation von Schizophrenien	31
2.4	Epidemiologische Aspekte.....	32
2.5	Befunde zu Verläufen von Schizophrenien	33
2.6	Biopsychosoziale Aspekte zur Entstehung und Therapie der Schizophrenie	36
2.6.1	Biologische Aspekte	36
2.6.2	Psychologische Aspekte.....	38
2.6.3	Soziale Aspekte.....	42
2.7	Zusammenfassung	44
3	Zur Phänomenologie schizophrener Erfahrungen.....	46
3.1	Basale Erfahrungsstrukturen der Subjektivität: Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Intersubjektivität	46
3.2	Schizophrenie als Veränderung des basalen Selbsterlebens.....	49
3.3	Zeitlichkeit in der Schizophrenie	56
3.4	Intersubjektive Aspekte schizophrener Erfahrung	58
3.4.1	Intersubjektive Aspekte der Entstehung schizophrener Erlebens.....	61
3.4.2	Phänomenologische Vorüberlegungen für psychosoziale Therapien	63
3.5	Zwischenfazit.....	65

4	Phänomenologie der Anerkennung.....	67
4.1	Zur Begriffsstruktur von Anerkennung.....	67
4.2	Ideengeschichte des philosophischen Anerkennungsbegriffs	68
4.2.1	Kants Konzept der Achtung	69
4.2.2	Anerkennung bei Hegel	69
4.2.3	Kämpfe um Anerkennung im 20. Jahrhundert.....	71
4.3	Theoretischer Hintergrund einer Phänomenologie der Anerkennung.....	72
4.3.1	Anerkennung als Voraussetzung für Selbstbestimmung	72
4.3.2	Soziale Kontexte von Anerkennung	74
4.3.3	Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes der Anerkennungstheorien.....	75
4.4	Phänomenologie der Anerkennung.....	76
4.4.1	Anerkennung als Haltung	76
4.4.2	Anerkennung in zwischenmenschlichen Beziehungen.....	81
4.5	Erich Wulffs intersubjektive Anerkennungstheorie der Schizophrenie	87
4.6	Zwischenfazit.....	91
5	<i>Social Defeat</i> : Missachtung und schizophrene Erfahrung	93
5.1	Sozialpsychiatrische Befunde zu sozialen Risikofaktoren für die Entstehung von Schizophrenien.....	93
5.1.1	Trauma	93
5.1.2	Armut.....	94
5.1.3	Migration und Rassismus.....	95
5.1.4	Cannabis-Konsum	95
5.1.5	Urbanität.....	96
5.1.6	Trans*personen	97
5.1.7	Stigmatisierung.....	97
5.2	<i>Social Defeat</i> und Missachtung.....	97
5.3	<i>Social Defeat</i> und schizophrene Erleben	102
5.3.1	Psychiatisierung psychotischer Erfahrung	102
5.3.2	Rassismus.....	108
5.3.3	Wohnungslosigkeit.....	113
5.4	Zwischenfazit: Schizophrenie und <i>Social Defeat</i>	119

6	Anerkennung in psychosozialen Hilfsangeboten für Schizophrenien.....	121
6.1	Soteria	121
6.1.1	Haltung der Anerkennung in der Soteria.....	125
6.1.2	<i>Dabeisein</i> als wechselseitige Anerkennung	126
6.2	Psychosen-Psychotherapie	130
6.2.1	Psychosen-Psychotherapeutische Grundhaltungen.....	131
6.2.2	Die Grundhaltung in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie.....	133
6.2.3	Die Behandlungstechnik in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie	134
6.2.4	Anerkennung in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie.....	140
6.3	Trialog	142
6.3.1	Anthropologie im Trialog.....	144
6.3.2	Kognitive Anerkennung: Eine Phänomenologie des Trialogs	145
6.4	Zwischenfazit: Die therapeutische Bedeutung von Anerkennung.....	149
7	Diskussion und Fazit.....	151
7.1	Zusammenfassung der Befunde.....	151
7.2	Theoretische Diskussion.....	152
7.3	Methodische Diskussion	155
7.4	Empirische Diskussion.....	157
8	Zusammenfassung der Arbeit.....	160
9	Literatur	162
10	Eigene Veröffentlichungen	192
11	Danksagung.....	194
12	Eidesstattliche Versicherung	196

1 Einleitung

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet, welche Rolle die Kategorie der intersubjektiven Anerkennung für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien spielen könnte. Diese Forschungsfrage verknüpft dabei zwei parallele Forschungskontexte, die in der wissenschaftlichen Debatte um das Verständnis von Schizophrenien erst seit kurzem verknüpft werden (de Haan und Fuchs 2021; Thoma et al. 2022): So liegt heute eine Vielzahl aktueller sozialpsychiatrischer Befunde vor, die die Bedeutung sozialer Einflüsse für die Entstehung von Schizophrenien (Selten et al. 2013; van Os et al. 2010; Varchmin et al. 2021) und die Wirksamkeit psychosozialer Hilfsangebote bei Schizophrenien aufzeigen (DGPPN 2019a; McDonagh et al. 2022). Gleichzeitig fokussieren auch jüngere Forschungsarbeiten in der Phänomenologischen Psychiatrie den Einfluss sozialer Faktoren auf die Genese und Therapie des veränderten Selbst-, Welt- Fremderlebens in der Schizophrenie (Fuchs 2023a; Škodlar und Henriksen 2019; Thoma 2018; Van Duppen 2020).

Die Verknüpfung dieser aktuellen sozialpsychiatrischen und phänomenologischen Forschungsarbeiten erfolgt in der vorliegenden Arbeit mithilfe des aus der Kritischen Theorie stammenden Konzepts der intersubjektiven Anerkennung (Benjamin 2019; Honneth 2003b; Honneth 2011). Erfahrungen von Anerkennung wird in dieser Theorietradition eine große Bedeutung für die psychische Gesundheit und die Selbstbestimmung zugesprochen, während das Fehlen von Anerkennung sich ihr zufolge in Phänomenen der Missachtung manifestiert, z.B. in sozialer Ausgrenzung und Unsichtbarkeit, Stigmatisierung oder Gewalt. Das Anerkennungskonzept ist anschlussfähig an phänomenologische Forschungsanliegen, da es subjektive Erfahrungen von Anerkennung und Missachtung in den Vordergrund stellt und deren Struktur präzise beschreibt. Zudem lassen sich sozialpsychiatrische Fragestellungen in das Anerkennungskonzept integrieren, da den sozialen Kontexten eine hohe Bedeutung dafür beigemessen wird, welche Personen oder welche Eigenschaften an ihnen in welchen Kontexten anerkannt oder missachtet werden.

Die in dieser Arbeit entwickelte Phänomenologie der Anerkennung im Zusammenhang mit der Entstehung und Therapie von Schizophrenien bietet neue Perspektiven auf die gegenwärtigen Debatten in der Sozialpsychiatrie und Phänomenologie. Die sozialpsychiatrischen Forschungsbefunde werden durch eine Erfahrungsperspektive ergänzt, die ein besseres Verständnis der sozialen und psychischen Mechanismen von Anerkennung bzw. Missachtung ermöglicht (Selten und Ormel 2023; Varchmin et al. 2021). Die phänomenologische Debatte hingegen wird durch in der Phänomenologischen Psychiatrie bislang wenig diskutierte Phänomene im Feld der Schizophrenien (Psychiatisierung, Rassismus, Wohnungslosigkeit) angereichert, die

ein umfassenderes Bild der wesentlichen Aspekte schizophrener Erlebens bieten, das maßgeblich durch intersubjektive Faktoren geprägt ist (de Haan und Fuchs 2021; Thoma et al. 2022; Van Duppen 2020).

In der folgenden Einleitung zur Bedeutung intersubjektiver Anerkennung im Kontext von Schizophrenien wird der heutige fachliche und gesellschaftliche Kontext des Schizophrenie-Konzepts skizziert. Daraufhin folgt eine Übersicht über wesentliche Grundlinien gegenwärtiger Anerkennungstheorien, die deren Relevanz für das sozialpsychiatrische und phänomenologische Verständnis von Schizophrenien deutlich macht. Im Anschluss daran werden die zentralen theoretischen Ansätze für die vorliegende Arbeit vorgestellt: die Sozialpsychiatrie, die Phänomenologie sowie die Kritische Theorie. Anschließend daran wird die phänomenologische Methodologie der Arbeit konkreter beschrieben, bevor eine Zusammenfassung der einzelnen Abschnitte der Arbeit gegeben wird.

1.1 Heutige Diskussionen um das psychiatrische Schizophrenie-Konzept

Das Verständnis des psychiatrischen Konzepts der „Schizophrenie“ hat sich seit seiner Einführung durch Eugen Bleuler (1911) stark gewandelt. Lange Zeit galt in der Psychiatrie die Annahme, dass Schizophrenien vornehmlich biologisch bedingt seien und daher kein verstehender und psychosozialer Zugang zum Erleben der Betroffenen möglich sei (Jaspers 1965). Mit dem biologischen Störungsmodell ging auch eine schlechte Prognose zum Verlauf der Schizophrenie einher, die vom deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1913) als „natürliche Krankheitseinheit“ konzipiert wurde und mit einer „vorzeitigen Verblödung“ (*dementia praecox*) der Betroffenen einhergehe. Bis heute sind Menschen mit einer schizophrenen Störung in der Allgemeinbevölkerung besonders stigmatisiert, da sie als irrational und potentiell gefährlich wahrgenommen werden (Hoffmann-Richter et al. 2003; Schlier und Lincoln 2014; Schomerus et al. 2022).¹ Das rein biologische Verständnis von Schizophrenie wird allerdings heute zunehmend infrage gestellt (Aderhold und Hohn 2019; Fuchs 2017b; van Os et al. 2010; Weinmann 2019). Vier zentrale Strömungen der Kritik werden im Folgenden detaillierter erläutert.

Die zunehmende Kritik am Konzept der Schizophrenie ist erstens die Folge philosophischer und sozialwissenschaftlicher Kritik seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (vgl. Brückner 2014; Söhner et al. 2019) an der gängigen psychiatrischen

¹ Zu Beginn dieser Arbeit sei darauf hingewiesen, dass in der Folge – wie in der Sozialpsychiatrie gängig – die Bezeichnung „Betroffene“ für Menschen gewählt wird, die aufgrund leidvoller psychotischer Zustände mit dem psychiatrischen Hilfesystem in Kontakt getreten sind und die Diagnose einer Schizophrenie erhalten haben. Diese Nomenklatur ist jedoch unter Betroffenen umstritten, daneben werden auch die Begriffe Psychiatrie-Erfahrene, Psychose-Erfahrene, Krisen-Erfahrene, Nutzer*innen oder Patient*innen des Psychiatrischen Hilfesystems oder (Psychiatrie-) Überlebende von den sich damit bezeichnenden Personen verwendet.

Praxis (Basaglia 1978; Bateson et al. 1969; Cooper 1971; Foucault 1963; Goffman 1973) wie auch reformorientierter Ansätze innerhalb der Psychiatrie (Basaglia 1978; Guattari 1976; Laing 1976). Das Gemeinsame jener kritischen Ansätze ist, dass sie statt biologischer Faktoren die Bedeutung psychischer und sozialer Aspekte für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie psychischen Leidens betonen. In all diesen Ansätzen ist das Störungsbild der Schizophrenie von besonderer Bedeutung (Maatz und Hoff 2017).

Zweitens spielt die steigende Selbstorganisation von Betroffenen eine zentrale Rolle. Diese setzen sich politisch zunehmend für ihre Rechte ein (Brückner 2015; Rashed 2019) und fordern eine möglichst große Selbstbestimmung in der psychiatrischen Behandlung ein (Amering und Schmolke 2012; Zinkler et al. 2019; Zuaboni et al. 2019). Zunehmend werden Betroffene Teil psychiatrischer Forschung im Rahmen partizipativer Projekte und als Genesungsbegleiter*innen Teil der klinischen Praxis (Mahlke et al. 2019; Russo 2015; Utschakowski et al. 2016). Darüber hinaus organisieren sich Betroffene, Psychiatrie- und Krisen-Erfahrene im Rahmen der *Mad Studies* (Beresford und Russo 2022) und haben im vergangenen Jahrzehnt eine Vielzahl fruchtbarer Forschungsarbeiten vorgelegt. Als übergeordnetes Ziel der *Mad Studies* bezeichnet die Forscherin Jasna Russo, „sich vom herrschenden biomedizinischen Modell der ‚psychischen Krankheit‘ abzulösen und eine vielseitige Generierung von Wissen über Verrücktheit und psychische[r] Not zu ermöglichen“ (Russo 2021: 265). Hierbei wird die Relevanz der Perspektive der Betroffenen betont, die als gleichberechtigter Teil einer partizipativen Wissensgenerierung über „Verrücktheit und psychische Not“ anerkannt werden sollen (Russo 2021: 265).

Drittens existiert ein zunehmender Korpus empirischer Forschung, der ein breites Spektrum von Erlebnisformen in der Allgemeinbevölkerung beschreibt, die auch in Psychosen auftreten. Diese Befunde legen ein Kontinuum psychotischen Erlebens zum Alltagserleben nahe (van Os und Reininghaus 2016): Vermeintlich schizophrene Symptome, wie das Stimmenhören, stellen diesem Verständnis nach eine Extremform des Denkens dar (Bock et al. 2007: 151–157; Luhrmann et al. 2019; Romme und Escher 2013), die von weitaus mehr Personen berichtet wird, als die Prävalenz von Schizophrenien suggeriert (McGrath et al. 2015; van Os und Reininghaus 2016). Auch die Einbettung des Stimmenhörens in soziale, familiäre oder religiöse Kontexte kann einen positiven Einfluss auf das Erleben der Stimmenhörer*innen haben und den Krankheitsverlauf von Schizophrenien abmildern (Hopper et al. 2007; Luhrmann und Marrow 2016).

Derartige Befunde haben zu der Debatte geführt, ob der Begriff „Schizophrenie“ nicht abgeschafft werden sollte, um die mit ihm verknüpften Vorurteile abzulegen: Häufig

diskutiert wird in diesem Kontext das Konzept einer *Psychose-Spektrums-Störung* (analog zur depressiven Störung), das aus Sicht der Vertreter:innen dieses Ansatzes mit einer Normalisierung psychotischen Erlebens einhergeht (Guloksuz und van Os 2018; Tamminga et al. 2021). Dabei wird angenommen, dass eine Umbenennung nicht ohne eine umfassende, gesellschaftliche Antistigmaarbeit den gewünschten Effekt einer Entstigmatisierung der Betroffenen erreicht (Lasalvia 2018; Wigand et al. 2022).

Viertens weist sozialpsychiatrische Forschung auf die Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entstehung von Schizophrenien hin (Selten et al. 2013; van Os et al. 2010). Neben biologischen Vulnerabilitäten wird heute auch von biologisch orientierten Psychiater*innen die Bedeutung psychosozialer Faktoren betont (Akdeniz et al. 2014; Heinz et al. 2013; Selten et al. 2017). Diese Befunde werden unter dem Stichwort des *Social Defeat* zusammengefasst (dt. soziales Scheitern, soziale Niederlage, Übers. L. I.-D.; Selten und Cantor-Graae 2005). Laut diesem Modell führen kontinuierliche Erfahrungen der sozialen Ausgrenzung und Ablehnung zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie (Heinz et al. 2013; van Os et al. 2010).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Schizophrenie sowohl ein individuelles wie auch soziales Phänomen ist. Daraus folgt, dass eine angemessene phänomenologische Beschreibung von Schizophrenien diesen Doppelaspekt integrieren sollte. Die in dieser Arbeit vornehmlich genutzten Theorien der Anerkennung der Psychoanalytikerin Jessica Benjamin (1990; 2017) und des Philosophen Axel Honneth (2003b; 2011) eignen sich in besonderem Maße, um diesen Doppelaspekt von Schizophrenien als individuelles wie auch gesellschaftliches Phänomen zu beschreiben: Sie speisen sich sowohl aus klinischen und entwicklungspsychologischen Befunden als auch aus gesellschaftstheoretischen Überlegungen. Die Übertragung der Anerkennungstheorie auf die vorliegende Fragestellung mithilfe der Phänomenologie schließt auch an neuere phänomenologische Forschung zur Analyse sozialpolitischer Phänomene (Fuchs et al. 2018; Weiss et al. 2020) an.

1.2 Zur anthropologischen Bedeutung von Anerkennung

Ausgangspunkt von Theorien der Anerkennung ist die Annahme, dass Menschen für ihre psychische Entwicklung und ein selbstbestimmtes Leben kontinuierlicher Erfahrungen von Anerkennung bedürfen (Benjamin 2017; Honneth 2003b; Honneth 2011). Demnach sind Menschen primär soziale Wesen und können nicht als ein von der Sozialität losgelöstes Individuum gedacht und verstanden werden. Dabei meint Anerkennung für die Psychoanalytikerin Jessica Benjamin (2017: 3–7) zunächst einmal nicht mehr als die Erfahrung, gesehen zu werden und eine Bedeutung für andere zu besitzen.

Menschen sind aus Anerkennungstheoretischer Perspektive aufgrund ihrer leiblichen Existenz voneinander abhängig, einander ausgesetzt und vulnerabel: „Körper sein heißt vielmehr, gesellschaftlichen Gestaltungskräften und Formierungen ausgesetzt sein“, wie die Philosophin und Anerkennungstheoretikerin Judith Butler (2010: 11) erklärt. Sie bedürfen von Geburt an – und bereits davor – des Schutzes und der Unterstützung durch Andere ebenso wie durch soziale Institutionen, um zu überleben und sich entwickeln zu können: Von der zwischenleiblichen, liebevollen Zuwendung, der sprachlichen Förderung, der Bereitstellung von Wohnraum mit der Versorgung mit Wasser und Strom über die medizinische Versorgung, den Schutz vor Gewalt hin zu Bildungsstätten ist menschliche Existenz von anderen Menschen und sozialen Institutionen abhängig (Butler 2010: 28; Butler 2016: 256). Ein Individuum außerhalb der sozialen Welt und jener prägenden Abhängigkeiten ist aus Anerkennungstheoretischer Perspektive dementsprechend gar nicht denkbar.

Die für die vorliegende Arbeit zentralen Theoretiker*innen Axel Honneth und Jessica Benjamin (Benjamin 1990; Honneth 2003b) betonen auf der Basis entwicklungspsychologischer Forschung die nicht zu unterschätzende Bedeutung adäquater, positiver Rückmeldungen der sozialen Umwelt auf das eigenes Erleben und Verhalten. Diese seien notwendig, um eine Vielzahl psychischer Fähigkeiten wie auch ein rechtlich-politisches und soziales Selbstbewusstsein zu entwickeln, die zusammen ein selbstbestimmtes Leben in modernen Gesellschaften erst ermöglichen. Erfahrungen wechselseitiger Anerkennung bilden demzufolge auch einen wesentlichen Grundbaustein demokratischer Gesellschaften (Benjamin 2019; Honneth 2011: 81–126). Sei es in persönlichen Beziehungen, in Arbeitskontexten oder in der politischen Partizipation – jeweils eigene Formen der Anerkennung sind die Grundlage jeder Interaktion in den verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens (Honneth 2003b; Honneth 2011). Anerkennung bildet diesen Autor:innen zufolge den Stoff des „sozialen Bands“ (Habermas 2001: 23), beziehungsweise der ganz verschiedenen sozialen Bänder, die die diversen sozialen Gruppen in einer pluralistischen Gesellschaft verbinden und zugleich ihre je eigene Identität stiften (Butler 2020: 81; Habermas 1993). Dabei erscheinen in der Phänomenologie der Anerkennung zwei Elemente als wesentlich (Benjamin 2017; Honneth 2015; Varga 2010). Das betrifft erstens eine Haltung der Anerkennung, in der die Anliegen und Bedürfnisse des Gegenübers wahr- und ernstgenommen werden und eine intersubjektive Bedeutung erhalten (Benjamin 2017: 3–5). Das zweite Grundelement ist das Verständnis von Anerkennung als wechselseitigem Prozess, in dem Personen miteinander in Beziehung treten, sich aufeinander abstimmen, eine gemeinsame Sprache finden und dadurch eine

Vertrautheit mit der Umwelt sowie ein Vertrauen in eine soziale Welt entwickeln, das über die konkrete, geteilte Situation hinausgeht (Benjamin 2019; Fuchs 2015b).

Was für viele Menschen selbstverständlich erscheinen mag, ist es keineswegs, wenn Perspektiven herangezogen werden, in denen Menschen die Aberkennung ihrer Person, ihrer subjektiven Perspektive, ihrer Rechte oder Gewalt und Nichtbeachtung erfahren (Benjamin 2017; Honneth 2003b; Honneth 2003c). Die Erfahrung, sich von seiner Umwelt nicht anerkannt zu wissen, ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Wahrscheinlichkeit, eine Schizophrenie zu entwickeln, wie die Befunde zum *Social Defeat* zeigen (Selten et al. 2013, vgl. Kap. 5). Entsprechend liegt heute eine Vielzahl empirisch gut evaluierter Behandlungskonzepte vor, die den sozialen Kontext von Betroffenen als zentral für die Genesung von Schizophrenien begreifen. In psychosozialen Hilfsangeboten (vgl. DGPPN 2019a) wie der aufsuchenden Behandlung (Weinmann et al. 2021), dem *Offenen Dialog* (Putman und Martindale 2021; Seikkula und Alakare 2015), Soteria-Stationen (Nischk und Gekle 2022), Psychosen-Psychotherapie (Lempa et al. 2017; Lincoln 2019) oder Trialog-Foren (Bock et al. 2012) spielt die Erfahrung wechselseitiger Anerkennung eine zentrale Rolle, was anhand verschiedener Beispiele im späteren Verlauf der Arbeit demonstriert wird (s. Kap. 6).

1.3 Theoretischer Hintergrund

1.3.1 Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie als Fachdisziplin umfasst „wissenschaftliche Konzepte und Ergebnisse zu den sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen psychischer Störungen“ (Brückner 2018: 289). Dies meint nach Rössler (2018) etwa die Versorgungsforschung, die Ursachen- und Verlaufsforschung, die psychiatrische Epidemiologie und Forschung zur Stigmatisierung. Zunehmend gewinnt auch die qualitative Forschung in der Methodologie der Sozialpsychiatrie an Bedeutung (Krumm et al. 2019). Eng verknüpft mit der Sozialpsychiatrie ist die *Gemeindepsychiatrie*, in der „die praktische Umsetzung sozialpsychiatrischer Konzepte in eine dezentral vernetzte Versorgungslandschaft“ erfolgt (Brückner 2018: 289).

Erstmals wurde der Begriff „soziale Psychiatrie“ Ende des 19. Jahrhunderts in die deutsche Psychiatrielandschaft eingeführt (Schmiedebach und Priebe 2004: 451–452).² In der Weimarer Republik entwickelten sich erste reformpsychiatrische Ansätze, die in der Rückschau als sozialpsychiatrisch verstanden werden können (Brink 2010; Brückner 2018) – wenngleich führende Vertreter*innen dieser eigentlich progressiven Entwicklung

² Der Psychiater Max Fischer definiert 1919 die „soziale Psychiatrie“ wie folgt: „Ohne Erforschung der sozialen Ursachen und ohne sozial-medizinisches Handeln, besonders auch in der Prophylaxe und Hygiene, also ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie.“ (Fischer 1919, 532, zit. nach Brückner, 2018).

(u.a. Gustav Kolb oder Hans Roemer) in der NS-Zeit auch Befürworter einer Politik der „sozialen Hygiene“ im Sinne einer systematischen Ermordung sowie Zwangssterilisierung von Psychiatrie-Patient*innen waren (Brückner 2018; Rotzoll et al. 2010; Schmiedebach und Priebe 2004).

Das heutige Verständnis von Sozialpsychiatrie entwickelte sich angesichts des „nationalen Notstands“ (Häfner et al. 1965) mit den „elenden und menschenunwürdigen Lebensbedingungen“ (Deutscher Bundestag 1973: 62) in den psychiatrischen Großanstalten nach dem Zweiten Weltkrieg. Ziel der deutschen Psychiatrie-Reform (*Psychiatrie-Enquete*) war es, die psychiatrischen Landesanstalten mit bis zu 1.500 Patient*innen durch ein in kleinen Sektoren organisiertes, gemeindenahes Versorgungssystem zu ersetzen (Deutscher Bundestag 1973). Kleinere psychiatrische Stationen sollten an Allgemeinkrankenhäuser angegliedert sein, kürzere Aufenthalte und der Aufbau ambulanter Hilfsangebote mit einem Fokus auf Prävention und Nachsorge wurden angestrebt – das Prinzip lautete *ambulant vor stationär*. Ebenso sollten Patient*innenrechte gestärkt und die Selbsthilfe- und Angehörigenarbeit ausgebaut werden (Brückner 2014; Söhner et al. 2019). Der „Enquete-Euphorie“ folgte der „lange Marsch durch die Institutionen“ (Wulff, zit. nach Brink 2010: 470) mit einer Vielzahl an Rekalibrierungen im Laufe der folgenden Jahrzehnte (Brückner 2014: 136–143). Hierbei setzten die Vertreter*innen der deutschen Sozialpsychiatrie der Nachkriegszeit mit der schrittweisen Auflösung der großen Landesanstalten und dem Aufbau einer sektorisierten gemeindepsychiatrischen Versorgung eine der größten sozialen Reformen in Deutschland um (Steinhart und Wienberg 2017).

Im Schatten der Umstrukturierung der Versorgungslandschaft gewann spätestens ab den 1990er Jahren das biologische Paradigma in der Psychiatrie die Oberhand (Brückner 2014: 145). Die Versprechungen der modernen Neurowissenschaften haben sich allerdings insofern nicht erfüllt, als sie aus sozialpsychiatrischer Perspektive trotz wichtiger Fortschritte in der Grundlagenforschung zu keinem nennenswerten Fortschritt in der Behandlung psychischer Störungen geführt haben, insbesondere im Falle psychotischer Störungen (Aderhold 2021; Fuchs 2017b; Weinmann 2019).³

Im Zuge der UN-Behindertenrechtskonvention wird das gegenwärtige psychiatrische Versorgungssystem von sozialpsychiatrischer Seite in vielerlei Hinsicht kritisch diskutiert (Brückner 2021; Zinkler 2022; Zinkler und von Peter 2019). Der sozialpsychiatrische

³ Die führenden Neurowissenschaftler Fusar-Poli und Meyer-Lindenberg (2016: 220) fassen die ausbleibenden Erfolge neurowissenschaftlicher Forschung für die klinische Praxis wie folgt zusammen: “To conclude, the current critical review suggests that structural neuroimaging in psychosis research has not (yet) delivered on the clinical applications that were envisioned [...]. Until then, after four decades of promises, in their everyday practice, psychiatrists continue talking to the patients, use observation, description and classification, test explanatory hypotheses, and formulate clinical decisions in the absence of such structural biomarkers.”

Blick betont dabei die psychosozialen Aspekte schwerer psychischer Störungen (Aderhold 2021; DGPPN 2019a; Fuchs 2023a): Im Fokus stehen dabei die Selbstbestimmung und soziale Teilhabe der Betroffenen in allen Phasen der Behandlung mit einer Recovery-Orientierung über ein symptomorientiertes Verständnis von Genesung hinaus (Amering und Schmolke 2012; Zinkler et al. 2019; Zuaboni et al. 2019).⁴ Der bisherige Fokus psychiatrischer Hilfsangebote auf psychiatrische Kliniken soll ergänzt werden durch aufsuchende Behandlungen zur Krisenintervention und langfristige gemeindepsychiatrische Hilfen, um stationäre Behandlungen außerhalb der individuellen Lebenswelt zu reduzieren und einer Chronifizierung der Symptomatik vorzubeugen (Aderhold 2021; Steinhart und Wienberg 2017; Weinmann et al. 2021). Darüber hinaus werden von sozialpsychiatrischer Seite der Ausbau ambulanter Komplexleistungen (Bock et al. 2021), psychotherapeutischer Angebote (Pillny und Lincoln 2020; von Haebler 2020), milieutherapeutischer Ansätze wie Soteria-Einrichtungen (Nischk und Gekle 2022) wie auch Krisenzimmer und betroffenengeleiteter Einrichtungen (von Peter und Schwarz 2021) gefordert. Vertreter*innen der Sozialpsychiatrie problematisieren zudem die zentrale Bedeutung medikamentöser Therapien angesichts der empirischen Befundlage zu den zahlreichen kurz- und langfristigen Nebenwirkungen von antipsychotischen Medikamenten sowie deren Absetzphänomenen (Lehmann et al. 2018; Schlimme et al. 2018).⁵ Bei der Zusammenstellung dieser Vielzahl an aktuellen Anliegen wird deutlich, dass mit einer sozialpsychiatrischen Perspektive immer auch sozialpolitische und gesellschaftliche Fragestellungen in den Blick genommen werden.

1.3.2 Phänomenologie

Den zweiten Theoriestrang im Hintergrund der vorliegenden Arbeit bildet die Phänomenologie, konkret deren Anwendung als Phänomenologische Psychiatrie (Fuchs 2018; Stanghellini et al. 2018). Die Phänomenologie als philosophische Forschungsrichtung geht auf den Freiburger Philosophen Edmund Husserl zurück.

⁴ Unter dem international von Psychiatrie-Erfahrenen geprägten Begriff *Recovery* (dt. Genesung) werden eine Vielzahl von Faktoren zusammengefasst, die mit einem weniger pathologischen und stärker ressourcenorientierten Umgang mit psychischen Krisen einhergehen. Zentrale Elemente sind Hoffnung und Optimismus hinsichtlich der Möglichkeiten eigener Genesung und persönlicher Entwicklung, die Einbettung in soziale Kontexte insbesondere mit anderen Betroffenen, das Finden von Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz angesichts der psychischen Krisen, das Empowerment, also die aktive Rolle im Umgang mit psychischen Krisen und Symptomen als auch eigenen Ressourcen (Amering und Schmolke 2012: 82–85; Knuf 2020: 11–25).

⁵ Weitere aktuelle sozialpsychiatrische Anliegen sind die Förderung gesellschaftlicher Anti-Stigmaarbeit (Schomerus et al. 2022), die Stärkung der Selbsthilfe und der Ausbau von Peer-Support in der psychiatrischen Forschung, Lehre und Versorgung (Dziobek und Lipinski 2021; Mahlke et al. 2019; Möhlenkamp und Petersen 2019). Nicht zuletzt wird von sozialpsychiatrischer Seite die Anpassung des psychiatrischen Hilfesystems an die Klimakrise gefordert (Heinz et al. 2023).

Husserl hatte den Anspruch, eine deskriptive, d.h. beschreibende Methode zu entwickeln, die unter Absehung von Vorannahmen die Strukturen von Erfahrung beschreibt, um so zu den „Sachen selbst“ (Husserl 1984: 10) vorzudringen und eine Grundlage für darauf aufbauende Wissenschaften zu bilden (Husserl 1962). Es ist die Grundannahme der Phänomenologie, dass die erfahrene Welt stets mit bestimmten Erfahrungsstrukturen korreliert, die jede Wahrnehmung präreflexiv ermöglichen und formen. Prototypische Fragestellungen in der Phänomenologie lauten: Wie erfahre ich mich selbst, die Welt und Andere? Welche Rolle spielt hierbei mein Leib? Wie erlebe ich Zeit oder Raum? Klassische Vertreter:innen sind neben Husserl der heute aufgrund seiner nationalsozialistischen Weltanschauung umstrittene Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty und Jean-Paul Sartre, ebenso Edith Stein wie auch Gerda Walther (vgl. zur Übersicht Wehrle 2022; Zahavi 2018).

Der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers (1963; 1965) übertrug 1912 erstmals Husserls Methode auf die Psychiatrie. Er betont den beschreibenden, ordnenden Aspekt einer Phänomenologie der Erfahrung bei verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern:

Die Phänomenologie hat die Aufgabe, die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen, nach ihren Verwandtschaftsverhältnissen zu betrachten, sie möglichst scharf zu begrenzen, zu unterscheiden und mit festen Terminis zu belegen. (Jaspers 1965: 47)

Als mögliche Quellen phänomenologisch-psychiatrischer Forschung nennt Jaspers die Exploration des Erlebens der Betroffenen, die empathische Beobachtung ihres Verhaltens sowie die Nutzung schriftlicher Selbstschilderungen (Jaspers 1963: 320). Sein deskriptives Verständnis von Phänomenologie, aus dem heraus sich die wissenschaftliche Disziplin der Psychopathologie entwickelt, unterscheidet sich allerdings von Husserls Verständnis von Phänomenologie (Fuchs 2018; Luft 2008; Parnas und Sass 2008). Husserl (1950b) wollte gerade nicht bei der Beschreibung von konkreten Erfahrungsinhalten stehenbleiben, sondern darüber hinaus allgemeine Strukturen menschlicher Erfahrungen herausarbeiten und erklären.

Husserls sog. transzendentalphänomenologischem Ansatz und insbesondere der Phänomenologie Martin Heideggers folgten Psychiater wie Ludwig Binswanger, Eugen Minkowski, Erwin Straus oder Viktor von Gebsattel. Ihr Anliegen war es, das Wesen psychischer Störungen, u.a. von Schizophrenien, durch die präzise Beschreibung und Analyse struktureller Zusammenhänge der Erfahrungen ihrer Patient*innen besser zu verstehen und in einen anthropologischen Kontext zu stellen (Fuchs 2018; Passie 1995; Spiegelberg 1972; Thoma 2012; Thoma 2013). Sie beschreiben mithilfe

phänomenologischer Theorien die Veränderungen der allgemeinen Strukturen des In-der-Welt-Seins der Betroffenen – ihr verändertes Leib-, Zeit-, Raum-Erleben, das abgewandelte Denken und Wahrnehmen –, um so deren „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg 1971) abzubilden. Zudem stellten sie jene Erfahrungen in den Kontext einer Analyse der Existenz und Biographie der Betroffenen. Dieses Vorgehen, mit psychotherapeutischem Anspruch, nannte Ludwig Binswanger *Daseinsanalyse* (Binswanger 1946; Breyer et al. 2015; Holzhey-Kunz 2014).

Die historische Bedeutung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie ist nicht zu unterschätzen. In Deutschland beeinflussten sie maßgeblich die Hauptakteure der Psychiatrie-Reform nach dem zweiten Weltkrieg wie Walter Ritter von Bayer, Heinz Häfner, Karl-Peter Kisker und Caspar Kulenkampff (Schmitt 2018: 101–153; Söhner et al. 2017; Thoma 2019). Thoma (2019) argumentiert, dass diese Akteure durch eine phänomenologisch-sozialpsychiatrische Haltung geprägt waren, die im Gegensatz zum damals populären biologischen Paradigma in der Psychiatrie die sozialen und biographischen Hintergründe der Betroffenen anerkannten und entsprechende therapeutische Angebote entwickelten. International beeinflusste die phänomenologische Psychiatrie prominente Psychiatriekritiker*innen und -reformer*innen der 1960er und 1970er Jahre wie Franco Basaglia, Franz Fanon, Michel Foucault, Ronald Laing und Lauren Mosher (Zahavi und Loidolt 2022).

Trotz dieses großen indirekten Einflusses war die phänomenologische Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts international von keiner hervorgehobenen Relevanz in psychiatrischen Debatten. Das Verständnis von Phänomenologie war weitestgehend mit einer psychopathologischen Symptombeschreibung deckungsgleich (Andreasen 2007; Dammann 2014). Erst Anfang der 1990er Jahre wurden die vornehmlich deutschsprachigen Arbeiten international breiter rezipiert (z.B. Bovet und Parnas 1993; Cutting und Shepherd 1986; Sass 1992). Auslöser hierfür waren Martin et al. (2021) zufolge u.a. Langzeitstudien im Vorfeld des Ausbruchs schizophrener Psychosen, die auf das veränderte Selbst- und Welterleben der Betroffenen im Vorfeld aufmerksam machten (Huber und Gross 1989; Klosterkötter 1988). Aber auch die reduktionistischen symptomorientierten Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-III bzw. DSM-IV (Andreasen 2007; Stanghellini 2009) sowie die ausbleibenden Erfolge der Neurowissenschaften für den klinischen Alltag (Fuchs 2017b; Fusar-Poli und Meyer-Lindenberg 2016) führten zu einer Rückbesinnung auf phänomenologische Ansätze, die sowohl die subjektive Erfahrung der Betroffenen wie auch deren psychosozialen Kontext in den Vordergrund stellen (Fuchs et al. 2019; The Lancet Psychiatry 2021).

Die phänomenologische Psychiatrie betont heute die Bedeutung präreflexiver, impliziter, d.h. vor jedem bewussten Erfassen und Reflektieren liegender Erfahrungsstrukturen für

die Entstehung und Therapie psychischer Störungen (Fuchs 2018; Parnas und Sass 2008; Stanghellini 2009). Zentral für ein phänomenologisch-psychiatrisches Verständnis klinischer Phänomene sind Analysen der Veränderungen im Selbsterleben, in der Wahrnehmung und der Interaktion mit der Umwelt wie auch in sozialen Interaktionen. Auch stellt die Phänomenologie Konzepte zur Beschreibung von mit bestimmten psychischen Störungen verknüpften *existential feelings* (Ratcliffe 2008) oder Atmosphären (Costa et al. 2014; Sass und Ratcliffe 2017) bereit. Phänomenologische Konzepte lassen sich auch auf die Analyse psychiatrischer Institutionen übertragen (Bader et al. 2022; Nischk et al. 2014; Thoma et al. 2022). Zudem existiert eine umfangreiche Theoriebildung zum impliziten Wissen im Umgang mit der sozialen Welt, dem *Common Sense* (Stanghellini 2004; Thoma 2018). Erkenntnisse der phänomenologischen Psychiatrie bilden auch die Grundlage für psychotherapeutische (Lempa et al. 2017; Škodlar und Henriksen 2019) als auch körpertherapeutische (Martin et al. 2016) Hilfsangebote bei schweren psychischen Störungen wie der Schizophrenie. Eine empirische Erforschung jener Erfahrungsstrukturen ist heute mit Instrumenten wie halbstrukturierten phänomenologischen Interviews möglich (Fuchs et al. 2022): In der *Examination of Anomalous Self Experience* (EASE) zur Exploration des Selbsterlebens werden Veränderungen des Denkens, des Selbstgewahrseins, des Leiberlebens und der Demarkation, also der Trennung zwischen Selbst und Anderen erforscht. In der *Examination of Anomalous World Experience* (EAWE) für das Erfassen des Welterlebens werden das persönliche Erleben von Raum und Objekten, Zeit, anderen Personen, von Sprache, Atmosphären und existenzieller Orientierung erfasst. Letztlich ist der Anspruch phänomenologischer Ansätze in der Psychiatrie, gegen Formen des Reduktionismus ein vertieftes Verständnis der Erfahrung von Betroffenen psychischer Störungen vor dem Hintergrund phänomenologischer und anthropologischer Erkenntnisse zu entwickeln (Fuchs 2018; Stanghellini et al. 2018). Dies macht sie insbesondere für aktuelle philosophische Debatten um epistemische Ungerechtigkeit (Drożdżowicz 2021; Kidd et al. 2022) und Anerkennung (Giladi und McMillan 2023) relevant.

1.3.3 Kritische Theorie

Die Grundlage der in dieser Arbeit zu entwickelten anerkennungstheoretischen Perspektive auf die Entstehung und Therapie von Schizophrenien bilden die Theorien der Psychoanalytikerin Jessica Benjamin (1990; 2017) sowie des Philosophen Axel Honneth (2003b; 2011). Beide sind in der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule verwurzelt. Deren Anliegen ist es, mittels philosophischer Reflektion und empirischer Sozialforschung – unter starkem Bezug auf psychodynamische Forschung (Allen 2023; Schumann 2018) – potentiell problematische gesellschaftliche Strukturen zu

analysieren, die zu sozialer Ungleichheit, Ausgrenzung oder Gewalt führen können (Christ et al. 2020; Saar 2021).⁶

Die Kritische Theorie weist vielfältige Verbindungslinien zu sozialpsychiatrischen Entwicklungen auf, wenngleich die Verbindung zwischen beiden Forschungstraditionen bisher wenig beleuchtet wurde. Beispielsweise bildet die *Dialektik der Aufklärung* Max Horkheimers und Theodor W. Adornos (1944) einen zentralen Bezugspunkt für die Psychatriegeschichte *Bürger und Irre* des kürzlich verstorbenen Sozialpsychiaters Klaus Dörners (1984).⁷ Adorno und Horkheimer beschreiben das zerstörerische Potential von aufklärerischer, wissenschaftlicher Rationalität. Ihnen zufolge geht jeder wissenschaftliche und soziale Fortschritt immer auch mit ambivalenten, paradoxen und regressiven Entwicklungen einher. Darauf aufbauend betont Dörner,

wie sehr die Psychiatrie in der Dialektik steht, zugleich der Freiheit und Sicherheit, der Emanzipation leidender Menschen *und* der reibungslosen Integration, also der Bändigung sprengender, auflösender und destruktiver Kräfte zu dienen, d.h. in der ‚Dialektik der Aufklärung‘. (Dörner 1984: 13–14)

Aus sozialpsychiatrischer Sicht interessant ist besonders, dass sich mit Jürgen Habermas in der Nachfolge Adornos und Horkheimers eine zentrale Figur der Kritischen Theorie wiederholt mit sozialpsychiatrischen Themen auseinandersetzt (J. Habermas, persönliche Kommunikation, Brief vom 18.10.2021). So rezipierte er die familiensoziologische Literatur zur Entstehung von Schizophrenien, unterrichtete diese in seinen Seminaren und Vorlesungen (Habermas 1970) und gab den einflussreichen

⁶ Der Zusatz „Frankfurter Schule“ geht darauf zurück, dass die Protagonist*innen dieser Theoriefamilie in den 1920er Jahren in Frankfurt am Main begannen, an einem eigens dafür gegründeten Institut für Sozialforschung ihr kritisches Forschungsprogramm zu entwickeln. Teile der Protagonisten setzten dies nach der Zwangsemigration während der NS-Zeit auch in Frankfurt fort (Honneth et al. 2018). Zentrale Figuren der Kritischen Theorie waren seit den 1930er Jahren und die BRD prägend in den 1950er und 1960er Jahren Max Horkheimer, Theodor W. Adorno und Herbert Marcuse, seit den 1960er Jahren dann Jürgen Habermas wie auch Hans-Otto Apel, darauf aufbauend ab den 1980er Jahren Axel Honneth, Seliah Benhabib, Nancy Fraser und auch, wenngleich weniger prominent, Jessica Benjamin. Heute existiert im englischsprachigen Raum der Sammelbegriff *kritischen Theorien* (mit einem kleinen „k“), unter dem eine Vielzahl von Theoretiker*innen zusammengefasst werden, beispielsweise die Kritische Theorie der Frankfurter Schule, die *Queer Studies* (Laufenberg und Trott 2023), die *Critical Race Theory* (Lepold und Martinez Mateo 2021), postkoloniale Theorien (Allen 2019), die *Disability Studies* (Waldschmidt 2022) oder die *Mad Studies* (Beresford und Russo 2022) Gemeinsam ist jenen kritischen Theorien die Reflektion der historischen, sozialen, kulturellen und politischen Bedingungen gegenwärtiger sozialer Phänomene und der Anspruch, potentiell problematische Aspekte jener Phänomene dadurch kritische Analysen, empirische Forschung und öffentliche Diskussionen zu verändern.

⁷ Auch der Psychiatriehistoriker Dirk Blasius (1980: 172) beschreibt die Psychatriegeschichte als eine „Dialektik der Aufklärung“: „In der ‚Theorie‘ wurde der Irre seit dem Ende des 18. Jahrhunderts von seinen Ketten befreit, wurde ihm auf dem Hintergrund medizinischen Erkenntnisfortschritts eine Krankenrolle zugewiesen. Doch wie sah die Wirklichkeit aus?“

Sammelband *Schizophrenie und Familie* heraus (Bateson et al. 1969).⁸ Diese Konzepte flossen auch in Vorstudien (Habermas 1995) zu seiner auch in der Sozialpsychiatrie wiederholt rezipierten *Theorie des Kommunikativen Handelns* ein (Bock et al. 2007; Obert 2002; Pfefferer-Wolf 1999). Darin setzt Habermas der pessimistischen Anthropologie Adornos und Horkheimers eine *kommunikative Vernunft* entgegen, die die Grundlage des sozialen Zusammenlebens bilde (Habermas 1968b; Habermas 1981). Vor dem Hintergrund des Zusammenlebens in einer alltäglichen Lebenswelt entwickeln sich nach Habermas in modernen Gesellschaften wirtschaftliche und administrative Systemstrukturen, die zwar den komplexen Alltag erleichtern, aber auch die Gefahr einer „Kolonialisierung der Lebenswelt“ (Habermas 1981: 489–547) in sich bergen, wenn jene systemischen Strukturen zurück in die Lebenswelt hineinwirken und die alltäglichen Handlungen zunehmend verdinglichen.

Eine kurze Analyse widmet Habermas den Entwicklungen der psychiatrischen Versorgungssituation der 1970er und 1980er Jahren. Er sieht eine Spannung „an den Nahtstellen zwischen System und Lebenswelt“ angesichts der „Monetarisierung von Diensten, Beziehungen und Zeiten“ auf der einen Seite und dem Anspruch an ein verstärkt „partizipatorisch, nach dem Vorbild von Selbsthilfeorganisationen“ organisiertes „Verhältnis der Klienten zu den öffentlichen Dienstleistungsbetrieben“ auf der anderen Seite (Habermas 1981: 581). Diese Überlegungen zum „Spannungsfeld zwischen System und Lebenswelt“ greift der Sozialpsychiater Hans Pfefferer-Wolff (1999: 290) auf, indem er eine Phänomenologie der sozialpsychiatrischen Praxis entwickelt. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass der gesellschaftliche Auftrag an die Psychiatrie in Deutschland auch nach der Psychiatrie-Enquete weiterhin voller Widersprüche ist: „isolieren und helfen, ausgrenzen und sich zuwenden, beschränken und therapieren“ (Pfefferer-Wolf 1999: 282). Im Trialog (Bock et al. 2007; Bock et al. 2012), also dem gleichberechtigten Austausch von Professionellen, Betroffenen und Angehörigen und der trialogischen Gestaltung psychiatrischer Institutionen, sieht er einen Ausweg aus jenen Widersprüchen (Pfefferer-Wolf 1999: 290). Dies ist kein Zufall, da sich ein Mitbegründer des Trialogs, Thomas Bock, wiederholt auf Habermas' Demokratietheorie (Habermas 1968b; Habermas 1992) bezieht und im Trialog eine Verwirklichung von dessen Ideal eines „herrschaftsfreien Diskurses“ sieht (Bock et al. 2007, vgl. Kap. 6.3).

⁸ Einige der Protagonist:innen der deutschen Psychiatriereform besuchten zudem Habermas' Seminare: „Einmal pro Woche saßen (Manfred Bauer und Mark Richartz) in Frankfurt im Schizophrenie-Seminar bei Habermas und Oevermann. Es gelang (ihnen), die beiden Herren zu bewegen, einen Besuch in der Heppenheimer Klinik zu machen, in Anwesenheit des Ärztlichen Direktors und (Caspar) Kulenkampfs.“ (Söhner et al. 2019: 193)

Für Habermas bildete die Anerkennung anderer Personen als gleichberechtigte Teilnehmer*innen die implizite Voraussetzung demokratischer Diskurse (Habermas 1993). Jessica Benjamin und insbesondere Axel Honneth rückten das Phänomen der Anerkennung daraufhin in den Mittelpunkt der Diskurse der Kritischen Theorie (Benjamin 1990; Honneth 2003b). Erfahrungen von Anerkennung haben aus ihrer Sicht eine zentrale Bedeutung für die psychische Entwicklung und Gesundheit und sind entsprechend notwendig für selbstbestimmtes Handeln als Voraussetzung eines gelingenden Zusammenlebens in pluralistischen Gesellschaften.

Bezug nehmend auf diese Entwicklungen innerhalb der Kritischen Theorie entwickelte der Sozialpsychiater Erich Wulff eine Phänomenologie der Schizophrenie (Wulff 1995; Wulff 1996b), die für die vorliegende Arbeit eine zentrale Vorarbeit bildet und in Kapitel 4 dargestellt wird. Insbesondere Honneths gesellschaftstheoretisches Konzept eines Kampfes um Anerkennung wird in der sozialpsychiatrischen Diskussion rezipiert: So setzt sich Rashed (2019) mit Bezug auf Honneth mit dem „Kampf um Anerkennung“ von Psychiatrieerfahrenen seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auseinander und argumentiert, dass gerade die Artikulation von (politischen) Forderungen nach Anerkennung Ausdruck psychischer Gesundheit sei. Er plädiert für eine veränderte Haltung von Mitarbeiter:innen psychiatrischer Institutionen, die Patient*innen als Mitbürger*innen zu sehen wie auch für einen kontinuierlichen Diskurs aller Beteiligten über die Erfahrungen im und die Gestaltung des psychiatrischen Hilfesystems. Heinz (2023) zeichnet in seiner postkolonialen Kritik rassistischer Strukturen in der Psychiatrie unter Bezugnahme auf Honneth (2003b) die historischen „Kämpfe um Anerkennung“ bzw. „Revolten“ von Betroffenen in der Psychiatrie nach. Mit einem anderen Akzent nutzt der Autor dieser Arbeit (Iwer 2022) Honneths Theorie für eine Analyse gegenwärtiger sozialpsychiatrischer Entwicklungen als Beispiele sozialen Fortschritts im Sinne einer Ausweitung von Anerkennungsnormen. Gemeinsam ist den bisherigen Forschungsarbeiten zur Anwendung der Anerkennungstheorien jedoch ihre gesellschaftstheoretische Perspektive und Methodologie. Davon grenzt sich die vorliegende Arbeit dahingehend ab, dass sie eine phänomenologische Perspektive einnimmt und jene sozialen Aspekte der Anerkennung aus lebensweltlichen Erfahrungsberichten heraus thematisiert. Es geht somit weniger um die kritische Analyse sozialer Strukturen in psychiatrischen Institutionen denn um die phänomenologische Analyse der Erfahrung sozialer Phänomene im Kontext der Entstehung und Therapie von Schizophrenien.

Während es also eine wiederholte Bezugnahme zwischen Kritischer Theorie und deutscher Sozialpsychiatrie gab, ist die Verknüpfung von Kritischer Theorie und Phänomenologie keine Selbstverständlichkeit (Bedorf 2017). Lange Zeit grenzte sich die

Kritische Theorie der Frankfurter Schule u.a. von der Phänomenologie ab, da diese als „traditionelle Theorie“ (Horkheimer 1937) kritisiert wurde, die problematische soziale Strukturen nicht reflektiere und dadurch reproduziere. Während es in der internationalen phänomenologischen Psychiatrie durchaus Interesse für sozialkritische Fragestellungen gab (Zahavi und Loidolt 2022), waren Vertreter der deutschen phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie zurückhaltend gegenüber sozialpolitischen Fragestellungen jenseits der Reform des psychiatrischen Versorgungsystems (z.B. Kisker 1978; vgl. Marazia et al. 2020; Thoma 2022).

Demgegenüber fand in der jüngeren Vergangenheit jedoch eine beidseitige Annäherung statt. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass Honneth seine Anerkennungstheorie als „empirisch kontrollierte[n] Phänomenologie der Anerkennungsformen“ (Honneth 2003b: 259) versteht und phänomenologische Aspekte von Anerkennung diskutiert (Honneth 2003a). Auch in der Phänomenologie werden heute zunehmend Diskurse um gegenwärtige soziale Phänomene geführt (Bedorf und Herrmann 2020; Fuchs et al. 2018; Szanto 2020). Die Phänomenologie fundiert die Erforschung sozialer Phänomene durch die Analyse der Verwobenheit subjektiver Erfahrung und sozialer Einflüsse anhand habitualisierter, präreflexiver Erfahrungsstrukturen, die immer auch sozial, politisch und kulturell geprägt sind.⁹ Zugleich erweitern kritische Theorien den Analysebereich der Phänomenologie im Rahmen der heute zunehmend bedeutsamer werdenden *critical phenomenology* (Aldea et al. 2022; Wehrle 2022: 104; Weiss et al. 2020). Auch in der Phänomenologischen Psychiatrie wird zunehmend die Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung und Therapie psychopathologischer Phänomene erforscht (Bader et al. 2022; Fuchs 2023a; Thoma et al. 2022).

1.4 Methodologie

Die vorliegende Arbeit stellt eine theoretische Arbeit dar, in der Konzepte der Phänomenologie, Sozialpsychiatrie und Kritischen Theorie dargestellt, diskutiert und interdisziplinär verknüpft werden. Mithilfe des dadurch gewonnenen Analyserasters werden im Anschluss qualitative und quantitative Daten zur Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien untersucht. Hinsichtlich der in der Arbeit verwendeten theoretischen Ansätze wird auf einschlägige Konzepte der

⁹ „A central Husserlian tenet is that an experience can never be understood or described in isolation. This means not only that our experiences are interconnected but also that they are always generated from particular places, times, and cultural milieus. [...] Merleau-Ponty, focusing on the primacy of perception, describes the ways in which perceptual patterns become sedimented over time as embodied habits. [...] Contemporary phenomenologists increasingly recognize that these foreclosures are a function of structural, political, and institutional inequities that are internalized as personal biases and habits. This insight has inspired a critical phenomenology, one that mobilizes phenomenological description in the service of a reflexive inquiry into how power relations structure experience as well as our ability to analyze that experience.“ (Weiss et al. 2020: xiv)

jeweiligen Fachdisziplinen zurückgegriffen. Die Literaturübersicht zu den psychosozialen Aspekten der Schizophrenie wurde auf der Basis einer narrativen Literaturrecherche in der Pubmed-Datenbank erstellt, in der (a) aktuelle Publikationen zum Störungsbild der Schizophrenie, dessen Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie und Therapie gesucht wurden, (b) aktuelle epidemiologische Befunde zum *Social Defeat*-Konzept und zu psychosozialen Hilfsangeboten bei Schizophrenien zusammengetragen wurden.

Den methodologischen Kern dieser Arbeit bildet jedoch die phänomenologische Analyse (Fuchs 2018; Wehrle 2022: 26–93). Anspruch der phänomenologischen Methode ist die differenzierte Beschreibung einer Erfahrung unter Absehung jedweder Vorannahmen. Es soll von den „Sachen selbst“ (Husserl 1984: 10) ausgegangen werden, um in einem nächsten Schritt die implizit zugrundeliegenden Strukturen der Wahrnehmung von uns selbst, der Welt, anderer Personen oder von Raum und Zeit in den Blick zu nehmen. Hierbei verläuft die phänomenologische Analyse von der konkreten Beschreibung eines Wahrnehmungsgegenstands hin zu den allgemeinen, wesentlichen Strukturen des Wahrnehmungsakts selbst (*eidetische Reduktion*, Husserl 1984). Dazu dient insbesondere die *eidetische Variation*, in der ausgehend von einer Erfahrung diese empirisch oder in der Imagination verändert wird, bis ein Wesenskern (*eidōs*) sichtbar wird (Husserl 1950b). Es ist somit das Ziel der phänomenologischen Analyse, „invariable Muster, Typen oder Strukturen“ in Erfahrungen zu bestimmen (Fuchs 2018: 421).

Im Feld der Phänomenologischen Psychiatrie können so anhand qualitativer Einzelfallstudien Wesensmerkmale von psychopathologischen Phänomenen beschrieben werden. Im Falle der Schizophrenie wurden u.a. der „Verlust des vitalen Kontakts mit der Realität“ (Minkowski 1927) oder der „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg 1971) beschrieben, auf deren Basis das heute paradigmatische phänomenologische Konzept der Veränderung des basalen leiblichen Selbsterlebens (Sass und Parnas 2003) als sog. Grundstörung der Schizophrenie entwickelt wurde (s. Kap. 3). Heute existieren auch halbstrukturierte Interviews auf der Basis dieser phänomenologischen Vorarbeiten, die eine vertiefte empirische Erforschung jener Phänomene ermöglichen (Fuchs et al. 2022). Dabei ermöglichen phänomenologische Analysen in der Psychiatrie eine Beschreibung und Analyse der Veränderung des menschlichen In-der-Welt-Seins, ohne die Eigenheiten jener Erfahrungswelten zu pathologisieren oder abzuwerten. Stattdessen ist es gerade die phänomenologische Offenheit für die veränderte Erfahrungswelt, die klinisch ein vertieftes Verständnis der Betroffenen ermöglichen kann (Fuchs 2018; Kidd et al. 2022).

1.5 Aufbau der Arbeit

In der Einleitung wurde der sozialpsychiatrische und philosophische Kontext der Fragestellung nach der Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung und Therapie

von Schizophrenien beleuchtet. Im Anschluss daran wurden der konkrete theoretische Hintergrund der Arbeit in der Sozialpsychiatrie, der Phänomenologie und der Kritischen Theorie ebenso wie die phänomenologische Methodologie dargestellt.

Im zweiten Kapitel wird nun der (sozial-)psychiatrische Kontext des Störungsbilds der Schizophrenie vorgestellt. Neben einer Darstellung typischer schizophrener Symptome folgt hier eine historische Einordnung des Schizophrenie-Konzepts, aktueller Forschungsbefunde zur Epidemiologie und zu Verläufen von schizophrenen Störungen sowie zu deren sozialen Zusammenhängen. Im Anschluss daran werden auf der Basis eines biopsychosozialen Modells der gegenwärtige Forschungsstand zu Ursachen und Therapien der Schizophrenie zusammengefasst.

Im dritten Kapitel werden gegenwärtige phänomenologische Analysen zum schizophrenen Erleben im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung dargestellt. Zentrale phänomenologische Kategorien werden eingeführt (u.a. Leib, Zeit, Intersubjektivität), auf deren Basis das in der Phänomenologie gegenwärtig paradigmatische Modell zum Verständnis der Schizophrenie, das Modell einer Störung des basalen Selbsterlebens vorgestellt wird. Anschließend folgen Analysen zur Veränderung des Zeiterlebens wie auch der Intersubjektivität, bevor phänomenologische Überlegungen zur sozialen Bedingtheit schizophrenen Erlebens und möglichen therapeutischen Hilfsangeboten dargestellt werden.

Zur Integration der aktuellen Forschungsbefunde aus Sozialpsychiatrie und Phänomenologie wird im vierten Kapitel eine Phänomenologie der Anerkennung ausgearbeitet. Hierfür wird zuerst der philosophiehistorische Kontext gegenwärtiger Anerkennungstheorien beleuchtet, bevor in einem zweiten Schritt die für die vorliegende Arbeit zentralen Anerkennungstheorien von Jessica Benjamin und Axel Honneth dargestellt werden. Beide betonen die zugleich psychologische wie auch die soziale Bedeutung der Anerkennung, wobei Honneth Anerkennung in seiner Theorie stärker als befürwortende Haltungen gegenüber Anderen bestimmt, die im Sozialisationsprozess erworben werden, während Benjamin eine klinische Phänomenologie wechselseitiger Anerkennungsbeziehungen entwickelt. Anhand dieses Analyserasters wird abschließend die anerkennungstheoretische Analyse des Sozialpsychiaters Erich Wulff zur Entstehung, Verständnis und Therapie schizophrenen Erlebens als zentrale Vorarbeit der vorliegenden Arbeit kritisch gewürdigt.

Im fünften Kapitel steht das sozialpsychiatrische Konzept des *Social Defeat* im Vordergrund, das wiederholte Erfahrungen sozialer Ausgrenzung als Risikofaktor für die Entstehung von Schizophrenien ausmacht. Erfahrungen des *Social Defeat* werden daraufhin als Missachtungserfahrungen beschrieben, in denen Personen wiederholt Anerkennung verweigert wird. Ausgehend davon werden Erfahrungsberichte und

phänomenologische Analysen zur Psychiatisierung psychotischer Erfahrungen, zu Rassismus und zu Wohnungslosigkeit dahingehend analysiert, inwiefern in ihnen strukturelle Ähnlichkeiten zu Erfahrungen in der Schizophrenie bestehen.

Im sechsten Kapitel werden verschiedene psychosoziale Hilfsangebote dargestellt und es wird betrachtet, inwiefern in ihnen anerkennende Haltungen ebenso wie Beziehungen reziproker Anerkennung von Bedeutung sind. Konkret werden milieuthérapeutische Soteria-Einrichtungen, die modifizierte psychodynamische Psychosen-Psychotherapie sowie dialogische Gesprächsforen analysiert.

Das siebte Kapitel fasst die Befunde der Arbeit zusammen und diskutiert diese im Lichte der jeweiligen theoretischen Hintergründe, hinsichtlich des methodischen Vorgehens als auch in Bezug auf mögliche empirische Implikationen. Zentrale Annahme dieser Arbeit ist, dass intersubjektive Anerkennung ein bedeutsames Phänomen für die Erweiterung des Verständnisses der Entstehung und Therapie von Schizophrenien darstellt. Schizophrenie wird im Lichte der Anerkennungstheorie als ein wesentlich durch soziale Faktoren bedingtes Störungsbild beschrieben, das mit einem kontinuierlichen Ausbleiben von Anerkennung (*Social Defeat*) korreliert. In gegenwärtigen psychosozialen Hilfsangeboten hingegen sind eine Haltung der Anerkennung des subjektiven Sinns des schizophrenen Erlebens der Betroffenen als auch eine wechselseitige Anerkennung fördernde Beziehungsgestaltung von zentraler Bedeutung. Das Anerkennungskonzept ermöglicht somit eine Integration gegenwärtiger sozialpsychiatrischer und phänomenologischer Forschungsarbeiten zur Schizophrenie.

2 Psychiatrische Aspekte der Schizophrenie

Zum Einstieg in die Darstellung psychiatrischer Aspekte der Schizophrenie werden die diversen, mit der Störung verbundenen Symptome anhand von Erfahrungsberichten und Fallbeschreibungen dargestellt. Anschließend werden historische und gegenwärtige (ICD-10, DSM-5) diagnostische Klassifikationen der Schizophrenie beschrieben, epidemiologische Daten wie auch jüngere Publikationen zur Heterogenität der Verläufe von Schizophrenien dargelegt. Abschließend werden biologische, psychologische und soziale Aspekte zur Entstehung und Therapie von Schizophrenien diskutiert.

2.1 Symptome der Schizophrenie

Im Allgemeinen wird zwischen zwei Formen von Symptomen im Kontext schizophrener Psychosen gesprochen: den sog. Positivsymptomen und den Negativsymptomen (Andreasen und Olsen 1982). Als Positivsymptome gelten Phänomene, die ein *Mehr* an Alltagserleben darstellen, wie Wahnerleben, Halluzinationen, Störungen des Denkens sowie desorganisiertes Verhalten. Als Negativsymptome wird ein *Weniger* an alltäglichem Erleben und Verhalten verstanden, das sich in Phänomenen wie Affektverflachung oder Depressivität, aber auch Motivationsverlust und sozialem Rückzug zeigt. Diese Phänomene werden im Folgenden dargestellt.

2.1.1 Positivsymptome

Eines der klassischen Schizophrenie-Symptome ist der Wahn, der von Karl Jaspers als subjektiv gewisse, durch logische oder empirische Argumente nicht beeinflussbare und in der Regel falsche Konstruktion definiert wurde (Jaspers 1965: 80). Meist erleben Betroffene zuerst eine Wahnstimmung, in der ihr vertrautes Umfeld ihnen zunehmend fremd vorkommt:

Es liegt etwas in der Luft, alles um mich herum ist merkwürdig verändert, alles so seltsam; die Leute machen so ein böses Gesicht, da muss doch was passiert sein, oder? (AMDP 2018: 59)

In der konkreten Wahnwahrnehmung werden dann eigentlich von ihnen unabhängige Ereignisse in der Umgebung auf sich bezogen (AMDP 2018: 60–61). Dies wurde von der Psychiatrie-Erfahrenen Dorothea Buck (2007: 62) auch als „Zentralerleben“ der Wahrnehmung beschrieben und kann, wie häufig in Schizophrenien, bedrohliche und verfolgende, d.h. paranoide Formen annehmen. Nicht selten werden im Wahnerleben gegenwärtige kulturelle und technische Entwicklungen verarbeitet und lösen bei Betroffenen Ohnmachtsgefühle aus (Kristensen 2018):

Mit einem großen Radioteleskop überwachen die Psychologen mich auf Schritt und Tritt. Mit Videokameras filmen sie alle meine Bewegungen und

verwenden es dann gegen mich. Sie wollen mich in den Selbstmord treiben.
(AMDP 2018: 66)

Daneben existieren jedoch auch Formen des Liebes-, Größen-, religiösen oder nihilistischen Wahns (AMDP 2018: 65–72). Der Verfolgungswahn stellt dabei die häufigste Form des Wahnerlebens in Schizophrenien dar (Picardi et al. 2018).

Daneben berichtet ein Großteil der Betroffenen (ca. 80%) von leidvollen Halluzinationen (Lim et al. 2016). Halluzinationen werden psychiatrisch als Sinnestäuschungen ohne äußere Reizquelle definiert und können in allen Sinnesorganen auftreten (AMDP 2018: 72–79). Die häufigsten Halluzinationsformen stellen neben dem Stimmenhören (ca. 60%) visuelle Halluzinationen (ca. 27%) dar (Waters et al. 2014), wobei viele Betroffene von multimodalen Halluzinationen berichten (Lim et al. 2016).

Ein weiterer Phänomenbereich der Positivsymptomatik sind die Störungen des formalen Denkens. Bereits der Psychiater Eugen Bleuler, der das Schizophrenie-Konzept einführte, bestimmte die sog. *Assoziationsstörung* des Denkens als eine der Grundsymptome der Schizophrenie (Bleuler 1911: 10). Es falle den Betroffenen schwer, kohärent zu denken und zu kommunizieren, nicht von einem Gedanken oder Thema zum nächsten zu springen. Betroffene beschreiben dies rückblickend beispielsweise so:

Ich weiß in dem Moment viel mehr, als ich sagen kann. Dadurch vermischt sich alles.

Man ist zerfahren, bleibt schon ‚bei der Sache‘, kann sie nur nicht vermitteln. Im ‚Normalzustand‘, z.B. bei Managern, hoch bezahlte Kreativität, ‚brain storming‘ als Möglichkeit, auf neue Ideen zu kommen.

Als Kunstrichtung Surrealismus (Bock et al. 2007: 153–154)

Als ebenso typisch für Schizophrenien gilt das desorganisierte Verhalten. Dies kann entweder die Form von auffälligen, stereotypen oder bizarren Handlungen annehmen. Betroffene beschreiben dies als „veränderte Muskelspannung aufgrund innerer Bewegung“, als „Zustand der Trance, ein Ausdruck von ‚Überenergie‘, eine Flucht zu sich selbst ohne jeden Ausweg“ (Bock et al. 2007: 154). Auf der anderen Seite können katatone Symptome von eingefrorenen Körperstellungen bis hin zur völligen Reaktionslosigkeit auf äußere Reize reichen (Dilling et al. 2015), die von Betroffenen als „berechtigte Abwehr von unsinnigem Verlangen bei gleichzeitiger Loyalität gegenüber dem inneren Erleben“, als „Selbstschutz“ und „Starre des Körpers, wenn der Geist gerade mal davongeflogen ist“ ,beschrieben werden (Bock et al. 2007: 154–155).

2.1.2 Negativsymptome

Unter den Begriff der Negativsymptomatik fallen eine Vielzahl von Phänomenen: eine Verflachung des emotionalen Erlebens und damit verbundenen des Ausdruck in Mimik

und Gestik, ein Verlust des Antriebs aber auch ein damit verbundener sozialer Rückzug und des Wollens im Allgemeinen (Andreasen und Olsen 1982). Die Verflachung des affektiven Erlebens beschreiben Betroffene beispielsweise als Unmöglichkeit, einen inneren Zustand auszudrücken. Dies kann einhergehen mit einer Reduktion von Spontaneität und dem Fluss in der sprachlichen Kommunikation und der zwischenleiblichen Schwingungsfähigkeit.

Eine weitere Kategorie der Negativsymptomatik stellt die verminderte Fülle des Erlebens dar:

Ich habe meine Gefühle verloren; dies macht mich fast zu einer anderen Person.

Ich habe jede Art von Verlangen verloren. Ich habe keinen Kontakt zu mir, ich fühle mich wie ein Zombie. (Parnas et al. 2021: 92)

Konkret führt dies häufig zu einem sozialen Rückzug der Betroffenen bei gleichzeitig reduzierter Motivation mit häufig starker *Ambivalenz*:

Ich wollte zur Arbeit und wollte es nicht, ich wollte zu meiner Partnerin und wollte es nicht – plötzlich war zu jedem Ich-will ein Ich-will-nicht da [...] Die meisten Sachen sind gehupft wie gesprungen. Das eine ist richtig, das andere ist aber auch richtig (Broschmann 2018: 170–171):

Auch beschreiben Betroffenen einen Verlust der Freude an früher lieb gewonnenen Tätigkeiten (*Anhedonie*): „Ich habe alle Lust verloren. Früher liebte ich es zu joggen; jetzt bin ich überhaupt nicht mehr daran interessiert“ (Parnas et al. 2021: 92). Inwiefern die vermeintliche Negativsymptomatik durchaus funktional für die Betroffenen sein kann, wird von Betroffenen wie folgt beschrieben:

Gefühle mögen unverständlich sein, wer aber will urteilen, dass sie unangemessen sind. Wenn es Gründe gibt, das Sprechen zu reduzieren oder einzustellen, warum wird dafür nur eine Seite verantwortlich gemacht? Ist vielleicht unsere Sprache zu arm, tiefe Widersprüche mitzuteilen? Für die medizinische Sprache gilt das allemal. Würden Internisten auch so einseitig werten: Gibt es eine Blinddarmverarmung oder Magenverflachung?

Manchmal ist der Rückzug in eine eigene Welt auch ein Schutz gegenüber einem subjektiv erlebten Zugriff anderer. Der Versuch, sich in einen letzten Hort der Eigenheit zu retten, wohin andere nicht folgen können. Insofern kann es vorübergehend notwendig sein, dass Angehörige und Therapeuten auch das Nicht-verstehen-Können akzeptieren als Basis für den Aufbau neuen Vertrauens. (Bock 2020: 30)

2.1.3 Ich-Störungen

Einen letzten zentralen Aspekt schizophrener Psychosen stellen neben den Positiv- und Negativsymptomen *Ich-Störungen* dar (Vgl. Bürgy 2010). In diesen kommt es zu einer Auflösung der Grenzen zwischen den Betroffenen und ihrer Umwelt, in der das Gefühl eines kohärenten Erlebens der eigenen Person verloren geht, der „Meinhaftigkeit“ jeder Erfahrung. Beispiele hierfür sind Phänomene, in denen Betroffene das Gefühl haben, andere können ihre Gedanken hören („Die Leute merken, was ich denke. Alle wissen, was in meinem Kopf vorgeht“) oder ihnen Gedanken eingeben, sie beeinflussen oder gar steuern („Ich bin eine Marionette, die von außen gesteuert wird“) (AMDP 2018: 82, 84). Dieses oft als bedrohlich erlebte Gefühl des „Gemachten“ und der Fremdbeeinflussung (AMDP 2018: 79–84) wird von Betroffenen in der Rückschau teilweise als etwas Positives oder Funktionales beschrieben:

Inspiration. Stimmen, die von innen kommen. Meist sind es eher Bilder und Symbole als abstrakte Gedanken. Die innere Welt beansprucht mehr Raum – oft ein Ausdruck von Einsamkeit, manchmal auch ein Versuch, der Überflutung durch reale Sinneseindrücke Herr zu werden. (Bock 2020: 26)

Nicht zuletzt beschreiben eine Vielzahl von Betroffenen Erfahrungen der Derealisation („Dinge sind nicht mehr so, wie sie es sonst waren. Sie sind so sonderbar, als ob sie nur noch Silhouetten wären“) und Depersonalisation („Ich fühle mich selbst nicht. Ich bin irgendwie verändert“) im Rahmen ihrer Schizophrenie (Parnas et al. 2021: 83, 80), die ebenfalls zu den Ich-Störungen zählen.

2.2 Begriffsgeschichte von Schizophrenie und Psychosen

Der Begriff der Psychose gilt heute als ein Oberbegriff für eine Vielzahl psychopathologischer Phänomene, die mit einem Verlust des Kontakts zur allgemein geteilten Realität einhergehen (Bock und Heinz 2016; Küchenhoff 2012; Schlimme und Brückner 2017). Die Schizophrenie ist eine psychotische Störung. Den klassischen Gegenbegriff zur Psychose bilden die Neurosen, in denen ein Realitätsbezug erhalten bleibt. Beispiele hierfür sind Depressionen oder Angststörungen. Neben psychotischen Störungen des schizophrenen Formenkreises können Psychosen auch aufgrund organischer Faktoren, aufgrund von Substanzkonsum oder im Rahmen schwerer affektiver Störungen vorkommen (Dilling et al. 2015).

Historisch gesehen war zu Beginn der Psychiatrie im 19. Jahrhundert der Neurosenbegriff noch fast allen psychiatrischen Krankheiten vorbehalten. Der Begriff der Psychose wurde erstmals Mitte des 19. Jahrhunderts von den deutschen Psychiatern Carl Canstatt und besonders prägend von Ernst Maria Johann Karl Freiherr von Feuchtersleben eingeführt (Vgl. Brückner 2007: 75–89; Bürgy 2009; Janzarik 2003).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden mit dem Psychose-Begriff eine Vielzahl von schweren psychischen Leidenszuständen beschrieben, während der Neurosebegriff eher „leichteren“ Störungen vorbehalten war. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts manifestierte sich diese Nomenklatur in der psychopathologischen Einleitung Sigmund Freuds hinsichtlich des noch vorhandenen Realitätsbezugs von Neurosen und des teils aufgehobenen Realitätskontakts bei Psychosen (Janzarik 2003; Küchenhoff 2012).¹⁰

Die zentrale Bedeutung des Psychosebegriffs in der Psychiatrie wurde auch durch das triadische System gefestigt, das in der deutschen Psychopathologie insbesondere durch den Heidelberger Psychiater Kurt Schneider vertreten wurde (Bürgy 2009; Schneider 1987). In diesem werden psychopathologische Phänomene unterteilt in *exogene*, d.h. somatisch bedingte Psychosen wie Demenzen und Delire, *endogene* Psychosen wie bipolare Störungen (die ihrerzeit als Zykllothymie bezeichnet wurden) und Schizophrenien mit unklarem somatischem Ursprung, und schließlich die *Variationen seelischen Wesens* wie Neurosen, Belastungsreaktionen oder Persönlichkeitsstörungen. Im Wesentlichen findet sich diese Struktur auch in den gegenwärtigen Diagnosesystemen, wenngleich mit anderen Begrifflichkeiten (Heinz 2014: 117–137; Musalek 2005).

Es war der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1911), der den Begriff *Schizophrenie* 1908 einführte und vor dem Hintergrund seines psychoanalytischen Interesses versuchte, die innere Gespaltenheit der Betroffenen zwischen eigenen Wünschen und den Anforderungen ihrer Umwelt zu beschreiben (Maatz und Hoff 2014; Schmitt 2018: 42–49). In der Psychiatrie wird der Begriff als *Spaltungsirresein* übersetzt, er besteht aus den altgriechischen Wörtern *schizein* für gespalten oder zerrissen sowie *phren* für Geist, Seele (Fusar-Poli und Politi 2008).

Bleulers Konzept grenzt sich bewusst von einem anderen zu jener Zeit populären Krankheitsbegriff innerhalb der Psychiatrie ab, nämlich Emil Kraepelins Konzept der *Dementia Praecox* – einer „vorzeitigen Verblödung“ (Kraepelin 1913). Kraepelin (1913) entwickelte Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine umfangreiche psychiatrische Diagnostik, in der er die bereits bei Möbius (1893) entwickelte Unterscheidung zwischen exogenen, also durch klare Auslöser erklärbare Psychosen und endogene Psychosen ohne klaren Auslöser übernahm und später auch *psychogene Erkrankungen* beschrieb. Er suchte nach „natürlichen Krankheitseinheiten“, also biologisch begründbaren Krankheitsentitäten in der Psychiatrie nach dem Vorbild der somatischen Medizin. Hierbei nutzte er insbesondere das Verlaufskriterium für seine Diagnosestellung. Im Falle der *Dementia Praecox* war dies von besonderer Bedeutung,

¹⁰ „Die Neurose verleugnet die Realität nicht, sie will nur nichts von ihr wissen; die Psychose verleugnet sie und sucht sie zu ersetzen.“ (Freud 1924: 365)

da er für diese von ihm beschriebene Patient*innengruppe eine besonders ungünstige Prognose aufgrund des degenerativen Charakters der Erkrankung erwartete.

Bleulers Schizophreniebegriff greift Kraepelins Konzept auf, entwickelt es in verschiedene Richtungen weiter und grenzt sich gleichzeitig davon ab (Häfner 2017: 65–90). Zuvorderst vermied Bleuler ein starkes Verlaufskriterium und orientierte sich stärker an der konkreten Erfahrung der Betroffenen (Maatz und Hoff 2014): Seine Intention war, die innere Zerrissenheit der Betroffenen hinsichtlich einer für sie nicht mehr handhabbaren Welt zu beschreiben:

Ich nenne die Dementia praecox Schizophrenie, weil [...] die Spaltung der verschiedenen psychischen Funktionen eine ihrer wichtigsten Eigenschaften ist. (Bleuler 1911: 5)

Deshalb war für ihn auch die *Assoziationsstörung* so zentral zur Beschreibung des Erlebens der Betroffenen, mit der er Störungen des Denkens zu fassen versuchte. Neben dem Denken seien aber auch die Motivation (*Abolie*) sowie der Affekt, also das Gefühlsleben der Betroffenen negativ beeinflusst, beispielsweise durch depressives, stark angstvolles oder affektiv verflachtes Erleben. Zuletzt beschrieb er auch eine intersubjektive Dimension der Schizophrenie mit dem Autismus, nämlich dem sozialen Rückzug – ein Begriff, der noch wenig mit dem gemein hat, was später im 20. Jahrhundert als Asperger-Autismus bekannt wurde (Parnas et al. 2002). Diesen vier Grundsymptomen Assoziationsstörung, Ambivalenz, Affektverflachung und Autismus (Bleuler 1911: 10ff.) – die auch als die „4 A's“ bekannt wurden – spricht er eine biologische Grundlage zu (Maatz et al. 2015). Daneben beschrieb Bleuler Sekundärsymptome wie Gedächtnis- oder unspezifische Denkstörungen (Bleuler 1911: 288–371). Zudem war Bleuler vorsichtiger als Kraepelin hinsichtlich der Beschreibung einer Krankheitsentität und sprach stattdessen von der „Gruppe der Schizophrenien“. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Bleuler die Schizophrenie vielfältiger als Kraepelin beschrieb und therapeutisch optimistischer als jener war.¹¹

Im Anschluss an Kraepelin und Bleuler prägte der Heidelberger Psychiater und Philosoph Karl Jaspers früh den Schizophrenie-Begriff (Jaspers 1913; Schmitt 2018: 51ff.). Er fügte zu dessen Beschreibung Störungen des Bewusstseins hinzu, beispielsweise in Depersonalisationserfahrungen oder dem Gefühl, dass die eigenen Gedanken von anderen gemacht seien (Bürgy 2010; Jaspers 1965: 101–109). Auch charakterisierte er nachhaltig prägend den Wahn als subjektiv gewisse, durch logische

¹¹ Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass sowohl Kraepelin als auch Bleuler eugenischem Denken positiv gegenüberstanden. Beide befürworteten in ihren Schriften wie auch in ihrer klinischen Arbeit die Sterilisation von psychiatrischen Patienten (Hoff 2008; Küchenhoff 2003).

oder empirische Argumente nicht beeinflussbare und häufig falsche Konstruktion (Jaspers 1965: 80). Zudem unterschied er zwischen somatisch erklärbaren und psychisch verstehbaren, nachvollziehbaren Leidenszuständen und ordnete schizophrene Erleben der ersten Kategorie zu (Jaspers 1913; Jaspers 1965):

Sehen wir uns die phänomenologischen Elemente an, so finden wir im kranken Seelenleben solche, die uns wohl schwer, aber doch schließlich unter günstigen Umständen deutlich anschaulich sind, und solche, die uns prinzipiell nie anschaulich werden, die wir immer nur negativ, durch das, was sie nicht sind, umschreiben können. Solche prinzipiell für unsere psychologische Anschauung unzugänglichen Elemente nennen wir (statisch) unverständlich, oder auch nicht einfühlbar. [...] In diesem Unverständlichen hat man nach einem zentralen Faktor gesucht. Alle die unvermittelten Impulse, die unbegreiflichen Affekte und Affektlosigkeiten, die plötzlichen Pausen im Gespräch, die unmotivierten Einfälle, das an Zerstretheit erinnernde Gebaren und alle die übrigen mehr negativ umschreibbaren Erscheinungen sollen auf etwas Gemeinsamem beruhen. Man spricht theoretisch von Inkohärenz, Spaltungen, Zerfall des Bewusstseins, von intrapsychischer Ataxie, von Schwäche der Apperzeption, Insuffizienz der psychischen Aktivität, Störung der Assoziationsspannung usw. Man nennt das Gebaren verschoben, läppisch. Doch mit allen Worten sagt man schließlich dasselbe: es ist ein gemeinsames „Unverständliches“.

Jaspers Annahme, dass Schizophrenien für andere Menschen letztlich „unverständlich“ sind, ist psychiatriehistorisch von großer Bedeutung. Die Historikerin Sandra Schmitt ordnet Jaspers Annahme der Nicht-Verstehbarkeit psychotischer Erfahrungen wie folgt ein:

Verkürzt zum „Unverständlichkeitstheorem“, wurde diese Haltung Jaspers zur Grundlage des Psychoseverständnisses in der klinischen Psychiatrie. Schizophrenie galt per Definition als uneinfühlbar und unverstehbar und damit nicht zugänglich für psychologische Deutungs- und Behandlungensembles. (Schmitt 2018: 54)

Damit erklärte Jaspers Schizophrenien zu vornehmlich biologischen Erkrankungen, bei denen die Betroffenen wenig von psychosozialen Behandlungsansätzen profitieren. Anknüpfend an Jaspers' entwickelte Kurt Schneider eine Systematik des schizophrenen Erlebens, in der er zwischen Grundsymptomen ersten Ranges und Symptomen zweiten Ranges unterschied (Bürgy 2010; Schneider 1987: 61–68): Bereits ein Erstrangsymptom wie akustische Halluzinationen in Form kommentierender oder dialogischer Stimmen, das von ihm weiterentwickelte Konzept der Ich-Störungen oder Wahnwahrnehmung seien hinreichend für die Diagnosestellung. Die Zweitrangsymptome hingegen seien

unspezifischer und würden weitere Formen der Halluzinationen sowie des Wahnerlebens umfassen.

Ein dramatischer Teil der Geschichte des Schizophreniekonzepts stellt der sog. „Krieg gegen die psychisch Kranken“ (Dörner et al. 1989) während der NS-Zeit in Deutschland dar. Im Zeitraum von 1939 bis 1945 wurden bis zu 300.000 psychiatrische Patient*innen zwangssterilisiert und ermordet (Rotzoll et al. 2010). Ein großer Teil dieser Menschen hatte eine Schizophrenie-Diagnose. Dieser Aspekt der Begriffsgeschichte spielt eine wichtige Rolle bei der heutigen Skepsis gegenüber dem Schizophrenie-Konzept (Amering und Schmolke 2012; Bock und Heinz 2016; Heinz 2023).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde von Psychiater*innen vermehrt der Verlauf schizophrener Psychosen in den Blick genommen. Beispielsweise beschrieb der Psychiater Klaus Conrad (2013) in *Die beginnende Schizophrenie* anhand detaillierter Fallbeschreibungen eine Prodromalphase schizophrener Psychosen, in der sich die manifeste psychotische Krise ankündigt. Diese Arbeiten wurden von Gerd Huber und seiner Arbeitsgruppe zu den sog. *Basissymptomen* der Schizophrenie weiterentwickelt (Huber 1983). Später wurde die Unterscheidung von Positivsymptomatik während einer Psychose und der Negativsymptomatik im Voraus und Anschluss an eine Psychose ergänzt (Andreasen und Olsen 1982).

Hinsichtlich der Begriffsgeschichte von Psychose und Schizophrenie lässt sich zusammenfassen, dass mit dem Psychose-Begriff heute vornehmlich die akute psychotische Symptomatik mit der im Vordergrund stehenden Positivsymptomatik beschrieben wird, während der Schizophrenie-Begriff darüber hinaus die Negativsymptomatik vor und nach einer psychotischen Episode integriert.

Ein letzter Aspekt der Begriffsgeschichte der Schizophrenie ist die gegenwärtige Diskussion um eine Umbenennung (Lasalvia 2018; van Os 2016; Wigand et al. 2022). Der Schizophrenie-Begriff wird aufgrund der lange damit assoziierten negativen Verlaufsprognose, des Fokus auf biologische Aspekte und diverser Stigmatisierungen kritisiert (Amering und Schmolke 2012; Bock 2020; Bock und Heinz 2016; Guloksuz und van Os 2018; Schlimme und Brückner 2017). Besonders prominent ist die These des niederländischen Epidemiologen Jim van Os, der vorschlägt, den Schizophrenie-Begriff nicht mehr zu verwenden und stattdessen von einer „Psychosis Spectrum Disorder“ zu sprechen: „‘Schizophrenia’ does not exist“ (Guloksuz und van Os 2018; van Os 2016; van Os und Reininghaus 2016). In Deutschland beispielsweise werden heute bereits psychotherapeutische Verfahren für Schizophrenien als Psychosen-Psychotherapie bezeichnet (Bock 2020). Statt des Psychose-Begriffs wurde in Japan Anfang der 2000er Jahre der Begriff für Schizophrenie (*Sêshin Bunretsu Byô*) durch das Konzept einer „Störung der Einheit des Selbst“ oder Integrationsstörung (*Tôgô Shicchô Shô*) ersetzt

(Umehara et al. 2011). Diese Umbenennung folgte in weiteren asiatischen Staaten wie Südkorea oder Taiwan und führte zu einem Rückgang an Vorurteilen gegenüber den Betroffenen und einer erleichterten sozialen Integration, wenngleich die neuen Begrifflichkeiten kurzfristig auch zu Verwirrung führten (Yamaguchi et al. 2017). Weitere gegenwärtig diskutierte Alternativen lauten „Psychose-Spektrum-Störung“, „Bleulers und Kretschmers Syndrom“, „Schneiders Syndrom“, oder „Dopamin-Dysregulationsstörung“ (Lasalvia 2018). Ein gemeinsamer Nenner der Diskussion ist, dass eine Umbenennung des Schizophrenie-Konzepts nur in Kombination mit umfangreichen Anti-Stigma-Kampagnen und Bildungsinitiativen hinsichtlich der komplexen biologischen und psychosozialen Einflüsse zur Entstehung und Therapie von Schizophrenien die soziale Teilhabe der Betroffenen erfolgreich verbessern kann (Lasalvia 2018; Sartorius et al. 2014).

Trotz berechtigter Kritik wird im Folgenden jedoch der psychiatrisch noch immer geläufigste Begriff Schizophrenie für den oben beschriebenen Phänomenbereich verwendet, da gegenwärtig kein fachlicher Konsens hinsichtlich einer Alternative für den Begriff ‚Schizophrenie‘ existiert.

2.3 Diagnostische Klassifikation von Schizophrenien

Im in Deutschland geltenden Diagnosesystem ICD-10 wird die Schizophrenie im Abschnitt F2 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ beschrieben. Für die Diagnosestellung einer Schizophrenie (F20) müssen im Zeitraum eines Monats Ich-Störungen, Wahnerleben oder kommentierende oder dialogische Stimmen vorliegen (*Erstrangsymptome* nach Schneider 1987). Ebenso kann eine Schizophrenie diagnostiziert werden, wenn mindestens zwei Symptome zweiten Ranges im Sinne Schneiders vorliegen, d.h. katatone Symptome, formale Denkstörungen oder bestimmte Formen der Negativsymptomatik. Zudem kann eine Schizophrenie in einer bestimmten Form diagnostiziert werden, als paranoide, katatone oder hebephrene Schizophrenie.¹² Bereits Kraepelin (1913) unterschied zwischen einer *paranoiden* Form, in der Verfolgungsängste, Halluzinationen und Wahn im Vordergrund stehen, einer *katatonen* Form, in der eine körperliche Starre, Mutismus oder starke psychomotorische Erregung prominent sind, und eine *hebephrene* Form, in der Denkstörungen und auffälliges Verhalten zentral sind. Ebenso kann ein bestimmter Zeitpunkt im Verlauf der Schizophrenie, z.B. als Residuum oder in Form einer postschizophrenen Depression mit vorwiegend Negativsymptomatik, diagnostiziert werden.

Des Weiteren kann in der ICD-10 eine Vielzahl weiterer Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert werden: die schizotype Störung (F21) mit

¹² In der ICD-11 (Lau 2021) und dem DSM-5 (American Psychiatric Association 2018) werden die Untergruppen der Schizophrenien nicht mehr diagnostizierbar sein.

schizophren anmutendem Verhalten, Denken und affektiven Erleben, die jedoch keinem vollausgeprägten Bild entspricht, und die in der DSM-5 als Persönlichkeitsstörung kategorisiert wird, die anhaltende wahnhaftige Störung (F22), die vorübergehende psychotische Störung (F23), oder die schizoaffektive Störung (F25), in der zeitgleich zu einer Schizophrenie auch eine affektive Störung vorliegt.

Im DSM-5 (American Psychiatric Association 2018) hingegen werden fünf Hauptsymptome bestimmt, die die Betroffenen psychosozial beeinträchtigen müssen: Wahn, Halluzinationen, zerfahrenes Sprechen, grob-desorganisiertes Verhalten, oder Negativsymptome. Zwei dieser Symptome müssen über mindestens sechs Monate auftreten. Eine Ausnahme wäre, wenn Wahn, Halluzinationen oder desorganisiertes Sprechen in einer floriden psychotischen Episode in stark ausgeprägter Form auftreten, dann könne die Diagnose bereits nach einem Monat gestellt werden.

2.4 Epidemiologische Aspekte

Die Schizophrenie gilt in der Psychiatrie als schwere psychische Störung, die weltweit bei ca. 0,7 % der erwachsenen Bevölkerung auftritt (McGrath et al. 2008). In Deutschland erfüllen schätzungsweise 800.000 Menschen die Kriterien der Diagnose Schizophrenie (Gaebel und Woelwer 2010). Weltweit wird die Zahl der Betroffenen auf 20,9 Millionen Menschen geschätzt (Charlson et al. 2018).

Wie bei fast allen psychischen Störungen finden sich auch bei schizophrenen Psychosen Geschlechterunterschiede (Möller-Leimkühler 2017: 397–403). Aktuellen Metaanalysen zufolge gibt es eine leicht erhöhte Wahrscheinlichkeit für Männer an einer Psychose zu erkranken (RR = 1,54), wobei Männer eher schizophrene Psychosen entwickeln, während Frauen häufiger affektive Psychosen zeigen, z.B. im Rahmen einer schweren Depression (Castillejos et al. 2018; Jääskeläinen et al. 2018). Bei Männern entwickelt sich die erste Psychose zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr, bei Frauen etwas später, ab dem 20. bis zum 29. Lebensjahr. Darüber hinaus gibt es bei Frauen eine zweite Phase mit einem gehäuften Erkrankungsbeginn zwischen 45–49 Jahren (Häfner et al. 2013).

Menschen mit Schizophrenie-Diagnose haben häufig auch mindestens eine weitere komorbide psychische Störung (Buckley et al. 2009). Zu nennen sind hier depressive Störungen bei ca. 50% der Betroffenen, Panikstörungen (15%), Posttraumatische Belastungsstörungen (29%) sowie Zwangsstörungen (23%). Des Weiteren treten stoffgebundene Abhängigkeitsstörungen besonders häufig bei Personen mit Schizophrenie auf. Gegenwärtige Studien legen nahe, dass bei mindestens 41,7% der Betroffenen eine lebenslange komorbide Abhängigkeitsdiagnose besteht (Hunt et al. 2018). Insgesamt zeigt sich, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko zur Erkrankung an einer weiteren psychischen Störung besteht.

2.5 Befunde zu Verläufen von Schizophrenien

Hinsichtlich des Verlaufs von Schizophrenien existiert eine große Heterogenität, auf die bereits Eugen Bleuler bei der Einführung des Schizophrenie-Begriffs Wert legte, indem er von der „Gruppe der Schizophrenien“ sprach. Hinsichtlich des Verlaufs von Schizophrenien galt lang die Regel, dass ca. ein Drittel der Betroffenen ohne weitere Einschränkungen genesen kann, ein Drittel weitere Psychosen im Laufe ihrer Biographie hat, ohne oder mit geringen Einschränkungen im Alltag, und das letzte Drittel einen langfristigen negativen Verlauf mit weiteren psychotischen Episoden als auch Einschränkungen in diversen Lebensbereichen und psychischen Fähigkeiten erleben würde (z.B. Bleuler 1972; Ciompi und Müller 1976; zur Übersicht vgl. Amering und Schmolke 2012: 163–193; Häfner 2017: 135–199).

Dieses naturalisierende Verständnis des Verlaufs von Schizophrenien kann angesichts heutiger Meta-Analyse und Follow-Up Studien differenzierter beschrieben werden. Hierbei tritt der Einfluss psychosozialer Faktoren immer deutlicher hervor. Grundlegend bleibt festzuhalten, dass die Schizophrenie eine schwere psychische Störung ist, die mit einer schlechteren Prognose als andere, z.B. affektive Störungen, einhergehen. Jedoch ist die Prognose differenzierter und insgesamt besser, als es die ersten Langzeitstudien zum Verlauf suggerierten: Mindestens 60% der Betroffenen zeigen in der Folge einer ersten psychotischen Episode eine gute bis moderate Besserung der Symptome ohne größere Einschränkung der Lebensführung, mindestens 25% der Betroffenen haben keine weitere Episode im Laufe ihres Lebens sowie keine langfristige Negativsymptomatik (Molstrom et al. 2022; Morgan et al. 2014; Shepherd et al. 1989). Dies bedeutet allerdings auch, dass auch heute noch ca. 40% der Menschen mit Schizophrenie-Diagnose im Anschluss an ihre erste psychotische Episode mit weitergehenden Einschränkungen ihrer Lebensführung in Form von Negativsymptomen als auch weiteren psychotischen Krisen mit ausgeprägter Positivsymptomatik rechnen müssen (Molstrom et al. 2022). Besonders gefährdet für einen schwereren Verlauf sind Personen mit komorbider Substanzabhängigkeit und ausgeprägter Negativsymptomatik (Austin et al. 2015; Penttilä et al. 2014).

Häufig kommt es bereits bis zu fünf Jahre im Vorfeld einer ersten psychotischen Krise in der *Prodromalphase* zu Veränderungen im Erleben der Betroffenen (Häfner et al. 2013). Gemeint ist damit eine schleichende Entfremdung vom Erleben des Selbst, der Welt und Anderen, die in der Schizophrenie-Forschung schon früh als *Basissymptome* der Schizophrenie beschrieben wurden (Huber 1966). Konkret gemeint sind hiermit Veränderungen im Erleben der Betroffenen – ähnlich der Negativsymptomatik – hinsichtlich ihrer Belastbarkeit, der Affektivität, der Wahrnehmung in Form von Derealisationserleben als auch erste formale Denk- und Sprachstörungen. Heute wird

darüber hinaus zwischen frühem und spätem Risikostadium vor einer psychotischen Episode unterschieden (Klosterkötter 2014). Die Unterscheidung hierfür wird anhand des Schweregrads der *Basissymptome* wie auch des Auftretens von nicht voll ausgeprägten, oder nur kurz auftauchenden Positivsymptomen getroffen.

Im Anschluss an eine psychotische Episode verbleibt das klinische Verlaufsbild sehr heterogen und abhängig von diversen psychosozialen Faktoren. Diese komplexen Wechselwirkungen zu beschreiben ist methodisch enorm aufwendig. Exemplarisch aufgeführt seien hier zwei Aspekte: Erstens transkulturelle Studien zum Verlauf von Schizophrenien und zweitens Längsschnittstudien, in denen das Leben von Betroffenen im Anschluss an ihre erste psychotische Krise mit unterschiedlich hohen medikamentösen Behandlungsdosen verglichen wird.

Die Phänomenologie psychotischen Erlebens scheint sich über viele kulturelle Kontexte hinweg zu ähneln und umfasst die oben genannten Phänomene des Wahnerlebens, der Halluzinationen, zerfahrenen Denkens und Verhaltens wie auch der Negativsymptomatik (Jablensky et al. 1992; Luhrmann und Marrow 2016). Allerdings ist der Verlauf der Störung sehr abhängig vom kulturellen Kontext: In Industrieländern haben Betroffene einer Schizophrenie eine schlechtere Prognose als in Ländern des globalen Südens (Jablensky und Sartorius 2008). Mögliche Erklärungen hierfür sind ein normalisierendes Verständnis der psychotischen Krise im Gegensatz zur Medikalisierung und damit verbundenen Stigmatisierung im Alltag. Die Betroffenen leben weiterhin in ihrem gewohnten sozialen Umfeld und das Stimmenhören ist beispielsweise kein Anzeichen einer schweren Erkrankung, sondern die Kommunikation mit Geistern oder Verstorbenen (Luhrmann und Marrow 2016). Somit muss nicht jeder Betroffene sein zutiefst verstörendes Erleben in der Psychose für sich allein erklären, sondern kann dieses in kulturell bekannte Deutungsmuster einbetten, was zur günstigeren Prognose beizutragen scheint (Bock und Heinz 2016: 135–136; Weinmann 2019: 205–210). Dieser Befund deutet bereits auf die Bedeutung sozialer Anerkennung für Entstehung bzw. den Verlauf von Schizophrenien hin und wird in Kapitel 5 ausführlicher diskutiert.

Zudem gibt es immer mehr Hinweise, dass der Behandlungsfokus auf Antipsychotika in westlichen Ländern einen negativen Einfluss auf die Genesung der Betroffenen haben kann (Jääskeläinen et al. 2013; zur Übersicht s. Rodolico et al. 2022b). Besondere Bekanntheit hat die Studie von Wunderink et al. (2013) erlangt. In dieser wurde die Entwicklung zweier Patient*innengruppen über sieben Jahre verglichen, von denen die Experimentalgruppe nach sechs Monaten eine Reduktion ihrer antipsychotischen Medikation erhielt und auch im weiteren Verlauf mit geringeren Dosen behandelt wurde. Dabei zeigte sich, dass gerade jene Gruppe nach sieben Jahren einen höheren Grad an Genesung von ihren Symptomen und sozialem Funktionsniveau aufwies. Die niedrige

Dosis führte zwar in den ersten beiden Jahren zu vermehrten Rückfällen, danach kehrte sich diese Tendenz aber um und die niedrig dosierten Patient*innen wiesen einen höheren Grad an Genesung mit weniger Symptomen und weniger Einschränkungen der Lebensführung auf. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in Harrow et al. (2014), die in einem naturalistischen Design über 20 Jahre ebenfalls feststellen konnten, dass sich nach den ersten zwei bis drei Behandlungsjahren mit Antipsychotika die Häufigkeit von Psychosen umkehrte, d.h. dass die Gruppe ohne antipsychotische Medikation nach 20 Jahren signifikant weniger psychotische Krisen erlebte als die Gruppe mit antipsychotischer Medikation.

In einer kürzlich publizierten randomisiert-kontrollierten Studie von Moncrieff et al. (2023) zeigte sich nach zwei Jahren kein signifikanter Unterschied im sozialen Funktionsniveau zwischen Betroffenen mit einer schrittweisen Dosisreduktion um 67% im Vergleich zu Betroffenen mit einer gleichbleibenden antipsychotischen Dosis. Auch die Verlaufsstudien zum *Offenen Dialog*, einem finnischen gemeindepsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebot, suggerieren, dass ein modernes, ambulantes und auf Krisen flexibel und schnell reagierendes Versorgungsangebot langfristig gar die Inzidenz von Schizophrenien reduzieren kann (Aaltonen et al. 2011; Putman und Martindale 2021; Seikkula et al. 2011).¹³

Derartige Studien sind insbesondere vor dem Hintergrund der erheblichen langfristigen Nebenwirkungen von hochdosierter, antipsychotischer Medikation bedeutsam: kurz- und langfristige Bewegungsstörungen, Gewichtszunahme, Gehirnatrophie, d.h. eine Schrumpfung der Gehirnmasse, ein dauerhaft reduziertes kognitives und affektives Erleben, aber auch diverse Absetzsymptome (Vgl. Aderhold et al. 2015; Lehmann et al. 2018; Schlimme et al. 2018).

Abschließend lässt sich festhalten, dass psychotischen Krisen häufig eine langfristige Veränderung des Erlebens der Betroffenen in Form von Negativsymptomen vorausgeht. Der Verlauf im Anschluss an eine psychotische Krise ist sehr heterogen und reicht von einer einmaligen Episode über wiederkehrende Episoden ohne größere Einschränkungen bis hin zu Verläufen mit deutlichen Einschränkungen der Lebensführung. Keineswegs ist die Schizophrenie eine degenerative Erkrankung im Sinne Kraepelins, sodass durchaus vom „Ende der Unheilbarkeit“ (Amering und Schmolke 2012) im Sinne der Recovery-Bewegung gesprochen werden kann. Der

¹³ Allerdings existiert hinsichtlich dieser Studien die methodisch Kritik, dass die Studien zum *Offenen Dialog* keine randomisiert-kontrollierten Studien sind (Freeman et al. 2019). Der Vergleich mit einer gleichzeitig behandelten Kontrollgruppe sei nicht gegeben, sodass die beeindruckenden Effekte nicht ausschließlich auf die Nutzung der *Offenen-Dialog*-Strukturen zurückzuführen sind. Um diesen Einwand genauer zu untersuchen, findet aktuell in Großbritannien eine randomisiert-kontrollierte Studie zum *Offenen Dialog* statt (Pilling et al. 2022).

Verlauf einer Schizophrenie ist demzufolge erheblich durch psychosoziale Faktoren beeinflusst.

2.6 Biopsychosoziale Aspekte zur Entstehung und Therapie der Schizophrenie

Die Schizophrenie wird heute vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells psychischer Störungen verstanden (Read et al. 2008). Diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass die Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie psychischer Störungen durch biologische, psychische und soziale Faktoren als auch deren Wechselwirkungen untereinander geprägt sind. Zudem wird davon ausgegangen, dass eine Schizophrenie nicht allein das Ergebnis bestimmter biologischer oder psychologischer Dispositionen oder des sozialen Hintergrunds ist, sondern erst im Zusammenspiel mit akuten Stressoren entsteht, was als Vulnerabilitäts-Stress-Modell bezeichnet wird (Nuechterlein und Dawson 1984). Eine Schizophrenie ist somit das Ergebnis des Zusammenspiels der biopsychosozialen Dispositionen einer Person und ihrer jeweiligen Lebenssituation. Im Folgenden werden zentrale Aspekte zu den biopsychosozialen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie zusammengefasst.

2.6.1 Biologische Aspekte

Heute ist bekannt, dass über 100 Gene an der Entwicklung einer schizophrenen Störung beteiligt sind (Ripke et al. 2014). Studien zur familiären Häufung von Schizophrenien zeichnen ein Bild, in dem die Wahrscheinlichkeit, eine Schizophrenie zu entwickeln, mit der Nähe des Verwandtschaftsgrads steigt: So haben eineiige Zwillinge eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit bei gleichen Umwelteinflüssen eine Schizophrenie zu entwickeln als zweieiige Zwillinge. Allerdings ist der Einfluss psychosozialer Umweltfaktoren nicht zu unterschätzen, da sich in Adoptionsstudien zeigt, dass mit einem positiven Entwicklungsumfeld die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer schizophrenen Störung drastisch sinkt. Ebenso scheint nicht klar, ob das erhöhte Auftreten in Familien nicht durch andere Faktoren wie gleiche psychosoziale Stressoren bedingt ist (Aderhold und Hohn 2019; Häfner 2017: 289–339; Henriksen et al. 2017). Studien zur familiären Häufung von Schizophrenien weisen also weniger auf eine kausale Beziehung zwischen biologischer Veranlagung und der Entwicklung einer Schizophrenie hin, sondern belegen die Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Exprimierung der genetischen Anlagen. Ein gut belegtes Beispiel für jene Stressoren stellen Komplikationen während der Schwangerschaft und insbesondere der Geburt dar (Schmitt et al. 2014).

In Metaanalysen zu hirnstrukturellen Befunden können ein verringertes Volumen in limbischen und temporalen Strukturen sowie des Thalamus im Vergleich mit

Kontrollpersonen abgebildet werden, ebenso eine Verringerung der grauen und weißen Gehirns substanz und eine Erweiterung der Hirnventrikel (Hajima et al. 2013; Woods et al. 2005). Dabei scheinen sich diese Veränderungen nicht progredient über den Krankheitsverlauf zu steigern, sondern stellen eine entwicklungsbezogene Vulnerabilität dar. Eine progrediente Entwicklung der weiteren Reduzierung des Hirnvolumens scheint mit Umweltfaktoren wie Substanzkonsum, traumatischen Erfahrungen und insbesondere der langfristigen Gabe von Antipsychotika in Zusammenhang zu stehen (Aderhold et al. 2015; Murray et al. 2016a).

Ein zentraler biologischer Mechanismus im Zusammenhang mit schizophrener Symptomatik wird unter der sog. Dopamin-Hypothese zusammengefasst (zur Übersicht vgl. Schlimme et al. 2018: 45–75). Dieser zufolge scheint bei Menschen mit Schizophrenie-Diagnose eine gesteigerte Sensitivität von Dopamin-2-Rezeptoren, insbesondere im mesolimbischen System, vorzuliegen, das mit dem Erleben von Erwartungen und Belohnungen im Zusammenhang steht (Seeman 2011). Zusätzlich scheinen auch die Botenstoffe Glutamat und GABA eine zentrale Funktion für psychotisches Erleben zu spielen (Howes et al. 2017).

Moderne Antipsychotika setzen hier an und blockieren Dopamin-2-Rezeptoren, sodass hierdurch schnell die Positivsymptomatik (Wahn, Halluzinationen) in der Psychose verringert werden kann. Sie führen zu einer Reduktion des intensiven, qualvollen Erlebens in der Psychose:

Die Arznei, die hat mich natürlich, äh, ziemlich schmerzfrei gemacht auch, ne. Unter schmerzfrei verstehe ich jetzt, [...] dass ich ein dickeres Fell bekommen habe und nicht da so drauf reagiert habe oder auf die Umgebung geachtet habe: „Da könnte jemand sein, der irgendetwas Negatives über dich erzählt.“ Oder die zerreißen sich die Mäuler über mich. Also das war, äh, schon deutlich gelindert nach der Medikamentengabe. (Schlimme, Brückner 2017, S. 194)

Eine medikamentöse Behandlung soll in einer akuten Psychose „so niedrig wie möglich und so hoch wie nötig“ durchgeführt werden, wie es in der gegenwärtigen S3-Leitlinie Schizophrenie heißt (DGPPN 2019b: 30). Eine langfristige Gabe von Antipsychotika zur Rückfallprävention wird ebenfalls empfohlen, ist aus sozialpsychiatrischer Perspektive jedoch aus mindestens zweierlei Gründen problematisch. Ein erster Grund liegt in den immensen Nebenwirkungen dieser Medikamente: Da das dopaminerge System jedoch mit einer Vielzahl weiterer Gehirn- und Körperfunktionen im Zusammenhang steht, kommt es durch die Blockade der Dopamin-Rezeptoren zu den typischen antipsychotischen Nebenwirkungen wie u.a. Gewichtszunahme, Müdigkeit, extrapyramidale Störungen und Bewegungsstörungen (De Hert et al. 2011). Zusätzlich

kommt es im Anschluss an die langfristige Einnahme von Antipsychotika zu massiven Absetzsymptomen (Cerovecki et al. 2013).

Zweitens scheint eine Vielzahl von Betroffenen auch ohne oder mit geringen Dosen psychosefrei oder mit wenigen Einschränkungen aufgrund weiterer Psychosen gut leben zu können, sodass die gegenwärtige Praxis der langfristigen Gabe von Antipsychotika heute vielerorts kritisch diskutiert wird (Gründer 2022; Lehmann et al. 2018; Schlimme et al. 2018). Die Reduktion von Antipsychotika ist deshalb ein wichtiges gegenwärtiges Forschungsthema und wurde als Behandlungsempfehlung in die aktuelle Behandlungsleitlinie Schizophrenie aufgenommen (DGPPN 2019b).

2.6.2 Psychologische Aspekte

2.6.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie bei psychotischen Störungen

Bereits 1952 diskutierte einer der Begründer der Kognitiven Verhaltenstherapie, Aaron Beck, der zu dieser Zeit noch als Psychoanalytiker arbeitete, die Möglichkeit, mithilfe kognitiver Umstrukturierung den Schuldwahn einer depressiven Patientin zu behandeln (Beck 1952). Diese Pionierarbeit wurde in den 1980er Jahren durch eine Vielzahl englischsprachiger kognitiver Verhaltenstherapeut*innen fortgesetzt, die die bereits bei anderen Störungsbildern etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie auf die Therapie von Schizophrenien übertrugen (Mander und Kingdon 2015). Zentraler Ansatzpunkt kognitiver Ansätze in der Verhaltenstherapie ist die Annahme, dass psychische Störungen nicht nur aufgrund erworbenen, dysfunktionalen Verhaltens im Umgang mit gegenwärtigem Stress entstehen, sondern durch kognitive und emotionale Prozesse beeinflusst werden. Diese kognitiven Prozesse der falschen Informationsverarbeitung sind dabei bei allen psychischen Störungen ähnlich, sodass psychotisches Erleben wie Wahn, Halluzinationen oder formale Denkstörungen letztlich das Ergebnis dysfunktionaler Kognitionen sei (Tai und Turkington 2009). Typische kognitive Verzerrungen sind der *Jumping-to-Conclusions-Bias*, d.h. das vorzeitige Schlussfolgern bei unvollständiger Informationsmenge, aber auch Defizite in der *Theory of Mind*, also der Fähigkeit, die mentalen Zustände anderer Personen zu deuten (Mehl und Lincoln 2015). Die kognitive Verhaltenstherapie für psychotische Störungen (*KVTP*) zeichnet sich durch eine entpathologisierende Grundhaltung aus, derzufolge psychotische Symptome auf einem Kontinuum zu alltäglichem Erleben und Verhalten liegen und in der Allgemeinbevölkerung auch ohne Krankheitswert gehäuft vorkommen. Dem Ausbruch einer psychotischen Störung liegt eine individuelle Bedeutung zugrunde, die in einem individuellen Störungsmodell verstanden werden kann. In diesem werden der individuelle Hintergrund der Biographie der Betroffenen, deren erworbene, negative Selbst- und Fremdschemata, kognitive Verzerrungen und aufrechterhaltende,

dysfunktionale Mechanismen für die jeweilige Symptomatik integriert und mit jeder aktuellen Krisensituation in Verbindung gesetzt (Pillny und Lincoln 2020).

Es existiert heute eine robuste Datenlage mit diversen RCTs und Meta-Analysen zur Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei Schizophrenien (Jauhar et al. 2014; Lincoln und Peters 2019; Mehl et al. 2023; Riehle et al. 2020). Daher gilt eine psychotherapeutische Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie in der gegenwärtigen S3-Leitlinie Schizophrenie als notwendiger Bestandteil jeden psychiatrischen Hilfsangebots – eine revolutionäre Entwicklung innerhalb der Psychiatrie (DGPPN 2019b). KVTp kann zudem auch ohne antipsychotische Medikation für die Behandlung schizophrener Positivsymptomatik eingesetzt werden. Es liegen verschiedene kognitiv-verhaltenstherapeutische Manuale in deutscher Sprache vor (Klingberg und Hesse 2014; Lincoln 2019; Moritz et al. 2017).

2.6.2.2 *Psychodynamische Psychosen-Psychotherapie*

Die psychodynamische Psychosen-Psychotherapie hat eine lange Geschichte, die bis zu den Anfängen der psychoanalytischen Therapie bei Sigmund Freud reicht (Küchenhoff 2012: 32–47; Lempa 1992). Freud war hinsichtlich der Behandelbarkeit von Schizophrenien ambivalent.¹⁴ An einigen Stellen beschrieb er sie als „unheilbar“, da bei ihnen keine Übertragung möglich sei (Freud 1946: 139). Zugleich finden sich in Freuds Publikationen und Briefwechseln jedoch auch optimistischere Positionen:

Ich halte es für durchaus nicht ausgeschlossen, daß man bei geeigneter Abänderung des Verfahrens sich über diese Gegenindikation hinwegsetzen und so eine Psychotherapie der Psychosen in Angriff nehmen könnte“ (Freud 1942: 21).

Darüber hinaus ist heute bekannt, dass Freud trotz seiner öffentlich geäußerten Skepsis durchaus Patient*innen mit Schizophrenie psychoanalytisch behandelte (Augusta 2021). Er verstand neurotisches wie psychotisches Erleben als Ausdruck unbewusster Konflikte zwischen Ich und Es (Neurose) und zwischen Ich und Außenwelt (Psychose), wobei sich die damit verbundenen Abwehrmechanismen stark unterscheiden. In der Psychose komme es zu einer Verwerfung der Realität in Form projektiven Wahnerlebens, paranoiden Ängsten oder stark regressivem Erleben und Verhalten: „[D]ie Neurose sei der Erfolg eines Konflikts zwischen dem Ich und seinem Es, die Psychose aber der analoge Ausgang einer solchen Störung in den Beziehungen zwischen Ich und Außenwelt.“ (Freud 1923: 387)

¹⁴ Freud verwendet im Laufe seines Werkes verschiedene Begriffe für schizophrene Phänomene mit teils unterschiedlichen Bedeutungsdimensionen, u.a. Dementia Praecox, narzißtische Neurose, Paranoia, Paraphrenie und Psychose (Laplanche und Pontalis 1976: 323, 453–456; Lempa 1992: 39–44).

In der Nachfolge Freuds wagten einige Pionier*innen der psychoanalytischen Psychotherapie den Versuch, die psychoanalytische Methode zu modifizieren, um Menschen mit Schizophrenien zu behandeln und darüber zu publizieren, beispielsweise Harry Stack Sullivan, Harold Searles, Frieda Fromm-Reichmann, oder Winfried Bion (Happach und Piegler 2000; Lempa et al. 2017: 15–25). Die heutige modifizierte psychodynamische Psychosen-Psychotherapie (Lempa et al. 2017; von Haebler et al. 2022) beruht auf klassischen (u.a. Freud, Winnicott, Bion) und neueren (u.a. Mentzos, Benedetti) psychoanalytischen Störungsmodellen zu Schizophrenien, empirischen Ergebnissen der Säuglingsforschung und der daraus entstandenen Entwicklungspsychologie zur Mentalisierungsfähigkeit und auf Erkenntnissen der phänomenologischen Psychiatrie. Schizophrenien werden hier als Verarbeitungsversuch einer dilemmatischen Grundstruktur verstanden, die mit einer existenziellen Angst der Betroffenen einhergeht, in Beziehungen die eigene Identität zu verlieren oder außerhalb der Beziehung isoliert zu sein (Mentzos 1992; Mentzos 2017: 215–235). Die Therapeut*in soll das gegenwärtige Erleben der Psychose-Erfahrenen begleiten und strukturieren und nicht, wie in der klassischen Psychoanalyse, deuten oder konfrontieren. Sie ist durch eine besondere Haltung der Offenheit und Neugierde für das Erleben der Patient*innen gekennzeichnet, die zwischen den Polen des Einfühlens und der Distanz pendelt (Küchenhoff et al. 2017; Lempa et al. 2017: 82–93; Mentzos 2017). Es wird ein phasenspezifisches Vorgehen empfohlen (Lempa et al. 2017: 107–146; von Haebler et al. 2022: 48–50): In einer ersten Phase steht die Etablierung einer stabilen therapeutischen Beziehung mit einer Trennung von Selbst- und Fremderleben im Vordergrund. Mithilfe nicht-deutender Techniken soll eine Strukturierung des Erlebens der Betroffenen im Hier und Jetzt erfolgen, wodurch zuvor nicht oder nur unzureichend erlebte Affekte erfahrbar gemacht werden. Erst in einer zweiten Phase sollen klassische psychoanalytische Techniken der Klärung, Konfrontation oder Deutung eingesetzt werden, um gegenwärtige oder vergangene Beziehungserfahrungen besser zu verstehen.

Bezüglich der Wirksamkeit psychoanalytischer Verfahren bei Schizophrenien im Sinne der Psychotherapieforschung existieren bisher nur wenig robuste Belege (Rosenbaum et al. 2012; Weijers et al. 2021; Vgl. zur Übersicht Lincoln et al. 2019: 45–49). Gegenwärtig läuft auf der Basis des eben skizzierten Manuals zur psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie (Lempa et al. 2017; von Haebler et al. 2022) eine randomisiert-kontrollierte Studie in Berlin (MPP-S, Montag et al. 2021). Psychodynamische Psychosen-Psychotherapie kann gemäß der S3-Leitlinie (DGPPN 2019b) Schizophrenie-Betroffenen angeboten werden.

2.6.2.3 Systemische Therapien

Zuletzt sei noch auf die Systemische Familientherapie hingewiesen, die seit den 1950er Jahren eine zentrale Bedeutung für ein psychologisches Verständnis der Schizophrenie besitzt (Hahlweg und Baucom 2022). Gemeinsam ist Ansätzen der systemischen Familientherapie, dass die vermeintlichen „Symptome“ einer Person als ein Lösungsversuch für Probleme innerhalb eines sozialen Netzwerks verstanden werden. Durch ein neues Verständnis der darin verhandelten Konflikte und jeweiligen Bedürfnisse wird in der systemischen Therapie eine therapeutische Veränderung erzielt. Statt von einer individuellen psychischen Störung einer Patient*in im Zusammenspiel mit einer biologischen Vulnerabilität auszugehen, wird das sich darin entfaltende Familiensystem oder soziale Netzwerk in der Therapie lösungsorientiert betrachtet, um neue Umgangsformen mit den aktuellen Stressoren zu finden (Burbach 2018; Schweitzer und Aderhold 2013).

Ein zentraler Vorläufer heutiger systemischer Ansätze ist die *Double-Bind*-Theorie der kalifornischen Arbeitsgruppe um den Anthropologen Gregory Bateson. Dieser Theorie zufolge entsteht schizophrenes Erleben und Verhalten durch pathologische Beziehungsmuster innerhalb einer Familie, in der widersprüchliche, paradoxe Kommunikation ohne die Möglichkeit der Auflösung jener Widersprüche in einer Form der Meta-Kommunikation stattfindet (Bateson et al. 1969). Obwohl der Ansatz empirisch nicht bestätigt werden konnte und lange Zeit als stigmatisierend gegenüber den Familien wahrgenommen wurde (Hahlweg und Baucom 2022), stimulierte die *Double-Bind*-Theorie die systemische Forschung und Therapie der Schizophrenie immens, beispielsweise das *Mailänder Modell* (Selvini-Palazzoli et al. 1985) oder die *Heidelberger Schule* (Stierlin et al. 1985) zur systemischen Therapie von Schizophrenien.

Heutige Ansätze der systemischen Familientherapie bei Schizophrenien haben ein konstruktivistisches Verständnis der therapeutischen Arbeit, derzufolge ein Familiensystem nicht von außen verstanden werden kann, sondern nur gemeinsam mit dem sozialen System. Im Rahmen dieser sog. „konstruktivistischen Wende“ wurde eine Vielzahl neuer therapeutischer Techniken entwickelt, die maßgeblich prägend für die Psychosen-Psychotherapie waren (Burbach 2018). Beispiele hierfür sind die *Systemische Familientherapie der Psychosen* (Retzer 2004) und der *Offene Dialog* (Putman und Martindale 2021; Seikkula und Alakare 2015), der im Folgenden exemplarisch dargestellt wird. Gemeinsam ist gegenwärtigen Ansätzen, dass sie schizophrenes Erleben und Verhalten nicht pathologisieren, sondern als Ausdruck von etwas „Noch-nicht-Gesagtem“ (Aderhold und Hohn 2019) begreifen, das durch Therapeut*innen gemeinsam mit dem sozialen Netzwerk verstanden und transformiert werden kann.

Der *Offene Dialog* beruht auf dem finnischen Konzept der „Bedürfnisangepassten Behandlung“ (*need-adaptive treatment*) und umfasst sowohl therapeutische Elemente wie Vorgaben für ein psychiatrisches Versorgungssystem, das sich an raschen Kriseninterventionen, dem Einbezug des sozialen Netzwerks, Behandlungskontinuität wie auch eine psychotherapeutischen Grundhaltung bei möglichst geringem Einsatz antipsychotischer Medikation orientiert (Aderhold und Hohn 2019; Seikkula und Alakare 2015). Innerhalb von 24 Stunden nach dem Erstkontakt soll ein Treffen mit dem sozialen Netzwerk der Betroffenen stattfinden (*Netzwerkgespräch*), in dem die drohende psychotische Krise aus verschiedenen Perspektiven thematisiert wird. Hierbei ist es von größter Bedeutung, die mit der Psychose verbundene Unsicherheit auszuhalten, um den darin enthaltenen Sinngehalt zu verstehen. Hierfür können zu Beginn einer Krisenintervention tägliche Treffen nötig sein. Ein wichtiger Teil der Netzwerkgespräche und die darin geforderte Offenheit ist das *Reflecting Team*, was bedeutet, dass die das Gespräch leitenden Therapeut*innen in Anwesenheit des sozialen Netzwerks das gegenwärtige Geschehen aus ihrer Perspektive kommentieren.

Für systemische Familientherapie existieren eine Vielzahl von Studien, die deren Effektivität bei der Behandlung von Schizophrenien aufzeigen (Pharoah et al. 2010; Rodolico et al. 2022a; vgl. Lincoln et al. 2019: 73–84). Das soziale Netzwerk von Betroffenen soll gemäß der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019b) notwendig in jede Behandlung integriert werden. Die größte Evidenz existiert für psychoedukative Angebote für Angehörige, die Teil jeder Behandlung sein sollen, während familientherapeutische Ansätze vornehmlich auf der Basis klinischer Erfahrung empfohlen werden.

2.6.3 Soziale Aspekte

Es existieren eine Vielzahl von Befunden, die die Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung der Schizophrenie betonen (Selten et al. 2013; van Os et al. 2010). Zusammengefasst werden die Befunde unter dem Stichwort des *Social Defeat* (dt. soziales Scheitern oder soziale Niederlage, Luhrmann und Marrow 2016; Selten et al. 2013). Die zentrale Annahme dieses Modells lautet, dass Erfahrungen von sozialer Ausgrenzung und Ablehnung zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie führen. Häufig diskutierte Faktoren in diesem Kontext sind Traumatisierungen, Migration und Erfahrungen des Rassismus, die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit und die damit verbundene Ausgrenzung, Urbanität bzw. das Leben in Großstädten mit hoher Bevölkerungsdichte, Armut und Cannabiskonsum (Heinz et al. 2013; van Os et al. 2010). All diese Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Psychose, insbesondere wenn sie gemeinsam auftreten.

Darüber hinaus steht die Erkrankung auch mit einer Vielzahl sozialer Exklusionserfahrungen in Verbindung. Nur ein geringer Anteil der Betroffenen – ca. 20-30% in einer europäischen Vergleichsstudie (Marwaha et al. 2007) – arbeitet auf dem ersten Arbeitsmarkt. Viele Betroffene werden frühberentet oder arbeiten im Niedriglohnsektor, was mit großer finanzieller Unsicherheit in der Gegenwart, aber auch hinsichtlich der Rentenansprüche einhergehen kann (Richter 2019: 92–95). Einer Schweizer Studie (Richter und Hoffmann 2019) zufolge berichten 60% der Betroffenen einer schweren psychischen Störung, zu denen die Schizophrenie zählt, dass sie keinen sozialen oder kulturellen Aktivitäten mehr nachgehen, 50% leben ohne Partnerschaft, ca. 30 Prozent berichten Einsamkeit. Einsamkeit wiederum scheint ein bedeutender ätiologischer Faktor für die psychotische Symptomatik zu sein (Michalska da Rocha et al. 2018): je einsamer Menschen sich fühlen, desto stärker ausprägt scheint ihre psychotische Symptomatik zu sein. All diese Befunde demonstrieren, dass Schizophrenien *auch* als soziale Erkrankung zu verstehen sind.

Gemeindepsychiatrische Therapieangebote versuchen dieser sozialen Bedingtheit Rechnung zu tragen (Aderhold 2021; Breinbauer et al. 2021; Weinmann 2019). Bereits im 18. Jahrhundert argumentierte der britische Arzt William Battie für die Bedeutung sozialer und milieuthérapeutischer Einflüsse für die Genesung von Menschen mit psychischen Störungen, wenngleich sein therapeutischer Optimismus auf bestimmte Störungsbilder beschränkt blieb (Weiner 2008). Bekannt wurde jedoch sein Ausspruch: „Management did much more than medicine“ (Battie 1758, S. 68, zit. nach Brückner 2011: 9). Im 19. Jahrhundert wurden im *Moral Treatment* bzw. *traitement moral* der positive Einfluss eines therapeutischen Milieus gewürdigt und der positive Einfluss gemeinsamer therapeutischer Aktivitäten in Zusammenhang mit einer strukturierten Umgebung beschrieben (Brückner 2011). Im 20. Jahrhundert propagierten beispielsweise der deutsche Psychiater – und spätere Nationalsozialist – Gustav Kolb eine „Offene Irrenfürsorge“, in der aufsuchend gearbeitet wurde, um Patient*innen zu stabilisieren und Rückfällen vorzubeugen, während Hermann Simon Arbeitstherapie und die Arbeit mit Familien propagierte. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelten sich eine Vielzahl flexibler Behandlungsangebote wie Tages- und Nachtkliniken, ambulante psychiatrische Hilfsangebote (Sozialpsychiatrischer Dienst, niedergelassene psychiatrische und psychotherapeutische Praxen) und aufsuchende Behandlungsformen und nutzer*innen-kontrollierte Angebote (Brückner 2018).

Heutige psychosoziale Behandlungsangebote für Menschen mit einer schizophrenen Störung (Cooper et al. 2020; DGPPN 2019a) sind die Psychosen-Psychotherapie für die Betroffenen selbst (Lempa et al. 2017; Lincoln 2019) als auch in ihrem sozialen Netzwerk (z.B. im Offenen Dialog-Ansatz, Seikkula und Alakare 2015; Putman und Martindale

2021). Auch andere stationäre Behandlungskonzepte wie die Milieutherapie in Soteria-Einrichtungen oder -Stationen (Ciompi et al. 2011; Mosher et al. 1994; Nischk und Gekle 2022) sowie Krisenzimmern (von Peter und Schwarz 2021; Wehde 1991) etablieren sich in Deutschland zunehmend. Ferner werden aufsuchende Behandlungen statt stationärer Behandlung in jede Phase der Behandlung prominenter in der Versorgungsstruktur, sei es zur Krisenintervention im Home Treatment (dt. Stationsäquivalente Behandlung, *StäB*) oder als langfristige aufsuchende Behandlung mittels gemeindepsychiatrischer Teams (Steinhart und Wienberg 2017; Weinmann et al. 2021). Ein zentrales Merkmal gegenwärtiger gemeindepsychiatrischer Ansätze ist der konsequente Einbezug von Genesungsbegleiter*innen (Mahlke et al. 2019; Utschakowski et al. 2016), also Betroffenen oder Angehörigen mit Krisenerfahrung.

Für die genannten Beispiele liegen diverse Studien und Meta-Analysen vor, die deren Wirksamkeit demonstrieren (DGPPN 2019a; McDonagh et al. 2022). Aufsuchende Behandlungsangebote sollen laut S3-Leitlinie bei drohenden Behandlungsabbrüchen, Wohnungslosigkeit der Betroffenen sowie chronischer Symptomatik angeboten werden. Auch tagesklinische Akutbehandlungen werden empfohlen (DGPPN 2019b). In der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wird gar mit der höchsten empirischen Evidenz eine „gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung“ in jedem Fall gefordert, mit der Möglichkeit, dass Betroffene in Krisen „die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (DGPPN 2019a: 38). Betroffene sollen demnach die Möglichkeit haben, in Krisen zwischen einer stationären und einer ambulanten Akutbehandlung wählen zu können. Um dies zu ermöglichen, wurde 2018 die *Stationsäquivalente Akutbehandlung* (*StäB*) eingeführt, die schrittweise in das deutsche psychiatrische Versorgungssystem eingeführt wird (Weinmann et al. 2021).

2.7 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde das psychiatrische Störungsbild der Schizophrenie dargestellt. Nach einer Darstellung der typischen Positiv- (Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörungen) und Negativsymptomatik (sozialer Rückzug, Affektverflachung, Motivationsverlust) wurden historische und aktuelle Aspekte der psychiatrischen Klassifikation von Schizophrenien erläutert. Hierauf folgten basale epidemiologische Befunde wie auch aktuelle Daten zum Verlauf von Schizophrenien, die den großen Einfluss psychosoziale Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf verdeutlichten. Im Anschluss daran wurden vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Verständnisses von Schizophrenien gegenwärtige biologische, psychologische (psychodynamische,

kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemische) sowie soziale Aspekte der Entstehung und Therapie von Schizophrenien zusammengefasst.

3 Zur Phänomenologie schizophrener Erfahrungen

Um die Bedeutung von Anerkennung für die Entstehung und Therapie der Schizophrenie mithilfe phänomenologischer Analysen zu untersuchen, ist es zuerst notwendig, ein Bild davon zu gewinnen, wie Schizophrenie in der phänomenologischen Psychiatrie verstanden wird. Für die phänomenologische Beschreibung der Schizophrenie und ihrer Symptome ist heute insbesondere das Modell der Störung des basalen Selbsterlebens prominent (Martin et al. 2021; Sass und Parnas 2003; Stanghellini 2004). Zur Darstellung des Modells bedarf es jedoch einiger einleitender begrifflicher Klärungen hinsichtlich des in der gegenwärtigen Phänomenologie zentralen Konzepts des Selbst und damit zusammenhängender Konzepte wie Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Intersubjektivität. Abschließend werden in diesem Kapitel intersubjektiv orientierte Ansätze zum Verständnis der Schizophrenie und ihrer Therapie vorgestellt, an die vorliegende Analyse zur Bedeutung intersubjektiver Anerkennung für die Entstehung und Therapie anknüpfen kann.

3.1 Basale Erfahrungsstrukturen der Subjektivität: Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Intersubjektivität

Ausgangspunkt jeder phänomenologischen Analyse sind Erfahrungen. Erfahrungen beziehen sich immer auf etwas, was Husserl (1984) als *Intentionalität* des Bewusstseins bezeichnet. Jede Erfahrung ist eine Erfahrung von etwas: ein Spüren von, ein Erinnern an, ein Denken über. Zudem geht Husserl davon aus, dass jede Erfahrung von der sie erlebenden Person implizit als ihre eigene erlebt wird, d.h. dass sie von einem präreflexiven Selbstbewusstsein begleitet wird.¹⁵ Dieses Selbstbewusstsein wird in der heutigen Phänomenologie auch als *minimal self* bezeichnet, das mit jeder Erfahrung einhergeht und sie als die je eigene markiert. Dabei ist jedes präreflexive Selbsterleben immer auch leiblich, d.h. von einer Person verkörpert, zeitlich ausgedehnt und intersubjektiv, womit gemeint ist, dass Erfahrungen immer innerhalb einer sozialen Welt mit ihren je eigenen Kategorien, Bildern und Wahrnehmungs- und Ausdrucksmustern gemacht werden (Wehrle 2016; Zahavi 1999; Zahavi 2015a: 115–127).

Das minimale Selbst bildet die implizit immer schon vorhandene Grundstruktur unserer Erfahrungen. Diese Erfahrungsstrukturen werden mit den Worten Husserls (1966a) *passiv*, im Hintergrund, konstituiert. Auf jede Erfahrung und deren Strukturen kann sich

¹⁵ „Vor dieser Wahrnehmung [...] haben wir das ‚innere Bewußtsein‘, das dieser Form entbehrt, und diesem entspricht als ideale Möglichkeit die innere Reproduktion, in der der frühere Akt in reproduktiver Weise wieder bewußt wird und somit zum Gegenstand einer reflektiven Erinnerung werden kann. Damit ist also die Möglichkeit gegeben, in der Reproduktion auf das frühere, wenn auch nicht eigentlich Wahrgenommen-haben, so Originär-erlebt-haben, als Impression-gehabt-haben zu reflektieren.“ (Husserl 1952: 118)

jedoch auch aktiv, reflexiv, bewusst bezogen werden. Im *reflexiven Selbstbewusstsein* wird auf etwas Bezug genommen, das zuvor schon präreflexiv gegeben war.¹⁶ Das reflexive Selbstbewusstsein, das bewusste Denken und Erleben bildet aus phänomenologischer Sicht eine zweite Ebene des Selbsterlebens, die grundlegend von den Leistungen der *passiven Synthesis* (Husserl 1966a) und den zugrundeliegenden präreflexiven Erfahrungsstrukturen abhängig ist. Unsere alltägliche Erfahrung zeugt somit, wie der Philosoph Helmut Plessner mit einem Konzept Hegels sagt, von einer „vermittelten Unmittelbarkeit“ (Plessner 1975: 321).

Einen zentralen Aspekt jener vermittelten Unmittelbarkeit bildet unserer *Leib* als „Wahrnehmungsorgan des erfahrenden Subjekts“ und „Nullpunkt“ jeder Erfahrung (Husserl 1952: 144, 158). Mit dem Leib sind wir immer zur Welt ausgerichtet: „Doch mein Leib steht nicht vor mir, sondern ich bin in meinem Leib, oder vielmehr ich bin mein Leib.“ (Merleau-Ponty 1966: 180). Mittels leiblicher Gewohnheiten entwickeln wir eine Vertrautheit mit unserer Umwelt, in der wir uns intuitiv bewegen und deren Bedeutungen wir präreflexiv erfassen können (Fuchs 2015b: 102–103):

Was aber ist die Gewohnheit dann [...]? Ein Wissen, das in den Händen ist, das allein der leiblichen Betätigung zur Verfügung steht, ohne sich in objektive Bezeichnung übertragen zu lassen. Man weiß, wo sich die Buchstaben auf der Klaviatur finden, wie wir wissen, wo sich ein jedes unserer Glieder befindet, im Wissen einer Vertrautheit, die uns nicht eine Stelle im objektiven Raum gibt. (Merleau-Ponty 1966: 174)

Dabei ist es immer auch möglich, sich reflexiv auf das eigene Leiberleben zu beziehen: Wir *sind* Leib, können uns aber auch explizit auf ihn als Körper beziehen, den wir *haben*, wie Plessner (1941: 238) prägnant formuliert.

Neben dem Aspekt der Leiblichkeit ist jedoch auch die Zeitlichkeit des Selbst von zentraler Bedeutung. Für Husserl ist jede Erfahrung, die wir machen, zeitlich, wie er in seiner *Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins* (Husserl, 1966) darstellt: Erfahrungen sind nicht bloß eine Abfolge von Momenten, sondern zeitlich ausgedehnt. In einer Erfahrung werden Wahrnehmungsgestalten gebildet, indem gegenwärtig Wahrgenommenes (*Urimpression*) mit Erwartungen an Zukünftiges (*Protentionen*) sowie Erinnerungen an Vorheriges (*Retentionen*) verknüpft wird. Diese Verknüpfung geschieht jedoch präreflexiv, ohne dass sie uns bewusst ist. Husserl veranschaulicht dies am Beispiel einer Melodie (Husserl 1966b: 11–57): diese wird nicht als bloße Abfolge von

¹⁶ „In jedem *ego cogito*, das ich im alltäglichen Leben oder als anfangender Philosoph ausspreche, hat das *ego* diese Bedeutung. Sage ich ‚ich‘, so erfasse ich mich in schlichter Reflexion; aber diese Selbsterfahrung ist wie jede Erfahrung, und zunächst jede Wahrnehmung, bloß Hin-mich-richten auf etwas, das schon *für mich da* ist, schon bewusst ist und nur nicht thematisch erfahren ist, nicht Aufgemerktes.“ (Husserl 1973: 492–493)

Tönen erlebt, sondern als musikalische Gestalt, in der vorherige Töne nachklingen und mögliche nächste Töne erwartet werden. Jede Wahrnehmung und auch jede Handlung vollzieht sich dementsprechend auf einem *intentionalen Bogen* (Merleau-Ponty 1966: 159–189), der Früheres, Gegenwärtiges und Kommendes wie selbstverständlich integriert.

Eine besondere Rolle fällt dabei den Protentionen zu, den präreflexiven Erwartungen in der jeweiligen Situation, die darauf beruhen, was wir gelernt haben und in einer bestimmten Situation normalerweise zu erwarten. So bilden sie einen *protentionalen Kegel* der Wahrscheinlichkeiten (Fuchs 2007: 231; Knack et al. 2022; Sass 2003). Nur dadurch, dass wir im Laufe unserer Sozialisation gelernt haben, wie man sich in einer bestimmten Situation gewöhnlich verhält, ist es uns möglich, einen impliziten „intentionalen Bogen“ in bestimmten Situationen aufzuspannen und andere, alternative Bedeutungen im jeweiligen Kontext auszublenden:

[D]as Bewußtseinsleben - als erkennendes, begehrendes oder wahrnehmendes Leben - sei getragen von einem „Intentionalen Bogen“, der um uns her unsere Vergangenheit, unsere Zukunft, unsere menschliche Umwelt, unsere physische Situation, unsere weltanschauliche Situation, unsere moralische Situation entwirft, oder vielmehr es bewirkt, das wir in all diesen Beziehungen situiert sind. Dieser intentionale Bogen ist es, der die Einheit der Sinne, die Einheit der Intelligenz und die Einheit von Sinnlichkeit und Motorik ausmacht. Er ist es, der in der Krankheit seine „Spannkraft“ einbüßt. (Merleau-Ponty 1966: 164–165)

Unser Selbsterleben ist immer geprägt durch frühere Erfahrungen und darauf basierenden *Habitualisierungen*, die bestimmen, was wir als ‚normal‘ erleben (Wehrle 2016). Dieser Verweis führt zu einem dritten wesentlichen Aspekt des Selbsterlebens, nämlich dessen Intersubjektivität (de Haan 2010; D. Zahavi 2021). Husserl geht davon aus, dass unserem Selbsterleben immer schon eine Form der Fremderfahrung innewohnt. Dies beschreibt er am Beispiel der *Doppelempfindung* (Husserl 1952: 147–151): als Mensch kann ich meine eigene Hand anfassen und mich zugleich von meiner Hand angefasst erleben, ich bin Subjekt und Objekt meiner Wahrnehmung zugleich. Ich kann mir bereits in meiner Selbstwahrnehmung fremd werden und mich auf mich selbst als Objekt beziehen. Hieraus schließt Husserl, dass bereits in der Konstitution menschlicher Subjektivität eine Erfahrung von Fremdheit aufscheint, die die Basis für die Erfahrung Anderer bildet (Husserl 1950a).

Daneben argumentiert Husserl, dass jede Wahrnehmung bereits die Existenz anderer Personen voraussetzt, was er als *transzendente Intersubjektivität* bezeichnet (Husserl 1950a: 137–138; Husserl 1954: 187–190). Er erläutert dies am Beispiel der

Wahrnehmung eines Tisches: Ein Tisch könne immer nur aus einer bestimmten Perspektive wahrgenommen werden; dieser Tisch sei also nur in einer *Abschattung* gegeben (Husserl 1950a: 16–18). Um den Tisch als solchen wahrzunehmen, muss dazu immer auch die Perspektive Anderer miteingeschlossen werden, was er *Appräsentation* nennt (Husserl 1952: 162–163). Es gehört Husserl zufolge zum Wesen jeder Wahrnehmung, dass andere Personen als mögliche andere Wahrnehmende impliziert sind. Erst die Existenz Anderer ermöglicht *Objektivität* im Sinne einer ganzheitlichen Objektwahrnehmung, wenn verschiedene Personen mit verschiedenen Perspektiven eine ähnliche Wahrnehmung von einem Gegenstand haben (Husserl 1950a: 182). Ein Selbst ist ohne Andere nicht denkbar, eine einzelne Perspektive nicht ohne die Perspektiven Anderer auf ein Phänomen. Erst im Kontakt mit anderen kann gemeinsam Bedeutung hergestellt werden, die über die individuelle Perspektive hinausgeht, was heute in der enaktiven Theoriebildung als *participatory sense-making* bezeichnet wird (de Jaegher und Di Paolo 2007).¹⁷

Der besondere Beitrag der Phänomenologie als Grundlagenwissenschaft in der Psychiatrie ist die Thematisierung ebenjener basaler Strukturen unseres Erlebens. Dabei ist es der Anspruch phänomenologischer Psychiatrie, die Grundstruktur oder *Gestalt* (Parnas 2012) des schizophrenen Erlebens herauszuarbeiten, die als „trouble générateur“ (Minkowski 1927), als Motor der Erkrankung fungiert. Im gegenwärtigen phänomenologischen Verständnis der Schizophrenie steht dabei eine Veränderung des basalen, leiblichen Selbsterlebens im Zentrum der Betrachtung (Sass und Parnas 2003). Darüber hinaus werden jedoch auch Veränderungen der Zeitlichkeit (Fuchs und van Duppen 2017; Knack et al. 2022; Sass 2003) und der Intersubjektivität (Laing 1976; Thoma 2018; Van Duppen 2020) beschrieben.

Zuallererst wird im Folgenden das Modell der basalen Selbststörung vorgestellt (Sass und Parnas 2003), bevor auf Veränderungen des Zeiterlebens wie auch der Intersubjektivität eingegangen wird, die für die Fragestellung zur Bedeutung von Anerkennung für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien relevant sind.

3.2 Schizophrenie als Veränderung das basalen Selbsterlebens

Das Modell der basalen Selbststörung des US-amerikanischen Psychiaters Louis Sass und des dänischen Psychiaters Josef Parnas schließt an eine Reihe von Entwicklungslinien zum Verständnis der Schizophrenie an (Sass et al. 2011: 1–3; Sass

¹⁷ „Organisms do not passively receive information from their environments, which they then translate into internal representations whose significant value is to be added later. Natural cognitive systems are simply not in the business of accessing their world in order to build accurate pictures of it. They actively participate in the generation of meaning in what matters to them; they enact a world. Sense-making is a relational and affect-laden process grounded in biological organization.“ (de Jaegher und Di Paolo 2007: 488)

und Parnas 2003: 427–430): es bezieht sich auf die empirischer Erforschung zum veränderten Erleben im Vorfeld des Ausbruchs von Psychosen (Parnas et al. 2011), auf die deutsche psychopathologische Tradition der Basissymptome schizophrener Erlebens (Huber und Gross 1989; Klosterkötter 1988) als auch auf phänomenologische Theorien zum Selbsterleben (Zahavi 1999; Zahavi 2015a). Entsprechend der phänomenologischen Methode sehen Sass und Parnas von biologischen, psychologischen oder soziologischen Vorannahmen zur Entstehung jener Selbststörung ab, um sich methodisch auf die genaue Beschreibung des veränderten Selbsterlebens im Kontext der Schizophrenie zu beschränken und deren immanente Zusammenhänge zu beleuchten (Sass et al. 2011; Sass und Parnas 2007). Sie haben zudem den Anspruch, jenes Modell durch empirische Überprüfung zu prüfen und weiterzuentwickeln (Parnas et al. 2021). Die Grundannahme des Modells beschreiben Sass und Parnas (2003: 428) wie folgt:

Schizophrenia, we propose, is a self-disorder or, more specifically, an ipseity disturbance in which one finds certain characteristic distortions of the act of awareness. *Ipeity* refers to the experiential sense of being a vital and self-coinciding *subject* of experience or *first person perspective on the world* (*ipse* is Latin for “self” or “itself”).

Diese Veränderung des Selbsterlebens wird anhand dreier Aspekte beschrieben (Sass und Parnas 2003: 428–430): erstens eines verringerten Gefühls der eigenen, leiblichen Präsenz, zweitens einer gesteigerten Reflexivität, die zu einer zunehmenden Entfremdung vom eigenen Erleben führt, und drittens eines verringerten „Halts“ im Umgang mit der Umwelt, durch den die Bedeutung von Objekten oder sozialen Interaktionen zunehmend fremd wird. Diese drei Aspekte werden im Folgenden anhand von Erfahrungsberichten kurz vertieft.

Der als ‚Antipsychiater‘ bekannt gewordene Ronald D. Laing (1976) beschreibt in seiner phänomenologischen Studie über schizophrener Erleben – *Das geteilte Selbst* – eine tiefe, *ontologische Unsicherheit*, die das leibliche Erleben der Betroffenen grundlegend verändert. Dies bezeichnete er als das „*unverkörperte Selbst*“ [*disembodied self* im Original, L. I.-D.] (Laing 1976: 58):

In dieser Position erfährt das Individuum sein Selbst als mehr oder weniger geschieden oder losgelöst von seinem Körper. Der Körper wird mehr als ein Objekt unter anderen Objekten in der Welt denn als Kern des eigenen Seins empfunden. Anstatt der Kern des eigenen wahren Selbst zu sein, wird der Körper als der Kern eines falschen Selbst empfunden, auf das ein losgelöstes, unverkörperptes, „inneres, „wahres“ Selbst je nachdem mit Zärtlichkeit, Belustigung oder Haß schaut.“ (Laing 1976: 58):

Ein Mensch kann das Gefühl seiner Präsenz in der Welt haben als eine reale, lebendige, ganze und, in einem temporalen Sinn, kontinuierliche Person. [...] Das kann aber auch nicht so sein. Das Individuum mag sich unter normalen Lebensbedingungen eher unreal als real fühlen; buchstäblich eher tot als lebend; vom Rest der Welt unbestimmt differenziert, so daß seine Identität und Autonomie immer in Frage gestellt sind [...] (Laing 1976: 35)

Diese Verringerung des leiblichen Selbstgewahrseins, der eigenen Präsenz wird in der gegenwärtigen Debatte auch als *Disembodiment* beschrieben (de Haan und Fuchs 2021; Stanghellini 2004), was in der deutschen Debatte als „*Entkörperung*“ übersetzt wird (Fuchs 2020a: 33). Betroffene beschreiben dieses entkörperte Erleben in der Schizophrenie wie folgt:

Es fällt mir schwer zu sagen, wer ich eigentlich bin, denn in verschiedenen Situationen fühle ich mich sehr unterschiedlich und verhalte ich mich auch sehr unterschiedlich. [...] Ich erlebe mich so ‚als Einzelteile‘, nicht als ein vollständiges Ding. Nicht als eine Person, als ganze Person. Ich empfinde mich nur als Teile einer ganzen Person, aber nie gleichzeitig [...] Es ist schwer zu erklären. (de Haan und Fuchs 2021)

Es ist, als wäre ich kein Teil dieser Welt; ich habe ein merkwürdig geisterhaftes Gefühl, als wäre ich von einem anderen Planeten. Ich bin fast nicht-existent. (Parnas et al. 2021)

Ich bin halb da. Das ist schwierig zu definieren. Der halbe Verstand oder Geist – ich habe das Gefühl, ich bin nicht ganz da. Das verunsichert mich manchmal [...] Eine geistige Luftblase, wie eine Blase, in der man steckt, aus der man ganz raus möchte, aber man kriegt es nicht hin. (Hase in Schlimme und Brückner 2017: 33)

Aus Sicht von Sass und Parnas (2003) gleichursprünglich mit jenem *Disembodiment* ist eine Hyperreflexivität, die sie als *operative Hyperreflexivität* bezeichnen, um sie von einem übermäßigen Ausmaß an Nachdenken oder Grübeln wie z.B. in der Depression abzugrenzen. Stattdessen ist hier gemeint, dass zuvor implizite Prozesse, die passiv im Hintergrund des Bewusstseins stattfinden, zunehmend reflexiv und objektifizierend erlebt werden. Auch dies beschreibt bereits Laing (1976) in seiner Analyse des *entkörperten Selbst* in der Schizophrenie:

In dieser Position erfährt das Individuum sein Selbst als mehr oder weniger geschieden oder losgelöst von seinem Körper. *Der Körper wird mehr als ein Objekt unter anderen Objekten in der Welt denn als Kern des eigenen Seins empfunden* [...]. Das unverkörperte Selbst, als Beobachter all dessen, was der Körper tut, engagiert sich in nichts unmittelbar. Seine Funktionen sind Beobachtung, Kontrolle und Kritik dessen, was der Körper erfährt und tut und

diejenigen Operationen, die man gewöhnlich als ‚geistige‘ definiert. Das unverkörperte Selbst wird *hyperbewußt* [kurs. v. L. I.-D.]. (Laing 1976: 35, 58)

Die Hyperreflexivität kann durchaus auch als Form der Kompensation jenes Verlusts der grundlegenden, impliziten Sicherheit des Selbsterlebens verstanden werden. Durch das fortwährende, explizite Denken werde versucht, den Verlust der „natürlichen Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg 1971) durch eine übermäßige Reflexivität auf sich selbst und die Umwelt auszugleichen:

Je mehr ich mich auf meinen Atem konzentriere, desto mehr habe ich das Gefühl, entweder nicht zu atmen oder zu hyperventilieren. [...] Ich habe das Gefühl, ständig daran zu arbeiten, einfach nur zu sein [...] ich muss über alles, was ich tue, nachdenken. (Sass et al. 2022: 196)

Also zeitweise konnte ich nichts tun, ohne darüber nachzudenken. Ich konnte keinen Handgriff mehr machen, ohne dass ich denken musste, wie ich das mache. [...] Manchmal habe ich schon über Worte nachgedacht, warum jetzt „Stuhl“ „Stuhl“ heißt zum Beispiel, oder solche Sachen. (Fuchs 2020a: 33)

My downfall was insight [...] too much insight can be very dangerous, because you can tear your mind apart. [...] Once I started destroying [my mind], I couldn't stop. (Sass 1992: 337–338)

Aus jenem Verlust des Selbstgewahrseins ebenso wie dem hyperreflexiven Bezug auf sich und die Welt geht jenem Modell eine zunehmende Entfremdung von der Welt einher, eine Reduktion der Vertrautheit mit der Umgebung, die der französische phänomenologische Psychiater Eugen Minkowski als „*Verlust* des vitalen Kontakts mit der Realität“ bezeichnet hat (Minkowski 1927). Statt im vertrauten Umgang mit der Umwelt zu sein, haben die Betroffenen eine unverständliche, teilweise als bedrohlich erlebte Welt vor sich (Schlimme und Brückner 2017: 31). Sonst unauffällige Objekte im Wahrnehmungsfeld werden explizit bewusst und auffällig (*Hypersalienz*), springen die Betroffenen förmlich aus dem sonst intuitiv eingerichteten Hintergrund entgegen und erschweren den selbstverständlichen Umgang mit der Welt (Fuchs 2020c: 73–75; Sass und Parnas 2003).

Das ist eine Teekanne [...] wie merkwürdig [...] das soll ich glauben? (Wulff 1995: 86)

Strukturen sind aus ihrem Käfig gelassen, befreit aus ihrer „scheinbaren“ Immobilität; jetzt wölben sie sich, zerfließen wie Wachs, schwellen in Wellen an, gehen zurück und nehmen ab. (Sass et al. 2022: 147)

Die „natürliche Selbstverständlichkeit“ im Umgang mit der Umwelt geht im schizophrenen Erleben verloren, wie es die Patientin Anne Rau des phänomenologischen Psychiaters Wolfgang Blankenburg (1971) ausdrückte. Dies gilt

nicht nur für Objekte in der Wahrnehmung, sondern wird auch für den Umgang mit der sozialen Umwelt angenommen, der durch die Selbststörung beeinträchtigt ist:

Denn ich sah die einzelnen Gesichtszüge getrennt voneinander: die Zähne, dann die Nase, dann die Wangen, das eine Auge und das andere. (Sass et al. 2022: 146)

Ich habe immer das Gefühl, dass wenn ich einen Raum betrete, mich die Leute anstarren, über mich reden und in der Lage sind zu wissen, was ich denke. Sie wissen, wie dumm ich in der Vergangenheit war. (Sass et al. 2022: 169)

Nicht zuletzt deshalb kann die Schizophrenie als Vertrauensstörung beschrieben werden (Broschmann und Fuchs 2022; Fuchs 2015b), in der der „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg 1971) mit einer gravierenden Entfremdung von der allgemeinen Lebenswelt einhergeht, wodurch „das Subjekt in seinem Leib und in der gemeinsamen Welt nicht mehr zuhause ist“, wie Fuchs (2015b: 117) zusammenfasst.

Es kam mir immer unwirklicher vor, wie ein fremdes Land [...] Dann kam mir die Idee, das ist doch gar nicht mehr deine alte Umgebung [...] es könnte ja gar nicht mehr unser Haus sein. Irgendjemand 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, zit. nach Fuchs 2015b: 115)

Somit lässt sich das Ipseitäts-Modell der Schizophrenie so zusammenfassen, dass ein hyperreflexiver Selbstbezug und eine Verminderung des basalen Selbstgewahrseins die Grundstruktur schizophrener Erlebens bilden, die mit einer Verminderung des intuitiven Kontakts oder „Halts“ im Kontakt der Umwelt einhergehen, einem Verlust der Vertrautheit mit der Welt und dem Vertrauen in die soziale Mitwelt. Die in den psychiatrischen Klassifikationssystemen gängigen Schizophrenie-Symptome können aus phänomenologischer Perspektive als Folge jener Selbststörung betrachtet werden; sie stellen häufig eine Art Kompensation dar, um die verlorene präreflexive Einstimmung in sich, andere und die Umwelt unter größten Anstrengungen aktiv und reflexiv wiederherzustellen (Fuchs 2015a; Sass und Parnas 2003; Sass und Parnas 2007).

So argumentieren Sass & Parnas (2003: 431–433) beispielsweise, dass typische Positivsymptome wie Wahnerleben oder Stimmenhören dem Alltagserleben weniger etwas hinzufügen, als dass sie auf die Veränderung wesentlicher Aspekte subjektiver Erfahrung als Folge einer Störung des basalen Selbsterlebens verweisen:

[T]hese positive symptoms do not involve the addition of anything new but only an *awareness* of what is always present (e.g., of inner speech, the perfectly *normal* medium of much of our thinking) in the context of diminished

self-presence. These hallucinations appear, in some sense, to represent the perfectly *normal* phenomena of ordinary human experience – which, however, are radically transformed because of being lived in the *abnormal* condition of hyperreflexive awareness and diminished self-affection. (Sass und Parnas 2003: 433)

Statt eines impliziten Gefühls der Meinhaftigkeit des „vitalen Kontakts mit der Realität“ (Minkowski 1927) beschreiben Betroffene ein zunehmendes Gefühl der Fremdheit und Passivität (Knack et al. 2022: 134). Sie erleben einen Verlust ihrer Handlungsfähigkeit, eine „Entmächtigungsnotigung“ wie Schlimme & Brückner (2017) es mit Kisker (1960: 34) bezeichnen, wodurch beispielsweise eigene Gedanken als zunehmend fremd und von außen gemacht erlebt werden:

Dass ich fremde Gedanken habe und für nicht meine halte, das gibt es natürlich. Das ist nicht nett, wenn man Sachen von draußen hört. Ich höre sie, ich nehme sie wahr, aber von wo das jetzt kommt, weiß ich nicht. (Hase in Schlimme und Brückner 2017: 32)

Das Fremdwerden der eigenen Gedanken kann sich bis zum Stimmenhören in sog. akustischen Halluzinationen steigern. Hier tritt das eigene Denken, das in der Philosophie seit der Antike als innerer Dialog mit sich selbst begriffen wurde, als fremd und von außen stammende Stimme auf. Wie der Phänomenologie Bernhard Waldenfels erklärt:

Die Tatsache, daß jemand Stimmen, die er selbst hervorbringt, als fremde Stimmen hört, setzt voraus, daß wir auch im normalen Falle nicht völlig Herr unserer Stimme sind, da diese uns unaufhörlich entgleitet und jedes namentliche ‚ich spreche‘ Züge eines namenlosen ‚es spricht‘ annimmt. (Waldenfels 2010: 197)

Dabei kann sich diese kontinuierliche Erfahrung der Fremdkontrolle gar bis zum wahnhaften und für die Betroffenen ungemein ängstigenden Eindruck steigern, dass man selbst durch äußere Personen oder Institutionen verfolgt, bestimmt oder kontrolliert wird (Fuchs 2015a: 327–329):

In schizophrenia this backward migration seems to proceed until what might have been thought to be inalienable aspects of the self come to seem separate or detached. This may affect not only a tool but also one's arms or legs, one's face, the feelings in the mouth or throat, the orbital housing of the eyes – even one's speaking, thinking, or feeling. All these may come to seem objectified, alien, and apart, perhaps even like the possessions of some foreign being – thereby causing the person's action and expression to lose its

qualities of ease or unconscious grace, and giving rise, at times, to delusions of influence. (Sass und Parnas 2003: 432)

Das Wahnerleben wird in der Psychiatrie klassischerweise als subjektiv gewisse, durch Argumente nicht beeinflussbare und häufig falsche Überzeugung verstanden (Jaspers 1965: 60). Vor dem Hintergrund des Selbststörungs-Modells lässt sich der Wahn jedoch als Kompensationsversuch verstehen, die intuitive Vertrautheit mit sich und der Welt wiederherzustellen und die verlorengegangene Sicherheit wiederzugewinnen (van Duppen 2017). Im Wahn geht jedoch das „Als-ob“ verloren, nämlich der innere Vorbehalt, dass das Gewähnte sich aus der Perspektive der anderen oder des „common sense“ doch anders darstellen könnte (Fuchs 2017a). Diese implizite Mitberücksichtigung der Perspektive möglicher anderer bildet, wie wir gesehen haben, die transzendente Grundlage der Intersubjektivität (Husserl 1950a: 137–138; Husserl 1954: 187–190), sodass deren Zusammenbruch in einer psychotischen Krise das Denken wie auch das Verhalten grundlegend verändert.

So werden auch die vermeintlichen Negativsymptome wie der soziale Rückzug mit diesem Modell nicht als ein Defizit, als pathologische Abweichung vom Normalen konzipiert, sondern stellen einen Kompensationsmechanismus für einen „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ dar (Sass und Parnas 2003: 433–435). Der soziale Rückzug ist eine Konsequenz der erschwerten Einstimmung im Kontakt mit Anderen, wenn ein affektiver, zwischenleiblicher Kontakt zur sozialen Mitwelt kaum aufgebaut werden kann und das Einstimmen in soziale Situationen stark erschwert ist.

Andere Phänomene wie die häufig beschriebene Anhedonie oder formale Denkstörungen können ebenfalls mit dem Selbststörungsmodell so begriffen werden, dass sie eine Folge der verminderten Selbstaffektion darstellen. Denn diese bilden erst die Grundlage für jegliche Form von Vitalität, Lust und Verlangen, aber auch des strukturierten Denkens im Allgemeinen, da das leibliche Selbsterleben gerade den „point of orientation“ für jeglichen Weltbezug bildet:

[I]t is what grounds human motivation and organizes our experiential world in accordance with needs and wishes, thereby giving objects their “affordances” (Gibson 1979)—their significance for us as obstacles, tools, objects of desire, and the like. (Sass und Parnas 2003: 436)

Über die Phänomene der Entkörperung, der Hyperreflexivität und der Fragmentierung von Wahrnehmung und Weltbezug hinaus existieren jedoch weitere Aspekte schizophrener Erlebens, die in der Phänomenologie beschrieben werden und für die vorliegende Fragestellung relevant sind. Diese werden im Folgenden beschrieben.

3.3 Zeitlichkeit in der Schizophrenie

Eng verbunden mit dem Selbststörungs-Modell sind phänomenologische Analysen, welche Schizophrenie mit einer Störung des *inneren Zeitbewusstseins* zusammenbringen (Fuchs 2007; Knack et al. 2022; Stanghellini et al. 2016; Sul 2022). In diesen Analysen wird auf die besondere Bedeutung protentionaler Erwartungen für die Herstellung einer kohärenten Erfahrung abgehoben. Protentionale Erwartungen haben eine „filternde“ Funktion, die auf früheren Erfahrungen beruht und neue Erfahrungen zu strukturieren vermag. Diese Funktion scheint in der Schizophrenie nicht mehr gegeben zu sein. Eine stabile, kontinuierliche Erwartung an wahrscheinlich Kommendes ist nicht mehr möglich, wodurch es den Betroffenen erschwert ist, eine stimmige Wahrnehmungsgestalt herzustellen. Ständig erscheinen störende Wahrnehmungsimpulse von außen, sodass die Betroffenen „zum passiven Zuschauer multipler Bewusstseinsmomente“ werden (Knack et al. 2022: 151). Ein Moment folgt isoliert dem anderen, sodass keine Kohärenz mehr in der Wahrnehmung hergestellt werden kann. Betroffene können „Wesentliches und Unwesentliches nicht mehr [...] unterscheiden, weil alles einen Sinn zu haben scheint [...]“ (Buck 2007: 63): „Es ist ein Martyrium der Schlüsselreize“ (Schlimme und Brückner 2017: 28).

Dem Modell der Störung des inneren Zeitbewusstseins folgend geht die für die Schizophrenie charakteristische Reduktion des leiblichen Selbstgewahrseins mit einem Verlust der filternden Funktion der protentionalen Erwartungen in der Wahrnehmung einher. Hierdurch ist es für die Betroffenen erschwert, Handlungen auf dem dafür normalerweise implizit hergestellten *intentionalen Bogen* (Merleau-Ponty 1966: 159–189) zu vollziehen (Fuchs 2007; Sass 2003). Zeitliche Integration und Handlungsvollzug gehen Hand in Hand, sodass eine Störung des *inneren Zeitbewusstseins* (Husserl, 1966) auch das Ausführen von Handlungen beeinträchtigt:

Es gab Phasen, wo ich mir extrem grobmotorisch vorkam, wo ich einfach eine Bewegung mit dem Arm gemacht habe, und der Arm hat weiter ausgeschlagen, als ich es wollte. Aber ich kam mir auch beim Laufen extrem stümperhaft vor. Ich habe dann die ganze Zeit meinen Gang und meine Bewegungen beobachtet. [...] Das Treppenlaufen war auch extrem, wo man sich ja ein bisschen konzentrieren muss und Balancegefühl braucht. Ich habe wirklich Schritt für Schritt gedacht, quasi jede Bewegung. (de Haan und Fuchs 2021: 3.2.2)

Seit einiger Zeit ist es so, dass ich mir immer vorstelle, wie ich etwas mache, bevor ich es dann auch mache. Wenn ich mich z. B. hinsetzen will, muss ich mir das vorher vorstellen und mich fast hinsetzen sehen, bevor ich es tue. Genauso ist es mit anderen Dingen wie Waschen, Essen, sogar Anziehen – Dinge, die ich früher gemacht habe ohne mich überhaupt darum zu kümmern

[...] Ich brauche viel mehr Zeit, weil ich mir ständig bewusst bin, was ich tue.
(McGhie & Chapman 1961, zit. nach Fuchs 2020c: 73–74)

Mit der Desintegration der gegenwärtigen Wahrnehmung scheint jedoch auch eine Desintegration der langfristigen zeitlichen Wahrnehmung einherzugehen, die Sass (1992: 156) als „*immobility of time*“ bestimmt¹⁸. Der Fluss der Zeit wird auf leidvolle Weise erfahren, da die Betroffenen sich selbst als zu langsam oder im Extremfall gar stillstehend erleben:

Draußen geht es immer noch weiter, die Früchte an den Bäumen bewegen sich hin und her. Die anderen laufen im Raum hin und her, aber für mich fließt die Zeit nicht ... Was hat die Außenwelt mit mir zu tun? Ich stoße nur gegen Zeit. (Sass et al. 2022: 158)

Das Denken stand still, ja alles stand still, als hätte die Zeit aufgehört zu existieren. (Sass et al. 2022: 159)

Auch der Zeitablauf ist merkwürdig. Die Zeit teilt sich auf und läuft nicht mehr vorwärts. Es entstehen unzählige voneinander getrennte jetzt, jetzt, jetzt, sie sind alle verrückt und ohne Regel oder Ordnung. (Sass et al. 2022: 160)

Allerdings beschreiben Betroffene auch die Störung des Zeiterlebens teilweise als eine Kompensationsstrategie. Diese äußert sich dahingehend, dass die eigene erlebte Langsamkeit auf eine notwendige Bedeutungsdosierung im Alltag hinweist – auf die gelegentliche Notwendigkeit des sozialen Rückzugs, wie Schlimme und Brückner (2017) in ihrem partizipativ entwickelten Modell der Genesung von Psychosen argumentieren.¹⁹ Dies schildert die Psychoseerfahrene Birgit Hase in ihrem Erfahrungsbericht:

Komischerweise registriere ich sehr viel, aber komischerweise brauche ich sehr viel Zeit – diese Pausen brauche ich jetzt. Ich muss ordnen, sortieren, ziehe mich zurück, muss mich sortieren, nachdenken. Schwierig wird es, wenn der Rückzugsraum in solchen Momenten fehlt, um zu ordnen und zu sortieren: Wenn ich sehr viel Stress habe, kriege ich Sachen nicht mehr auf die Reihe. Dann muss ich alles sehr langsam machen, mir alles aufschreiben, bin ich in meiner Höhle – das passiert öfter. Ich will was machen, aber dann habe ich den Faden verloren. (Hase in Schlimme und Brückner 2017: 82)

In der Erfahrung der Schizophrenie kommt es demnach zu Veränderungen des Zeiterlebens dahingehend, dass eine Desintegration des inneren Zeitbewusstseins zu

¹⁸ Eine umfangreiche phänomenologische Analyse der verschiedenen Aspekte jener Immobilität des Zeiterlebens findet sich bei Sul (2022).

¹⁹ Im Modell der *Abklingenden Psychose* (Schlimme und Brückner 2017: 199–211) sind neben dem bedeutungsreduzierten Sozialraum Abschalttechniken ebenso wie ein umdeutender Erzählraum, z.B. im Rahmen einer Psychotherapie oder der Selbsthilfe, zentrale Bestandteile der Genesung von Psychosen.

Störungen des Handlungsvollzugs und der Erfahrung des Zeitflusses führt. Das Erleben von Zeit verändert sich und scheint eine Form der Langsamkeit bis zur Immobilität anzunehmen, die auch den Selbst- und Weltbezug fragmentiert. Gerade die Verlangsamung der Zeit und der Rückzug aus überstimulierenden Umgebungen können für Betroffene eine kompensatorische Funktion haben. Sie ermöglichen eine Bedeutungsdosierung, die ein wichtiger Baustein der Genesung von Psychosen ist (Schlimme und Brückner 2017: 199–211).

3.4 Intersubjektive Aspekte schizophrener Erfahrung

Veränderungen der Intersubjektivität spielen neben dem veränderten Selbsterleben in Form einer geringen Selbstaffektion, Hyperreflexivität und einer Veränderung des Zeiterlebens ebenfalls eine zentrale Rolle im schizophrenen Erleben. Während eine Vielzahl früherer Psychiater*innen bereits auf diesen Umstand hinwies, war er im Modell der Schizophrenie als Selbststörung vernachlässigt (Henriksen und Nilsson 2017; Van Duppen 2020).

Bereits Eugen Bleuler beschrieb den sog. schizophrenen *Autismus* als eines der vier Grundsymptome der Schizophrenie, in dem es zu einem weitreichenden sozialen Rückzug komme: „Diese Loslösung von der Wirklichkeit zusammen mit dem relativen und absoluten Überwiegen des Binnenlebens nennen wir *Autismus* [...]“ (Bleuler 1911: 52). Minkowski sah im Autismus nicht nur ein Grundsymptom, sondern gar als zentrale Ursache der Veränderung des Erlebens in der Schizophrenie (Minkowski 1970: 74), nämlich dem „Verlust des vitalen Kontakts mit der Realität“ (Minkowski 1970: 227). Hiermit meint Minkowski eine Art der Einstimmung auf die Umwelt, in der ein intuitives Verständnis der in einer Situation angemessenen Regeln, Praktiken oder Rhythmen sozialer Interaktionen gelingt (vgl. Van Duppen 2017). Hieran anschließend beschreibt Blankenburg den „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“, eine „vorintentionale[r] Unmittelbarkeit“ versteht, die „dem Selbst- und Weltverhältnis – damit aber auch dem Verhältnis zum Andern“ zugrunde liegt und die „unser konkretes Denken, Empfinden und Wollen dem Begegnenden (transzendental) gewachsen sein lassen“ (Blankenburg 1971: 117, 116). Dieses Fehlen der „natürlichen Selbstverständlichkeit“ in der schizophrenen Erfahrung beschreibt Blankenburgs Patientin Anne Rau wie folgt:

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. Da ging es nicht, denn alles baut eins aufs andere auf [...] Mir fehlt eben, daß, was ich weiß, daß ich das auch im Verkehr mit anderen Menschen – so selbstverständlich und so – weiß. (Rau in Blankenburg 1971: 42–43)

Diese Befunde zur Veränderung von Intersubjektivität in der Schizophrenie werden heute als Störung des *Common Sense* (Stanghellini 2004; Thoma 2018) in das Modell der basalen Selbststörung integriert. Mit der Verringerung des leiblichen Präsenzerlebens in der schizophrenen Selbststörung gehe auch ein Verlust des intuitiven Wissens des Umgangs mit anderen, der normalerweise impliziten Abstimmung auf und Einstimmung mit anderen Personen einher. Dieses implizite Beziehungswissen (knowing-how, Stern et al. 2002) werde im Laufe der Sozialisation erworben und scheint in der Schizophrenie beeinträchtigt zu sein:

Es fällt mir manchmal schwer, mich auf natürliche Weise zu bewegen und Dinge zu tun. Wenn ich etwas aus meinem Glas trinke und mit Leuten zu Abend esse, muss ich immer darauf achten, [...] wer sein Glas nach wem hochhebt.

Mein Cousin hat gerade ein Baby bekommen und ich bin wirklich glücklich, aber ich muss darüber nachdenken, wie ich es zeige [...] Ich reagiere nicht derart automatisch auf Dinge, wie es andere Leute tun. (Sass et al. 2022: 167)

Die Leute haben ein System. Ich versuche es zu verstehen. Aber dann verstehe ich gar nichts. (Sass et al. 2022: 168)

Thoma (2018: 84–169) unterscheidet drei Dimensionen des *Common Sense*: erstens ein die innere wie äußere Wahrnehmung strukturierendes Empfindungsvermögen (*Gemeinsinn*), zweitens implizite Gewohnheiten, die eine Vertrautheit mit der Umwelt ermöglichen (*sozialer Sinn*) und drittens ein reflexiv zugängliches Regelwissen (*Common Sense*). Der Verlust der weitestgehend impliziten Dimensionen des Common Sense kann mit einer kompensatorischen Hyperreflexivität einhergehen, in der durch bewusstes Nachdenken der sonst intuitiv stattfindende Kontakt mit anderen wiederhergestellt werden soll (Sass 2019). Es ist aber keineswegs der Fall, dass Menschen in Schizophrenien aufgrund der verringerten leiblichen Einstimmung weniger mit Anderen in Kontakt sind — ganz im Gegenteil wird der Kontakt mit Anderen oft auch als überwältigend und ungefiltert (Fuchs 2007) beschrieben, als eine Art *hyperattunement* (Sass et al. 2022: 170):

Obschon ich gerne in Gesellschaft bin, strengen mich neuerdings Unterhaltungen sehr an. Auch wenn andere sich unterhalten, betrifft mich das. (Sass et al. 2022: 170)

Ich habe immer das Gefühl, dass wenn ich einen Raum betrete, mich die Leute anstarren, über mich reden und in der Lage sind zu wissen, was ich denke. Sie wissen, wie dumm ich in der Vergangenheit war. (Sass et al. 2022: 169)

Auf diesen phänomenologischen Vorarbeiten aufbauend entwickelt van Duppen (2020) das integrative Konzept der *offenen Subjektivität*, in welchem er aufzeigt, wie diverse Phänomene des schizophrenen Erlebens auf intersubjektive Aspekte des minimalen Selbst verweisen:

Diese Offenheit [der Subjektivität, L. I.-D.] erlaubt es uns, intersubjektive Elemente in unsere eigene individuelle Subjektivität zu integrieren, ohne unser Selbst aufzulösen. Sie betrifft also die wechselseitige Überschneidung oder Durchdringung der je individuellen subjektiven Sphäre mit denen der anderen. Genau diese Wechselbeziehung aber ist es, die ich bei der Schizophrenie als wesentlich verändert erachte. (Van Duppen 2020: 85–86)

Van Duppen (2020: 86–89) unterscheidet hierbei vier Dimensionen offener Subjektivität:

- a) die Zeiterfahrung, in der kontinuierlich eine Abstimmung zwischen innerem Zeitbewusstsein und objektiver, externer Zeit stattfindet,
- b) die Affektivität, da das Selbsterleben immer auch resonant für das Verhalten und Erleben anderer Personen ist,
- c) die Erfahrung von externer Realität, deren Faktizität und Begrenzungen Subjektivität mitbestimmen und
- d) die Erfahrung anderer Personen, die von Geburt an das Selbsterleben prägen.

Er betont damit hinsichtlich des Modells der Schizophrenie als Selbststörung die Bedeutung von Intersubjektivität für das Verständnis schizophrener Erfahrung und zeigt auf, dass das minimale Selbsterleben immer auch intersubjektiv geprägt ist:

Ich glaube, dass sich Subjektivität erst durch die Begegnung mit anderen entwickelt, indem sie Teil einer intersubjektiven Welt ist, die es dem Anderen erlaubt, in die jeweils eigene subjektive Sphäre ‚einzudringen‘. [...] Das bedeutet, dass ein Verlust der dynamischen und potentiellen Offenheit der Subjektivität dazu führt, dass Betroffene sich gegenüber der Intersubjektivität und der Interaktion mit anderen verschließen, was dann wiederum Schwierigkeiten nach sich zieht, ein stabiles Selbstgefühl aufrechtzuerhalten. (Van Duppen 2020: 87)

An diesem Punkt wird die Nähe gegenwärtiger phänomenologischer Analysen schizophrener Erfahrung zur Anerkennungstheorie deutlich, die ebenfalls auf die grundlegende Bedeutung von Intersubjektivität für die Entwicklung eines stabilen Selbsterlebens und einem selbstbestimmten Leben abhebt (s. Kap. 4). Aufbauend auf diesem zentralen Befund werden im Folgenden bisherige phänomenologische Befunden zur Rolle intersubjektiver Erfahrungen bei der Entstehung und Therapie von

Schizophrenien auf phänomenologische Vorarbeiten vorgestellt, die als Vorarbeiten für ein anerkennungstheoretisches Verständnis von Schizophrenien dienen.

3.4.1 Intersubjektive Aspekte der Entstehung schizophrener Erlebens

In der phänomenologischen Forschung zu Schizophrenien existieren vereinzelte Hinweise auf die Annahme, dass soziale Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung schizophrener Symptome haben können. In der Vergangenheit hat insbesondere Ronald D. Laing (1976: 39–46) auf die Verdinglichung im Blick des Anderen hingewiesen, der bei Menschen mit einer Veränderung des basalen Selbsterlebens im Sinne der von ihm beschriebenen *ontologischen Unsicherheit* psychotische Symptome auslösen kann:

Wenn man den anderen als frei Handelnden erkennt, setzt man sich der Möglichkeit aus, sich als Objekt von dessen Erfahrung zu erfahren und so dem Gefühl, der eigenen Subjektivität beraubt zu werden. Man ist von der Möglichkeit bedroht, nicht mehr als ein Ding zu werden in der Welt der anderen, ohne Leben für sich selbst, ohne Sein für sich selbst. (Laing 1976: 40)

Der Blick des Anderen, so erklärt Laing unter Rückgriff auf Sartre (2022), hat das Potential, Erfahrungen der Depersonalisation hervorzurufen, die das „Gefühl personaler Autonomie“ unterminieren können (Laing 1976: 43). In der ursprünglichen Konstruktion dieses Arguments bei Sartre hat der Blick des Anderen eine ambivalente Gestalt: er ist sowohl eine Bedingung für die Entwicklung von Subjektivität wie Intersubjektivität: „Jeder Blick läßt uns konkret – und in der unbezweifelbaren Gewißheit des *Cogito* – erfahren, daß wir für alle lebenden Menschen existieren, das heißt, daß es (mehrere) Bewusstseine gibt, für die ich existiere“ (Sartre 2022: 504f.). Zugleich legt der Blick des Anderen das Subjekt aber auf bestimmte Eigenschaften fest, die durch das Gegenüber wahrgenommen werden: „Ich erfasse den Blick des andern [sic!] gerade innerhalb meiner *Handlung* als Verhärtung und Entfremdung meiner eigenen Möglichkeiten“ (Sartre 2022: 474). Für Sartre ist der Kontakt mit Anderen somit immer von einer konflikthaften Spannung markiert, in der die intersubjektive Erfahrung mit „Anerkennung und Verdinglichung, Bekräftigung des eigenen Für-sich-Seins und dessen Verkennung“ einhergeht, wie Honneth (2018: 69) zusammenfasst.

Auch Laing beschreibt diese Ambivalenz der intersubjektiven Erfahrung, wenn er sowohl die Gefahr des Blicks des Anderen gerade für Menschen mit einem brüchigen Selbstgefühl beschreibt und zugleich die Aufrechterhaltung eines stabilen Selbsterlebens an die Erfahrung eines Gefühls „der Bezogenheit und Bindung“ knüpft, welches „auf echter Gegenseitigkeit beruhe“ (Laing 1976: 46). Anhand des Fallbeispiels seines schizophrenen Patienten James beschreibt Laing ein Fehlen jener

wechselseitigen Bezogenheit: „Er hatte kein ‚Selbst‘. ‚Ich bin nur eine Reaktion auf andere Leute, ich habe keine Identität. [...]‘, ‚Ich bin nur ein Korke, der im Ozean schwimmt [...]‘, ‚andere Leute versehen mich mit Existenz.“ (Laing 1976: 41-42,45). Die Unfähigkeit, ein stabiles Selbstgefühl aufzubauen, bringt Laing mit der Unfähigkeit seines Patienten in Verbindung, in echte Beziehungen einzutreten, in denen er nicht nur ein „Korke“, ein Gegenstand ist. Dies wirkt sich auch auf seinen Weltbezug aus, in der er keinen Halt mehr findet: „Realität weicht vor mir zurück. Alles, was ich berühre, alles was ich denke, jeder den ich treffe, wird unwirklich, sobald ich mich nähere [...]“ (Laing 1976: 125) Für Laing kann somit das Fehlen wechselseitiger intersubjektiver Beziehungen die Grundstruktur des Selbst-, Welt- und Fremderlebens im Sinne des schizophrenen Erlebens verändern, und zwar deshalb, weil Menschen für eine stabile, präreflexive Vertrautheit mit der Umwelt auf die andauernde Bestätigung durch Andere angewiesen sind – auf den fortwährenden zwischenleiblich-resonanten Kontakt mit einer sozialen Umwelt.

In der jüngeren Vergangenheit wiesen einige phänomenologische Forscher*innen ebenfalls auf die Bedeutung intersubjektiver Faktoren für die Entstehung von Schizophrenien hin: de Haan und Fuchs (2021: 53) vermuten mit Verweis auf Laings Vorarbeiten angesichts der Befunde zum *Social Defeat* (Selten et al. 2013), dass „die Brüchigkeit des Selbstseins doch auch durch Erfahrungen der sozialen Exklusion, Diskriminierung oder Deprivation verschärft werden“ kann, was sie mit einem „Mangel an Anerkennung“ in Verbindung bringen. Auch van Duppen (2020) argumentiert, dass äußere Einflussfaktoren unmittelbar psychotische Symptome nach sich ziehen und das Selbstgefühl gravierend beeinträchtigen können, wofür er Erfahrungsberichte aus der Isolationshaft als Beispiele heranzieht (Gallagher 2014).

Die phänomenologische Studie von Thoma und Kolleg*innen (Thoma et al. 2022) untersucht ebenfalls die die Bedeutung intersubjektiver Faktoren für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien. Die Autor*innen beschreiben die Dimensionen der Offenheit und Geschlossenheit des Menschen gegenüber der Welt als wesentliches Merkmal menschlicher Erfahrung, wobei es in der Schizophrenie zu einem Verlust der Offenheit kommt:

[W]e suggest that at the onset of schizophrenic experience, the person experiences *a loss of openness to the world and of the world*: We thus argue that it is primarily the structure of the self-world *relation* – and not necessarily of the self, which seems to be disturbed in schizophrenia. Following this logic, the essence of mental disorders cannot be reduced to individuals but resides in the dynamic interplay between the self and its social context. (Thoma et al. 2022: 157–158)

Schizophrene Erfahrung sei somit durch eine veränderte Beziehung des Selbst zu seiner Umwelt gekennzeichnet und nicht allein ein Merkmal der Betroffenen selbst. In ihrer Analyse zur Entstehung von Schizophrenien arbeiten sie heraus, dass diese gerade in sozialen Situationen entstehen, in denen die Existenz der Betroffenen infrage gestellt wird, wodurch die Offenheit der Selbst-Welt-Beziehung bedroht sei: „At the onset of psychosis, the world seems to have lost its receptivity and habitability, that is, the open space for a self to move or even to be.“ (Thoma et al. 2022: 160). Anschließend daran untersuchen die Autor*innen gegenwärtige psychiatrische Hilfsangebote wie aufsuchende Behandlungen, den Offenen Dialog wie auch Trialog-Foren dahingehend, inwiefern sie die Offenheit zwischen Betroffenen und Professionellen füreinander und für den Umgang mit der Welt fördern. Nicht zuletzt betonen Thoma und Kolleg*innen die Bedeutung einer dialogischen, offenen Grundhaltung, die eine therapeutische Beziehung erst ermögliche (*dialogical reattunement of selves*, Thoma et al. 2022: 164). Die Autor*innen verbinden in ihrer Studie ebenso wie die vorliegende Arbeit gegenwärtige sozialpsychiatrische und phänomenologische Forschungsarbeiten und finden im Konzept der Offenheit einen intersubjektiven Ansatz für ein besseres Verständnis der sozialen Aspekte von Schizophrenien als auch deren Therapie. In der vorliegenden Arbeit wird anhand von Erfahrungen der Anerkennung ein weiteres, intersubjektives Konzept untersucht, um ein umfassenderes Verständnis der Bedeutung sozialer Erfahrungen für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien zu entwickeln, wobei sich das Anerkennungskonzept, wie es bei Benjamin (2017) und Honneth (2003b) entwickelt wurde, stärker als das Konzept der Offenheit, an psychodynamischen und entwicklungspsychologischen Forschungsarbeiten orientiert. Es lässt sich festhalten, dass erste phänomenologische Vorüberlegungen zur Bedeutung intersubjektiver Erfahrungen für die Entstehung von Schizophrenien und basalen Selbststörungen existieren, an die mit einer Phänomenologie der Anerkennung angeknüpft werden kann.

3.4.2 Phänomenologische Vorüberlegungen für psychosoziale Therapien

Darüber hinaus existieren einige phänomenologische Vorarbeiten auf der Basis des Modells der basalen Selbststörung zur Gestaltung psychosozialer Therapieangebote. Diese betonen ganz allgemein die Bedeutung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung zur gemeinsamen Strukturierung der schizophrenen Erfahrungswelt der Betroffenen. So schlagen Stanghellini und Lysaker (2007) vor, angesichts des *Disembodiments* der Betroffenen einen Fokus auf das Hier-und-Jetzt der Begegnung zu legen und zu versuchen, gemeinsam das Erleben der gegenwärtigen Situation zu strukturieren und ihm auf der Basis einer stabilen therapeutischen Beziehung eine Bedeutung zu geben. Mit dieser gemeinsamen Arbeit könnten auch die Störungen der

Intersubjektivität verändert werden. Irarrázaval (2018) argumentiert hingegen, dass in der Psychosen-Psychotherapie die drei „D's“ der Störungen des Selbsterlebens und der Intersubjektivität fokussiert werden sollten, nämlich die Depersonalisation des Selbsterlebens, die Desynchronisation der Betroffenen von ihrer Umwelt und die Dekontextualisierung ihres Erlebens von ihrer Lebensgeschichte. Eine Stärkung der Handlungsfähigkeit (*agency*), gemeinsame Sinnstiftung in der konkreten Interaktion (*participatory sense-making*) und eine raumzeitliche Verortung des Erlebens der Betroffenen in ihrer Biographie seien die zentralen Mechanismen therapeutischer Veränderung. Hierbei spricht Irarrázaval explizit davon, dass die Betroffenen der *Anerkennung* durch die Therapeut*in bedürfen, um sich selbst in einem nächsten Schritt erst wieder als Urheber*innen und Träger*innen von Erfahrungen über einen längeren Zeitraum anerkennen zu können.²⁰

Škodlar und Henriksen (2019) entwickeln auf der Basis des gegenwärtigen phänomenologischen Forschungsstands zur Schizophrenie ein Rahmenkonzept für eine Phänomenologische Psychotherapie. Als übergeordnete Ziele bestimmen sie die Stärkung des Selbsterlebens der Betroffenen, was nur durch den Wiedereintritt in soziale Beziehungen möglich sei (Škodlar und Henriksen 2019: 121). Die Basis hierfür bildet eine therapeutische Haltung, die das Erleben der Betroffenen normalisiert, und sich weniger für das „Warum“ der gegenwärtigen Erfahrung denn für das „Wie“ interessiert. So wird eine einladende und nicht-wertende psychotherapeutische Umgebung gefordert, in der das Begleiten der Betroffenen im Vordergrund steht (Škodlar und Henriksen 2019: 122). Dadurch soll zuerst eine positive Beziehungserfahrung gemacht werden, anstatt konkrete einsichts- oder verhaltensorientierte therapeutische Techniken anzuwenden. Typische Felder einer phänomenologischen Psychosen-Psychotherapie seien Störungen des Denkens wie die Hyperreflexivität, gravierende affektive Zustände wie paranoide Ängste, der schrittweise Aufbau von Intersubjektivität unter Beachtung der gegenwärtigen Grenzen der Patient*innen, das leibliche Selbsterleben wie auch häufig existenzielle Aspekte des Lebens (Škodlar und Henriksen 2019: 122–123). Dabei sollten therapeutische Interventionen immer auf die möglichen Grenzen des Menschen in der Psychose Acht geben und deren Bedürfnis nach sozialem Rückzug ernstnehmen. Zudem sollten sie vorstrukturiert sein und das leibliche Selbsterleben der Betroffenen

²⁰ Die Bedeutung von Anerkennung für die Psychosen-Psychotherapie fasst Irarrázaval (2018: 163–164) in ihren phänomenologischen Überlegungen wie folgt zusammen: “Recognizing the patient as an individual person appears necessary for psychotherapy, since recovery requires not only the reduction of symptoms through pharmacological treatment, but also a change in the patient’s attitude towards his own disease condition. In his ill condition, a patient is *passively* suffering from a disease, so an important goal for psychotherapeutic recovery would be for the patient to take an *active attitude* towards his illness, that is, to recover the sense of *being an agent*: a person who is able to *recognize herself as responsible (for being the author or agent) of her own experience.*”

miteinbeziehen, um so eine Neustrukturierung jenes Selbst-, Welt-, Fremd- und Zeiterlebens zu ermöglichen (Škodlar und Henriksen 2019: 123).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass phänomenologische Überlegungen zu psychosozialen Hilfsangeboten vom Verständnis der Schizophrenie als Störung des basalen Selbsterlebens ausgehen und dabei Veränderungen des Erlebens der Zeitlichkeit und Intersubjektivität miteinbeziehen. Aus anerkennungstheoretischer Perspektive besonders bedeutsam ist, dass jene Vorüberlegungen auf die Bedeutung einer spezifischen Haltung der Anerkennung des psychotischen Erlebens hinweisen, das durch positive intersubjektive Beziehungen abgemildert und verständlich gemacht werden kann. Die Verknüpfung von Anerkennung als Haltung gegenüber den Betroffenen und Norm der wechselseitigen Beziehungsgestaltung scheint für jene phänomenologischen Autor*innen von zentraler Bedeutung für gelingende psychosoziale Hilfsangebote bei Schizophrenien zu sein.

3.5 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde die Schizophrenie nicht anhand eines Symptomkatalogs wie in den gängigen psychiatrischen Klassifikationssystemen konzeptualisiert, sondern anhand einer zugrundeliegenden Struktur im Erleben der Betroffenen, die von einer Veränderung des basalen Selbsterlebens oder Selbstgewahrseins gekennzeichnet ist und mit einem „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ im Umgang mit der Umwelt und der sozialen Mitwelt einhergeht. Damit zusammenhängend wurde eine Fragmentierung des inneren Zeitbewusstseins beschrieben (Knack et al. 2022), die den impliziten Vollzug von Handlungen erschwert und die Zeiterfahrung leidvoll verändert. Hinsichtlich intersubjektiver Aspekte schizophrener Erlebens wurde auf Bleulers Konzept des Autismus als sozialem Rückzug zurückgegriffen, daneben wurden Schwierigkeiten im Umgang mit zuvor implizit-vertrauten sozialen Regeln im *Common Sense* (Thoma 2018) wie auch die Idee einer von intersubjektiven Erfahrungen abhängigen, offenen Subjektivität (Van Duppen 2020) vorgestellt. In Hinführung auf die Darstellung der Relevanz intersubjektiver Anerkennung für das Verständnis von Schizophrenien wurden die Phänomenologie schizophrener Erfahrung von Laing (1976) ausführlicher dargestellt. An diese Vorarbeiten wird in Kapitel 5 angeschlossen, indem eine phänomenologische Analyse verschiedener Formen des *Social Defeat* vorgenommen wird (Selten et al. 2013). *Social Defeat* wird als genuine Form sozialer Missachtung verstanden, die eine Veränderung des basalen Selbsterlebens, des Zeiterlebens als auch der Intersubjektivität begünstigen kann. Zudem wurden phänomenologische Überlegungen zur Gestaltung psychosozialer Hilfsangebote bei Schizophrenien vorgestellt, die auf dem Modell der basalen Selbststörung beruhen. Den verschiedenen Ansätzen ist gemein, dass sie vorschlagen, den therapeutischen Fokus

auf das Hier-und-Jetzt der intersubjektiven Situation zu legen, um darin das veränderte Erleben der Betroffenen anzuerkennen, gemeinsam zu strukturieren und in die jeweilige Biographie zu integrieren, um so eine Wiedergewinnung zuvor impliziter Erfahrungsstrukturen des Selbst-, Welt- und Fremderlebens zu ermöglichen.

4 Phänomenologie der Anerkennung

In diesem Kapitel wird eine Phänomenologie der Anerkennung entwickelt, die ein besseres Verständnis der Entstehung und Therapie von Schizophrenien ermöglichen soll. Hierfür werden zuerst der semantische und ideengeschichtliche Hintergrund des Anerkennungskonzepts vorgestellt. Anschließend werden zwei zentrale Aspekte der für diese Arbeit maßgeblichen Anerkennungstheorien von Jessica Benjamin (1990; 2017) und Axel Honneth in zweierlei Hinsicht eingeführt (2003b; 2003c; 2011): erstens wird die Bedeutung von Anerkennungserfahrungen für die psychische Gesundheit und individuelle Selbstbestimmung beleuchtet, zweitens werden die sozialen Kontexte von Anerkennungserfahrungen in den Blick genommen. Anschließend folgt eine Darstellung der beiden wesentlichen Aspekte von Anerkennung als in der Sozialisation erworbene Haltung und als Struktur wechselseitiger Beziehungen. Anhand dieses Rasters wird abschließend das anerkennungstheoretische Verständnis schizophrener Erlebens des Sozialpsychiaters Erich Wulff betrachtet, das eine zentrale Vorarbeit für die vorliegende Arbeit darstellt.

4.1 Zur Begriffsstruktur von Anerkennung

In der deutschen Sprache lassen sich zwei Bedeutungen von Anerkennung unterscheiden: die Anerkennung eines Sachverhalts und die Anerkennung als Wertschätzung gegenüber einer anderen Person (Duden 2023a). Anerkennung im ersten Sinne wird hier als *epistemische Anerkennung* bezeichnet (griech. *epistḗme*, dt. Wissen, Erkenntnis; Hager 2017) und meint die Bestätigung oder Akzeptanz eines vormals unklaren, umstrittenen oder problematischen Sachverhalts – beispielsweise die Anerkennung der Situation, dass man sich in einer psychischen Krise befindet, was zur Auflösung eines inneren Spannungszustandes führen kann. In diesem Sinne stellte bereits Sigmund Freud fest, dass die „Anerkennung der Realität“ (Freud 1955a: 231) ein schwer auszuhaltender Vorgang sein kann, den er der Verdrängung als Abwehrmechanismus angesichts schwieriger Erfahrungen gegenüberstellte. Für Freud war es ein zentrales Ziel psychoanalytischer Therapie, „das im Seelenleben Verdrängte zur bewußten Anerkennung bringen“ (Freud 1955b: 39). Ein anderer Aspekt der epistemischen Dimension von Anerkennung ist die Bestätigung eines rechtlichen Sachverhaltes, z.B. die Anerkennung einer psychischen Krise als krankheitswürdig, sodass dessen Behandlung in Deutschland durch die Krankenkassen finanziert wird. Hierbei wird durch die rechtliche Anerkennung eine neue soziale Situation erschaffen (vgl. Ikäheimo 2014: 7–27).

In der zweiten Bedeutung wird Anerkennung als zwischenmenschliche Interaktion der Wertschätzung oder Achtung einer anderen Person, deren Eigenschaften oder

Verhalten verstanden. Sie wird im Folgenden deshalb als *personale Anerkennung* bezeichnet (Ikäheimo 2014: 10; Wildt 2005: 462). In dieser Bedeutung hat Anerkennung verschiedene Synonyme wie Respekt, Lob, Bestätigung oder eben Wertschätzung, ohne dass der alltagssprachliche Anerkennungsbegriff in dieser Reihe besonders hervorsticht (Wildt 2005: 468).²¹

Der philosophisch geprägte Begriff von *Anerkennung* erweitert jedoch das alltagssprachliche Verständnis. Er wurde gegen Ende des 18. Jahrhunderts in der Philosophie des deutschen Idealismus durch Johann Gottlieb Fichte und Georg Wilhelm Friedrich Hegel eingeführt (Honneth 2018; Kervégan 2021). Hierbei knüpfen beide an die alltagssprachliche Bedeutung der personalen Anerkennung an und sehen in der wechselseitigen Anerkennung von Personen die Bedingung der Möglichkeit von Freiheit. Freisein ist für sie nicht mehr denkbar ohne einen sozialen Kontext, der individuelle Freiheit erst ermöglicht. Folgerichtig verknüpft insbesondere Hegel den Anerkennungsbegriff mit gesellschaftstheoretischen Überlegungen, die über den alltagssprachlichen Gebrauch des Begriffs hinausgehen und in der Philosophiegeschichte wirkmächtig geworden sind.

4.2 Ideengeschichte des philosophischen Anerkennungsbegriffs

Das heutige, auf Hegel zurückgehende philosophische Verständnis von Anerkennung lässt sich vor dem soziokulturellen Hintergrund des Bürgertums im ausgehenden 18. Jahrhundert und beginnenden 19. Jahrhundert besser verstehen (Honneth 2018: 131–136, 151). Die Bürger*innen West- und Mitteleuropas wandten sich gegen die Hierarchien einer ständischen, monarchischen Gesellschaft und beanspruchten gleiche Rechte in einer liberalen Gesellschaftsordnung. Der soziale Status ist nicht mehr durch die Geburt bestimmt, sondern kann in einer bürgerlichen Gesellschaft erworben werden – so das Ideal (Honneth und Fraser 2003: 165–166). Die Verwirklichung der in der französischen Revolution ausgerufenen Werte von Freiheit, Gleichheit und Solidarität sind für Hegel und viele seiner philosophischen Zeitgenoss*innen nur auf der Basis der wechselseitigen Bestätigung von Personen als Gleiche denkbar.

²¹ Im Englischen existiert eine weitgehend parallele Struktur der Bedeutung des Begriffs *recognition* (Ikäheimo 2014; Meyer und Neuhaus 2021). Dieser kann sowohl in einem epistemischen Sinne verwendet werden, z.B. als Wiedererkennen, Identifizieren oder Erkennen von etwas oder jemandem (*to recognize something or someone*) oder zum Beschreiben der Akzeptanz eines Sachverhalts im Sinne des englischen Begriffs *acknowledge*. Zugleich kann *recognition* auch in einem personalen Sinne als wertschätzende Anerkennung verwendet werden. Der französische Begriff *reconnaissance* hat eine ähnliche Bedeutungsstruktur (Picardi 2021; Ricoeur 2006: 19–42).

4.2.1 Kants Konzept der Achtung

In der Geschichte der Philosophie gibt es bereits vor dem deutschen Idealismus Autoren, die die Bedeutung des menschlichen Strebens nach Wertschätzung durch Andere diskutierten.²² Für das in dieser Arbeit verwendete Verständnis von Anerkennung im Sinne der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule sind insbesondere die Vorarbeiten Immanuel Kants relevant, nämlich dessen Konzept der *Achtung* gegenüber anderen Personen (Bagnoli 2021; Honneth 2011: 58–80; Honneth 2020a).

Der Mensch ist für Kant ein vernunftbegabtes und zur Autonomie befähigtes Wesen, das sich selbst die Gesetze gibt, nach denen er/sie, aber zugleich auch die gesamte Menschheit leben soll (*auto*, gr. für selbst, *nomos*, gr. für Gesetz) (Kant 2005a; Kant 2005b). Diese Annahme liegt dem kategorischen Imperativ zu Grunde: „*Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.*“ (Kant 2005a: 68, AA 421) Jedoch stellt sich für Kant damit auch die Frage, aus welcher Motivation heraus jemand einem Gebot der Vernunft folgen und seine vermeintliche Freiheit im Angesicht Anderer einschränken sollte. Was bringt mich zur Umsetzung dieser abstrakten Vernunftregel? Eine Lösung dieses philosophischen Problems macht Kant im Gefühl der *Achtung* aus (Vgl. Bagnoli 2021; Honneth 2018: 136–154; Kant 2005a: 38–46, AA 400–405). Dieses Gefühl stellt sich Kant zufolge angesichts des Bemühens der Mitmenschen ein, ebenfalls den Geboten der Vernunft zu folgen. In diesem Moment wird am Anderen ein „Wert“ erkannt, „der meiner Selbstliebe Abbruch tut“ (Kant 2005a: 40, AA 401). Dadurch entstehe eine Motivation, sich selbst zu beschränken und den Geboten der Vernunft Folge zu leisten.

4.2.2 Anerkennung bei Hegel

Aus der Perspektive Hegels stellt die Achtung in Kants Beschreibung selbstverständlich eine Form der Anerkennung dar. Dabei existieren im Werk Hegels mehrere Ausarbeitungen des Anerkennungsbegriffs (Honneth 2018: 169–181; Kloc-Konkołowicz 2021). Gemein ist ihnen allen, dass Anerkennung den Grundbaustein des sozialen Miteinanders oder, in seinen Worten, „der Sittlichkeit“ (Hegel 1986a) bildet. Die berühmteste Ausformulierung des Anerkennungsbegriffs findet sich in Hegels Gleichnis von *Herr und Knecht* in seiner *Phänomenologie des Geistes* (Hegel 1986b: 145–155).²³

²² In jüngeren Arbeiten zur Ideengeschichte der Anerkennung wird diskutiert, inwiefern klassische Philosophen wie Thomas Hobbes, David Hume oder John-Stewart Mill, v.a. jedoch Jean-Jaques Rousseau und Immanuel Kant bereits Vorläufer von Anerkennungstheorien entwickelt haben (Honneth 2018; Siep et al. 2021; Toto et al. 2017).

²³ Hegels Überlegungen zum Anerkennungsbegriff stehen ursprünglich im Kontext seiner Geistesmetaphysik, während heutige Lesarten seiner Überlegungen zur Anerkennung versuchen, deren Gehalt unabhängig von jenen metaphysischen Annahmen als eine intersubjektiv begründete Gesellschaftstheorie zu rekonstruieren (Honneth 2003b; Honneth 2011; Honneth 2020a). Für Hegel nämlich ist die Wirklichkeit das Produkt der Entfaltung eines vernünftigen Weltgeistes, der in einer dialektischen Bewegung durch die menschliche Geschichte

Das Bild, das Hegel darin von der Anerkennung zeichnet, ist eines des Ringens um Leben und Tod, aus dem anschließend soziale Strukturen entstehen: Zwei Subjekte finden sich in einem Konflikt wieder. Dieser entsteht daraus, dass beide ein Bedürfnis nach Anerkennung haben, um dessen Verwirklichung miteinander gerungen wird, da damit eine Einschränkung der eigenen Freiheit verbunden wäre:

Das Verhältnis beider Selbstbewußtsein[e] ist also so bestimmt, daß sie sich selbst und einander durch den Kampf auf Leben und Tod *bewähren*. – Sie müssen in diesen Kampf gehen, denn sie müssen die Gewißheit ihrer selbst, *für sich zu sein*, zur Wahrheit an dem Anderen und an ihnen selbst erheben. (Hegel 1986b: 148–149)

In Kants Konzeption wird diese intersubjektive Spannung umgangen, indem er das Befolgen des Gefühls der Achtung als eigentlich vernünftig bestimmt. Bei Hegel hingegen erleben die Subjekte die konflikthaften Aspekte sozialen Lebens und das darin liegende Potential von ungleichen Herrschaftsverhältnissen, vermögen durch die wechselseitige Anerkennung jene Spannung jedoch aufzulösen. Da nämlich aufgrund der sozialen Normen, innerhalb derer dieser Konflikt stattfindet, noch keine gleichberechtigte Anerkennung stattfinden kann, muss sich ein Subjekt dem Anderen unterordnen. Die Pointe dieses Gleichnisses ist aber, dass nicht der „Herr“ der eigentlich Freie ist, sondern dass dieser der Anerkennung des „Knechts“ bedarf, während der „Knecht“ unter den gegebenen Umständen sein Leben freier gestalten kann (Vgl. Habermas 1968a):

Aber wie die Herrschaft zeigte, daß ihr Wesen das Verkehrte dessen ist, was sie sein will, so wird auch wohl die Knechtschaft vielmehr in ihrer Vollbringung zum Gegenteile dessen werden, was sie unmittelbar ist; sie wird als in sich zurückgedrängtes Bewußtsein in sich gehen und zur wahren Selbständigkeit sich umkehren. (Hegel 1986b)

An anderer Stelle zeichnet Hegel ein weniger drastisches Bild von Anerkennung. Diese bilde die Grundlage für Freiheit, da man nur im „Anderen bei sich selbst sei“. Dieses Ideal sieht er beispielsweise in Liebesbeziehungen oder Freundschaften verwirklicht (Hegel 1986a: 57, §7 Z). Diese Bedeutung Anderer für die eigene Freiheit hebt Hegel in seinem gesellschaftstheoretischen Hauptwerk *Grundlinien der Philosophie des Rechts* hervor (Hegel 1986a). Hegels Ideal ist eine soziale Ordnung, in der in verschiedenen sozialen Sphären – in Familien und Freundschaften, der bürgerlichen (Markt-

zu einem positiven Ziel voranschreite. Im Gleichnis von *Herrschaft und Knechtschaft* möchte Hegel (1986b: 45–55) die Entstehung eines Selbstbewusstseins des Geistes begründen, der mit sich selbst um die Verwirklichung von Freiheit ringt. Hier wird die bei Kant (2005a) beschriebene Selbstbeschränkung aufgrund des Gefühls der Achtung von Hegel als ein *Kampf um Anerkennung* verstanden.

)Gesellschaft sowie im Staat – die gleichberechtigte Anerkennung aller Bürgerinnen und Bürger verwirklicht sei, was er als *Sittlichkeit* bezeichnet. Die wechselseitige Anerkennung in den verschiedenen Sphären des Sozialen bildet für Hegel das Grundprinzip moderner Gesellschaften.

4.2.3 Kämpfe um Anerkennung im 20. Jahrhundert

In der Mitte des 20. Jahrhunderts griffen eine Vielzahl von Philosoph*innen Hegels Ideen zur Anerkennung auf und entwickelten diese weiter: der russisch-französische Philosoph Alexandre Kojève betont das allen Menschen innewohnende Begehren nach Anerkennung, um das sie ein Leben lang mit anderen ringen (Kojève 2005). Der marxistische Phänomenologe Jean-Paul Sartre verstand, auf Kojève aufbauend, die Anerkennung durch Andere zugleich als eine Objektivierung der eigenen Person wie auch als intersubjektive Bedingung subjektiver Erfahrung (Sartre 2022). Jürgen Habermas hingegen sah in der wechselseitigen Anerkennung die Basis für Intersubjektivität und die Grundlage demokratischer Institutionen (Habermas 1968a; Habermas 1993).

Während die Philosophie die Ambivalenz von Anerkennung in der Tradition Hegels diskutierte, traten eine Vielzahl sozialer Bewegungen in Kämpfe um Anerkennung und forderten ihre Gleichheitsrechte ein: Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts die europäische Arbeiterbewegung, die Frauenbewegung oder – im Kontext der Psychiatrie – die heute noch wenig bekannte sog. Irrenrechtsbewegung (Brink 2010: 145–165; Brückner 2022; Schmuhl 2009). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren es beispielsweise der globale Feminismus, postkoloniale Bewegungen oder afroamerikanische Bürgerrechtsbewegungen, die ihren Anspruch auf soziale, politische und kulturelle Anerkennung geltend machten. Im Kontext der Psychiatrie gab es ebenfalls eine Vielzahl von internationalen ‚Kämpfen um Anerkennung‘ durch Betroffene (Brückner 2020) wie die internationale *consumer/survivor/ex-patient*-Bewegung (Morrison 2005), die *Mad Pride*-Bewegung (Rashed 2019) oder die *Recovery*-Bewegung (Amering und Schmolke 2012). Im Hinblick auf Deutschland sind hier der Kampf um die Anerkennung der Opfer der Euthanasie und Zwangssterilisation während des zweiten Weltkriegs zu nennen (Dörner et al. 1989), ebenso bürger- und patient*innenrechtliche Initiativen wie die *Aktion Psychisch Kranke* oder ab 1990 der *Bundesverband Psychiatrieerfahrene e.V.* (Brückner 2015). Gerechtigkeit wird seitdem auch über soziale, rechtliche, politische oder kulturelle Anerkennung bestimmt und nicht mehr vornehmlich anhand ökonomischer Ungleichheit wie noch im lange Zeit dominierenden klassischen Marxismus.

Anerkennung wurde im Anschluss daran philosophisch neu auf den Begriff gebracht durch Denker*innen wie Jessica R. Benjamin (1990), Judith Butler (1991), Axel Honneth

(2003b), Charles Taylor (1993) oder Iris Marion Young (1990). Deren Theoriebildung war motiviert durch entsprechende soziale Bewegungen, an denen sie teilweise auch partizipierten – im Falle Jessica Benjamins und Iris Marion Youngs des Feminismus, Judith Butlers der LGBTQI+-Bewegung. Dabei verstehen jene Denker*innen Anerkennung in aller Regel ausgehend von Hegel. Gemein ist gegenwärtig prominenten Anerkennungstheorien, dass sie die bereits bei Hegel angelegten Aspekte von Anerkennung als empirische Beschreibung sozialer Kämpfe oder normatives Ideal demokratischer Gesellschaften aufnehmen und ausdifferenzieren: Einerseits ist das Ringen um Anerkennung von existenzieller Bedeutung, andererseits für viele Menschen in liberalen Gesellschaften eine Selbstverständlichkeit und die Grundlage des demokratischen Zusammenlebens. Gerade im Ausbleiben von Anerkennung schimmert jedoch die Brüchigkeit jener vermeintlichen Selbstverständlichkeit durch.

4.3 Theoretischer Hintergrund einer Phänomenologie der Anerkennung

Die für die vorliegende Fragestellung zentralen theoretischen Beiträge für eine Phänomenologie der Anerkennung Jessica Benjamins (1990; 2017) und Axel Honneths (2003b; 2011) stehen in der Tradition der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule (s. Kap. 1). Benjamins wie auch Honneths Anerkennungstheorie bedienen sich in ihrer Ausformulierung entwicklungspsychologischer sowie klinischer Erkenntnisse und weisen damit eine besondere Nähe zur Fragestellung dieser Arbeit auf. Zudem geben beide präzise Phänomenbeschreibungen der verschiedenen Aspekte von Anerkennung. Dabei ergänzen sie sich: Während Honneth Anerkennung als im Sozialisationsprozess erworbene Haltung beschreibt und darauf aufbauend eine Theorie des sozialen Lebens entwickelt, beschreibt Benjamin anhand ihrer klinischen Erfahrungen präzise die Beziehungsdynamiken wechselseitiger Beziehungen der Anerkennung. Dabei stellen beide Autor*innen einen engen Zusammenhang zwischen individueller Gesundheit und Selbstbestimmung in einer modernen demokratischen Gesellschaft her und eignen sich somit für die sozialpsychiatrische Fragestellung dieser Arbeit. Bevor beide Aspekte der Phänomenologie der Anerkennung als Haltung und soziale Beziehung ausgeführt werden, werden zuerst die psychologischen wie auch gesellschaftstheoretischen Hintergründe der hier vorgestellten Phänomenologie der Anerkennung vorgestellt.

4.3.1 Anerkennung als Voraussetzung für Selbstbestimmung

Eine Grundlage der hier entwickelten Phänomenologie der Anerkennung bildet die entwicklungspsychologische Annahme, dass Erfahrungen von Anerkennung eine zentrale Grundlage für die Entwicklung eines positiven Verhältnisses zu sich selbst bilden, ohne welches ein selbstbestimmtes Leben nicht denkbar ist. Von Geburt an bedarf der Mensch der Anerkennung, ist ein eigenständiges Subjekt mit einem im

Wachsen begriffenen Selbst und einer Vielzahl von Potentialen, die es in Interaktion mit seiner sozialen Umwelt entwickelt (Benjamin, 1990, 15-38). Erst dadurch, dass Andere einer Person, ihrem Erleben und Verhalten eine Bedeutung zuschreiben, ist aus anerkennungstheoretischer Sicht denkbar, dass sie selbst ihr eigenes Erleben und Verhalten als positiv, sinnvoll oder gerechtfertigt erlebt und sich selbstbewusst in der sozialen Welt bewegt (Honneth 2003b). Dies meint Honneth, wenn er von Anerkennung als Voraussetzung für eine *positive* oder *praktische Selbstbeziehung* spricht, einem „Vertrauen in sich selber“ (Honneth 2003b: 215).²⁴

Diese Annahmen werden durch eine Vielzahl entwicklungspsychologischer Befunde unterstützt: So zeigt die Bindungsforschung seit den 1950er und 1960er Jahren, dass Säuglinge schon früh einen affektiven Bezug zu ihren Bezugspersonen aufbauen und diese Beziehungserfahrungen in einer Art Arbeitsmodell von Beziehungen verinnerlichen (engl. *internal working model*) (Bowlby 1986; Fonagy und Campbell 2017). Es sind gerade die frühen Beziehungserfahrungen (*Objektbeziehungen*), die in *Selbstrepräsentanzen*, d.h. als verinnerlichte Bilder der eigenen Person wie auch als *Objektrepräsentanzen*, d.h. als Erwartungen an Andere in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie als *Repräsentationen generalisierter Interaktionen* (RIGs, engl. *Representations of Interactions that have been Generalized*) das *implizite Beziehungswissen* prägen (Kernberg 1981; Stern 1992: 160–175). Die frühen Beziehungserfahrungen und die Bindungssicherheit beeinflussen zudem die Fähigkeit zur vermittelten Wahrnehmung eigenen und fremden psychischen Erlebens (*Mentalisierung*). Erst der haltende, interessierte und spielerische Umgang mit den inneren Zuständen eines Kleinkindes durch seine soziale Umwelt ermöglicht einen vermittelten Zugang zum inneren Erleben (Fonagy et al. 2004; Taubner 2018). Ganz allgemein kann festgehalten werden, dass die frühen Beziehungserfahrungen die *psychische Struktur* von Menschen stark prägen (Kernberg 1981; Rudolf 2020). Hiermit sind die erworbenen psychischen Fähigkeiten gemeint, die es ermöglichen, eigene psychische Zustände wahrzunehmen und zu regulieren, als auch analog Fähigkeiten, um Andere wahrzunehmen und die Beziehung zu ihnen zu gestalten.

Dieser Befund bildet den Ausgangspunkt für die psychologische Bedeutung von Anerkennungserfahrungen: Menschen haben von Geburt an Bedürfnisse, die nach Anerkennung und angemessener Befriedigung verlangen. Diese Bedürfnisse werden im Kleinkindalter als Spannungsverläufe erlebt, als *präreflexive Wahrnehmungsgestalten*

²⁴ „Der Zusammenhang, der zwischen der Erfahrung von Anerkennung und dem Sichzusichverhalten besteht, ergibt sich aus der intersubjektiven Struktur der persönlichen Identität: die Individuen werden als Personen allein dadurch konstituiert, daß sie sich aus der Perspektive zustimmender oder ermutigender Anderer auf sich selbst als Wesen zu beziehen lernen, denen bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten positiv zukommen. Der Umfang solcher Eigenschaften und damit der Grad der positiven Selbstbeziehung wächst mit jeder neuen Form von Anerkennung, die der einzelne auf sich selbst als Subjekt beziehen kann“ (Honneth 2003b: 277–278)

(Knack et al. 2022: 144) im Affekterleben, die sich durch leibliche Qualitäten wie Wärme und Kälte, Enge und Weite, Anspannung und Entspannung usw. auszeichnen und in der Interaktion mit Anderen erforscht und geformt werden (Dornes 1993; Stern 1992). Erst deren Anerkennung durch die soziale Mitwelt ermöglicht einen reflexiven und selbstbestimmten Umgang mit sich und Anderen (Honneth 2003b: 171).

Die Bedeutung von Anerkennung für die psychische Gesundheit und ein selbstbestimmtes Leben wird nicht zuletzt im Ausbleiben von Anerkennung des eigenen Erlebens deutlich, das bis hin zu traumatisierenden Erfahrungen reichen kann (Benjamin 2017; Benjamin 2019; Honneth 2003b). Zudem zeigt die psychologische Forschung deutlich, dass insbesondere langfristige, traumatische Erfahrungen wie körperliche oder psychische Vernachlässigung oder Gewalt durch Bezugspersonen negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können (z.B. Docter et al. 2018; Hardy et al. 2021). Im Kontext von Schizophrenien können wiederholte Missachtungserfahrungen (*Social Defeat*) das Risiko des Auftretens einer Schizophrenie erhöhen (Selten et al. 2013). Diese Auswirkungen sozialer Exklusion können auch auf neurobiologischer Ebene abgebildet werden (Meyer-Lindenberg und Tost 2012; Selten et al. 2017). Die Erfahrung, anerkannt zu werden, ist demzufolge von zentraler Bedeutung für psychische Gesundheit, während das Ausbleiben von Anerkennung, z.B. im Falle sozialer Missachtung oder Traumatisierungen, das Risiko einer psychischen Störung erhöht.

4.3.2 Soziale Kontexte von Anerkennung

Für ein selbstbestimmtes Leben in einer modernen demokratischen Gesellschaft ist es also notwendig, dass Personen in verschiedenen Bereichen des Soziallebens Anerkennung erfahren. Honneth (2003b; Honneth 2011) unterscheidet drei verschiedene Sphären des Sozialen, in denen verschiedene Aspekte einer Person anerkannt und dadurch gefördert werden: ihre individuellen Bedürfnisse und Eigenschaften in persönlichen Beziehungen, ihre besonderen Fähigkeiten in marktwirtschaftlichen Kontexten sowie ihre individuellen Rechte und politischen Anliegen in Prozessen der öffentlichen Willensbildung.

Dabei stellt Anerkennung nicht nur auf individueller Ebene eine zentrale Norm dar, sondern bildet auch die Grundlage eines demokratischen Zusammenlebens. Die Ideen von Demokratie und Anerkennung sind für Honneth eng miteinander verschränkt, da erst in modernen Demokratien „jede[r] Person unabhängig von sozialem Rang, Hautfarbe und religiöser Zugehörigkeit, aber je nach Tätigkeitsfeld in besonderer Weise, die gleiche Anerkennung wie allen anderen Subjekten zukommen muss“ (Honneth 2021: 167).

Anerkennung ist demzufolge ein zentrales Prinzip von Demokratien und ihren Institutionen (Honneth 2011).²⁵

Menschen erlernen Honneth zufolge im Laufe ihrer Sozialisation je nach sozialem Kontext spezifische Formen und Kategorien der Anerkennung und rufen diese fast automatisch ab (Honneth 2003c). In einer Kultur existieren „Anerkennungsordnungen“ (Honneth und Fraser 2003: 159–201), die bestimmen, wer anerkannt wird und welche Eigenschaften an einer Person anerkennungswürdig sind. Diese sozialen Anerkennungsordnungen sind immer geprägt durch politische, kulturelle, historische und biographische Einflüsse und kontinuierlichen Debatten ausgesetzt:

Benachteiligungen oder Missachtungen können innerhalb solcher Anerkennungsordnungen entstehen, wenn die zugrundeliegenden Prinzipien einseitig zugunsten einer sozialen Gruppe ausgelegt werden. (Honneth 2021: 148)

An dieser Stelle kommt auch der bei Honneth zentrale Begriff des „Kampfes um Anerkennung“ zum Tragen (Honneth 2003b). Aufgrund der im Sozialisationsprozess erworbenen Erwartungen hinsichtlich der Anerkennung in verschiedenen sozialen Bereichen kann die Enttäuschung dieser Erwartungen durch beispielsweise Missachtung, Gewalt oder Entrechtung bei den Betroffenen zu einem Bewusstsein der damit verbundenen sozialen Ungerechtigkeit führen. Die strukturell bedingte Benachteiligung sozialer Gruppen hinsichtlich sozialer Anerkennung stellt aus dieser Perspektive eine „Pathologie des Sozialen“ dar (Honneth 1994; Honneth 2014): Gemessen an den Normen der wechselseitigen Anerkennung als gleiche und zugleich besondere Personen in modernen Gesellschaften stellt dies einen sozialen Missstand dar, da die geltenden Normen der Anerkennung bei bestimmten Personengruppen keine Anwendung finden oder ihnen regelrecht aberkannt werden. Eine Ausweitung der geltenden Anerkennungsnormen auf neue Personengruppen oder neue Eigenschaften von Personen stellt aus Honneths Perspektive einen sozialen Fortschritt dar (Honneth und Fraser 2003: 202–224).

4.3.3 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes der Anerkennungstheorien

Den nunmehr dargestellten Grundlagen der Anerkennungstheorien von Jessica Benjamin und Axel Honneth lassen sich drei für diese Arbeit zentrale Grundannahmen entnehmen. Erstens die anthropologische Grundannahme, dass Erfahrungen von Anerkennung eine zentrale Voraussetzung für die Entwicklung einer Vielzahl psychischer Fähigkeiten darstellen, die für ein selbstbestimmtes Leben notwendig sind.

²⁵ Vgl. im Hinblick auf die Institution Psychiatrie Iwer (2022).

Zweitens, dass die wechselseitige Anerkennung als gleiche und zugleich individuelle Personen in verschiedenen sozialen Kontexten die Grundlage moderner Demokratien ausmacht. Die letzte Prämisse lautet, dass die Verletzung von Anerkennungserwartungen durch Gewalt, Missachtung oder Entrechtung die psychische Integrität von Menschen einerseits, aber auch die demokratischen Grundlagen moderner Gesellschaften andererseits verletzt.

4.4 Phänomenologie der Anerkennung

Einer Phänomenologie der Anerkennung geht es darum, die wesentlichen Aspekte der Erfahrung von Anerkennung zu untersuchen. Für die vorliegende Fragestellung wird dabei Anerkennung als ein intersubjektiver Prozess der wechselseitigen Bestätigung einer Bedeutung füreinander verstanden.²⁶ Die hier vorgestellte Phänomenologie der Anerkennung folgt dabei gegenwärtigen Analysen des Phänomens, die zwei wesentliche Aspekte von Anerkennung bestimmen (Benjamin 2017; Honneth 2003b; Honneth 2003c; Varga 2010): Anerkennung als in der Sozialisation erworbene *Haltung* gegenüber Anderen ebenso wie als wechselseitige *Interaktion*, in der die Bedeutung füreinander expressiv bestätigt wird, wobei abhängig vom sozialen Kontext jeweils andere Aspekte einer Person oder ihres Verhaltens anerkannt werden.

4.4.1 Anerkennung als Haltung

Eine „Haltung“ meint in der Alltagssprache sowohl Formen leiblicher Bewegungen und Positionen wie auch Einstellungen gegenüber der Welt (Duden 2023b). Grundlegend kann aus der Perspektive der Philosophischen Anthropologie festgehalten werden, dass es den Menschen gegenüber Tieren auszeichnet, eine Haltung gegenüber sich, Anderen und der Welt einnehmen und damit auch Stellung beziehen zu können (Plessner 1975). Der Mensch steht immer schon in einem Verhältnis zu sich selbst, was Plessner als die spezifisch menschliche *exzentrische Positionalität* beschreibt: Er erfährt sich und seine Umwelt unmittelbar leiblich, steht dabei aber immer auch in einem Verhältnis zu sich, kann auf sich und seinen Körper blicken und sich reflektieren. Nur in Extremsituationen komme es zum Zusammenbruch jenes Verhältnisses. Als prototypische Beispiele für jenen Zusammenbruch nennt Plessner die Phänomene des Lachens und Weinens. In diesen Situationen können wir kein vermitteltes Verhältnis mehr zu uns selbst einnehmen, sondern werden unmittelbar von der Umgebung angesprochen und von ihr betroffen (Plessner 1941). In der Phänomenologischen Psychiatrie geht man davon aus,

²⁶ Die andere Bedeutungsdimension von Anerkennung als *epistemische* Bestätigung eines umstrittenen Sachverhalts oder Auflösung einer innerpsychischen Spannung wird für die vorliegende Analyse ausgeklammert, da sie für die Fragestellung von geringerer Relevanz ist.

dass es gerade dieses immer gefährdete Selbstverhältnis ist, aufgrund dessen Menschen an sich leiden können (Fuchs 2020b; Heinz 2014: 98–117).

Dabei sind menschliche Haltungen jedoch immer auch sozial vermittelt, wie der Soziologe Pierre Bourdieu argumentiert: Er verwendet hierfür den lateinischen Begriff des *Habitus* und argumentiert, dass sich Haltungen in Denk- und Verhaltensweisen zeigen, die soziale Unterschiede und Ungleichheiten sichtbar machen (Bourdieu 1982): wie sich jemand in einer Situation verhält, spricht, bewegt oder kleidet, ist abhängig von seiner sozialen Herkunft und der damit verbundenen Sozialisation. Nur wer die Regeln in bestimmten Situationen beherrscht, erfährt dafür Anerkennung und weiß, was als anerkennungswürdig gilt. In diesem Sinne kann der *Habitus* zur Aufrechterhaltung von sozialer Ungleichheit beitragen (Lepold 2021: 121–144).

Zusammenfassend kann somit unter Haltung eine Art „vermittelter Unmittelbarkeit“ verstanden werden, in der eine durch soziale Erfahrungen geprägte, leiblich-implizit gewordene Einstellung gegenüber sich, Anderen und der Welt zum Ausdruck kommt. Im Kontext seiner Anerkennungstheorie argumentiert Honneth (2003c; 2015), dass auch Anerkennung eine sozial vermittelte Haltung darstellt, in der zum Ausdruck kommt, wer wofür und in welcher Situation anerkennungswürdig ist. Nach Honneth zeigen solche Haltungen an, dass eine andere Person eine Bedeutung für mich hat, die sich je nach sozialem Kontext unterscheidet:

In unseren anerkennenden Haltungen reagieren wir angemessen auf evaluative Eigenschaften, die menschliche Subjekte nach Maßgabe unserer Lebenswelt vorgängig schon besitzen [...] (Honneth 2003b: 327)

Haltungen der Anerkennungen bilden eine leiblich verinnerlichte Wahrnehmungsstruktur, in denen Anerkennungsordnungen (Honneth und Fraser 2003) oder Raster der Anerkennung (Butler 2010; vgl. Iwer 2020) unsere Erfahrung Anderer implizit prägen:

Was die Heranwachsenden erwerben, wenn sie in eine soziale Kultur hineinsozialisiert werden, ist unter anderem die Fähigkeit, an Menschen Eigenschaften wahrzunehmen, die gesellschaftlich als anerkennungswürdig gelten; je nach Alter und Gesellschaftstyp werden es verschiedene Charakteristika von Personen sein, die sie auf eine solche Weise als etwas perzeptuell zu registrieren lernen, das ihre Anerkennung verdient. (Honneth 2021: 158)

Menschen begegnen sich demzufolge in modernen Gesellschaften zumeist in Form anerkennender, wertschätzender Haltungen, die sich je nach Kontext unterscheiden. Somit findet Anerkennung in der Regel ganz implizit statt und ist allgegenwärtig. Honneth

argumentiert daher, dass Haltungen der Anerkennung eine wichtige Grundlage des sozialen Zusammenlebens bilden:

Das Gewebe der sozialen Interaktion ist nicht, wie in der Philosophie häufig angenommen, aus dem Stoff kognitiver Akte, sondern aus dem Material anerkennender Haltungen gewebt. (Honneth 2015: 58).

Haltungen der Anerkennung offenbaren sich in leiblichen Gesten, Mimik und anderen Ausdruckshandlungen, wie auch in der Sprache. Sie signalisieren dem Gegenüber, dass die Wahrnehmung bestimmter Eigenschaften an ihm uns dazu motivieren, von eigenen Zielen, Wünschen und Bedürfnissen Abstand zu nehmen, um eine Situation gemeinsam zu gestalten:²⁷

Der Akt der Anerkennung ist [...] die expressive Bekundung einer individuellen Dezentrierung, die wir angesichts des Wertes einer Person vollziehen: Wir geben durch die entsprechenden Gesten und Gebärden öffentlich zu erkennen, daß wir jener anderen Person aufgrund ihres Wertes eine moralische Autorität über uns einräumen, an der sich die Realisierung unserer spontanen Impulse und Neigungen begrenzt. (Honneth 2003c: 27)

Allerdings stellen Haltungen der Anerkennung keine kognitiven Zuschreibungen dar, sondern sind präreflexiver Bestandteil unserer Wahrnehmung. So betont Honneth, dass dem reflexiven, expliziten *Erkennen* der Eigenschaften oder des Verhaltens anderer Personen in der Regel eine anerkennende, bestätigende Haltung ihnen gegenüber vorausgeht (Honneth 2015: 172).

Ähnlich wird in der Phänomenologie Husserls von einer „personalistischen Einstellung“ in der Wahrnehmung von Mitmenschen gesprochen, die sich von anderen reflexiven und präreflexiven Einstellungen bzw. Haltungen in der Wahrnehmung unterscheidet (Jardine 2017).²⁸ Die Position Honneths hingegen ist weniger allgemein als Husserls Konzeption einer „personalistischen Einstellung“, da die Wahrnehmung bestimmter Werte an anderen Personen moralisch relevante Konsequenzen für das wahrnehmende Subjekt hat. Auch unterscheidet sich Honneths Position von klassischen phänomenologischen

²⁷ In dieser Konstruktion erinnern die Haltungen der Anerkennung an das Gefühl der *Achtung* bei Kant, das uns dazu motiviere, angesichts der Vernunftbegabung des Gegenübers dem moralischen Gesetz zu folgen und von eigenen Wünschen abzusehen (Kant 2005a: 38–46, AA 400-405).

²⁸ Husserl beschreibt die „personalistische Einstellung“ im Gegensatz zur „natürlichen Einstellungen“ Gegenständen in der Welt gegenüber wie folgt: „[E]inmal ist fremdes Ich, Erlebnis, Bewußtsein introjektiv gesetzt, aufgebaut auf die Grundauffassung und Setzung materieller Natur, aufgefaßt als von ihr funktionell Abhängiges, ihr Anhängendes. Das andere Mal ist das Ich als Person, als „schlechthin“ gesetzt und damit gesetzt als Subjekt seiner personalen und dinglichen Umgebung, als durch Verständnis und Einverständnis auf andere Persönlichkeiten bezogen, als Genosse eines sozialen Zusammenhangs, dem eine einheitliche soziale Umwelt entspricht, während zugleich jeder einzelne der Genossen seine eigene Umgebung hat, die den Stempel seiner Subjektivität trägt.“ (Husserl 1952: 228–229).

Theorien der Wahrnehmung von Werten in der Welt wie der von Max Scheler (2014): Für Scheler sind Werte universell und objektiv, sodass die „Wertnehmung“ eine Wahrnehmung beobachter*innen-unabhängiger Eigenschaften von Personen darstellt. Honneth hingegen betont, dass es von einer Vielzahl sozialer Faktoren abhängig ist, welche Personen und welche Eigenschaften an ihnen, welche Werte präreflexiv anerkannt werden.

Diese sozial erworbenen Wahrnehmungsstrukturen der Anerkennung zeigen sich auch in psychiatrischen Kontexten in Form „psychiatrischer Raster“ der Wahrnehmung (Iwer 2020; Iwer 2022). Während später Strukturen der Anerkennung in gegenwärtigen psychosozialen Hilfsangeboten für Schizophrenien dargestellt werden (s. Kap. 6), beschreiben Betroffene wiederholt die Aberkennung ihres subjektiven Erlebens in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontexten. Die Genesungsbegleiterin und Peer-Forscherin Gwen Schulz schildert anschaulich die Spannweite, die zwischen den Polen von Anerkennung und Aberkennung liegt:

In der Regel erleben viele Menschen mit Psychosen im psychiatrischen Alltag immer noch eine automatische Behandlung mit Medikamenten, eine geforderte Compliance und eine Haltung, die vermittelt, dass der Arzt in fünf Minuten mehr über den Patienten weiß als er selbst mit seinem sehr eigenen Leben, seiner Biographie und dem Versuch, mit seiner Art in dieser Welt zu bestehen. (Küchenhoff et al. 2017: 79–80)

Dabei kann ein objektivierender Blick in psychiatrischen Kontexten von hoher Relevanz sein. Das damit verbundene Dilemma zwischen der Anerkennung des Gegenübers und dessen Objektivierung als Patient*in in einer psychischen Krise beschreibt der Sozialpsychiater Stefan Weinmann anhand einer Szene aus seinem klinischen Alltag:

Wenn ein akut erregter, den Passanten, Polizisten und Rettungskräften und in der Folge auch dem Dienstarzt in der psychiatrischen Rettungsstelle gegenüber aggressiver und feindlich gesinnter Mensch der Klinik zugeführt wird, weil sein Verhalten nicht nur als sozial störend oder gar gesetzeswidrig, sondern auch unerklärlich und kaum einzuordnen erscheint, springt sofort ein tief eingraviertes Muster an, das nach psychotischen, manischen oder deliranten Symptomen sucht (Halluzinationen, wahnhaften Verkennungen, Denkstörungen, Störungen der Meinhaftigkeit, sogenannten Ich-Störungen etc.). Diese Symptome öffnen uns eine Schublade und geben eine Behandlungsoption in die Hand (das Antipsychotikum, das Benzodiazepin), um der Erwartung, dass wir die Situation professionell lösen, gerecht zu werden. Es hat eben wenig Sinn, in der Situation in der Rettungsstelle nach dem biographischen Kontext, belastenden Traumata, Kränkungen, Verstrickungen und stigmatisierenden Erlebnissen des Betroffenen zu

suchen, da sie uns keine Handlungsoption eröffnen, selbst wenn sie Verhalten erklärbarer machen würden. (Weinmann 2019: 64–65)

Diese kurzen Beispiele aus psychiatrischen Kontexten zeigen, wie Haltungen der Anerkennung unsere Wahrnehmung implizit dahingehend prägen, welche Eigenschaften wir an anderen Personen wahrnehmen und anerkennen. In dieser sozialen Bedingtheit der Wahrnehmung Anderer liegt auch das kritische Potential der Analyse von Haltungen der Anerkennung. Die Philosophin Judith Butler beschreibt in ihren Arbeiten die „Raster“ der Anerkennung in unserer Wahrnehmung, aus der immer auch Personengruppen oder Eigenschaften an Personen systematisch herausfallen (Butler 2010; Honneth 2003c; Iwer 2020). Diese Personen erfahren in bestimmten sozialen Kontexten nicht die Anerkennung, die Honneth zufolge gerade die normative Grundlage moderner Gesellschaften bildet. Ihre Probleme und Anliegen sind sozial „unsichtbar“ (Honneth 2003c), ihr Leiden nicht „betrauerbar“ (Butler 2010) – sie fallen aus unseren Rastern der Anerkennung heraus und sind nicht gleichermaßen Teil der Gesellschaft:

Ungerechtigkeiten und Benachteiligungen [sind, L. I.-D.] überall dort zu vermuten, wo innerhalb einer der Sphären die legitimen, gesellschaftlich nämlich gerechtfertigten Ansprüche auf Anerkennung der entsprechenden Persönlichkeitsanteile verletzt oder eben missachtet werden. (Honneth 2021: 144)

Ein in der jüngeren philosophischen Debatte um Anerkennung vermehrt diskutierter Aspekt ist die systematische Aberkennung der Glaubwürdigkeit bestimmter Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe (Frauen, trans* Personen, People of Color oder Psychiatrie-Erfahrene), was als *epistemische Ungerechtigkeit* (Fricker 2023) bezeichnet wird (Giladi und McMillan 2023). Zudem existieren für diese benachteiligten Gruppen teilweise keine Begriffe, keine Sprache und kein Raum im öffentlichen Diskurs, weswegen zusätzlich von einer *hermeneutischen Ungerechtigkeit* ihnen gegenüber gesprochen wird. Es existieren in der allgemeinen Wahrnehmung kaum Worte oder öffentliche Diskurse, die jene Erfahrungen anerkennbar machen und sie somit in das soziale Leben integrieren. Aus anerkennungstheoretischer Sicht stellt diese Missachtung der kognitiven Fähigkeiten einer Person oder ihrer Erfahrungswelt eine Verletzung der Bedingungen für die „Realisierung eines intakten Selbstverhältnisses“ (Honneth 2021: 149) dar, die die Selbstbestimmung der davon Betroffenen unterminieren kann:

Allein aufgrund von äußerlichen Merkmalen für epistemisch weniger verlässlich im diskursiven Austausch über die Geltung von Gründen gehalten

zu werden, für arm an Wissen, aber reich an affektiver Voreingenommenheit, stellt erlebnismäßig eine Missachtung *sui generis* dar. (Honneth 2021: 171)

Gerade im Kontext der Forschung zu epistemischer Ungerechtigkeit in psychiatrischen Kontexten wird dem phänomenologischen Zugang zu jenen Erfahrungswelten aufgrund seiner offenen, nicht-wertenden Haltung eine große Bedeutung dafür beigemessen, jene kognitive Anerkennung der Betroffenen zu ermöglichen (Drożdżowicz 2021; Kidd et al. 2022).

Des Weiteren können sich die ausgrenzenden Aspekte unserer Haltungen der Anerkennung auch in institutionellen Strukturen niederschlagen, wie Axel Honneth (2021) argumentiert. Sie sind nicht nur eine individuell problematische Einstellung, sondern können sich in vielfältigen Aspekten sozialer Institutionen sedimentieren:

Sind Haltungen dieser Art weit verbreitet unter den Mitgliedern der machthabenden Schichten, so kann die Missachtung selbst bei insgesamt aufgeklärter Kultur und kritischer Öffentlichkeit einen institutionellen oder eben ‚strukturellen‘ Charakter annehmen; sie sickert in die Verhaltensweisen der Beschäftigten von Behörden, Unternehmen und Verwaltungseinrichtungen ein, formt hier die Gepflogenheiten, verändert die Regeln des sozialen Umgangs und schlägt sich am Ende selbst in der Architektur von Gebäuden und Räumen nieder, so dass sich ohne weiteres von einer ‚institutionalisierten‘ Missachtung sprechen lässt. (Honneth 2021: 155)

Somit ergibt sich hinsichtlich der Haltungen der Anerkennung ein *ambivalentes* Bild (Ikäheimo et al. 2021; Lepold 2021): Unbestritten bilden Haltungen der Anerkennung eine Grundlage des Zusammenlebens, da nur durch wechselseitige Anerkennung und die damit verbundene Einschränkung eigener Wünsche angesichts der Bedeutung unserer Mitbürger*innen eine demokratische, plurale Gesellschaft denkbar ist. Zugleich ist Anerkennungsordnungen inhärent, dass sie ausgrenzend wirken. Die sozialen Normen, die bestimmen, wer und welche Eigenschaften als anerkennungswürdig gelten, sind ständigen Debatten ausgesetzt, „weil sie [die Norm, L.I.-D.] von sich aus nicht vorschreibt, auf wen exakt sie Anwendung finden und wie sie im Einzelnen gedeutet werden soll“ (Honneth 2020b: 314). Soziale Normen sind zwar notwendig, um eine Gesellschaft zu organisieren – zugleich aber auch problematisch, da sie dem Wunsch des oder der Einzelnen nach Anerkennung widersprechen und problematische gesellschaftliche Strukturen aufrechterhalten können (Lepold 2021).

4.4.2 Anerkennung in zwischenmenschlichen Beziehungen

Ausgangspunkt von Benjamins Überlegungen ist die auf Hegel zurückgehende Frage, wie Anerkennung als Phänomen zwischen den Polen des Eigenen und des Fremden,

zwischen Selbstbestimmung und Akzeptanz des Anderen denkbar ist, ohne dass es zu einem ständigen Auseinanderbrechen in die sich ausschließenden Positionen von Dominanz und Unterwerfung, Kontrolle und Hilflosigkeit, Ankläger*in und Angeklagte, Antun und Erleiden usw. kommt (Benjamin 2017: 14–20): „Die eine Person wird anerkannt, die andere negiert; eine ist Subjekt, die andere Person bleibt Objekt.“ (Benjamin 1993: 53). Es ist eine Grundeinsicht psychoanalytischer Theorie, dass grundlegende Aspekte wie Frustration, Aggression, Wut oder Ohnmacht beim Verständnis zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Strukturen nicht außer Acht gelassen werden können und somit auch elementarer Bestandteil einer Theorie der Anerkennung sein müssen (Benjamin 2017: 217–219).

Benjamin hat eine detaillierte Phänomenologie wechselseitiger Beziehungen der Anerkennung und ihrer Bedeutung in psychotherapeutischen Kontexten vorgelegt (Benjamin 1993; Benjamin 2017; Benjamin 2019). Auch sie geht davon aus, dass Anerkennung die Grundlage menschlicher Beziehungen bildet:

As the basic block of connection and the primary form of linking between two persons, recognition is, consciously or unconsciously, going on all the time.
(Benjamin 2017: 4)

Auf der Basis entwicklungspsychologischer Forschung argumentiert sie, dass wechselseitige Anerkennung eine Erfahrung des Zusammenseins, des Dabeiseins (*being with*) darstellt, „ein Gefühl, das ‚zwischen uns beiden‘ empfunden wird“ (Benjamin 1990: 49). In diesen Momenten erfahren sich zwei Subjekte wechselseitig als gleiche und dennoch verschiedene Subjekte, die eine Wirkung aufeinander haben:

[Das] Hauptmerkmal ist die Anerkennung der Ähnlichkeit innerer Erfahrung bei gleichzeitiger Erfahrung von Differenz. Man könnte sagen, es beginnt mit: „Wir fühlen dieses Gefühl“, und schreitet dann fort zu: „Ich weiß, daß du, getrenntes Bewußtsein, mit mir dieses Gefühl teilst.“
Die Freude der intersubjektiven Einstimmung ist die Erfahrung: Dieser Andere kann meine Gefühle teilen. (Benjamin 1993: 52–53, 46)

Dieses Phänomen wird in der gegenwärtigen Phänomenologie als gemeinsame Intentionalität beschrieben. Der Begriff meint, dass verschiedene Personen ihre Aufmerksamkeit auf etwas beziehen (*joint attention*, Tomasello 2004) und darüber hinaus auch ihre Handlungen koordinieren (*joint action*, Gallagher 2020). Dies geht mit einer Identifizierung mit dem Gegenüber einher, die eine Verbindung zwischen zwei zuvor getrennten Subjekten schafft. Das Wir ist aus Sicht der phänomenologischen Perspektive eine eigenständige und vielfältige Erfahrungsweise, die auf der grundlegenden Unterscheidung zwischen Ich und Du, Eigenem und Fremden beruht und als *Wir-Intentionalität* beschrieben wird (Zahavi 2015b; D. Zahavi 2021).

Dem Wir, von dem in Benjamins psychodynamischen Verständnis von Anerkennung die Rede ist, wohnt daher eine intersubjektive Spannung inne. Die Wir-Erfahrungen der Anerkennung sind fragil, da in ihnen eine „paradoxe Spannung zwischen Selbstbehauptung und Anerkennung des Anderen“ existiere (Benjamin 1990: 34):

Hier muß die Fähigkeit zu wechselseitiger Anerkennung ausgeweitet werden, um die Spannung aufzufangen, die durch die Differenz erzeugt wird, das Wissen um konfligierende Wünsche. (Benjamin 1993: 52–53)

Dabei betont Benjamin immer wieder, dass sich schwierige Beziehungserfahrungen bei entsprechender Bereitschaft reparieren lassen, anerkannt und somit in das gemeinsame Wir integriert werden können (Benjamin 2019). Nur so sind Freiheit und Selbstbestimmung im sozialen Miteinander denkbar: Nicht aufgrund des Willens eines oder einer Einzelnen, der oder die sich über andere hinwegsetzt, weil er oder sie mehr Macht hat oder etwas besser weiß, sondern weil sich die Beteiligten in langen Auseinandersetzungen auf Formen des Zusammenlebens einigen.

In ihrer Phänomenologie von Anerkennungsbeziehungen unterscheidet Benjamin drei Aspekte von Anerkennung (Benjamin 2017), die im Folgenden kurz dargestellt werden: den rhythmischen-leiblichen, den sprachlichen Aspekt sowie das in Anerkennungsbeziehungen entstehende Vertrauen in die soziale Welt.²⁹ Damit entwickelt sie ein Modell der psychotherapeutischen, konkret der psychoanalytischen Situation aus einer intersubjektiven Perspektive, zugleich aber auch eine Phänomenologie der Anerkennung in einem ganz allgemeinen Sinne.

²⁹ Benjamin selbst bezeichnet diese drei Aspekte als Teile eines „Dritten“, das in Interaktionen wechselseitiger Interaktionen entstehen kann (Benjamin 2019: 24–39): „Als ‚das Dritte‘ wurde ursprünglich die Position oder Funktion bezeichnet, die Gegensätze toleriert und Dualismen überwindet. Die psychische Position des Dritten erlaubt uns, all die fundamentalen Gegensätze wie ‚die Anderen und wir‘, ‚Tatsubjekt -Tatobjekt‘ (doer and done-to), ‚gut – böse‘, ‚schwarz -weiß‘ zu transzendieren, indem wir anerkennen, dass jeder von uns, und sei es nur unbewusst, beide Seiten in sich trägt. Indem wir dies akzeptieren, erschließt sich uns ein psychisch-geistiger Raum, in dem wir über Schuldzuweisung und Polarisierung hinausgelangen und die Tiefe des Leidens, das durch unsere Feindseligkeit gegenüber dem Anderen und durch unsere Ablehnung, ja womöglich Gewalt, ihm gegenüber verursacht wird, mitfühlend sowohl analysieren als auch bezeugen können.“ Benjamins Konzept des Dritten stammt aus ihrer klinischen Erfahrung insbesondere mit traumatisierten Patient:innen. Diese inszenieren wiederholt in der therapeutischen Beziehung verinnerlichte, pathologische Objektbeziehungen (*Enactment*), die durch komplementäre Beziehungsstrukturen gekennzeichnet seien. Die therapeutische Arbeit liegt im Durcharbeiten jener *Enactments*, indem die darin liegenden traumatischen Erfahrungen wie auch die Inszenierung in der Gegenwart wahrgenommen und glaubhaft anerkannt werden. Hierdurch werde ein Vertrauen in soziale Beziehungen gestiftet, das Beziehungen jenseits komplementärer Strukturen von Antun und Erleiden oder Dominanz und Unterwerfung ermöglicht (Benjamin 2017). In der vorliegenden Arbeit werden Benjamins Terminologie und die damit verbundene Metapsychologie ausgeklammert. Stattdessen wird Benjamins Unterscheidung der verschiedenen Ebenen des Dritten als Aspekte intersubjektiver Anerkennungsbeziehungen phänomenologisch analysiert.

4.4.2.1 *Zwischenleibliche Anerkennung*

Die Anerkennung einer anderen Person, ihres Erlebens oder Verhaltens erfolgt Benjamin (2017: 26–33) zufolge maßgeblich anhand zwischenleiblicher Abstimmungsprozesse. Ausdrucksmedien jenes rhythmisch-leiblichen Aspekts von Anerkennung sind Bewegungen, Körperhaltungen, Mimik, Gestik, Prosodie, Lautstärke, Intensität, Pausen oder Blickkontakt sein. Zur Beschreibung des resonanten Abstimmens und Einstimmens auf das Gegenüber und eine Situation greift Benjamin auf das entwicklungspsychologische Konzept des *attunements* (Stern 1992) zurück: Säuglinge kommunizieren von Geburt an mit anderen Menschen in Form eines dynamischen Austauschs von Affekten und Spannungszuständen, später dann mittels Gesten, Geräuschen, Handlungen und Wörtern, die sich im Laufe der Kindheit schrittweise zu elaborierteren Formen der Intersubjektivität wie gemeinsamer Aufmerksamkeit, gemeinsamem Objektbezug oder gemeinsamem Handeln ausdifferenzieren (Vgl. Gallagher 2020; Tomasello 2004).

Darauf aufbauend beschreibt Benjamin, dass in Anerkennungsbeziehungen gemeinsam ein „groove“ (Benjamin 2017: 31) der Interaktion gefunden wird, d.h. eine Dynamik von Frage und Antwort entsteht, in der beide Beteiligten die Erfahrung machen, dass sie eine Wirkung auf ihr Gegenüber haben. Die hierfür gewählten Beispiele sind das gemeinsame Tanzen, Musizieren oder Spielen (Benjamin 2017: 30–31). Jedwede wechselseitige Anerkennung beginnt beim Rhythmus der Interaktion, der von beiden Partner*innen gleichermaßen geprägt wird.

4.4.2.2 *Sprachliche Anerkennung*

Den zweiten zentralen Aspekt der Phänomenologie von Anerkennungsbeziehungen bei Jessica Benjamin bildet die sprachliche Anerkennung: Die Bedeutung eines Gegenübers anzuerkennen bedeutet auch, dessen Sprechen und die darin enthaltenen Bedeutungsgehalte aufzunehmen und zu verstehen versuchen, damit durch das Finden einer gemeinsamen Sprache Verständigung möglich wird. Dabei hat Sprache aus Benjamins Sicht zwei Aspekte: einen kommunikativen, verbindenden und einen trennenden. Der kommunikative Aspekt von Sprache ist eine entwicklungspsychologische Errungenschaft: Kinder lernen ab dem Ende des ersten Lebensjahrs in der Interaktion mit ihrer Umwelt, sie als Welt mit in ihr vorzufindenden Objekten wahrzunehmen. Die Bedeutung von Wörtern wird erst durch die gemeinsame Interaktion mit der Umwelt erfahrbar und somit erzeugt, wie in der Theorie des *participatory sense-making* argumentiert wird (Cuffari et al. 2015; de Jaegher und Di Paolo 2007). In den sich wiederholenden Interaktionen mit den Bezugspersonen entwickelt sich der Spracherwerb, mit dem sich auch eine Einbettung in kulturelle und soziale Kontexte vollzieht (Cuffari et al. 2015; Gallagher 2020: 155–184).

Das jeweilige Sprechen in einer Situation beruht jedoch insbesondere auf der zwischenleiblichen Resonanz der Worte, wie Benjamin anhand ihrer klinischen Erfahrungen argumentiert:

Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen sind es seit Langem gewohnt, darauf zu achten, ob Worte leer und hohl klingen oder verkörperlicht und resonant, das heißt, ob sie etwas besagen, das in intellektuellem Sinn bereits „bekannt“ ist, oder ob sie mit der affektiven Wucht des Neuen, einer Wucht, die in den zahlreichen Kammern unserer Psyche und sogar im Körper widerhallt, gesprochen und erfasst werden. (Benjamin 2019: 15)

Das Zusammenfallen von Worten, Affekten und interaktionellen Rhythmen verhindert das Auseinanderfallen von Ausgesprochenem und Gemeintem, von subjektivem Sinn und allgemeinen Bedeutungen. Das Finden einer gemeinsamen Sprache, z.B. in Form gemeinsamer sprachlicher Bilder, Metaphern oder Narrative für die gemachten Erfahrungen sei eine zentrale Form wechselseitiger Anerkennung. Im gemeinsamen Sprechen stehen die bedeutsamen Erfahrungen beständig in Gefahr, in ‚leeres‘ Sprechen und Allgemeinplätze abzugleiten und müssen somit vor diesem Hintergrund erst erarbeitet werden. Worte haben keine Bedeutung ohne zwischenleibliche Resonanz und Abstimmung, die erst die affektive Bedeutung des Gesagten konstituieren (Benjamin 2017: 170).

4.4.2.3 Vertrautheit und Vertrauen in der Anerkennung

Die dritte Ebene wechselseitiger Anerkennung stellt für Benjamin eine Art moralisches Vertrauen dar, das eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und das Leben in einer sozialen Welt bildet (Benjamin 2017: 35–43; Benjamin 2019). Während die ersten beiden Aspekte wechselseitiger Anerkennung gewissermaßen äußere Merkmale der Interaktion waren, stellt dieser Aspekt der Anerkennung ein psychisches Korrelat jener Beziehungen dar.

Benjamin beschreibt nun aus einer klinischen Perspektive die Bedeutung von Vertrauen im Kontext wechselseitiger Anerkennung: Menschliche Beziehungen kommen nicht ohne Scheitern, Missverstehen und erneute Versuche des Verstehens aus. Um eine Beziehung aufrechtzuhalten, bedarf es des Vertrauens zwischen zwei Personen, dass beide auch nach Verletzungen, Wut und Scheitern (psychisch) überleben können:

Wenn es gelingt, diese gemeinsame Erfahrung von Affektzuständen herzustellen sowie die Verletzung von Erwartungen, umsorgt zu werden und Zuwendung zu erfahren, zu berichtigen und beglaubigend anzuerkennen, schafft dies eine Grundlage für Vertrauen. (Benjamin 2019: 24).

Frühe positive Bindungserfahrungen sind entwicklungspsychologisch gesehen eng assoziiert mit der Ausbildung zahlreicher psychischer Vermögen (Fonagy et al. 2004). Die Erfahrung, dass das eigene Erleben durch andere anerkannt wird, geht sowohl mit einem Vertrauen in die eigene Person einher, wie Honneth (2003b) betont, als auch mit einem Vertrauen in eine rechtmäßige soziale Welt (Benjamin 2019). Beispielsweise ermöglichen positive Bindungserfahrungen die Ausbildung eines *epistemischen Vertrauens* (engl. *epistemic trust*, Fonagy & Allison, 2014) im Kind, worunter eine „unbewusste Bereitschaft“ verstanden wird, „von einer anderen Person gesendete Signale und Informationen als vertrauenswürdig, generalisierbar und relevant für sich selbst einzustufen“ (Taubner, 2018, S. 113). Durch Erfahrungen von Anerkennung wird ein Vertrauen in eine soziale Welt gestiftet, demzufolge Menschen miteinander verbunden sind. Gleichzeitig haben sie auch ein Interesse an einem gerechten Zusammenleben, in dem Verletzungen als solche markiert und sanktioniert werden (Benjamin 2019: 24–39). Dieses Vertrauen in die Gerechtigkeit der Welt „wurzelt“ Benjamin zufolge „in den primären verkörperlichten Anerkennungs- und Bindungsbeziehungen“ (Benjamin 2019: 24). Nur auf der Basis eines solchen leiblich fundierten Vertrauens ist für Benjamin ein Umgang miteinander denkbar, in dem zugunsten Anderer auf eigene Ansprüche verzichtet wird, um eine gerechte Welt zu ermöglichen: „Alle können leben!“ (Benjamin 2019: 13).

Dies entspricht auch phänomenologischen Überlegungen zum Phänomen des Vertrauens: Aus dieser Sicht ist jede Erfahrung von einem Grundvertrauen begleitet, von einer Evidenz, dass das, was ich sehe, wirklich und real ist. Dies bezeichnet Husserl als *Urdoxa* (dt. Urglaube, Urvertrauen) oder „Glaubensgewissheit“ (Husserl 1950b: 259). Merleau-Ponty (2004) spricht diesbezüglich von einer *foi perceptive*, einem Wahrnehmungsglauben, der jedwede Erfahrung begleitet und als wirklich setzt. Jener Wahrnehmungsglaube ist durch unseren Leib vermittelt, der eine *Vertrautheit* mit unserer Umwelt, mit den alltäglichen Dingen unseres Lebens ermöglicht (Fuchs 2015b). Diese Vertrautheit mit der Welt entwickelt sich Fuchs zufolge in den frühen, zwischenleiblichen Interaktionen mit primären Bezugspersonen und dem gemeinsamen Erfahren und Kennenlernen der Welt. Das Vertrauen in andere Personen und die soziale Welt basiert gerade auf jenen zwischenleiblichen Bindungserfahrungen. Jedoch können Störungen in frühen Bindungsbeziehungen und wiederholte Erfahrungen sozialer Missachtung jenes Grundvertrauen in Andere wie auch die Vertrautheit mit der Welt, den Wahrnehmungsglauben erschüttern, z.B. im Falle der Posttraumatischen Belastungsstörung oder der Schizophrenie, was in Kapitel 5 ausführlicher dargestellt wird (Broschmann und Fuchs 2022; Fuchs 2015b).

4.5 Erich Wulffs intersubjektive Anerkennungstheorie der Schizophrenie

Die zentrale Vorarbeit zur Bedeutung intersubjektiver Anerkennung für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien stammt von dem deutschen Sozialpsychiater Erich Wulff (1995). In deren Zentrum steht das Begriffspaar von *Anerkennung* und *Aberkennung* steht.³⁰ Wulffs Anerkennungstheorie der Schizophrenie ist für die vorliegende Fragestellung von zentraler Bedeutung, da Wulff mit den Mittel der Phänomenologie wie auch kritischer Theorien die Erfahrung in der Schizophrenie analysiert. Dessen anerkennungstheoretisches Schizophrenie-Verständnis sowie die daraus abgeleiteten Psychosen-Psychotherapeutischen Konsequenzen werden im Folgenden dargestellt, wobei abschließend Wulffs Anerkennungstheorie der Schizophrenie vor dem Hintergrund der hier entwickelten Phänomenologie der Anerkennung kritisch gewürdigt wird.

Die Grundidee Wulffs lautet, dass die eigene Erfahrung in der Schizophrenie nicht mehr artikuliert werden kann, sondern sich jenseits gegenwärtiger Kategorien oder Denkstrukturen zeigt, indem die zur Verfügung stehenden Ausdrucksformen verfremdet werden (*Paradoxalisierung des schizophrenen Ausdrucks*). Diese These beruht auf Wulffs Argument, dass Intersubjektivität bereits auf der Ebene des basalen Selbsterlebens vorhanden ist: Menschen lernen im Verlauf der Sozialisation, ihr gegenwärtiges Erleben in sprachlichen Kategorien auszudrücken, d.h. ihren *subjektiv-situativen Sinn* in allgemeinen *Bedeutungen* zu artikulieren. Unter subjektiv-situativem Sinn versteht er dabei „dasjenige“, „was mich, so wie ich jetzt und hier gerade bin, dazu bringt, etwas zu wollen, etwas zu sagen, aus sich herauszugehen etwas zu tun.“ (Wulff 1995: 170). Jedes Gefühl, jede Phantasie, jeder Wunsch ist demnach immer schon intersubjektiv geprägt, da sie nur in einem sozialen Gesamtkontext begrifflich gefasst werden können, was van Duppens (2020) Konzeption einer intersubjektiv offenen Subjektivität ähnelt Dieser allgemeine Bedeutungshorizont ermöglicht erst das Zusammenleben in einer geteilten Lebenswelt:

Jeder von uns verfügt über ein Register solcher ererbter bzw. kognitiv angeeigneter, erlernter Bedeutungen. Das gilt sowohl für Gegenstands- als auch Beziehungsbedeutungen. [...] So verstandene Bedeutungen laden die Individuen dazu ein, sich mit ihnen zu befassen, mit ihrer Hilfe etwas Bestimmtes zu tun [...] Sie dienen dazu, eine gemeinschaftliche,

³⁰ Erich Adalbert Wulff (1927-2010) war ein in Estland geborener deutscher Sozialpsychiater und kritischer Intellektueller, der Deutschland arbeitete, sondern u.a. auch in Hué (Vietnam) und in Paris und dementsprechend neben phänomenologisch-anthropologischen und sozialpsychiatrischen Arbeiten auch ethnopsychiatrische Forschung publizierte (Schwarz und Brückner 2015).

gesamtgesellschaftlich vermittelte Lebensbewältigung einer Gruppe von Menschen zu ermöglichen [...] (Wulff 1995: 171)

An der Vermittlung zwischen subjektiv-situativem Sinn und allgemeinen Bedeutungen setzt Wulff nun sein Verständnis von Anerkennung an. Im Prozess der Anerkennung werde durch die „gegenseitige Empfänglichkeit und Aufeinanderbezogenheit von Sinn und Bedeutung [...] eine für alle Subjekte verbindliche mögliche Welt als potentiell sinnträchtig-verstehbare konstituiert“ (Wulff 1995: 173). Anerkennung meint in diesem Modell demnach weniger eine konkrete intersubjektive Anerkennung denn eine (transzendente) Leistung der *passiven Synthesis* menschlicher Subjekte, die quasi hinter dem Rücken des Bewusstseins das Leben in einer intersubjektiven Welt ermöglicht. Die eigene Perspektive auf die Welt wird als eine von vielen möglichen anerkannt, als eine „*Möglichkeit* dieses Für-mich- ebenso wie für andere Er-Selbst-sein-Könnens von begegnenden Gegenständen“ (Wulff 1995: 177–178). Während Wulff das Phänomen der Anerkennung als transzendente Bewusstseinsleistung im Sinne der Phänomenologie bestimmt, ist Anerkennung für Benjamin (2017) und Honneth (1996) ein intersubjektive Phänomen und im Bereich sozialer Strukturen und Normen verortet. In der Schizophrenie komme es jedoch zu einem Auseinanderfallen der *allgemeinen Bedeutungen* von Begriffen einerseits und deren *subjektivem Sinn* für den Einzelnen andererseits: Das eigene Erleben geht nicht mehr in der sozial geteilten Wirklichkeit auf. Die normalerweise vorausgesetzte, transzendente Intersubjektivität wird „*aberkannt*“, sodass „in der schizophrenen Verrücktheit Sinnrealisierung nur mit der Unkenntlichmachung der Bedeutungen, an die Sinn sich heften will, einhergehen und Bedeutungsvergegenwärtigung umgekehrt zwangsläufig nur Sinnannullierung hervorrufen kann“ (Wulff 1995: 174). Somit entsteht in der Psychose die leidvolle Erfahrung, dass der subjektive Sinn nicht geteilt werden kann:

Gegenstände und Beziehungen begegnen überhaupt nur noch [in, L. I.-D.] der janusköpfigen Gestalt einer Gleichzeitigkeit von leerer, attrappen-, kulissen- und marionettenhafter Scheinhaftigkeit und unvermittelbaren unnach-sichtig einwirkenden subjektdurchkreuzenden Anrufungen von überall und nirgends her. (Wulff 1995: 186)

Anstatt hieraus jedoch zu schließen, dass psychotische Erfahrung per se nicht verstehbar ist, wie beispielsweise Jaspers (1965) es tat, argumentiert Wulff, dass der individuelle Sinn jener zutiefst verstörenden Erfahrung in der Schizophrenie gerade in der *Paradoxalisierung* besteht. Das bedeutet, dass die sozial geteilten Bedeutungen der intersubjektiven Lebenswelt in der Schizophrenie vorübergehend außer Kraft gesetzt bzw. aberkannt sind:

Man könnte also versuchen, den „Ausdruck“ des Schizophrenen als Signal, als Kundgabe dessen zu beschreiben, daß in ihm die Gültigkeit und Verbindlichkeit der Beziehungen zwischen [...] Botschaft und Medium [...] nicht anerkannt wird. Diese Nichtanerkennung betrifft aber auch die anderen Grundvoraussetzungen von Intersubjektivität, wie die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt, zwischen Ursache und Wirkung, zwischen Handlung und Resultat, zwischen Identität und Differenz, zwischen Aktiv und Passiv, zwischen Innen und Außen, zwischen Dasein und Welt, zwischen Unbewusstem und Bewußtsein, zwischen Sinn und Bedeutung. Nicht anerkannt wird – oder kann nicht werden – daß eine verbindliche Beziehung zwischen ihnen überhaupt möglich ist. (Wulff 1995: 167–168)

Das vermeintlich „Unverständliche“ der Schizophrenie ist für Wulff gerade deren zentrale Botschaft, nämlich dass die eigene Erfahrung so verstörend ist, dass sie vorübergehend nicht in die gegenwärtigen kommunikativen Kategorien integrierbar ist. Daraus schlussfolgert Wulff jedoch, dass es durchaus möglich ist, den subjektiv-situativen Sinn von Betroffenen gemeinsam verständlich zu machen. Hierfür müssen sich jedoch die Person in ihrer Psychose wie auch die sie begleitende Person auf eine „gemeinsame[n] Entdeckungsreise“ machen (Wulff 1995: 191):

Eine solche Anstrengung verlangt vom „Gesunden“ allerdings eine erhebliche Kraft: denn er muß fortlaufend die „natürliche Einstellung“ auf immer wieder zustande kommenden „Bestimmungen“ und „Anschlussstellen“ annullieren. Die gleiche Kraft kostet es aber auch einen Schizophrenen, die Dimension von „Bestimmbarkeit“ und „Anschlußfähigkeit“ als Grundlage von konkreten Bestimmungen und Anschlüssen überhaupt erst herzustellen. (Wulff 1995: 162)

Im Hinblick auf den therapeutischen Umgang mit Schizophrenie plädiert Wulff deshalb für eine „Therapie der Wiederanerkennung“ von Intersubjektivität (Wulff 1995: 196):

Diese erste Anerkennung läßt sich nicht erzwingen. Zustände kommen kann sie überhaupt nur, wenn der Therapeut dem Patienten seine Bereitschaft zu einer „Verständigung über Grenzen“ signalisiert. Der Patient muß sehen können, daß das Terrain einer singularisierenden, totalitären narzißtischen Logik, in welchem er sich verfangen hat, auch von jemand anderem, und zwar aus freiem Willen, betreten werden kann [...] Der Therapeut muß, zumindest einen Schritt weit, mit hinüber über die Grenze. Erst wenn er Selbst mit einem Bein auf der anderen Seite steht, kann die Therapie beginnen. (Wulff 1995: 191–192)

Wulff argumentiert, dass in Hilfsangeboten bei Schizophrenie immer nach dem subjektiven Sinn der Psychoseerfahrung gesucht werden muss, um so eine

gemeinsame Intersubjektivität wiederherzustellen. Dabei beginnt für Wulff der Wiedergewinn von Intersubjektivität in Psychoseerfahrungen mit Prozessen der wechselseitigen Abstimmung und Resonanz sowie im gemeinsamen Objektbezug. Das therapeutische Potential des alltäglichen Objektbezugs schildert Wulff (1995: 85–91) anschaulich anhand eines gemeinsamen Teetrinkens mit einer Patientin: In dieser Situation erforschen beide gemeinsam, welche Bedeutungsmöglichkeiten der bereitstehende warme Tee und die zwei Tassen noch haben könnten, schließlich könne es sich hier ja lediglich um ein Dekoelement handeln oder Wulff sei der „Vorführer“ einer neuer Teesorte, für die er hier bei der Patientin werbe (Wulff 1995: 181–182). Durch das gemeinsame Erforschen der Situation schäle sich dann eine für die Patientin passende Wahrnehmung der Situation heraus. Beispielhaft zeigt Wulff hier, dass sich das Vertrauen in die soziale Welt und deren intersubjektiver Bedeutungen im gemeinsamen Handeln behutsam wiederherstellen lässt (Vgl. de Jaegher und Di Paolo 2007).

Abschließend sei an dieser Stelle eine kurze Debatte zwischen dem Sozialpsychiater Erich Wulff und Axel Honneth über Wulffs Anerkennungstheorie erwähnt (Honneth 1996; Wulff 1996a; Wulff 1996b). In dieser schlägt Honneth vor, dass es vor jedem Auseinanderfallen von subjektivem Sinn und allgemeinen Bedeutungen möglicherweise gerade fehlgeschlagene Anerkennungsbeziehungen sind, die schizophrene Erfahrungen begünstigen:

Subjektiver Sinn ist nicht eine monologisch konstituierte Weltdeutung, sondern baut sich durch gelingende oder mißlingende, also anerkennende und anerkennungsverweigernde Kommunikationsbeziehungen auf. [...] [E]ine Gesellschaft sollte in der Lage sein, auch verschobene, schiefe Sinnhorizonte nachträglich in ihren Bedeutungshorizont zu integrieren. (Honneth 1996, 73)

Mit seinem Kommentar zu Wulffs Anerkennungstheorie argumentiert Honneth in Richtung der in dieser Arbeit zentralen Rolle missachtender oder gewaltsamer sozialer Beziehungen für die Entstehung von Schizophrenien. Honneth verweist auf eine Unschärfe in Wulffs Schizophrenietheorie, die mit dessen Verständnis von Anerkennung zusammenhängt. Wulff unterscheidet nicht zwischen der personalen Bedeutungsdimension, die in der vorliegenden Arbeit fokussiert wird, und der epistemischen Dimension von Anerkennung. Während er in seinen therapeutischen Überlegungen Anerkennung intersubjektiv versteht, sind seine schizophrenietheoretischen Überlegungen epistemischer Natur, wenn er erklärt, dass im schizophrenen Ausdruck „die Gültigkeit und Verbindlichkeit der Beziehungen zwischen [...] Botschaft und Medium [...] nicht anerkannt wird“ (Wulff 1995: 167). In der Schizophrenie werden allgemein geteilte soziale Bedeutungen aberkannt und

verfremdet, um die verstörende Erfahrung der Psychose überhaupt kommunizieren zu können. Die Aberkennung allgemeiner Bedeutungen ist im Sinne der zuvor beschriebenen Unterscheidung jedoch im Feld epistemischer Anerkennung zu verorten und fällt somit in einen anderen Phänomenbereich, der in dieser Arbeit nicht behandelt wird.

Dahingegen lassen sich aus Wulffs anerkennungstheoretischer Phänomenologie der Schizophrenie wichtige Rückschlüsse für den therapeutischen Umgang mit Schizophrenen ziehen. Es bedarf einer besonderen Haltung der Offenheit gegenüber dem vermeintlich Unverständlichen im schizophrenen Ausdruck, damit eine Beziehung der „Wiederanerkennung“ möglich wird, in der schrittweise die Vertrautheit mit der Umwelt und das Vertrauen in die soziale Welt hergestellt wird (vgl. hierzu Fuchs 2015b), wie Wulff an der Szene des Teetrinkens mit seinem Patienten erläutert. In seiner Diskussion von Wulffs Anerkennungstheorie macht Honneth (1996) indirekt auf das Changieren zwischen den beiden Bedeutungen von Anerkennung aufmerksam und betont die Bedeutung impliziter Anerkennungserwartungen, die im Sozialisationsprozess erworben werden:

Sollten wir nicht besser von einem anderen Modell des Subjekts ausgehen, in dem schon der Aufbau der konstituierenden Leistungen in Abhängigkeit gesehen wird von der Kommunikation mit der sozialen Umwelt [...] Ich denke also, daß die Folgen verweigerter Anerkennung bereits an einer genetisch früheren Stelle betrachtet werden müssen: nämlich beim Prozeß der nur kommunikativ zu leistenden Konstitution individueller Deutungsmuster und subjektiver Sinnerwartungen. (Honneth 1996: 72, 73)

Das kontinuierliche Verweigern von Anerkennung kann Betroffene so stark verletzen, dass daraus schizophrenes Erleben erwachsen kann, in dem die Realität verzerrt wahrgenommen oder gar verleugnet und verworfen wird. Der Ausgangspunkt einer phänomenologischen Analyse der Bedeutung intersubjektiver Anerkennung für die Entstehung und Therapie von Schizophrenen sollte deshalb bei jenen sozialen Erfahrungen ansetzen, die korrelativ im Zusammenhang mit der Entstehung von Schizophrenen stehen und nicht erst bei den Veränderungen der Intersubjektivität im schizophrenen Erleben selbst.

4.6 Zwischenfazit

Die hier dargestellte Phänomenologie der Anerkennung nahm ihren Ausgang in der semantischen Unterscheidung zwischen einer epistemischen und einer personalen Form der Anerkennung, von denen die letztere im Vordergrund dieses Kapitels stand. Ein kurzer Blick in die Philosophiegeschichte legte mit Kants Konzept der Achtung und Hegels verschiedenen Ausarbeitungen des Anerkennungsbegriffs die zentralen

Bezugspunkte heutiger Anerkennungstheorien dar. Diese wurden Ende des 20. Jahrhunderts in Anknüpfung an eine Vielzahl sozialer Kämpfe um Anerkennung ausgearbeitet.

Für die vorliegende Fragestellung zur Bedeutung intersubjektiver Anerkennung für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien wurden insbesondere die Anerkennungstheorien Jessica Benjamins und Axel Honneths in den Blick genommen, die beide in der Tradition der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule stehen. Gemeinsam ist beiden Ansätzen, dass Anerkennung von zentraler Bedeutung für die psychische Gesundheit ist und die soziale Grundlage demokratischer Gesellschaften bildet. Individuelle Erfahrungen wie auch institutionalisierte Strukturen der Missachtung gefährden sowohl die psychische Gesundheit der Betroffenen, verletzen aber auch die Integrität demokratischer Strukturen.

Zentrale Aspekte einer Phänomenologie der Anerkennung sind einerseits Anerkennung als Haltung, die im Sozialisationsprozess erworben wurde und Anerkennung als intersubjektive Beziehungsstruktur, die sich in der impliziten zwischenleiblichen und sprachlichen Abstimmung auf- und miteinander manifestiert. Gelingt diese Abstimmung, wird das jeweils eigene Erleben anerkannt, ist ein Vertrauen in die eigene Person und eine gerechte soziale Welt möglich. Das soziale Leben beruht somit sowohl auf erworbenen Haltungen der Anerkennung und deren alltäglichen Manifestationen in Interaktionen in der Lebenswelt, zugleich aber auch auf einem Vertrauen in die soziale Mitwelt, dass jene die erlernten Ansprüche auf Anerkennung einlösen.

Auf der Basis ihrer klinischen Erfahrungen macht Benjamin das Argument stark, dass Anerkennung immer wieder fehlschlägt, sodass sich ein Vertrauen aufbauen muss, das in der Lage ist, eben solche Brüche im Selbstverhältnis (als Selbstvertrauen) und zur sozialen Welt zu überstehen – und das erlaubt zu verstehen, dass Verletzungen wiedergutmacht werden können (*rupture and repair*, Tronick 1989). Nur so ist das andauernde Pendeln zwischen den Polen von Gemeinsamkeit und Getrenntheit, zwischen Selbstbestimmung und Akzeptanz des Anderen in Beziehungen denkbar. Die Brüchigkeit des hier beschriebenen Selbstverhältnisses verweist darüber hinaus auf die Relevanz der kontinuierlichen Erfahrung von Anerkennung im Alltag, der in demokratischen Gesellschaften durch den Erwerb von Haltungen der Anerkennung im Sozialisationsprozess gewährleistet sein soll (Honneth 2011). Während Erfahrungen der Anerkennung ein therapeutisches Potential zugesprochen wird (Benjamin 2017), kann das kontinuierliche Ausbleiben von Anerkennung im sozialen Leben, das sich bis zu Formen der sozialen Ausgrenzung und Gewalt steigern kann, potentiell die Integrität der Betroffenen beeinträchtigen und psychopathologische Phänomene hervorrufen (s. Kap. 5).

5 *Social Defeat*: Missachtung und schizophrene Erfahrung

Social Defeat is not so much an idea that someone holds but a human encounter – an important distinction, because to alter individuals ideas you can use psychotherapy, but to alter their encounters, you must change their social world. (Luhmann 2007: 153)

In diesem Kapitel wird eine sozialpsychiatrische Perspektive auf die Entstehung von Schizophrenien entwickelt. Einer solchen Perspektive geht es um die Identifizierung und Beschreibung der psychosozialen Faktoren, die das Auftreten von Schizophrenien bei bestimmten sozialen Gruppen wahrscheinlicher machen. Aktuelle Befunde zu den gegenwärtig identifizierten Risikofaktoren werden zuerst dargestellt. Diese Befunde werden im Lichte des epidemiologischen Paradigmas des *Social Defeat* (Luhmann 2007; Selten et al. 2013) zusammengefasst, das kontinuierliche Erfahrungen von sozialer Ausgrenzung und Ablehnung eine zentrale Rolle bei der Entstehung Entwicklung einer Schizophrenie zuspricht.

Im Lichte einer phänomenologischen Beschreibung jener Marginalisierungserfahrungen zeigt sich, dass es sich hier um soziale Situationen ausbleibender Anerkennung bis hin zur Missachtung handelt. Dieses Argument wird anhand phänomenologischer Beschreibungen von Erfahrungen der Psychiatrisierung psychotischer Erfahrungen, des Rassismus sowie der Wohnungslosigkeit ausgeführt. Es wird sich zeigen, dass konstante Erfahrungen des *Social Defeat* die psychische Integrität von Personen gefährden und so zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit schizophrener Erlebnisse führen können. Allerdings deckt das Modell des *Social Defeat* auch problematische soziale Strukturen auf, in denen das demokratische Ideal der gleichen Anerkennung aller Mitglieder einer Gesellschaft verletzt wird.

5.1 Sozialpsychiatrische Befunde zu sozialen Risikofaktoren für die Entstehung von Schizophrenien

Im Folgenden werden nun epidemiologische Befunde dargestellt, die die These stützen, dass kontinuierliche Erfahrungen des *Social Defeat* das Risiko der Entstehung von Schizophrenien in marginalisierten sozialen Gruppen erhöhen. Hierbei handelt es sich um quantitative Daten an größeren Stichproben, in denen die Wahrscheinlichkeiten zwischen verschiedenen sozialen Gruppen verglichen werden, an einer Schizophrenie zu leiden.

5.1.1 Trauma

Es existiert ein robuster Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Schizophrenie und frühen traumatischen Erfahrungen. Mehrere Metaanalysen kommen zu dem

Schluss, dass beim Erleiden von Traumata (sexueller, emotionaler und körperlicher Missbrauch, Vernachlässigung, Mobbing, Tod eines Elternteils) in der Vergangenheit eine 2- bis 4-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Schizophrenie besteht (Kraan et al. 2015; Pastore et al. 2022; Varchmin et al. 2021; Varese et al. 2012). Diese Studien legen nahe, dass es sich hierbei um einen kumulativen Effekt handelt, also dass das Risiko für eine Psychose mit der Häufigkeit eines Traumas als auch mehrerer verschiedener Traumata steigt.

Eine deutsche Studie zeigte mittels strukturierter Interviews bei Betroffenen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, dass 66% von ihnen traumatische Erfahrungen in der Biographie beschreiben (Schäfer et al. 2015). Eine ähnliche internationale Studie fand traumatische Vorerfahrungen bei 86% der Betroffenen (Hardy et al. 2016). Die Befunde deuten demnach darauf hin, dass Traumata bei Schizophrenien, wie bei fast allen schweren psychischen Störungen, eine zentrale ätiologische Rolle spielen (Kessler et al. 2010; McLaughlin et al. 2020). Eine Kausalität konnte jedoch nicht nachgewiesen werden: Es existiert eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die die Entstehung einer Psychose im Jugend- und Erwachsenenalter mitbestimmen oder verhindern können. Es handelt sich um keine lineare Entwicklung vom Trauma zur Schizophrenie, da biologische, psychologische und soziologische Befunde vorliegen, die verschiedene Moderatoren bestimmen und zusätzlich begründen können, welche weiteren Aspekte zur Entstehung psychotischen Erlebens hinzukommen müssen (Hardy et al. 2021; Read et al. 2014; Sideli et al. 2020).

5.1.2 Armut

Es ist ein allgemeiner Befund in der Epidemiologie, dass ein geringer sozialer Status die Wahrscheinlichkeit von körperlichen und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen steigert (das sog. *status syndrome*) und eng mit einem verringerten Autonomieerleben der Betroffenen zusammenhängt (Marmot 2005). Dieser Befund trifft auch auf das psychiatrische Störungsbild der Schizophrenie zu, wie anhand diverser epidemiologischer Befunde gezeigt werden kann. So treten in Ländern mit großer sozialer Ungleichheit Schizophrenien gehäuft auf (Burns et al. 2014). Studien legen nahe, dass gerade Personen mit geringem Einkommen im Vergleich mit wohlhabenden Haushalten eine 1,7- bis 4-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit (*odds ratio*, OR) haben, eine Schizophrenie zu entwickeln (Sareen et al. 2011). Auch Arbeitslosigkeit und der damit verbundene Verlust sozialer Kontakte gehen mit einem erhöhten Risiko einher (OR=7.52) (Reininghaus et al. 2008), wobei dieser Effekt bei *People of Color* (PoCs) noch einmal deutlich erhöht zu sein scheint (Boydell et al. 2013). Auch ein geringes Einkommen der Eltern während der Kindheit scheint mit dem Auftreten von Schizophrenien assoziiert zu sein (*Hazard Ratio*, HR=4.12) (Hakulinen et al. 2020).

Diese Befunde gelten im Falle extremer Armut wie in der Wohnungslosigkeit noch verstärkt (Schreiter et al. 2020), bei der einer aktuellen internationalen Metanalyse zufolge ca. 12,4% der Betroffenen an einer Schizophrenie leiden (Gutwinski et al. 2021), was im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ungleich häufiger ist (ca. 0,7-1%). Allerdings scheinen die Schizophrenien in den meisten Fällen bereits vor dem Beginn der Wohnungslosigkeit begonnen zu haben, weswegen sie im Sinne der Social-Drift-Hypothese (Perry 1996) einen Risikofaktor für Armut und Wohnungslosigkeit darstellen (Knörle et al. 2022; North et al. 1998).

5.1.3 Migration und Rassismus

Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe mit Migrationshintergrund erhöht die Wahrscheinlichkeit deutlich, eine Schizophrenie zu entwickeln. Aktuelle Metaanalysen deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit ca. um das 3-fache erhöht ist (gepoolte Inzidenz-Ratio = 3,09, Castillejos et al. 2018; RR = 2,94, Selten et al. 2020). Eine erhöhte Schizophrenie-Inzidenz in den jeweiligen Heimatländern scheint kein Erklärungsfaktor für diesen Befund zu sein (Selten et al. 2002). Es ist daher zu vermuten, dass es die Wirkung der Migration und der Alltag in einer neuen Lebenswelt sein müssen, die jenen an vielen Orten festgestellten Befund erklärt. Dabei zeigt sich, dass insbesondere *PoCs* in westlichen Kontexten ein erhöhtes Psychoserisiko im Vergleich mit Migrant*innen mit weißer Hautfarbe haben, wobei hier anzumerken ist, dass die meisten Studien zu diesem Forschungsfeld aus West- und Nordeuropa ebenso wie den USA, Kanada und Israel stammen (Henssler et al. 2020). Dabei nimmt das Schizophrenie-Risiko ab, wenn ethnische Minderheiten einen größeren Anteil an der Gesamtbevölkerung ausmachen (*ethnic density effect*), da somit mehr soziale Netzwerke und eine stärkere soziale Repräsentation möglich sind (Baker et al. 2021; El Bouhaddani et al. 2019). Heute wird von vielen Autor*innen angenommen, dass Erfahrungen der sozialen Ausgrenzung im Zentrum jenes erhöhten Risikos von Personen mit Migrationshintergrund liegen (Henssler et al. 2020; Selten et al. 2020).

5.1.4 Cannabis-Konsum

Aktuelle Metaanalysen deuten darauf hin, dass ein linearer Zusammenhang zwischen Cannabis-Konsum und Psychosen existiert: je häufiger der Konsum, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu nicht konsumierenden Kontrollpersonen (Marconi et al. 2016). Dies bedeutet keine Kausalität, sondern stellt eine Korrelation dar, wenngleich diese empirisch sehr robust ausgeprägt ist. Bei starkem Cannabiskonsum erhöht sich das Risiko, eine Schizophrenie zu entwickeln um den Faktor 3,9 (OR). Insbesondere hochpotentes Cannabis wie auch synthetische Cannabinoide sind mit einem erhöhten Psychose-Risiko assoziiert (Murray et al. 2016b). Nichtsdestotrotz wird angesichts der

diversen kurz- und langfristigen Nebenwirkungen traditioneller antipsychotischer Psychopharmaka der Einsatz von Cannabinoiden als mögliche therapeutische Option gerade bei jungen Betroffenen untersucht (Davies und Bhattacharyya 2019).

5.1.5 Urbanität

Ein wiederholt diskutierter Risikofaktor sind Großstädte und Ballungsräume, d.h. Orte mit einer hohen Bevölkerungsdichte. Fast die Hälfte der Menschheit wohnt heute in urbanen Regionen (UN-Habitat 2016). Metaanalysen zeigen, dass die Häufigkeit von Schizophrenien in urbanen Räumen bis zu 2-fach höher ist als in ländlichen Gebieten (IRR = 1,64, Castillejos et al. 2018; OR=2,37, Vassos et al. 2012). Selbst beim Herausrechnen von anderen Faktoren wie Drogenkonsum oder Migrationshintergrund bleibt der Befund stabil (Saxena und Dodell-Feder 2022; van Os et al. 2010).

Als Mechanismen hinter diesen Befunden werden zwei Hypothesen diskutiert (Adli und Schöndorf 2020; Fett et al. 2019): Der *Kausalitätshypothese* zufolge haben Effekte des Stadtlebens (z.B. der andauernde soziale Stress, soziale Isolation oder das Gefühl des Kontrollverlusts) einen direkten Einfluss auf die Entstehung psychischer Störungen. Der *Selektionshypothese* zufolge zieht es bestimmte soziale Gruppen in die Stadt, die eine höhere Vulnerabilität für psychische Störungen haben. Die gegenwärtige empirische Befundlage spricht dabei eher für die *Kausalitätshypothese*. Auch Menschen, die in Großstädten aufgewachsen sind, haben ein höheres Risiko, eine Schizophrenie zu entwickeln (Pedersen und Mortensen 2001): wenn eine Person 15 Jahre in einer Großstadt gelebt hat, hat sie ein 2,75-fach erhöhtes Risiko (RR) eine Schizophrenie zu entwickeln. Hierbei ist besonders interessant, dass der Umzug aus der Stadt aufs Land im Laufe der Kindheit das Psychose-Risiko senken kann (Haddad und Meyer-Lindenberg 2012; Pedersen und Mortensen 2001).

In diesem Kontext sei auf den interkulturellen, epidemiologischen Befund verwiesen, dass Betroffene mit schizophrenen Psychosen in Entwicklungsländern eine bessere Prognose mit der Diagnose Schizophrenie aufweisen als in westlichen Industrienationen (Hopper et al. 2007; Jablensky et al. 1992; Jablensky und Sartorius 2008). Als mögliche Mechanismen hinter diesem Befund werden von Ethnolog*innen die unterschiedliche kulturelle Interpretation psychotischer Symptome, das soziale Netzwerk der Betroffenen, die Teilhabe am Arbeitsleben und die konkreten Lebensbedingungen diskutiert (Good 1997; Luhrmann und Marrow 2016: 204–216). Auch der dominante Einsatz von Psychopharmaka mit ihren zahlreichen Nebenwirkungen könnte hier eine Rolle spielen (Bock und Heinz 2016: 135–136; Weinmann 2019: 205–210).

5.1.6 Trans*personen

Eine besondere Vulnerabilität findet sich aktuellen epidemiologischen Studien zufolge bei Trans*personen (Nolan et al. 2023). Es existieren bis heute jedoch nur wenige robuste epidemiologische Untersuchungen zu dieser heterogenen sozialen Gruppe, wie in verschiedenen Reviews hierzu betont wird (Barr et al. 2021; Nolan et al. 2023). Allerdings deuten gegenwärtige Studien darauf hin, dass diese Personengruppe im Vergleich zu Cis*personen ein höheres Risiko hat, eine Schizophrenie zu entwickeln (OR=2.46, Hanna et al. 2019). In einem aktuellen Review hierzu werden insbesondere die mit der Transidentität verbundene soziale Stigmatisierung und Diskriminierung als Gründe für diese erhöhte Prävalenz benannt (Nolan et al. 2023: 544), was wiederum eine Nähe zum *Social Defeat*-Modell nahelegt

5.1.7 Stigmatisierung

In der Sozialpsychiatrie werden die Auswirkungen von sozialer Benachteiligung aufgrund einer psychiatrischen Diagnose in der Stigmaforschung untersucht (Vgl. zur Übersicht bei Schomerus 2022). Ein grundlegender Befund der jüngeren Stigmaforschung bei Schizophrenien lautet, dass die Stigmatisierung von Schizophrenie-Betroffenen in den vergangenen 30 Jahren zugenommen hat, während sie beispielsweise bei depressiven Störungen abgenommen hat (Schomerus et al. 2023). In der Allgemeinbevölkerung werden Betroffene mit der Diagnose Schizophrenie als eher fremd, anders, gar als eher gewalttätig erlebt (Angermeyer et al. 2013). Auch in deutschen Medien, Filmen oder Romanen werden die Begriffe schizophren oder Schizophrenie negativ assoziiert, z.B. als unsinnige, widersprüchliche und falsche Überzeugung oder sie werden mit Gewalttaten verknüpft (Schlier und Lincoln 2014). Stigmatisierung hat im Sinne *Social Defeat*-These natürlich auch Auswirkung auf Betroffene selbst. Der Sozialpsychiater Asmus Finzen (Finzen 2020: 28) bezeichnete das Stigma gar als „zweite Krankheit“. Meta-Analysen zeigen, dass eine Korrelation hinsichtlich der Selbst-Stigmatisierung von Betroffenen und der Stärke psychotischer Symptome ($r=0,29$, $p<.001$) und dem sozialen Funktionsniveau ($r=-0,39$, $p<.001$) existiert (Sarraf et al. 2022). Dieser Befund wird durch anthropologische Evidenzen unterstützt, die auf die negativen Auswirkungen eines psychiatrisches Krankheitsverständnisses auf das psychotische Erleben selbst hinweisen (Luhmann et al. 2015b).

5.2 Social Defeat und Missachtung

Vor dem Hintergrund dieser epidemiologischen Befunde stellten die niederländischen Epidemiolog*innen Jean-Paul Selten und Elizabeth Cantor-Graae 2005 das Ätiologiemodell des *Social Defeat* für Schizophrenien vor (Selten und Cantor-Graae

2005). Die Grundannahme des Modells lautet, dass die wiederholte und langfristige Erfahrung von *Social Defeat* das Risiko erhöht, eine Schizophrenie zu entwickeln. Die Autor*innen vermuten, dass mit Erfahrungen des *Social Defeat* eine Übersensibilisierung des mesolimbischen, dopaminergen Systems im Gehirn wie auch eine erhöhte Grundaktivität dieser Strukturen einhergeht.

Ursprünglich stammt das Paradigma des *Social Defeat* aus der Tierforschung, konkret aus dem *Resident-Intruder-Rat* Paradigma (Fletcher und Birk 2020: 1275; Luhrmann 2007: 143): In diesem Forschungssetting wird eine Ratte im Käfig einer anderen ausgesetzt, die in der Regel den Eindringling angreift und dazu zwingt, sich ihr zu unterwerfen. Dieser Vorgang geht bei der sich unterwerfenden Ratte typischerweise mit einer erhöhten Aktivität des mesolimbischen-dopaminergen Systems einher, das auch im Kontext von Schizophrenien von zentraler Bedeutung zu sein scheint. Das Paradigma des *Social Defeat* wird auch in der Sozialpsychologie als Erklärungsmodell für andere psychische Störungen verwendet (Björkqvist 2001).

Die epidemiologischen Grundlagen des *Social Defeat* Modells zur Schizophrenie bilden einige der oben genannten Studien zur hohen Relevanz sozialer Risikofaktoren wie das Aufwachsen in einer Großstadt, Migration, der Konsum illegaler Drogen sowie ein geringer IQ. Die Autor*innen versuchen, einen gemeinsamen Mechanismus hinter diesen Befunden zu finden, und stoßen hierbei auf die langandauernde Erfahrung des *Social Defeat* als Außenseiter*in oder untergeordnete Person (Selten und Cantor-Graae 2005: 101). Den damit zusammenhängenden biologischen Mechanismus leiten die Autor*innen aus einer erhöhten Aktivität des dopaminergen Systems bei nicht-behandelten schizophrenen Personen, der dopaminergen Wirkweise von Antipsychotika als auch Befunden aus dem o.g. Tiermodell ab.

In der Folge haben die Autor*innen in verschiedenen Forschungsarbeiten Aktualisierungen der Befundlage zum Modell des *Social Defeat* und dessen Operationalisierung gegeben. So argumentiert die Arbeitsgruppe um Selten et al. (2013: 1180), dass es nicht eine Außenseiter*innenrolle per se ist, die zu negativen Erfahrungen führt, sondern die als negativ erlebte Zuschreibung als Außenseiter*in. Die Forscher*innen betonen jedoch, dass sie auf der Basis der zugrundeliegenden epidemiologischen Daten aus methodischen Gründen lediglich Aussagen über soziale Gruppen und nicht über Individuen treffen und somit kaum Rückschlüsse über die psychologischen und epigenetischen Mechanismen des *Social Defeat* bei Schizophrenien möglich sind (Selten und Ormel 2023).

Auch andere Forscher*innen weisen auf das Fehlen eines konkreten Verständnisses der intrapsychischen Mechanismen hinter den hier vorgestellten sozialpsychiatrischen Befunden hin. So erklären beispielsweise Varchmin et al. (2021) in ihrer Metaanalyse zur

Relevanz sozialer Ausgrenzung und Traumatisierung als Risikofaktoren für die Entstehung von Schizophrenien:

Altogether, to improve treatment options for individuals with psychosis and traumatization, future research could focus on individual experiences and assess outcome measurements including social functioning, well-being, mentalization, and self-efficacy. (Varchmin et al. 2021: 11)

An dieser Leerstelle der individuellen Erfahrung des *Social Defeat* setzt die ethnologische Forschung der US-amerikanischen Anthropologin Tanya Luhrmann an (Luhrmann 2007; Luhrmann und Marrow 2016). Sie definiert *Social Defeat* als

actual social encounter in which one person physically or symbolically loses to another one. The encounter, then, must be contested (or the individual must experience it, at least, as contested), and the individual must experience loss [...] You would expect individuals to experience Social Defeat when they have an encounter with another person who demeans them, humiliates them, subordinates them. (Luhrmann 2007: 152)

This theory proposes that the experience of defeat in a social context is felt, in the body that is vulnerable to psychosis, so profoundly that it can make the body ill with serious psychotic disorder [...] And Social Defeat is not symbolic but actual, felt in the body, experienced in our very cells and tissues. (Luhrmann und Marrow 2016: 198)

Aus ihrer anthropologischen Perspektive betont Luhrmann die konkrete und wiederholte Erfahrung sozialer Niederlagen, des wiederholten Scheiterns in der sozialen Welt, das einen deutlichen Risikofaktor für Schizophrenien darzustellen scheint. Es geht ihr nicht um die einmalige Erfahrung von Gewalt oder Ausgrenzung, sondern um das Resultat einer Vielzahl von Missachtungserfahrungen im Erleben der Betroffenen. Die andauernde Erfahrung von *Social Defeat* in urbanen Kontexten, Rassismus oder der Wohnungslosigkeit verändere das Selbstverhältnis der Betroffenen in ihrer leiblichen Existenz: sie erleben sich, Andere und die Welt anders als zuvor. Dies gilt Luhrmann zufolge ebenso für spezifische Erfahrungen der sozialen Niederlagen, die Personen in der Folge ihrer Schizophrenie-Diagnose machen (Luhrmann und Marrow 2016):

If Social Defeat plays a role in either the origin or the course and outcome of schizophrenia, conditions in Uptown [einem Stadtteil in Chicago, IL mit einer hohen Rate an Menschen in Wohnungslosigkeit sowie mit psychischen Störungen; L. I.-D.] probably increase the numbers of those who fall ill, enhance the severity of their illness, and exacerbate its course and outcome. And so to look into the eyes of a homeless psychotic woman in Uptown is to see not a broken brain, but a social history. (Luhrmann 2007: 163)

Vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit diskutierten Forschungsfrage, welche Rolle intersubjektive Anerkennung bei der Entstehung und Therapie von Schizophrenien spielt, ist zu diskutieren, ob das Modell des *Social Defeat* eine spezifische Form der Missachtung darstellt, in der Erwartungen von Anerkennung verletzt und hierdurch die persönliche Integrität der Betroffenen angegriffen wird. Selten et al. (2013) betonen in ihrer Definition des *Social Defeat* die negative Erfahrung des Ausschlusses aus der Mehrheit, während Luhmann (2007) auf die zahlreichen Alltagssituationen hinweist, in denen Personen die Erfahrung des Scheiterns, der Unterwerfung unter den Willen oder die Kategorien Anderer machen. Diese Erfahrungen werden in der Anerkennungstheorie Honneths (2003b: 212–226) als Formen der Missachtung verstanden.

Missachtung bildet bei Honneth den Gegenbegriff zur Anerkennung. Die Bedeutung von Missachtung für die psychische Integrität von Menschen beruht auf deren grundlegender Sozialität und der zentralen Bedeutung von Anerkennung durch Andere. Die besondere „Versehrbarkeit menschlicher Wesen“ (Honneth 2003b: 212) rührt daher, dass psychische Entwicklung und Selbstbestimmung in einer Gesellschaft nicht ohne kontinuierliche Erfahrungen von Anerkennung des jeweiligen Erlebens und Verhaltens denkbar sind. Erfahrungen der Missachtung wie Gewalt, Entrechtung oder Entwürdigung stellen

nicht schon deswegen Unrecht dar [...], weil es die Subjekte in ihrer Handlungsfreiheit beeinträchtigt oder ihnen Schaden zufügt; vielmehr ist jener Aspekt eines schädigenden Verhaltens gemeint, durch den Personen in einem positiven Verständnis ihrer selbst verletzt werden, welches sie auf intersubjektiven Wegen erworben haben. Ohne den impliziten Verweis auf Ansprüche, die ein Subjekt auf die anerkennende Reaktion seiner Mitmenschen stellt, sind jene Begriffe der „Mißachtung“ oder „Beleidigung“ sinnvoll gar nicht zu verwenden. (Honneth 2003b: 212)

Situationen des *Social Defeat* können deshalb als Form der Missachtung verstanden werden, weil sie das menschliche Bedürfnis nach intersubjektiver Anerkennung verletzen. Es ist, wie bereits Luhmann (2007) betont, nicht allein die Erfahrung von Gewalt oder Ausgrenzung, die den Kern des *Social Defeat* ausmacht, sondern aus anerkennungstheoretischer Perspektive die damit verbundene Konsequenz, dass wiederholt Erwartungen der Anerkennung nicht erfüllt werden, was „die Identität der ganzen Person zum Einsturz bringen“ kann (Honneth 2003b: 213), was gerade im Kontext der Schizophrenie zutreffen kann.

Die psychischen Folgen des *Social Defeat* lassen sich mithilfe des Verständnisses von Anerkennung bei Jessica Benjamin (Benjamin 2017; Benjamin 2019) genauer beschreiben. Für Benjamin ist Anerkennung eine intersubjektive Erfahrung, in der sich

mehrere Personen füreinander öffnen und eine Wirkung aufeinander haben: Die Personen können als Subjekte gemeinsam existieren, ihre Ähnlichkeiten wie auch ihre Unterschiede sind (im Sinne Hegels) in einer gemeinsamen Erfahrung „aufgehoben“:

[R]ecognition involves an affectively meaningful experience of the other as not simply an object of need to be controlled or resisted, consumed or pushed away, but another mind we can connect with. (Benjamin 2017: 3)

Anerkennung geht somit immer mit einer (affektiven) Spannung zwischen den Subjekten einher, die auseinanderbrechen kann. Dann wird das Gegenüber als Objekt der Erfahrung erlebt, wobei dies ein „gewöhnlicher Tatbestand des psychischen Lebens“ sei und kein „Versagen“ (Benjamin 1993: 55–56). Menschen können nicht immer harmonisch aufeinander abgestimmt sein und in enger Beziehung stehen, sie haben unterschiedliche Perspektiven und Geschichten, unterschiedliche Wünsche und Ängste, die ihr Erleben prägen: Nichts kann „der Andersartigkeit die Stacheln nehmen“ (Benjamin 1993: 56). Somit pendeln Menschen immer zwischen dem Erleben der Anderen als auf sie wirkende Subjekte und als Objekte des eigenen Erlebens und Verhaltens.

Benjamins gesellschaftstheoretische Idee ist, dass Menschen lernen können, sich und andere als vulnerable Subjekte wahrzunehmen und das Zusammenleben so zu gestalten, dass dieser Vulnerabilität Rechnung getragen wird. Gewalt und Missachtung lassen sich nur durchbrechen, wenn eine Gesellschaft das Leid von Betroffenen nicht verdrängt oder leugnet, sondern es als glaubhaft anerkennt, dabei die eigene Vulnerabilität mitdenkt und sich mit den Betroffenen identifiziert: ‚es hätte auch uns treffen können‘. Nur so sei ein Zusammenleben jenseits der Logik „entweder ‚wir‘ oder ‚sie““ möglich (Benjamin 2019: 37):

Die Einstellung des nur auf das eigene Überleben bedachten Zuschauers bestätigt auf problematische Weise, was jene glauben, die Hass auf den Anderen zum Ausdruck bringen: Dass es nur die Wahl gibt, in Sicherheit zu sein, das heißt in der Position des Beobachters, der sich vom Anderen distanziert – oder aber selbst der gefährdete Andere zu sein. Nur einer kann leben. (Benjamin 2019: 37)

In Situationen des *Social Defeat* machen Betroffene nun aber jene Erfahrung, dass die andere Person sich nicht mit ihnen identifiziert und ihre missliche Lage nicht anerkennt, sich nicht von ihr anstecken lässt. Dabei ist der *Social Defeat* keine einmalige Situation, sondern wiederholt sich über die Zeit hinweg mit einer Vielzahl von Personen, an verschiedenen Orten und in verschiedenen Situationen. Es ist davon auszugehen, dass es sich beim *Social Defeat* um ein strukturelles Phänomen handelt, dass eine Vielzahl von Personen betrifft. So ist es für Benjamin durchaus denkbar, dass

sich eine solche Desidentifizierung in einer Weise in die kollektive Psyche eingräbt, die das Zufügen von Verletzungen rechtfertigt und duldet oder es ermöglicht, dass Leid, das eigentlich zu verhindern wäre, als das verdiente Schicksal der Unwerten – ‚die, nicht wir‘ – aufgefasst wird. (Benjamin 2019: 37)

Wenn jedoch eine Person kaum mehr als Subjekt anerkannt und missachtet, verdinglicht oder unsichtbar gemacht wird, macht dies etwas mit dieser Person, es verändert sie: „Wenn Menschen das Gefühl haben, dass die Welt die Wahrheit dessen, was man ihnen angetan hat, verleugnet und ausblendet, wird eine Art Wahnsinn (ein Selbstzustand) erzeugt [...]“ (Benjamin 2019: 39). Es ist eine Grundeinsicht der Psychoanalyse, insbesondere der Objektbeziehungstheorie (Kernberg 1981), dass Menschen sich wiederholende Beziehungserfahrungen verinnerlichen, was wiederum ihr Selbstbild prägt (Benjamin 1990: 45–52). Was also passiert mit Menschen, die sich wiederholt sozialen Niederlagen ausgesetzt sehen, herabgewürdigt und als bloßes Objekt behandelt werden, das scheinbar nichts mit dem Gegenüber zu tun hat?

5.3 Social Defeat und schizophrenes Erleben

Im Folgenden werden drei Beispiele des *Social Defeat* phänomenologisch analysiert: die Psychiatrisierung psychotischer Erfahrungen, Erfahrungen von Rassismus sowie das Leben in der Wohnungslosigkeit. Gemein ist allen drei Phänomenen, dass sie für die Betroffenen eine kontinuierliche Erfahrung des sozialen Scheiterns darstellen: in der Psychiatrisierung als Träger eines Makels – nämlich der Verrücktheit –, im Rassismus als hypervisibles „Objekt“ (Fanon 1985) in einer nach weißen Maßstäben eingerichteten sozialen Welt, und in der Wohnungslosigkeit als unsichtbare Person im Leben auf der Straße. Die Grundannahme hinter dieser vergleichenden Phänomenologie ist, dass Erfahrungen des *Social Defeat* mit einer Veränderung diverser Facetten des Selbsterlebens einhergehen können, die dem schizophrenen Erleben ähneln.

5.3.1 Psychiatrisierung psychotischer Erfahrung

In ihrer anthropologischen Forschung zur Bedeutung von *Social Defeat* für die Entstehung von Schizophrenien untersucht die Anthropologin Tanya Luhrmann, welchen Einfluss der kulturell unterschiedliche Umgang mit psychotischen Phänomenen auf die Betroffenen hat. Ihre will einen Beitrag zu einem besseren Verständnis des Befundes der transkulturellen Psychiatrie geben, dass Betroffene in Entwicklungsländern eine bessere Prognose hinsichtlich des Verlaufs einer Schizophrenie besitzen als in Industrieländern (Hopper et al. 2007; Jablensky und Sartorius 2008). Dabei argumentiert Luhrmann vor dem Hintergrund ihrer Forschungsarbeiten, dass in einem psychiatrierten Verständnis psychotischer Phänomene ein Risiko für Erfahrungen des *Social Defeat* im

Sinne einer (Selbst-)Stigmatisierung liegt (Luhrmann et al. 2015a; Luhrmann und Marrow 2016: 213–216).³¹

Empirische Evidenz für ihre These gewinnt Luhrmann aus ihren anthropologischen Studien. Konkret untersuchte Luhrmann in einem Forschungsprojekt den Umgang mit dem Phänomen des Stimmenhörens und das Selbstbild von Betroffenen in verschiedenen Kulturen (Luhrmann et al. 2015a; Luhrmann et al. 2023; Luhrmann und Marrow 2016). Luhrmann und ihr Forschungsteam, bestehend aus Anthropolog*innen und Psychiater*innen, führten in den USA, Indien und Ghana qualitative Interviews über die Erfahrung psychotischer Symptome mit je 20 Personen durch, die Stimmen hörten und die Diagnosekriterien für eine Schizophrenie nach DSM-IV erfüllten. Die Teilnehmenden wurden vor Ort in psychiatrischen Kliniken, bei ambulanten psychiatrischen Diensten oder in Wohnheimen für psychisch Kranke rekrutiert (Luhrmann et al. 2015a; Luhrmann et al. 2015b).

Hierbei zeigt sich, dass in den USA die Teilnehmer*innen vornehmlich ein negatives Selbstbild beschreiben, das durch verdinglichende Zuschreibungen geprägt ist:

I fit the textbook on schizophrenia. – I have schizophrenia from my grandfather. It's a hereditary illness of the brain. – They know I'm a schizophrenic. [...] – I didn't tell them I'm hearing voices. I was afraid I might be called crazy. – You tell people out there that you have voices, they treat you differently. (Luhrmann et al. 2015b: 650)

Die Annahme, dass die psychotischen Symptome vornehmlich biologische Ursachen hätten, geht Luhrmann zufolge in westlichen Ländern mit einer stärkeren Selbststigmatisierung sowie einer stärkeren Stigmatisierung durch andere einher. Dieser anthropologische Befund entspricht auch Erfahrungen aus der Stigmatisierungsforschung, die zeigen, dass ein biologisches Krankheitsmodell die Stigmatisierung eher erhöht (Schomerus et al. 2023: 420–421): Hatte man lange Zeit gehofft, dass die Gleichsetzung psychischer Störungen mit somatischen Krankheiten und der Fokus auf ein biomedizinisches Krankheitsmodell zum Abbau der

³¹ Unter Psychiatrisierung verstehen Beeker et al. (2021: 3) folgendes: “[W]e suggest to define psychiatrization as a *complex process of interaction between individuals, society, and psychiatry* through which psychiatric institutions, knowledge, and practices affect an increasing number of people, shape more and more areas of life, and further psychiatry's importance in society as a whole.” Psychiatrisierung geschieht sowohl *top-down* vonseiten psychiatrischer Institutionen und Akteure, indem sie der Gesellschaft Konzepte, Diagnosen und Therapieangebote bereitstellen, als auch *bottom-up* vonseiten Betroffener, die Unterstützung, Ressourcen, Erklärungen für ihre Leidenszustände und deren Anerkennung erwarten. In der Folge kommt es u.a. es einer zunehmenden Pathologisierung von Erfahrungen, einer hohen Nutzung psychopharmakologischer Medikamente wie auch dem Einzug psychiatrischer Begriffe in die Alltagssprache (Beeker et al. 2021: 4–6). Vonseiten psychiatrieerfahrener Forscher*innen der *Mad Studies* wird Psychiatrisierung kritischer, als Prozess verstanden, in dem Betroffene verdinglicht werden, sodass ihnen die Expertise für sich selbst zu sprechen und zu handeln abgesprochen wird (Russo 2015; Russo 2023: 2).

Stigmatisierung von Betroffenen beitrage, zeigen die Befunde der Antistigmaforschung, dass dieser Ansatz vielmehr den Eindruck grundlegender Andersheit verstärkt. Es ist für Luhrmann gerade die Idee, dass an einer Person etwas grundlegend falsch ist, die jene Erfahrung des *Social Defeat* erzeuge:

The diagnostic label of schizophrenia becomes central to who one is in the world, while it also asserts that one is not fully human. John Hood's (case 1) deliberately absurd way of introducing himself – „My name is John Hood, and I have a diseased brain” – captures the sharp awareness of diagnostic labels among Americans who struggle with madness. It captures, too, the sense that the label violates the fundamental capacity to be human. For John, to think of his thoughts, feelings, and beliefs as disordered, as sick, marked him as not fully alive – and his perceptions, intentions, and decisions thus became mere error, neuronal misfirings, to be corrected with powerful drugs. (Luhrmann und Marrow 2016: 204)

Anders gestaltet sich hingegen das Selbstbild von Stimmenhörer*innen und deren Erfahrungen in anderen Kulturen. So beschreiben die Teilnehmer*innen aus Ghana ihr psychotisches Erleben als spirituelles Phänomen: „Voices is spirits” (Luhrmann et al. 2015b: 652). Es gibt durchaus negative Stimmen, diesen wird aber weniger Beachtung geschenkt, während man die positiven Stimmen aufmerksamer verfolgt. Die Teilnehmer*innen in Indien hingegen identifizieren ihre Stimmen überwiegend als Stimmen von Angehörigen mit positiven Eigenschaften, wenngleich negative Aspekte vorhanden sind, die letztlich aber als Mittel zum Verstehen einer Situation beschrieben werden:

Voices, yes, I like it. It will keep talking which is enjoyable. – I like it [...] their talking is a time pass and it is interesting. – I have a companion to talk (laughs). I need not go out and speak. I can talk within myself. (Luhrmann et al. 2015b: 654)

Somit unterscheiden sich bereits das Konzept des Stimmenhörens wie auch deren Selbstbild in der US-amerikanischen von dem in der ghanaischen und indischen Stichprobe. Doch auch der Inhalt des Stimmenhörens scheint sich zwischen den Kulturen zu unterscheiden. In den USA beschreiben die Teilnehmer*innen vornehmlich negative Inhalte der Stimmen: z.B. berichteten 14 der 20 Teilnehmer*innen gewaltsame imperative Stimmen („Usually, it's like torturing people, to take their eye out with a fork, or cut someone's head and drink their blood, really nasty stuff“), nur die Hälfte schreibt den Stimmen überhaupt irgendetwas Positives zu, während sie für die Mehrheit bedeutungslos erscheinen (“I don't think there's anything there or anything. I think it's

just the way my mind works“), da sie Ausdruck einer psychischen Störung sind (Luhrmann et al. 2015a: 42).

Die Teilnehmer*innen in Ghana und Indien hingegen beschreiben komplexe Beziehungen zu ihren Stimmen und betten diese Erfahrungen in kulturelle, religiöse oder familiäre Kontexte ein, statt sie vornehmlich als Krankheitssymptom zu verstehen. Die Hälfte der indischen Teilnehmer*innen berichtet, dass sie mit Angehörigen kommunizieren. Zwar seien die Stimmen nicht immer angenehm, so drängen die Stimmen beispielsweise zum Aufräumen der Wohnung. Der Ton der Stimmen dabei wird jedoch mit den Regeln bestimmter sozialer Kontexte verknüpft („They talk as if elder people advising younger people“) und gar als positiv beschrieben („It teaches me what I don't know“) (Luhrmann et al. 2015a: 42). Fast die Hälfte der Teilnehmer*innen in Indien kommuniziert mit Göttern. In Ghana berichteten gar 16 der 20 Teilnehmer*innen über einen religiösen Kontext der Stimmen, die für die Mehrzahl der Teilnehmer*innen positive Hinweise geben („Mostly, the voices are good“, „They just tell me to do the right thing. If I hadn't had these voices I would have been dead long ago.“) (Luhrmann et al. 2015a: 43). Zwar berichten auch in Indien und Ghana die Teilnehmer*innen von negativen Erfahrungen mit ihren Stimmen, im Allgemeinen herrscht aber eine andere Beziehung zu den Stimmen.

Diese anthropologischen Befunde könnten ein Hinweis dafür sein, dass die Psychiatrisierung psychotischer Erfahrung mit einer Veränderung des Selbstverständnisses der Betroffenen einhergeht: Der eigenen Erfahrungswelt wird durch das soziale Umfeld, gesellschaftliche Normen und auch durch die Betroffenen selbst die subjektive Bedeutung abgesprochen wird. Es findet eine Form der Selbstverdinglichung dahingehend statt, dass das eigene „verrückte“ Verhalten als Ausdruck eines erkrankten Gehirns (Luhrmann und Marrow 2016: 204) und nicht vor dem Hintergrund der Biographie und Lebenssituation der Betroffenen verstanden wird: „I don't think there's anything there“ (Luhrmann et al. 2015a: 42). Statt einen Sinn im eigenen Erleben zu suchen wird dieses objektiviert und verdinglicht: „I fit the textbook on schizophrenia.“ (Luhrmann et al. 2015b: 650). Es findet eine Entfremdung vom eigenen Erleben statt, das zunehmend distanziert und als Ausdruck einer Erkrankung begriffen wird, statt es wie in der indischen und ghanaischen Stichprobe in einen sozialen Kontext einzubetten.

In der Stichprobe aus den USA werden innere Stimmen als Symptom einer Krankheit begriffen, die Anzeichen einer Schwäche sind, die man besser vor anderen verbirgt – dies bildet den Kern des *Social Defeat*, der für Luhrmann mit der Psychiatrisierung des Stimmenhörens einhergeht. Demgegenüber sind Stimmen in den anderen beiden Stichproben religiös oder sozial eingebettet. Das Stimmenhören ist in westlichen

Kulturen wie der USA folglich Ausdruck eines Makels, während es in anderen Kulturen Ausdruck von Kommunikation ist.

Dies verändert offenbar auch das Erleben der Betroffenen sowie deren Erwartungen an das Stimmenhören, da die Personen in der indischen und ghanaischen Stichprobe jene als positiver beschreiben. Diese Befunde zeigen Luhrmann (Luhrmann et al. 2015a: 44) zufolge, dass der in der Schizophrenie-Theorie angenommene negative Charakter innerer Stimmen nicht zwangsläufig folgen muss, sondern durch äußere Umstände und einen anderen Umgang der Betroffenen selbst mit den Stimmen beeinflussbar ist.³² Dieser Befund ist ein Beispiel für den vom Wissenschaftsphilosophen Ian Hacking (1995) beschriebenen *looping-effect* der Humanwissenschaften, deren Erkenntnisse immer auch eine Rückkopplung auf den Untersuchungsgegenstand des Menschen haben. Im Gegensatz dazu stehen Hacking zufolge die Naturwissenschaften mit ihren *natural kinds*. Ähnlich argumentiert Luhrmann, die die These vertritt, dass kulturell verfügbare Wahrnehmungskategorien die Aufmerksamkeit innerhalb von Erfahrungen selektiv lenken können und hierdurch die Erfahrung selbst verändern:

[W]e think we may be observing is that people who fall ill with serious psychotic disorder pay selective attention to a constant stream of many different auditory and quasi-auditory events because of different “cultural invitations” – variations in ways of thinking about minds, persons, spirits and so forth. [...]. We call this process “social kindling” [...]: That the implicit and explicit ways in which a local social world gives significance and meaning to sensation (such as a hallucination) will alter not only the way those sensations are interpreted but the likelihood and the quality of the sensation itself. Local expectations about minds, persons and spirits – local cultural invitations – will influence the kind of auditory phenomena the person with psychosis attends to, responds to, and reports to others – and the evidence suggests that those culturally shaped patterns of attention seem actually to shape the auditory experiences themselves. (Luhrmann et al. 2015b: 657–658)

Eine pathologisierende Betrachtungsweise des Stimmenhörens scheint der Komplexität des Phänomens angesichts dieser anthropologischen Befunde nicht gerecht zu werden.

³² Diesem Befund folgend untersucht Luhrmann mit ihrer Arbeitsgruppe (Luhrmann et al. 2023) in einem weiteren Forschungsprojekt explizit Übungsformen des Umgangs mit inneren Stimmen in verschiedenen Kulturen und Kontexten (u.a. bei ghanaischen Priestern, bei Ayahuasca-Konsumenten in Peru und evangelikalen Christen in den USA). Gemeinsam war diesen Gemeinschaften, dass sie eine Sprecher*in hinter den Stimmen identifizieren und sie mithilfe regelmäßiger Übung den Prozess des Stimmenhörens verbessern: durch verstärkte Aufmerksamkeit und wiederholtes Sprechen mit den Stimmen verändere sich letztlich die gesamte Erfahrung des Stimmenhörens auf positive Weise. Luhrmann und Kolleg*innen verweisen auf ähnliche Erfahrungen von Betroffenen mit psychotischen Störungen, die durch Training einen positiven Umgang mit inneren Stimmen gefunden haben (Romme und Escher 2013).

Des entspricht auch phänomenologischen Überlegungen zum Wesen der (inneren) Stimme. Die Stimme wird analog zu Husserls Beispiel der Doppelerfahrung immer sowohl als etwas Eigenes wie auch etwas Fremdes verstanden (Waldenfels 2010: 197), das nie ganz verfügbar ist. Der phänomenologische Psychiater Erwin Straus argumentiert, dass sich dieser Doppelaspekt der Stimme in der Schizophrenie in einer Extremform zeigt:

Der Schizophrene hört Stimmen, weil das Ergriffensein, das Ausgeliefertsein, die Homogenisierung und Ubiquität des Klanges normalerweise zu dem Akustischen gehört. (Straus 1978: 382)

Aus phänomenologischer Perspektive ist das Stimmenhören demnach keineswegs eine gänzlich andere oder „falsche“ Erfahrungsform, sondern verweist auf den Charakter grundlegend menschlicher Erfahrungsstrukturen. Weder ist die eigene Stimme immer vollständig die Eigene, noch ist das Hören innerer Stimmen etwas grundlegend Fremdes oder Falsches. Es existiert eine große Variabilität im Phänomen des Stimmenhörens, das auch in der Allgemeinbevölkerung verbreitet ist (Luhmann et al. 2019; van Os und Reininghaus 2016).

Luhmann und Kolleg*innen folgern aus ihren Forschungsbefunden, dass in westlichen Kulturen Stimmenhören häufig mit (Selbst-)Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung einhergehen, während in anderen Kulturen eine Einbettung des Stimmenhörens in soziale, kulturelle und religiöse Kontexte erfolgt und es mithilfe kultureller Praktiken eingeübt und kontrolliert wird (Luhmann et al. 2015a; Luhmann et al. 2023; Luhmann und Marrow 2016). Mit der Schizophrenie-Diagnose kann sich demzufolge in westlichen Kulturen das Risiko erhöhen, Situationen des *Social Defeat* zu erleben (Luhmann und Marrow 2016). Die soziale Einbettung und Unterstützung der Betroffenen scheint eine zentrale Rolle für den Krankheitsverlauf und die soziale Anpassung zu spielen:

Madness is hard, anywhere. But the conditions for corrosive social failure within care-as-usual in the United States, and in the West more widely, may be more numerous and are probably more harsh. Outside of the West, there are more ways in which madness can be understood, more ways of interpreting symptoms; and, on average, homelessness is not inevitably part of the lives of people with serious psychotic disorder. People are not channeled so relentlessly into social encounters in which they repeatedly experience themselves to fail. (Luhmann und Marrow 2016: 203)

Allerdings sind Luhmanns anthropologische Befunde nicht repräsentativ für die tatsächliche Versorgungssituation von Betroffenen vor Ort. Sowohl in Ghana (Moro et al. 2022) als auch in Indien (Sagar et al. 2020) werden massive Defizite hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung und der Menschenrechtssituation in psychiatrischen

Institutionen beschrieben.³³ Die Studienergebnisse lassen daher nur eingeschränkt Rückschlüsse hinsichtlich des positiven Einflusses kultureller Kontexte auf den Verlauf von Schizophrenien zu. Eher zeigen sie auf, dass der konkrete soziale Kontext einen Einfluss auf die Erfahrung des Stimmenhörens und die Inhalte der Stimmen hat und dass das Stimmenhören positiv wie negativ beeinflussbar ist (Vallath et al. 2018).

Konkret legen Luhrmanns Forschungsarbeiten nahe, dass die Pathologisierung des Stimmenhörens dessen subjektive Bedeutsamkeit reduziert und die Vielfalt psychischen Erlebens der Betroffenen eingrenzt. Der Selbstbezug wird objektifizierend und der Zugang zur subjektiven Bedeutung innerer Stimmen kann verloren gehen. Möglicherweise liegt darin gerade die Ähnlichkeit zwischen der Psychiatrisierung des Stimmenhörens zum schizophrenen Erleben selbst: sie begünstigt eine Reduktion der Selbstaffektion, geht mit einer hyperreflexiven, verdinglichenden Selbstwahrnehmung einher und kann das Leiden am psychotischen Erleben noch steigern, statt es durch ein Training des Stimmenhörens zu lindern und aktiv mit den Stimmen in Kontakt zu treten und ihnen eine subjektive Bedeutung zu geben (Romme und Escher 2013; Suzanne et al. 2014).

5.3.2 Rassismus

Ein weiteres Beispiel für *Social Defeat* stellt der Rassismus dar: Eine Vielzahl von epidemiologischen Befunden zeigt, dass Menschen, die Rassismus ausgesetzt sind, eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, eine Schizophrenie zu entwickeln (Cantor-Graae und Selten 2005; Kluge et al. 2020; Lazaridou et al. 2022). Aus phänomenologischer Sicht stellt sich die Frage, ob in der Erfahrung des Rassismus aus der Betroffenenperspektive eine strukturelle Ähnlichkeit zum schizophrenen Erleben besteht, die jenen epidemiologischen Befund zum *Social Defeat* phänomenologisch bestätigt.

Aus phänomenologischer Sicht ist Rassismus nicht allein eine Frage kognitiver Überzeugungen oder affektiver Einstellungen, sondern stellt ein habitualisiertes Phänomen dar, das in die basalen Erfahrungsstrukturen von Menschen sedimentiert ist und durch rassistisches Verhalten kontinuierlich aufrechterhalten wird (Ngo 2017; Sullivan 2006). In rassistischen Erfahrungsstrukturen und Verhaltensweisen kommt zum Ausdruck, dass Personen aufgrund der vermeintlichen Zugehörigkeit zu einer Gruppe

³³ So wird die Einbettung psychiatrischer Störungsbilder in spirituelle Kontexte in Ghana ambivalent bewertet, da traditionelle Heiler:innen zwar in urbanen wie ländlichen Regionen gut verfügbar seien, Betroffene hier jedoch auch Sorgen vor Gewalt und Entrechtung berichten (Ae-Ngibise et al. 2010) – was im Übrigen auch für die wenigen psychiatrischen Institutionen in Ghana gilt (Moro et al. 2022). Die psychiatrische Versorgung in Indien ist ebenfalls durch einen Mangel an professionellem Personal und stationären wie ambulanten Institutionen gekennzeichnet, wobei auch eine hohe Stigmatisierung der Betroffenen berichtet wird (Sagar et al. 2020).

oder aufgrund geteilter Eigenschaften einer Gruppe („Rasse“) abgewertet werden (Vgl. hierzu Lepold und Martinez Mateo 2021: 19–22).

Doch worin besteht die Erfahrung, rassifiziert zu werden? In der gegenwärtigen phänomenologischen Diskussion hierzu (Alcoff 2006; Ngo 2017: 27–33; Yancy 2021) wird betont, dass Rassismus ein vorwiegend visuelles Phänomen darstellt, in dem ein rassistischer Blick auf rassifizierte Personen trifft, denen im Akt der Wahrnehmung bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden, die durch habitualisierte Vorerfahrungen geprägt sind. Habitualisierungen in unserer Wahrnehmung bestimmen maßgeblich, was wir als „normal“ wahrnehmen und was unsere „natürliche Einstellung“ zur Welt ausmacht (Wehrle 2016). Wie der Philosoph George Yancy bemerkt, gibt es kein „Als-Ob“ in der rassifizierenden Wahrnehmung, der rassifizierende Blick wirkt als eine unverrückbar scheinende Perspektive, als könne es nicht anders sein: „Das ‚Sehen-als-ob‘ jedoch wurde auf ein ‚Sehen-als‘ reduziert [...] Es gibt kein Erlebnis des Als-ob“ (Yancy 2021: 141). Zusammenfassend hierzu erklärt die Philosophin Linda Martín Alcoff:

If raced and gendered identities, among others, help to structure our contemporary perception, then they help constitute the necessary background from which I know the world. Racial and sexual difference is manifest precisely in bodily comportment, in habit, feeling, and perceptual orientation. These make up a part of what appears to me as the natural setting of all my thoughts. Perceptual practices are tacit, almost hidden from view, and thus almost immune from critical reflection. As Merleau-Ponty says, „perception is, not presumed true, but defined as access to truth“ (1962, xvi). And because they are nondiscursive, perceptual backgrounds are incapable of easy discernment or description. (Alcoff 2006: 126)

Die Körper rassifizierter Personen sind, wie Helen Ngo (Ngo 2017: 64) in ihrer phänomenologischen Studie *Habits of Racism* (dt. *Gewohnheiten des Rassismus*) bemerkt, zugleich besonders sichtbar aufgrund äußerer Merkmale (*Hypervisibilität*) als auch unsichtbar in ihren eigentlichen Eigenschaften. Diese Erfahrung als immer schon konstituiertes Objekt rassistischer Erfahrung verändert auch das Selbsterleben der Personen, wie der Psychiater und Phänomenologe Franz Fanon (Fanon 1985: 79–102) anhand Merleau-Pontys Konzept des *Körperschemas* beschreibt. Das Körperschema meint ursprünglich nicht nur die „Erfahrung meines Leibes, sondern eine Erfahrung meines Leibes in der Welt“ (Merleau-Ponty 1966: 171). Das Körperschema ist demnach „letztlich nur ein anderes Wort für das Zur-Welt-Sein meines Leibes“ als einem „System von Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen“ (Merleau-Ponty 1966: 128, 184). Fanon beschreibt, wie sich dieser „Nullpunkt“ der Erfahrung, wie Husserl (1952: 158) sagt, durch rassifizierende Erfahrungen verändert:

In der weißen Welt stößt der Farbige auf Schwierigkeiten bei der Herausbildung seines Körperschemas. [...] Hinter dem Körperschema hatte ich ein historisch-rassistisches Schema geschaffen. Die Elemente, die ich verwendete, waren mir nicht durch ‚Reste von Empfindungen vor allem taktiler, auditiver, kinästhetischer und visueller Natur‘ geliefert worden, sondern durch den anderen, den Weißen, der mich aus tausend Details, Anekdoten, Erzählungen gesponnen hatte [...] [Ich begab mich] weit, sehr weit fort von meinem Dasein und konstituierte mich als Objekt. (Fanon 1985: 80–81)

Er spricht von einer allgemeinen „Entfremdung“ (Fanon 1985: 151), in der er sich selbst zunehmend als Objekt erlebt. Dies geht so weit, dass er rassifizierte Personen gezwungen sieht, sich ohne ihr Zutun als „dreifache[n] Person“ (Fanon 1985: 81) wahrzunehmen:

Ich kann nicht ins Kino gehen, ohne mir selbst zu begegnen. Ich warte auf mich. In der Pause, kurz vor dem Hauptfilm warte ich auf mich. Ein [N-Wort, L. I.-D.]-Groom wird auftreten. Das Herz verdreht mir den Kopf. (Fanon 1985: 102)

Ngo (2017: 65) analysiert hierzu phänomenologisch: “Fanon is not just seen; he experiences himself being seen, anticipates himself being seen, and finally, sees himself being seen.” Fanon beschreibt somit eine Veränderung seines basalen Selbsterlebens, die mit der wiederholten rassifizierten Erfahrung einhergeht. Dies kann, wie Fanon selbst anhand zahlreicher Fallbeispiele aus seiner psychiatrischen Tätigkeit argumentiert, psychopathologische Folgen haben (Fanon 1981, s. Kap. 5). Daher schlussfolgert Ngo in ihrer phänomenologischen Analyse:

[W]e see that there is a real sense in which the racialized fragmentation and alienation from one’s own body is an experience marked by anxiety, stress, and anguish [...] [T]here is a real and non-trivial way in which this body schema fragmentation I have been considering embitters and traumatizes the lives of people of color, and it is important not to wash over or diminish this reality. (Ngo 2017: 72)³⁴

Die hier dargestellten Beispiele zeigen Ähnlichkeiten auf zwischen der Erfahrung, rassifiziert zu werden und dem Erleben in der Schizophrenie, wie es im Selbststörungsmodell konzeptualisiert wird: Der rassistische Blick der Umwelt verändert das Selbsterleben der Betroffenen, die verdinglichende Erfahrung der Rassifizierung

³⁴ Hierbei weist Ngo darauf hin, dass psychopathologische Phänomene lediglich eine von vielen Formen des Umgangs mit den gravierenden leiblichen Folgen des Lebens in rassifizierenden sozialen Strukturen sind – neben anderen Formen des Copings, der Resilienz oder des Kampfes um soziale Anerkennung (Ngo 2017: 73).

führt – in den Worten Frantz Fanons (1985: 80–81) – „sehr weit fort von meinem Dasein“, weswegen Fanon sich selbst „als Objekt“ konstituiert. Der rassistische Blick scheint ein *Disembodiment* geradezu herauszufordern, das Körperschema zu beeinträchtigen und einen hyperreflexiven Bezug auf sich selbst zu begünstigen, wie Fanon es in der dreifachen Wahrnehmung seiner Person beschreibt. Die Unausweichlichkeit dieser objektifizierenden Selbstwahrnehmung unter dem rassistischen Blick zeigt sich auch im fehlenden „Als-Ob“ rassistischer Wahrnehmungsraster: Der Verlust jener Als-Ob-Funktion stellt ebenfalls einen charakteristischen Bestandteil der schizophrenen Erfahrung dar (Fuchs 2017a), wodurch die Übernahme der Perspektive Anderer nicht mehr gewährleistet ist, die Grenzen zwischen Eigenem und Fremden verschwimmen und die eigene Perspektive der Welt im Wahn übergestülpt wird.

Doch nicht nur die Selbsterfahrung, sondern auch die Erfahrung des Raums und der sich darin befindenden Objekte verändert sich durch den rassistischen Blick. So argumentiert die Philosophin Sara Ahmed in ihrer *Queer Phenomenology*, dass unsere Welt eine von weißen Körpern konstituierte Welt ist und für diese insbesondere zugänglich ist, während sie für rassifizierte Subjekte weniger unmittelbar zugänglich ist:

We can hence redescribe the phenomenology of the “I can” as a phenomenology of whiteness. Such a phenomenology, in other words, *describes the ease with which the white body extends itself in the world through how it is orientated toward objects and others*. To make this point very simply: whiteness becomes a social and bodily orientation given that some bodies will be more at home in a world that is orientated around whiteness. [...]. If Merleau-Ponty’s model of the body in *Phenomenology of Perception* is about „motility,“ expressed in the hopefulness of the utterance, „I can,“ Fanon’s phenomenology of the black body could be described in terms of the bodily and social experience of restriction, uncertainty, and blockage, or perhaps even in terms of the despair of the utterance „I cannot.“ (Ahmed 2006: 138–139)

Die rassistische Erfahrung scheint also auch mit einer Veränderung des „Halts“ im Kontakt mit der Umwelt einherzugehen (Sass und Parnas 2003). Die „natürliche Selbstverständlichkeit“ des Vollzugs eines intentionalen Bogens wird durch ihn beeinträchtigt (Sass 2003), aus dem „Ich kann“ wird ein „Ich kann nicht“.

Ein weiterer Aspekt der Rassismuserfahrung stellt neben der veränderten Selbst- und Weltwahrnehmung eine veränderte Form der Zeitlichkeit dar, wie Ngo (2017: 68–76) argumentiert. Fanon zufolge geht Rassismus für die Betroffenen immer mit einem Eindruck der Nachträglichkeit einher, sie seien immer „zu spät“: „Ihr kommt zu spät, viel zu spät. Immer wird eine Welt — eine weiße Welt – zwischen euch und uns liegen“ (Fanon 1985: 89). So wie der rassistische Blick der ihm ausgesetzten Person eine

Passivität einschreibt, wird eine Person in der schizophrenen Erfahrungswelt „zum passiven Zuschauer multipler Bewusstseinsmomente“ (Knack et al. 2022: 151), die nur schwer miteinander verknüpft werden können. Dies kann wiederum die leibliche Selbstaffektion und den Bezug zur Umwelt verändern. Gemeinsam ist der Rassismus- und der Psychoseerfahrung die Ausgesetztheit und Passivität, mit der äußere Einflüsse auf die Person wirken. Rassifizierte Personen werden in ein visuelles Raster gepresst, das echten Kontakt im Sinne wechselseitiger Anerkennung verhindert. Sie werden, in den Worten Benjamins (1990), weniger als Subjekte denn als Objekte wahrgenommen. Sie haben keinen Einfluss auf ihr Gegenüber: Im Rassismus fehlende Responsivität und Offenheit der Wahrnehmung, wie Waldenfels (2006: 118–132) beschreibt. Hierin liegt auch der Kern des *Social Defeat* von Rassismuserfahrungen: es gibt keine Möglichkeit, in echten Kontakt zu treten, da Kontakt bereits auf der Ebene der Zwischenleiblichkeit aufgrund rassistischer Habitualisierungen verhindert wird: „despite contemporaneous living, there lacks a shared experience of temporality which may found the basis of a more genuine living- and being-with“ (Ngo 2017: 68). Letztlich wird rassifizierten Personen die so grundlegend notwendige Anerkennung vorenthalten. Diesen Umstand beschreibt nicht zuletzt Fanon (1985: 154–158) in seiner anerkennungstheoretischen Analyse des Rassismus, den er als Entzug der Anerkennung als Person gleicher Rechte mit individuellen Bedürfnissen versteht:

Ich will, daß man mich nach meiner Begierde betrachte. Ich bin nicht nur Hier und Jetzt, in die Dingheit eingeschlossen. Ich bin für anderswo und für anderes. Ich fordere, daß man mein negierendes Tun berücksichtige, insofern ich etwas anderes verfolge als das Leben; insofern ich für die Geburt einer menschlichen Welt kämpfe: für eine Welt gegenseitiger Anerkennung. (Fanon 1985: 155)

In diesem Abschnitt wurden Ähnlichkeiten zwischen Rassismus- und Psychoseerfahrungen beschrieben, ohne dass sich hieraus kausale Schlüsse über die Häufung von Psychosen bei entsprechenden sozialen Umständen ableiten lassen. Entsprechend bleibt dies auf phänomenologischer Ebene eine Hypothese, für die es empirischer Untersuchungen bedarf, die eine psychotische Verarbeitung rassistischer Ablehnung durch die Betroffenen aufzeigen. Zwei Studien zeigen erste Befunde in dieser Richtung. Mittels quantitativer Methoden beschreiben Pearce et al. (2019) im Querschnitt eine Korrelation von Diskriminierungserfahrungen und der Häufung und Ausprägung psychotischer Symptome bei Betroffenen. Eine Berliner Studie kombiniert bereits qualitative und quantitative Methoden in diesem Feld und integriert so die Erfahrungsperspektive von Betroffenen (Lazaridou et al. 2022).

5.3.3 Wohnungslosigkeit

Unter Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, sind psychische Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich überrepräsentiert (Schreiter et al. 2020; Schreiter und Krüger 2023). Wurde Anfang des 20. Jahrhunderts Wohnungslosigkeit aus psychiatrischer Sicht noch als individuelles Problem verstanden, beispielsweise als Folge einer psychischen Störung wie der „Dementia Praecox“ oder einer Charakterschwäche (Greifenhagen und Fichter 1996), werden heute die diversen sich wechselseitig beeinflussenden sozialen Faktoren betrachtet, die in die Wohnungslosigkeit führen können – und wieder hinaus (Daßler 2023).

Gegenwärtig sind der ersten repräsentativen Studie zur Erfassung der Wohnungslosigkeit in Deutschland zufolge ca. 262.600 Personen von Wohnungslosigkeit in verschiedener Form betroffen (Wohnungslosenbericht 2022, Bundesministeriums für Arbeit und Soziales 2022): 178.100 Personen leben im System der Wohnungsnotfallhilfe und ca. 90.000 Personen außerhalb des allgemeinen institutionellen Lebens. 37.400 Personen leben dauerhaft auf der Straße, 49.300 Personen in „verdeckter“ Wohnungslosigkeit, untergekommen bei Freund*innen, Verwandten oder im eigenen Auto, darüber hinaus noch 6.600 Kinder in einem der beiden Settings. Von diesen Personen sind 63% männlich, 35% weiblich und ca. 2% geben ihr Geschlecht als divers oder gar nicht an. Einer internationalen Metaanalyse (Gutwinski et al. 2021) zufolge beträgt die Häufigkeit psychischer Störungen in dieser Gruppe ca. 76,2% und ist damit bedeutend höher als in der Allgemeinbevölkerung (27,7% nach Jacobi et al. 2014). Die häufigsten Störungen sind die Alkoholabhängigkeit (36,7%), weitere Substanzabhängigkeiten (21,7%), Depression (12,6%) und Schizophrenie (12,4%). Eine Vielzahl der Menschen in Wohnungslosigkeit haben eine Doppeldiagnose (Schreiter und Krüger 2023). Die Häufigkeit von Schizophrenien ist somit dramatisch höher als in der Allgemeinbevölkerung (ca. 0,7-1%) (Schreiter et al. 2020). Gerade bei diesen Personen existiert also ein besonderer Hilfebedarf. Internationale Studien und dem folgend die deutsche S3-Leitlinie legen nahe (DGPPN 2019a), dass bei Wohnungslosen insbesondere aufsuchende Hilfsangebote sowie das Konzept des *Housing first* greifen: vor jedem weiteren Hilfsangebot gilt es, Personen Wohnraum zu vermitteln, was sich positiv auf diverse psychosoziale Faktoren auswirkt (Schreiter et al. 2020).

Gegenstand dieser Betrachtung von Wohnungslosigkeit ist die Frage, inwiefern Wohnungslosigkeit eine Form des *Social Defeat* darstellt, die mit Erfahrungen von Missachtung und dem Verlust von Anerkennung einhergeht und somit das Risiko einer schizophrenen Störung erhöht. Im Folgenden wird analysiert, welche Merkmale die Erfahrungsstruktur der Wohnungslosigkeit selbst mit der Schizophrenie teilt, sodass das

Leben auf der Straße schizophrene Erleben begünstigen könnte. Die Bestätigung einer Korrelation zwischen schizophrenem Erleben und Wohnungslosigkeit entspricht der zuvor beschriebenen *Kausalitätshypothese* (Adli und Schöndorf 2020; Fett et al. 2019), derzufolge Aspekte des Stadtlebens einen Einfluss auf die Entstehung psychischer Störungen besitzen. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wird insbesondere auf die ethnologische Studie *Shelter Blues – Sanity and Selfhood Among the Homeless* des US-amerikanischen Ethnologen Robert Desjarlais eingegangen, der seine Forschungsmethodik als „Critical Phenomenology“ versteht (Desjarlais 1997: 24).

Ausgangspunkt einer Betrachtung des Phänomens der Wohnungslosigkeit bildet deren Gegenbegriff, das Bewohnen eines Zuhauses, das im Falle eines Wohnungsnotfalls verloren geht.³⁵ Für Merleau-Ponty ist es eine fundamentale Eigenschaft unseres leiblichen Zur-Welt-Seins, dass wir in Raum und Zeit *wohnen*: „Nicht also dürfen wir sagen, unser Leib sei *im* Raume, wie übrigens ebensowenig, er sei *in* der Zeit. Er *wohnt* Raum und Zeit ein.“ (Merleau-Ponty 1966: 169).³⁶ Das Wohnen wird bei Merleau-Ponty somit vom Leib her verstanden, dieser bildet das notwendige Medium dafür, die Welt zu bewohnen und mittels Gewohnheiten mit ihr vertraut zu sein. Die Wohnungslosigkeit wird nun von Betroffenen ebenfalls als zutiefst leibliche Erfahrung beschrieben, jedoch als das Gegenteil von Vertrautheit und Sicherheit:

Homelessness is hell. You ever wondered what hell is like? This is it
(Luhmann 2007: 160)

On the street, you can get robbed, beat up, knifed. It's dangerous . I would have lived on the street, but I never found a place that seemed safe [...]. The street is tough. Homeless people are dying out on the streets. You lose everything but a sense of survival. (Desjarlais 1997: 122)

Die leibliche Vertrautheit mit der Umwelt und das Vertrauen in die soziale Welt scheinen in der Wohnungslosigkeit verloren zu gehen, wodurch sich das leibliche Bewohnen von Zeit und Raum verändert. Anstatt sich intuitiv auf die eigenen Gewohnheiten verlassen zu können, ist der Alltag der Wohnungslosigkeit geprägt von einem „struggling along“:

To „struggle along“ was to proceed with great difficulty while trying at times to do away with or avoid the constraints and hazards strewn in one's path. [...]
The process was double-edged, for while it involved the idea of carrying on

³⁵ Unter Wohnungsnotfall wird eine Situation verstanden, in der Menschen von akuter Wohnungslosigkeit bedroht oder konkret betroffen sind, d.h. die ohne irgendein Obdach leben oder die vorübergehend bei Freund:innen oder Verwandten, in Hotels oder einer staatlichen Notunterkunft leben. Auch das Leben in unzumutbaren, da beengten oder unzureichend ausgestatteten Wohnverhältnissen zählt als Wohnungsnotfall (Rosenke 2023: 57–58).

³⁶ Das Verständnis des leiblichen Bewohnens der Welt als anthropologischer Grundbefindlichkeit entwickelt Ngo (2017: 102–109) im Kontext der Entfremdung des leiblich-impliziten Weltbezugs durch rassistische Erfahrungen. Die vorliegende Analyse überträgt ihre Überlegungen in den Kontext der Wohnungslosigkeit.

with difficulty, it also spoke of the effort to avoid or do away with difficulties, hassles, or constraints to the point, at times, of trying to block out everything in seeking a „degree-zero“ way of being. [...] Often the trick was to find a balance between sensory overflow (which could include „hearing voices“) and walking around in a stupor. (Desjarlais 1997: 19)

Das Bewältigen des strapaziösen Alltags der Wohnungslosigkeit scheint demnach mit einer Veränderung der Erfahrungswelt der Betroffenen einherzugehen, die die teils überflutende Menge an sensorischen Reizen auf der Straße durch eine Abschottung oder Reduzierung der Wahrnehmung auf das Nötigste reduzieren, indem sie einen „Nullpunkt“ der Erfahrung herstellen wollen. Während dieser „Nullpunkt“ in der klassischen Phänomenologie jedoch gerade den Ausgangspunkt der leiblichen Aktivität darstellt, bildet er hier den Rückzugsort vor den Gefahren und der Reizüberflutung des Alltags. Betroffene beschreiben das langfristige Ausgesetzt-Sein gegenüber dieser Situation als eine deutliche Veränderung des Selbsterlebens:

A part of you dies on the street. Your spirit dies. You lose the wanting to live inside, the wanting to talk with someone. That part dies too [...]. Once you're outside, you can't come back inside. You can never be the same, or talk or live inside [again]. [...] You lose everything but a sense of survival (Desjarlais 1997: 122)

The drudgery of their lives makes them lifeless. There's just a skeleton there, a frame. [...] These people are the barest, the most simplest, you see what I mean? There's no life to them, no spirituality. [...] There's no transactions here [...]. (Desjarlais 1997: 21)

Wohnungslosigkeit scheint somit, ähnlich zur Schizophrenie, die psychische Verfasstheit der Betroffenen anzugreifen. Die Betroffenen erleben einen teilweise Identitätsverlust und Bereiche psychischen Erlebens werden unzugänglich. Das subjektive Erleben wird auf ein Minimum reduziert, um überleben zu können und mit der Reizüberflutung des Lebens auf der Straße umgehen zu können. Die Betroffenen werden als „passive Zuschauer“ (Knack et al. 2022: 151) des als mächtig beschriebenen Alltags auf der Straße dargestellt, die sich nur über einen Rückzug auf ein Minimum der Erfahrung retten können, um mit der Reizüberflutung und den Gefahren des Lebens auf der Straße umgehen zu können. Hierin liegt eine Ähnlichkeit zu einem zentralen Aspekt des schizophrenen Erlebens, nämlich der erlebten Ohnmacht gegenüber äußeren Einflüssen als Folge eines zunehmenden Verlusts des vitalen Kontakts mit sich und der Umwelt:

Schizophrenia is an experience of utter powerlessness [...]. The event of psychosis is essentially an invasion by this other, making it impossible to the

subject to be in a continuous presence to things and persons. (Kristensen 2018: 176, 177)

Darüber hinaus spiegelt sich jenes Verschwinden der personalen Identität auch in der Sprache wider, wie Desjarlais bemerkt: Es gibt einen Fokus auf Pronomen der ersten und zweiten Person Singular: „Ich‘ oder ‚Du‘“, was auf die extreme Vereinzelung der Wohnungslosigkeit verweist: „life on the street was dramatically subjective, personal, and singular.“ (Desjarlais 1997: 123) Es gibt bei den Betroffenen natürlich weiterhin ein Selbsterleben, nur fehle diesem eine Vielzahl von Eigenschaften, die mit einem umfassenden Verständnis personalen Selbsterlebens (Fuchs 2020d) einhergehen:

There was surely a sense of selfhood – of a reflexive, embodied 'I' – but that self was sometimes stripped of the social, moral, and linguistic connotations inherent in American ideas of personhood (Desjarlais 1997: 125).

Dies versteht Desjarlais (1997: 125) als „Depersonalisation“ und sieht dies als Reaktion auf den Umgang der sozialen Mitwelt mit auf der Straße lebenden Menschen an, die nur allzu häufig als unsichtbar wahrgenommen und dadurch ignoriert werden: „I hate it [...]. We don't even exist for most people.“ (Luhmann 2007: 158). Die Betroffenen werden infolge des „big ignore“ (Luhmann 2007: 157) zu einer „person of no existence“ (Mullins, zit. nach Desjarlais 1997: 125). Diesen Blick, der Betroffene von Wohnungslosigkeit unsichtbar macht, kann wie folgt beschrieben werden:

In trying to skirt any engagement, people often disregard panhandlers or street dwellers, treating them as shadowy untouchables to be overlooked. The inattention, which often comes close to a lasting, ritualized excommunication, can add to a dweller's sense of being a ghostly nonperson, absent and silent in the world of others. (Desjarlais 1997: 125)

For most people, these people standing around on the sidewalk, particularly people with bags or stuff, are people to be avoided and overlooked. They may be dangerous. They may beg. They may want and need something that the middle-class passerby does not want to give them. And so they don't exist in our vision. We look through and over them. That is a social encounter with a stinging defeat (Luhmann 2007: 158)

Diese soziale Unsichtbarkeit macht Luhmann zufolge den Charakter des *Social Defeat* in der Wohnungslosigkeit aus. Er stellt einen dramatischen Verlust intersubjektiver Anerkennung dar, der das Selbstverhältnis der Betroffenen zu verändern scheint. Honneth (2003b) zufolge sind Menschen auf die Anerkennung ihrer Eigenschaften und Verhaltensweisen angewiesen, um ein positives Selbstverhältnis zu entwickeln, das ihnen selbstbestimmtes Handeln ermöglicht. Nur durch die positive Bestätigung unserer individuellen Bedeutung für Andere, der Zuschreibung als Träger*in allgemeiner Rechte

sowie der Bestätigung unserer Fähigkeiten und Vermögen sei die Existenz als Person in modernen Gesellschaften denkbar (Honneth 2011). Das Unsichtbarwerden der eigenen Person, wodurch man nicht mehr als man selbst wahrgenommen wird, geht in der Wohnungslosigkeit einher mit einem regelrechten Verschwinden der eigenen Person.

Ebenjene Erfahrungen verändern auch den Charakter der Intersubjektivität selbst. Aus dem Ideal des „being with“ in Anerkennungsbeziehungen, das Jessica Benjamin beschreibt, wird ein „struggling along“, in dem das Vertrauen in eine gerechte Welt, in der alle Personen gemeinsam leben können, verloren zu gehen scheint: „You don't know if they're gonna be living the next day. [...] People die.“ (Luhmann 2007: 155, 159). Es herrscht ein täglicher Kampf um das pure Überleben: „Nobody gives a damn about me, so I don't give a damn about nobody.“ (Desjarlais 1997: 123). Dieser Kampf wird weniger mit anderen Personen denn mit „der Straße“ selbst geführt, die als selbstständiger Akteur beschrieben wird, dem sich die Betroffenen ausgesetzt sehen:

[I]nguistically and politically, a person was more patient than agent, with "the street" assuming a direct agency at times. The street made you feel lonely and afraid, or made you feel like crying. People on the streets didn't do things so much as have things happen to them. A person passively accepted or responded to the forces of the street more than he or she actively engaged with or challenged them. (Desjarlais 1997: 123)

Der Austausch mit Anderen wird von Desjarlais als „monologisch“ beschrieben, da die Betroffenen bereits tief in einer eigenen Lebenswelt stecken, aus der die Rückkehr in eine für andere verständliche Kommunikation immer schwerer wird (Desjarlais 1997: 172–176). Der „vitale Kontakt“ mit der sozialen Mitwelt, der *Common Sense* (Thoma 2018) geht durch das veränderte Selbsterleben im „struggling along“ schrittweise verloren:

Stuart was failing to make himself understood at that moment [...] If he [...] was to make more sense, he would need to be aware of a vivid present. The statements thus worked to anchor all involved in the same world of time and meaning, although in the end Stuart's speech became even more monological. (Desjarlais 1997: 176).

Hierin liegt eine weitere Ähnlichkeit zur schizophrenen Erfahrung: Die von Desjarlais beschriebene monologische Sprache sowie die Selbstgespräche scheinen Ausdruck eines kompensatorischen und hyperreflexiven Bezugs auf die eigene Erfahrungswelt zu sein, deren präreflexiver Vollzug im Hintergrund beeinträchtigt ist.

Nicht zuletzt scheint auch eine Veränderung des Zeiterlebens stattzufinden – und zwar in der Form, dass die Zeit dahinfließt ohne eine erlebte zeitliche Struktur. Das Zeiterleben

sei „vage“, „wie im Traum“, ohne „Narrative“, stattdessen besteht sie aus einzelnen, unverbundenen Episoden mit allgemeinen Fakten wie „Peter wurde einmal zusammengeschlagen“ (Desjarlais 1997: 210, 127, Übers. L. I.-D.). Die Ursache hierfür sieht Desjarlais im monotonen und zugleich überflutenden Alltag des Lebens auf der Straße, bei der Personen häufig mehrere Stunden an einem Ort verbringen, ohne dass hierbei eine aktive Handlung – oder in der Sprache der Phänomenologie, ein *intentionaler Bogen* – initiiert wird:

The dominant chronotope of the street was one of drifting unmoored, with few clearly demarcated events or places. People measured time and moved through space according to usually intractable constellations of power, bodies, concerns, and eventualities. They did not so much do as have things done to them. In the shelter, people were more the agents of their lives. They acted and moved about in predictable, clearly defined expanses of time and space, with the „whys“ and “wherefores” of such actions more readily at hand. (Desjarlais 1997: 128)

Bereits Desjarlais (1997: 126) weist hierbei auf die Ähnlichkeit zum schizophrenen Zeiterleben hin und zitiert hierfür Sass (1992: 156), der hinsichtlich des Zeiterlebens von Schizophrenie-Betroffenen von einer Art Stillstand der impliziten Zeit spricht, der von einer Aneinanderreihung von Momenten statt eines Zeitflusses gekennzeichnet sei.³⁷ Auch die Psychologin Dagmara Lutoslawska beschreibt anhand ihrer klinischen Erfahrungen in der psychologischen Beratung von Obdachlosen dieses Phänomen:

Ich glaube, eine große Herausforderung für das Arbeiten auf der Straße ist das eigensinnige Zeitverständnis vieler wohnungsloser Menschen. Oft kommt jemand und fragt nach einem Schlafsack oder einer Information. Dauert die Besorgung länger als ein paar Minuten, ist die betreffende Person oft schon wieder verschwunden, als die Mitarbeiterin mit dem Gewünschten zurückkommt. [...] Immer ist alles dringend, das macht es schwerer, seinem eigenen Rhythmus zu folgen. [...] Für viele obdachlose Menschen findet alles im Jetzt statt, Vergangenheit und Zukunft scheinen sich aufzulösen, man könnte das ein „situatives Zeitempfinden“ nennen. (Lutoslawska 2023: 231–232)

³⁷ „It has been found, for example, that schizophrenics tend [...] to speak in ways that emphasize the static and deemphasize the dynamic and emotional aspects of the world, thereby evoking a universe more dominated by objects than by processes or actions (patients with affective psychoses do the opposite). That these are not merely surface features of a particular linguistic style, but reflective of something about the actual experiences of such patients, is suggested by numerous self-reports in which schizophrenics speak, for example, of the immobility of time, of the loss of past and future, or of the difficulty of arranging remembered events in the correct order.“ (Sass 1992: 156)

Abschließend zeigt sich in verschiedenen Forschungsarbeiten hinsichtlich des Selbsterlebens von Menschen in der Wohnungslosigkeit, dass sie das Leben auf der Straße zwar dramatisch und bedrohlich erleben, es für sie jedoch noch bedeutend schlimmer wäre, wenn sie „verrückt“ würden (Desjarlais 1997: 110–111; Estroff 1985; Luhrmann 2007):

To be „crazy“ is to be isolated, vulnerable, disliked, unreachable: what you fear may happen to you if you stay out there too long. To be on the street is to face continual Social Defeat; to be crazy is a direct representation of what that can do to your mind. „To be mentally ill and homeless,“ another woman said to me one afternoon, shaking her head, „you really can’t get much worse off than that.“ (Luhrmann 2007: 162)

Derartige Befunde verweisen erneut auf die hohe Stigmatisierung, die mit einer psychiatrischen Diagnose wie der Schizophrenie in westlichen Gesellschaften einhergeht (Schomerus et al. 2022).

5.4 Zwischenfazit: Schizophrenie und Social Defeat

In diesem Kapitel wurde in drei Schritten die These vertreten, dass soziale Erfahrungen einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung schizophrener Erlebens haben können. In einem ersten Schritt wurden epidemiologische Befunde dargestellt, die Hinweise auf die Bedeutung sozialer Faktoren wie Armut, Migration, Urbanität oder Traumata als Risikofaktoren für die Entstehung von Schizophrenien geben. In einem zweiten Schritt wurde ein theoretisches Modell vorgestellt, das die Gemeinsamkeit jener Befunde in der wiederholten Erfahrung sozialer Ausgrenzung und des Scheiterns in Interaktionen mit Anderen sieht (*Social Defeat*). Die Erfahrung des *Social Defeat* kann als Form der Missachtung und somit des Fehlens von Anerkennung begriffen werden, was Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen haben kann und zusätzlich die Grundlagen demokratischen Zusammenlebens angreift. In einem dritten Schritt wurden Beispiele des *Social Defeat* phänomenologisch analysiert und Ähnlichkeiten zum schizophrenen Erleben aufgezeigt.

Gemeinsam ist den Erfahrungen des *Social Defeat*, dass sie mit einer Veränderung des Selbsterlebens und einem hyperreflexiven, objektifizierenden Umgang mit sich selbst und der Welt einhergehen, was auch eine Veränderung des Kontakts mit der sozialen Mitwelt und der Zeiterfahrung bedingen kann. Konkret äußert sich die Erfahrung des *Social Defeat* dahingehend, dass die Betroffenen zu passiven Betrachter*innen (Knack et al. 2022) des um sie herum Geschehenden werden, auf das sie keinen Einfluss haben. Auf der Basis dieser phänomenologischen Analyse erscheint die Hypothese plausibel, dass Situationen des *Social Defeat* in der Erfahrungsstruktur Ähnlichkeiten zum Erleben

in der Schizophrenie aufweisen, konkret zur Veränderung des basalen Selbsterlebens, der gelebten Zeitlichkeit sowie der Erfahrung Anderer. Die Folge der sozialen Exklusion ist in jedem Fall, dass die damit einhergehenden schwierigen Erfahrungen nicht mit anderen geteilt werden können. Dies kann darauf hinweisen, dass wiederholte Erfahrungen sozialer Missachtung die Entstehung von Schizophrenien begünstigen, wenngleich an dieser Stelle keine Kausalschlüsse gezogen werden können (Wilde 2022). Die Beantwortung der Frage, bei wem und aufgrund welcher biopsychosozialer Faktoren Erfahrungen des *Social Defeat* jedoch psychotisches Erleben hervorrufen, bleibt weiteren empirischen Untersuchungen vorbehalten.

6 Anerkennung in psychosozialen Hilfsangeboten für Schizophrenien

In diesem Kapitel der Arbeit werden gegenwärtige psychosoziale Hilfsangebote für Schizophrenien mithilfe des hier gewonnenen Analyserasters analysiert: Es wird untersucht, inwiefern in ihnen eine Haltung der Anerkennung zum Ausdruck kommt und ob in ihnen wechselseitige Beziehungen der Anerkennung gefördert werden. Zuerst wird der milieutherapeutische Ansatz von Soteria-Einrichtungen vorgestellt, deren zentraler therapeutischer Wirkfaktor das *Dabeisein* in der Psychoseerfahrung ist (Mosher et al. 1994; Nischk und Gekle 2022). Anschließend wird auf die sich ähnelnde Grundhaltung verschiedener Ansätze der Psychosen-Psychotherapie eingegangen. Danach wird die modifizierte psychodynamische Psychosen-Psychotherapie vertieft vorgestellt, in der ebenfalls eine strukturierende, haltende Begleitung in akuten Psychosen empfohlen wird, bevor in einem späteren Schritt klassische psychodynamische Behandlungstechniken eingesetzt werden. Abschließend wird auf den Trialog eingegangen, den gleichberechtigten Austausch von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen über Themen im Kontext der Psychiatrie. Im Trialog kommt eine spezifische Form der kognitiven Anerkennung zum Tragen, die phänomenologisch beschrieben wird. Anhand dieser phänomenologischen Analysen wird aufgezeigt, dass intersubjektive Anerkennung eine zentrale Bedeutung bei der Therapie basaler Selbststörungen in der Schizophrenie besitzen kann.

6.1 Soteria

Ein Beispiel für psychosoziale Hilfsangebote, in denen Anerkennung im hier verstandenen Sinne von zentraler Bedeutung ist, stellen Soteria-Institutionen dar. Die erste *Soteria*-Einrichtung (altgriechisch für Rettung, Heil oder Bewahrung) wurde 1971 in San Jose, Kalifornien, von Loren Mosher gegründet. Der therapeutische Ansatz liegt in einem begleitenden, haltenden und nicht-wertenden Umgang von Psychoseerfahrungen, dem sog. *being-with* (dt. Dabeisein), in dem die sozialen Beziehungen in einem ruhigen, alltagsnahen therapeutischen Milieu von zentraler Bedeutung sind (Ciompi et al. 2011; Mosher et al. 2004

).³⁸ Medikamentöse Therapien ebenso wie Zwangsmaßnahmen werden im ursprünglichen Konzept so weit wie möglich vermieden. Menschen mit leidvollen

³⁸ Mosher nimmt in seinen Ausführungen jedoch keinen Bezug auf das in den 1980 Jahren von Daniel Stern entwickelte Konzept des Dabeiseins (*being with*), das seitdem in der psychodynamischen Entwicklungspsychologie und Therapieforschung eine zentrale Rolle spielt (Reis 2018). Gemeint sind hiermit frühe Beziehungen zwischenleiblicher Resonanz und affektiver Abstimmung, die spätere Beziehungserfahrungen als *schemes of being with* implizit prägen (Stern et al. 2002).

Psychoseerfahrungen sollen in einem stabilisierenden Milieu genesen, indem sie durch alltagsnahe Tätigkeiten und positive Beziehungserfahrungen in der Soteria-Einrichtung schrittweise in die gemeinsame Lebenswelt zurückfinden. Von zentraler Bedeutung in Soteria-Einrichtungen ist die Haltung gegenüber den Betroffenen: Statt ein biologisches Krankheitsmodell anzunehmen wird auf die Sinnhaftigkeit der jeweiligen Psychosenerfahrung abgehoben, die vor dem Hintergrund der Biographie der Betroffenen und ihres sozialen Kontextes zu verstehen versucht wird. Diesem individuellen Sinn kann im gleichberechtigten Austausch mit den Betroffenen nachgegangen werden, statt die Psychose als vornehmlich pathologisches Phänomen aufzufassen. Der Soteria-Ansatz ist ressourcenorientiert und versucht, die Stigmatisierung der Betroffenen zu vermeiden. Hierfür ist auch der Einsatz von sog. Laienhelfer*innen bedeutsam, nämlich Mitarbeiter*innen, die selbst keine medizinische, psychologische oder pflegerische Ausbildung haben, sondern vor dem Hintergrund ihrer biographischen Erfahrungen unvoreingenommen und jenseits professioneller, psychiatrischer Denk- und Verhaltensmuster mit den Betroffenen in Kontakt treten (Vgl. Mosher et al. 1994; Nischk und Gekle 2022).

Das Soteria-Konzept stellt Anfang der 1970er Jahre eine deutliche Abkehr vom Modell der stationären Behandlung in Krankenhäusern dar (Mosher 2011: 15–18; Mosher und Burti 1994: 12–16), weswegen Moshers Soteria-Konzept immer wieder als antipsychiatrisch beschrieben wird (Ciompi 2011: 46; Hoffmann und Voss 2017: 874–875). Dies stellt jedoch ein Missverständnis dar (Mosher und Burti 1994: 35), da die ursprüngliche Soteria-Institution in San Jose ein Forschungsprojekt des Zentrums zur Erforschung der Schizophrenie – dessen Leiter Mosher war – des US-amerikanischen *National Instituts of Mental Health* in Zusammenarbeit mit dem *Mental Research Institute* (MRI) in Palo Alto, Kalifornien war. Von diesem Institut war bereits zuvor als Geburtsort eines systemischen Verständnisses der Schizophrenie die Rede (Vgl. Kap. 2). Mosher wollte angesichts der aus seiner Sicht unbefriedigenden Behandlungsergebnisse schizophrener Patient*innen auf den hierarchisch strukturierten psychiatrischen Stationen einen anderen therapeutischen Ansatz wissenschaftlich erforschen (Mosher et al. 2004; Mosher 2011).

Den historischen Kontext des Soteria-Konzepts bildet die internationale Psychiatriekritik der 1960er Jahre, in der die hierarchischen, teils repressiven und einseitig medikamentösen Aspekte gegenwärtiger psychiatrischer Behandlung kritisiert wird (Heldt 2017). Theoretische Bezugspunkte des Soteria-Konzepts sind historische, milieutherapeutische Ansätze wie das *moral treatment* (s. Kap. 2), die phänomenologischen Ansätze von Edmund Husserl oder Medard Boss (s. Kap. 3) sowie psychodynamische Ansätze zum Verständnis schizophrener Erfahrungen wie von Harry

Stack Sullivan oder Frieda Fromm-Reichmann (Mosher et al. 2004: 11–44; Mosher 2011). So geht es beispielsweise Sullivan in seinem interpersonellen Verständnis der Schizophrenie darum, den biographischen Hintergrund der jeweiligen Psychose und das schizophrene Erleben und Verhalten als Ausdruck einer Überforderung des Umgangs mit gegenwärtigen sozialen Beziehungen zu verstehen. Diese Überforderung wurzelt in frühen biographischen Erfahrungen habe sich in der psychischen Struktur der Betroffenen festgesetzt (Sullivan 1980). Nicht zuletzt stellt eine Psychose für Sullivan eine Möglichkeit dar, Einblick in unbewusste Wünsche oder Erfahrungen zu erhalten – eine Einsicht, die er mit dem phänomenologischen Verständnis der Schizophrenie von Ronald D. Laing (1976) teilt. Dessen gemeindepsychiatrische Arbeit lernte Mosher im Rahmen eines Forschungsstipendiums 1966-1967 in Laings therapeutischer Gemeinschaft Kingsley Hall in London kennen und wurde maßgeblich von ihr geprägt (Mosher 2011). Letztlich bezeichnet Mosher den theoretischen Hintergrund der Soteria als *interpersonelle Phänomenologie*: Er will damit Sullivans psychodynamisch-interpersonelles Verständnis einer Psychose mit dem unvoreingenommenen Blick der Phänomenologie auf die schizophrene Erfahrung verbinden.

Die erste Soteria-Institution eröffnete 1971 und begleitete bis 1983 Menschen mit Psychoseerfahrung. Parallel dazu lief eine Kontrollgruppe auf einer psychiatrischen Station ebenfalls in San Jose. Eine weitere Soteria-Institution (*Emanon*) innerhalb des initialen Forschungsprojektes lief von 1974-1980 in San Francisco (Mosher et al. 2004: 103–124). Beide Soteria-Institutionen befanden sich in Wohnhäusern innerhalb gewöhnlicher Nachbarschaften und nicht in der Nähe einer psychiatrischen Klinik. Nach einigen Jahren mussten beide Soteria-Häuser aufgrund fehlender Finanzierung schließen. Seit 1984 existiert in Bern (Schweiz) eine Soteria-Einrichtung, die durch den Psychiater Luc Ciompi begründet wurde und explizit an die Ideen der US-amerikanischen Soteria-Einrichtungen Moshers anknüpft. Allerdings verstand sich die Berner Soteria von Beginn an als weniger restriktiv bei der Gabe antipsychotischer Medikation (Ciompi 2011).³⁹ In der Folge entstanden international, aber insbesondere im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl von Soteria-Einrichtungen sowie psychiatrische Stationen mit Soteria-Elementen, d.h. der Integration zentraler therapeutischer Elemente des Soteria-Konzepts (Holger Hoffmann 2017; Hoffmann und Voss 2017; Nischk und Gekle 2022).

³⁹ Interessanterweise versteht Ciompi (2011: 66) die Wirkung des therapeutischen Milieus von Soteria-Einrichtungen als „*neuroleptikaartig – freilich ohne die entsprechenden Nebenwirkungen*“, da deren einladende, normalisierende Atmosphäre (H. Hoffmann 2017) und die haltenden therapeutischen Beziehungen ebenso zur Reduktion affektiver Spannungszustände im limbischen System führe wie pharmakologische Interventionen.

Zentrale Elemente zeitgenössischer Soteria-Einrichtungen bzw. Stationen mit Soteria-Elementen sind in der sog. *Soteria-Fidelity-Scale* zusammengefasst (Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS) 2023): Zwangsbehandlungen sind zwingend zu vermeiden, während die neuroleptische Medikation leitliniengerecht möglichst niedrig durchgeführt oder ganz vermieden werden soll; die Soteria-Einrichtung soll in ihrer Atmosphäre wenig an eine klassische Klinikstation erinnern und im besten Falle vor Ort in der Gemeinde liegen; es soll eine 1:1-Begleitung in einer reizarmen Umgebung (z.B. einem „weichen Zimmer“) mit kontinuierlichen Bezugspersonen angeboten werden, wobei die Beziehungen im besten Fall auch über den konkreten Aufenthalt Bestand haben sollen, beispielsweise im Sinne einer therapeutischen Nachsorge. Alltägliche Aktivitäten wie das Kochen, Putzen, Einkaufen oder die Gartenarbeiten sollen gemeinsam durchgeführt werden, über die Therapieplanung soll ein kontinuierlicher, gleichberechtigter Austausch stattfinden, im therapeutischen Team sollen möglichst flache Hierarchien existieren sowie Laien- oder Peer-Mitarbeiter*innen integriert werden. Die Wirksamkeit von Soteria-Einrichtungen bzw. Stationen mit Soteria-Elementen wird in verschiedenen Studien beschrieben (Calton et al. 2008; Fabel et al. 2023; Hoffmann 2011; Hurtz und Brieger 2017). Ganz allgemein zeigt sich in diesen randomisiert-kontrollierten Verlaufsstudien, dass Betroffene in einer Soteria-Einrichtung einen ähnlichen Therapieerfolg erwarten können wie in einer regulären stationären Behandlung, wobei in Soteria-Einrichtungen eine geringe Medikamentendosis in der Behandlung eingesetzt wird. Dieser Befund spricht für die hohe Bedeutung des therapeutischen Milieus und der Atmosphäre von Soteria-Einrichtungen. Somit können Soteria-Einrichtungen und Stationen mit Soteria-Elementen ein wichtiger Bestandteil der psychosozialen Versorgung von Schizophrenen sein (Nischk und Gekle 2022), da sie aufgrund ihres milieuthérapeutischen Wirkfaktors der Empfehlung der aktuellen Leitlinie Schizophrenie-Behandlung Rechnung tragen, die sich für einen möglichst kurzen Einsatz einer möglichst geringen Dosis antipsychotischer Medikation aussprechen (DGPPN 2019b).

Insbesondere psychiatrischen Stationen mit Soteria-Elementen wird heute eine hohe Relevanz für die psychiatrische Versorgung zugesprochen (Friedlander et al. 2022; Nischk und Gekle 2022; Wolf et al. 2021): Während in Moshers Soteria-Einrichtungen noch eine längere Behandlungsdauer von mehreren Monaten vorgesehen war, scheinen Stationen mit Soteria-Elementen in der Regelversorgung eher die Behandlungsdauer zu verkürzen, und das bei geringerer antipsychotischer Medikation und ähnlichem Behandlungsergebnis (Fabel et al. 2023). Auch hinsichtlich des heute wichtigen Themas der Zwangsvermeidung (DGPPN 2018) scheinen Stationen mit Soteria-Elementen mit

einer deutlich geringeren Anzahl an Zwangsbehandlungen und Fremdaggressionen in der Routineversorgung einherzugehen (Fabel et al. 2023; Wolf et al. 2021).

6.1.1 Haltung der Anerkennung in der Soteria

Es ist daher von hoher Relevanz für die psychiatrische Versorgung, die spezifischen Wirkfaktoren von Soteria-Einrichtungen zu verstehen (Nischk und Gekle 2022; Nischk und Rusch 2019). Dies geschieht im Folgenden aus der Perspektive der zuvor erarbeiteten Phänomenologie der Anerkennung, in der zwischen Anerkennung als Haltung und Anerkennung in Beziehungen unterschieden wurde (s. Kap. 4). Korrespondierend hierzu lassen sich in Mosher's Konzeption der Soteria eine phänomenologische Haltung sowie eine spezifische Form der Beziehungsgestaltung identifizieren: das *Dabeisein*.

In Abgrenzung von einem medizinischen Krankheitsmodell entwickelt Mosher ein eigenes Verständnis schizophrener Erfahrungen in der Soteria:

Was wir hingegen vorschlagen, ist eine andere Einstellung oder Haltung: Wir treten entschieden für einen phänomenologischen Zugang zur Schizophrenie ein, also für den Versuch, die Erfahrungen eines Psychotikers zu verstehen und sie zu teilen, ohne sie gleich zu beurteilen, zu etikettieren, in Frage zu stellen oder abzuwerten. (Mosher und Menn 1985: 106)

Statt jene als „unverständlich“ zu deklarieren, wird schizophrener Erleben als Reaktion auf extreme psychosoziale Stressoren (Mosher et al. 2004: 23–24). Bei Mosher wird die Psychose selbst als „Potential für ein seelisches Wachstum anerkannt“, was ermögliche,

den Menschen, der eine schizophrene Reaktion erlebt, zu ertragen, sogar mit ihm zu leben, in Beziehung zu ihm zu stehen und ihn anzuerkennen, ohne ihn zu ‚behandeln‘ oder ihn nur die Erwartungen des Personals erfüllen zu lassen. (Mosher und Menn 1985: 111).

Somit geht das Soteria-Konzept zwar von einer „konventionellen Realität aus, wobei es zugleich das Recht des einzelnen auf eine eigene Wirklichkeit anerkannte.“ (Mosher et al. 1994: 12). Das impliziert ein ressourcenorientiertes Verständnis des psychotischen Gegenübers, das bei der Integration der Psychoseerfahrung begleitet werden soll. Wie später Erich Wulff (1995) erkennt Mosher mit seiner offenen Haltung in der Unverständlichmachung des schizophrenen Ausdrucks eine Botschaft an, die in einer „Therapie der Wiederanerkennung“ (Wulff 1995: 196) gemeinsam verstanden werden kann.

In dieser Grundhaltung unterscheidet sich das ursprüngliche Soteria-Konzept bis heute von einem vornehmlich biologischen Krankheitsverständnis in der Psychiatrie, was Mosher mit dem Begriffsgegensatz *be with* und *do to* auf den Begriff bringt (Mosher et

al. 1994: 16): Statt etwas für die Patient*innen zu tun, wie es auf einer Krankenhausstation der Fall wäre, z.B. ein Therapieangebot zu machen oder eine Visite abzuhalten, geht es im Soteria-Ansatz darum, gemeinsam mit den Betroffenen zu sein und gemeinsam mit ihnen alltägliche Handlungen auszuführen (*do with*) (Nischk und Rusch 2019). Dies stärke sowohl die Selbstwirksamkeit der Betroffenen und verringere die Stigmatisierung ihres Erlebens (Ciompi 2011).

Damit einher geht jedoch ein anderes Rollenverständnis der Mitarbeitenden in einer Soteria-Einrichtung: Diese sollten ihr Gegenüber als potentiell gleichberechtigt anerkennen und die Bereitschaft zeigen, mit ihm in eine aufrichtige zwischenmenschliche Beziehung zu treten (Mosher et al. 1994: 16). Dies bedeutet, dass in der Soteria klassische therapeutische Maßnahmen als für den Genesungsprozess zumindest problematisch angesehen werden, beispielsweise formale Psychotherapie-Sitzungen, das Dokumentieren der Tagesvorkommnisse oder die formale Therapieplanung und das Fallmanagement (Mosher et al. 2004: 7). Mosher et al. (1994: 88) nennen als typische gemeinsame Aktivitäten Kochen und Backen, Gartenarbeit, Streichen oder Umdekoriern der Soteria-Einrichtung, Malen und Tonarbeiten, Sportaktivitäten wie Basketball, Tennis oder Baseball sowie Ausflüge zu lokalen Parks, Kinos oder Stränden. Die täglichen Aktivitäten einer Soteria-Einrichtung in Gütersloh (Kroll 1998: 99) umfassten „zentrale Begegnungspunkte – wie Morgenrunde, Psychosegruppe(n), Stationsversammlung und Kaffeerrunde“, „spontane, mehr informelle Aktivitäten“ wie „Ausflüge, Essengehen, Disco- und Kinobesuche [...], spazieren- oder einkaufengehen.“

6.1.2 Dabeisein als wechselseitige Anerkennung

Dabei bildet das (Wieder-)Eintreten in interpersonelle Beziehungen im ursprünglichen Soteria-Konzept den zentralen therapeutischen Wirkfaktor: „In der Tat lag der tiefere Sinn des Soteria-Programms hauptsächlich darin, Menschen zum Aufbau langfristiger Beziehungen zusammenzubringen.“ (Mosher et al. 1994: 18). Ein Bewohner schildert den Start dieses Beziehungsaufbaus so: „Die kommen auf einmal an: ‚Haben Sie Lust?‘“ (Kroll 1998: 99). Diese Beziehungen sollten durch eine Bindung an die Soteria-Institution auch über die Dauer des Aufenthalts hinausgehen. Dabei unterscheidet Mosher – wie auch Jessica Benjamin (2017: 24–26) – zwischen komplementären und symmetrischen Beziehungen, d.h. zwischen sich ergänzenden Beziehungen, die immer auch das Risiko von ungewollten Hierarchien oder Machtbeziehungen in sich bergen, und gleichberechtigten, wechselseitigen Beziehungen, die Benjamin als Beziehungen der Anerkennung beschreiben würde (Mosher et al. 1994: 11–13).

Während zu Beginn der Behandlung durchaus komplementäre Beziehungen vonnöten seien, um eine Person in ihrer Psychoseerfahrung zu begleiten, werden symmetrische

Beziehungen im Behandlungsverlauf immer wichtiger, um Betroffene mit „echten“ Beziehungen in Kontakt zu bringen, die sie auf den Alltag außerhalb der Soteria vorbereiten. Mosher unterscheidet drei Phasen des *Dabeiseins* (Mosher et al. 1994: 66–68)

- 1) Im ersten Stadium in der akuten psychotischen Krise ist ein unterstützender, aber zugleich akzeptierender, engmaschiger Kontakt vonseiten der Mitarbeiter*innen geboten, häufig im 1:1-Kontakt und teilweise über einen mehrwöchigen Zeitraum.⁴⁰
- 2) Im zweiten Stadium gehe es um den schrittweisen Beziehungsaufbau innerhalb der Soteriaeinrichtung mithilfe gemeinsamer alltäglicher Aktivitäten. Die Rolle der Mitarbeiter*innen sei hier etwas distanzierter und beschränke sich auf die Validierung der gemachten neuen Erfahrungen und die Motivation zu Aktivitäten mit Anderen in der Soteria-Einrichtung
- 3) Das dritte Stadium ist durch eine Wendung hin zur sozialen Welt außerhalb der Soteria-Einrichtung gekennzeichnet. In dieser Phase werden die Beziehungen zwischen den Betroffenen und den Mitarbeitenden zunehmend symmetrisch, sie umfasst Aktivitäten außerhalb der Soteria-Einrichtung, in der die Grenzen zwischen Mitarbeiter*innen und Betroffenen sich verlieren.

Das *Dabeisein* im Sinne Moshers kann als Ausdruck von Beziehungen der Anerkennung im Sinne Benjamins begriffen werden, die sich je nach Behandlungsphase in der Soteria unterscheiden. Dabei betont Benjamin, dass, sowohl therapeutisch wie auch gesellschaftlich, Beziehungen der Anerkennung gegenüber komplementären Beziehungen von vorrangiger Bedeutung sind. Anerkennungsbeziehungen sind für Benjamin (2019) wie oben ausgeführt (s. Kap. 4) zentral für die Ermöglichung von gleichberechtigter Selbstbestimmung und das Leben in einer pluralistischen, demokratischen Gesellschaft. Ganz in diesem Sinne wurde das Soteria-Konzept von der WHO kürzlich ebenfalls als menschenrechtsorientiertes, zwangsvermeidendes, partizipatives und gemeindeorientiertes Therapiekonzept beschrieben (World Health Organization (WHO) 2021: 35–46). Diese Horizontalität der Beziehungsstruktur zeigt sich nicht nur zwischen Betroffenen und Mitarbeiter*innen, sondern idealerweise auch unter den Mitarbeiter*innen, was sich wiederum positiv auf die allgemeine Atmosphäre

⁴⁰ Gerade für diese erste Phase wurde in der Soteria-Bern das sog. „Weiche Zimmer“ eingeführt: „Das Weiche Zimmer ist ein Raum, der in größtmöglicher Einfachheit und Reizreduktion nur mit Kissen, Decken und Matratzen ausgestattet ist. Eine feste Begleitperson versucht, sich intuitiv auf die Bedürfnisse des psychotischen Menschen einzustellen und herauszufinden, was hilfreich ist. [...] Die Reize werden auf ein Minimum reduziert: kein Fernseher, kein Radio, kein Handy, weder Zeitungen noch Internet. Das Vermitteln von Geborgenheit, Ruhe, Zuversicht und Vertrauen ist in dieser Phase essenziell. Dies alles hilft, die Dosis der Neuroleptika zu reduzieren.“ (Clare und Hurtz 2017: 893)

auswirke und ein Modelllernen ermögliche, wie die Mitarbeiterin einer Soteria-Station schildert:

Der offene Umgang bei uns miteinander, der gehört einfach dazu. Da wird sich mal angeschnauzt, da wird mal gesagt „Was Du da machst, das paßt mir nicht“, aber es ist immer besprechbar. Und das macht, glaube ich, einen ganz großen Teil dieses Stationsmilieus aus. (Kroll 1998: 101)

Dabei beschreiben Mosher und Kolleg*innen eine Vielzahl von Phänomenen, die mit Benjamins Konzeption von Anerkennungsbeziehungen auf einer Ebene der Zwischenleiblichkeit, der Sprache sowie der Vertrautheit übereinstimmen. So stellt das *Dabeisein* zuvorderst einen zwischenleiblichen Vorgang dar, in dem eine Mitarbeiter*in zusammen mit einer anderen Person ist und mit ihr über einen längeren Zeitraum viel Zeit verbringt, um die psychotische Krise gemeinsam durchzustehen. Dieses erste Stadium des *Dabeiseins* wird in folgendem Erfahrungsbericht beschrieben:

Die eine Nacht kann ich nicht schlafen, und um drei, halb vier habe ich wieder Stimmen gehört. Da habe ich zwei Nächte hier durchgequakt mit I [Nachtschwester]. Morgens um halb fünf sind wir dann aus dem Sessel hochgekrochen vom Fernsehen, und haben uns erstmal bewegt, weil wir nicht mehr sitzen konnten. (Kroll 1998: 113)

Wenn jemand sehr unruhig ist und dauernd rausgehen will, so begleiten wir ihn oder sie, kehren aber bald wieder zurück. Die einen mögen diese ständige nahe Begleitung, erzählen sehr viel. Frühe Erinnerungen tauchen auf, wollen mitgeteilt sein, vermischen sich mit der Gegenwart, die Zeit gerät durcheinander. Wir versuchen, gemeinsam die Ereignisse zu entwirren: Veränderte Empfindungen sind etwas weniger angstmachend, wenn jemand zu verstehen sucht, was mit einem vorgeht. [...] Die Kunst der Begleitung in dieser Phase besteht darin, intuitiv auf die aktuellen Bedürfnisse des einzelnen Menschen in der psychotischen Krise einzugehen, alles unter der übergeordneten Zielsetzung der Beruhigung. (Aebi et al. 1996: 36)

Statt hierbei das Erleben und Verhalten der Betroffenen mithilfe psychiatrischer Begriffe zu strukturieren und somit eine Distanz zwischen Mitarbeitenden und Betroffenen aufzubauen, gehe es in der Soteria um eine schrittweise „Übersetzungsarbeit“ hinsichtlich der Erfahrung der Betroffenen, wie es der ehemalige Leiter der Berner Soteria Michael Broccard (2011: 111) ausdrückt:

Das Wissen darum, dass die gemeinsame Sprache mit jedem Bewohner und jeder Bewohnerin gefunden werden muss, anerkennt auch deren Übersetzungsbemühungen, nämlich das in Worte zu fassen, was sie erfahren haben und was sie jetzt erleben. Die gemeinsame Suche nach dem richtigen, stimmigen Wort, dem im Erleben verankerten Wort – im Gegensatz zur von

Außen aufgedrängten Begrifflichkeit – legt die Grundlage zur Integration der psychotischen Erfahrung. (Broccard 2011: 111)

Diese Form des *Dabeiseins* kann insbesondere helfen, die in der Phänomenologie angenommene basale Veränderung des Selbsterlebens (Sass und Parnas 2003), des intentionalen Handlungsvollzugs und der Intersubjektivität positiv zu beeinflussen (Nischk et al. 2014; Nischk und Rusch 2019): Hinsichtlich des Verlusts der „natürlichen Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg 1971) wird empfohlen, alltägliche Handlungen gemeinsam auszuführen (z.B. das Schneiden von Gemüse beim Kochen): erst solle die Handlung vorgemacht und das eigene Verhalten erklärt werden (z.B. „Jetzt plane ich dies, dann überprüfe ich das.“), bevor die Betroffene jene Handlung selbst schrittweise ausführt und hierbei zuerst auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers explizit achten soll (z.B. „Spüren Sie, wie Ihre Hand x berührt.“ oder „Jetzt haben Sie die Möhren geschnitten, nun müssen wir das Dressing zubereiten.“), bis diese in den Hintergrund tritt. Hierdurch soll ein impliziter Weltbezug gefördert werden (Nischk et al. 2014: 47). Auch soziale Erfahrungen können fokussiert werden: Hierbei sollen die Mitarbeiter*innen auf die Grenzen der Betroffenen achten, vorsichtig gemeinsame Tätigkeiten (z.B. ein Brettspiel, Haushaltstätigkeiten) anbieten und einen implizit-vertrauten sozialen Umgang fördern. Dabei kann und soll immer wieder explizit auf Irritationen oder Fragen eingegangen werden und die eigene Wahrnehmung einer Situation eingebracht werden, sodass verschiedene Perspektiven auf eine Situation wieder eingeführt werden („Sie sehen das so, ich so“, „Mir geht es manchmal auch so“ oder „Vielleicht können wir diese beiden Ideen zusammenbringen.“ (Nischk et al. 2014: 47; Nischk und Rusch 2019: 6). Gemeinsame Handlungen wie auch die Durchführung von vermeintlichen Selbstverständlichkeiten wie Smalltalk seien von zentraler Bedeutung für die Genesung von Psychosen in der Soteria. Ein Beispiel hierfür bietet die Beschreibung eines Schachspiels mit einer Betroffenen:

Besonders Iris hatte durch das Schachspiel eine ungefährliche Struktur für eine wechselseitige Beziehung. Es war weniger wichtig, wer gewann, und während des Spielens passierte eine Menge – manchmal kam es vor, daß zwanzig Minuten kein Zug gemacht wurde, und wir einfach nur geredet haben. Iris fragte, ob ich Lust hätte, Schach zu spielen, und dann fingen wir an miteinander zu sprechen, und sie erläuterte, was gerade bei ihr los war. (Mosher et al. 1994: 88)

Ein anderes Beispiel für einen behutsamen und durch die Beziehungen in der Soteria getragenen Kontakt mit der Außenwelt findet sich in der Schilderung eines Strandbesuchs der Soteria-Bewohner*innen bei Mosher et al. (1994: 65):

Als wir am Strand ankamen, gingen Toni und vier andere aus der Gruppe [Mitarbeiter und Bewohner] zum Wasser runter [...]. Toni verhielt sich unangepaßt: sie bewegte sich mit seltsamen Gesten, die mal zum Tanzen anderer paßten, und mal nicht. Sie sprach auch mit sich selbst, als ob sie Stimmen hörte, und sie äußerte sich zusammenhanglos über das, was sie wahrnahm. Aber sie schien alles zu genießen, und ihre Aufmerksamkeit war durch ihre Begleiter und ihr inneres Geschehen absorbiert, so daß sie die Leute am Strand nicht bemerkte (und diese sie auch nicht).

Der schrittweise, erst explizite und dann zunehmend automatisierte Aufbau eines impliziten Aufbaus von Vertrautheit mit der Welt und Vertrauen in die soziale Welt durch positive Alltagserfahrungen sind die zentralen Wirkmechanismen des *Dabeiseins*. In phänomenologischen Konzeptionen hierzu bilden die „Vertrautheit mit der Welt und [das] Vertrauen in andere [...] gleichursprüngliche und nicht voneinander zu trennende Grundlagen der Lebenswelt.“ (Fuchs 2015b: 101). Es erscheint aus dieser theoretischen Perspektive folgerichtig, dass der Soteria-Ansatz, der bereits im Namen die Idee der Geborgenheit trägt, die Wiederherstellung jener impliziten Vertrautheit mit der Welt und des Vertrauens in die Umwelt als einen zentralen Aspekt schizophrener Erlebens fokussiert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Anerkennung eine zentrale Rolle im milieutherapeutischen Umgang mit schizophrenen Erfahrungen in der Soteria spielt. Anerkennung als Haltung bildet die Grundlage für eine positive, ressourcenorientierte Atmosphäre, die die psychosozialen Faktoren der Entstehung schizophrener Erlebens betont und hierbei auch dem gegenwärtigen Forschungsstand zur hohen Relevanz psychosozialer Risiken für die Entstehung von Schizophrenien entspricht (s. Kap. 5, vgl. van Os et al. 2010). Darüber hinaus kann Anerkennung als wesentlicher Bestandteil des *Dabeiseins*, des begleitenden und normalisierenden Umgangs mit der Psychoseerfahrung und deren Integration in eine gemeinsame Lebenswelt, verstanden werden. Auf der Basis einer unterstützenden, haltenden, zwischenleiblichen Präsenz gerade zu Beginn der psychotischen Krise wird eine schrittweise Integration der Psychoseerfahrung und ein Aufbau sozialer Beziehungen innerhalb und später auch außerhalb der Soteria möglich. Von zentraler Bedeutung sind kontinuierliche Beziehungen zum Aufbau von Vertrauen in Andere sowie alltägliche Aktivitäten zur Wiedererlangung einer impliziten Vertrautheit im Umgang mit der Welt.

6.2 Psychosen-Psychotherapie

Von zentraler Bedeutung ist Anerkennung auch in den diversen Ansätzen der Psychosen-Psychotherapie. Auch hierbei lassen sich die beiden zentralen Aspekte der Phänomenologie der Anerkennung wiederfinden, nämlich Anerkennung als Haltung

sowie wechselseitige Anerkennung als Beziehungsstruktur. Da jedoch insbesondere die gegenwärtige modifizierte psychodynamische Psychosen-Psychotherapie (Lempa et al. 2017; von Haebler et al. 2022) mit dem zentralen therapeutischen Konzept des „schizophrenen Dilemmas“ (Mentzos 2002; Mentzos 2017) einen Fokus auf die Beziehungsgestaltung legt, wird dieser Therapieansatz an dieser Stelle ausführlicher dargestellt. Zudem bezieht sich die modifizierte psychodynamische Psychosen-Psychotherapie wiederholt explizit auf die Phänomenologie als Bezugspunkt für ihre theoretischen und klinischen Überlegungen (Lempa et al. 2017: 35–44).

6.2.1 Psychosen-Psychotherapeutische Grundhaltungen

Den verschiedenen Ansätzen der verhaltenstherapeutischen, systemischen und psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie ist eine spezifische Grundhaltung gemein. Dieser Haltung zufolge sind Schizophrenien nicht nur biologisch, sondern auch psychosozial bedingt, sodass eine Veränderung des leidvollen Erlebens durch Psychotherapie möglich ist.

In der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Schizophrenien wird dies als „normalisierende Grundhaltung“ konzipiert. Diese soll eine Entlastung der Betroffenen sowie Vertrauen in die therapeutische Beziehung ermöglichen (Lincoln und Heibach 2017: 46–48). Eine Entpathologisierung könne beispielsweise geschehen, wenn darauf hingewiesen wird, dass jeder Mensch unter extremem Stress wie Schlafentzug oder Einzelhaft psychotisches Erleben entwickeln kann (vgl. Gallagher 2014), oder dass eine Vielzahl von Menschen akustische Halluzinationen im Laufe ihres Leben hört, ohne eine Schizophrenie zu entwickeln (Linscott und van Os 2013). Dies entlaste die Betroffenen und vermindere katastrophisierende Bewertungen des gegenwärtigen Erlebens. Um hierbei authentisch zu sein, sei viel „innere Arbeit“ der Therapeut*innen notwendig, um ein „echtes“ Verständnis des Psychoseerlebens zu ermöglichen (Lincoln und Heibach 2017: 48), beispielsweise wie folgt:

Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie sehr viel Angst gehabt haben müssen, als Sie davon ausgingen, dass die Verfolger Ihr Haus umstellt hatten, und dass Sie den Wunsch hatten, sich zu verstecken oder zurückzuziehen. Mir würde es da sicher ähnlich gehen. (Lincoln und Heibach 2017: 48)

In einem ähnlichen Sinn ist im systemischen Ansatz des *Offenen Dialogs* eine besondere Grundhaltung von zentraler Bedeutung. Hier wird die psychotische Krise als Reaktion auf extremen Stress verstanden, weswegen sie eine individuell-verstehbare Bedeutung besitzt. In der Haltung des *Offenen Dialogs* wird sich gegen eine Pathologisierung psychotischer Erfahrungen ausgesprochen, wobei dem offenen Austausch über die gegenwärtige Krise das zentrale therapeutische Potential zugesprochen wird:

[!]It is essential to have the attitude that our dialogues are with human beings and not with 'schizophrenic/ psychotic patients'. If our attitude is that we are talking with a person with an illness, we can too easily become focused on searching for the pathological aspects of their experience, whereas the aim of dialogical practice is to mobilise the positive resources of both the person at the centre of concern and their family members. (Seikkula 2021: 60)

Auch die psychodynamische Psychosen-Psychotherapie hat eine lange Geschichte hinsichtlich ihrer Grundhaltung gegenüber Menschen mit schizophrenem Erleben (Lempa et al. 2017: 84–89). Wie bereits oben erwähnt (s. Kap. 2), äußerte sich Freud öffentlich zwar skeptisch gegenüber des Potentials von Psychosen-Psychotherapie, behandelte in seiner Praxis jedoch durchaus Patient*innen in psychotischen Krisen und ermutigte Kolleg*innen dazu, dasselbe zu tun und dies theoretisch aufzubereiten (Augusta 2021).⁴¹ Er selbst versuchte wiederholt, Psychosen in seine psychoanalytische Theorie zu integrieren und berücksichtigte dabei über die verschiedenen Phasen seines Denkens hinweg den Einfluss traumatischer Erfahrungen (Theiss-Abendroth 2021). Angesichts dieser Ambivalenz Freuds sei lange Zeit ein defizitäres Verständnis psychotischen Erlebens in der Psychoanalyse vorherrschend gewesen, dass „ein therapeutisches, asymmetrisches Verhältnis für hilfreich erklärt, in dem der Psychotherapeut mit der Deutung die Wirkmacht hat“ (Lempa et al. 2017: 87). Erst mit Winnicotts Ansatz eines haltenden, mitgehenden Umgangs mit den extremen Erfahrungen von Betroffenen weiche sich diese asymmetrische Beziehungsstruktur auf. Dabei wird dem psychotischen Erleben von neueren psychodynamischen Psychose-Psychotherapeut*innen wie Gaetano Benedetti (1998) eine positive, kreative Funktion zugeschrieben, die Stavros Mentzos als „Funktion der Dysfunktionalität“ (Mentzos 2017) beschreibt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die je nach Therapieverfahren etwas unterschiedliche Grundhaltung einen wichtigen therapeutischen Wirkfaktor darstellt. Zudem ist jene Grundhaltung auch von hoher gesellschaftlicher Bedeutung, da sie einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychotischer Erfahrungen (Schlier und Lincoln 2016; Schomerus et al. 2022) und zu einem anthropologischen Verständnis psychotischen Leidens leisten kann (Bock 2020). Im Sinne Honneths stellt diese psychosen-

⁴¹ „Nun scheint das analytische Studium der Psychosen durch die therapeutische Aussichtslosigkeit einer solchen Bemühung ausgeschlossen. Den psychisch Kranken fehlt im allgemeinen die Fähigkeit zur positiven Übertragung, so daß das Hauptmittel der analytischen Technik unanwendbar ist. Aber es ergeben sich doch mancherlei Zugänge. Die Übertragung ist oft nicht so völlig abwesend, daß man nicht ein Stück weit mit ihr kommen könnte, bei zyklischen Verstimmungen, leichter paranoischer Veränderung, partieller Schizophrenie hat man unzweifelhafte Erfolge mit der Analyse erzielt [...] Für viele analytische Behauptungen ergibt darum die psychiatrische Klinik die besten Demonstrationsobjekte. Es konnte also nicht ausbleiben, daß die Analyse bald den Weg zu den Objekten der psychiatrischen Beobachtung fand.“ (Freud 1948: 86–87).

psychotherapeutische Grundhaltung einen sozialen Fortschritt dar, da zuvor ignorierte oder gar missachtete Aspekte des Erlebens der Betroffenen nun als bedeutsam anerkannt werden (Honneth und Fraser 2003: 202–224, s. Kap. 4)

6.2.2 Die Grundhaltung in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie

Aufbauend auf den eben ausgeführten psychodynamischen Vorüberlegungen wurde in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie ebenfalls eine spezifische Grundhaltung entwickelt (Lempa et al. 2017: 89–93). Die Grundannahme ist hierbei analog zur hier dargestellten Anerkennungstheorie, dass menschliche Beziehungen wesentlich durch „Gegenseitigkeit“ gekennzeichnet sind, wobei im Umgang mit psychotischen Menschen eine spezifische „Haltung“ notwendig ist, um „eine Gegenseitigkeit, eine symmetrische Beziehung bzw. eine zwischenmenschliche Beziehung herzustellen“ (Lempa et al. 2017: 83).

Diese Haltung ist von fünf zentralen Merkmalen gekennzeichnet (Lempa et al. 2017: 90–93):

1. einer *Offenheit* gegenüber dem aktuellen Erleben und den Wünschen der Betroffenen, ohne dies vorschnell zu werten,
2. einer *Festigkeit* im Sinne der Bereitstellung eines stabilen und verlässlichen Rahmens für das gemeinsame Arbeiten,
3. einer *Authentizität* in Form eines ehrlichen Umgangs mit den Psychoseerfahrungen von Betroffenen, in der insbesondere das Nicht-Wissen und die Unsicherheit des/der Professionellen offengelegt werden,
4. einer *Neugierde* für ungewöhnliche, ergreifende und noch nicht verstandene Erfahrungen der Psychose der Patient*innen,
5. einer kontinuierlichen *Selbstfürsorge* angesichts der anspruchsvollen Arbeit mit Menschen mit Psychose-Erfahrung.

In der Psychosen-Psychotherapie gelte es, die bei Menschen mit Psychose-Erleben häufig starke Gegenübertragung als Therapeut*in oder im Stationsteam beständig zu „scannen“ (Lempa et al. 2017: 96).⁴² Insbesondere Angst sei ein wiederkehrendes Motiv in der Psychosen-Psychotherapie, z.B. im Gefühl des Verfolgtwerdens, dass durch

⁴² Der Begriff der Gegenübertragung wurde in der Psychoanalyse durch Freud eingeführt (Laplanche und Pontalis 1976: 164–165). Eine erste elaborierte Theorie der Gegenübertragung entwickelte die Psychoanalytikerin Paula Heimann (1899-1982). Sie meinte mit dem Begriff Gegenübertragung „sämtliche Gefühle, die der Analytiker gegenüber seinem Patienten empfindet“ (Heimann 2016: 111). Diese seien eine wichtige Ressource für die therapeutische Arbeit: „Die emotionale Reaktion des Analytikers auf seinen Patienten in der analytischen Situation [stellt] eines der wichtigsten Instrumente für seine Arbeit dar [...]. Die Gegenübertragung des Analytikers ist ein Instrument, mit dessen Hilfe er das Unbewusste des Patienten erforschen kann.“ (Heimann 2016: 112).

therapeutisch Tätige „contained“ und produktiv genutzt werden müsse (Lempa et al. 2017: 93–98). Entgegen der klassischen psychoanalytischen Annahme, dass Heilung durch Einsicht in und das Durcharbeiten von unbewussten, verdrängten Wünschen geschehe, ist es in der psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie viel mehr das Ziel, positive Beziehungserfahrungen zu machen und diese miteinander zu teilen, um so das Selbsterleben der Betroffenen zu reorganisieren und gelebte Intersubjektivität wiederherzustellen.

Dieser Ansatz entspricht im Übrigen auch aktuellen Entwicklungen im Verständnis psychodynamischer Therapie überhaupt (Ermann 2017; Plassmann 2019). Psychodynamische Therapie wird heute als intersubjektiver Prozess verstanden, an dem Therapeut*in und Patient*in gleichsam beteiligt sind:

Das Behandlungsergebnis erscheint nun als ein gemeinsames Werkstück, das in einer asymmetrischen Beziehung erarbeitet wird und an dem beide gleichrangig, wenngleich mit unterschiedlichen Rollen beteiligt sind. (Ermann 2017: 115)

Es ist eine Konsequenz entwicklungspsychologischer Forschung, wie auch der theoretischen Überlegungen intersubjektiver Ansätze in der Psychoanalyse, dass heute ein deutlich stärkerer Fokus auf die verschiedenen, insbesondere zwischenleiblichen Aspekte der Beziehung zwischen Patient*in und Therapeut*in gelegt wird, da gerade diese Ebene die Grundlage jedweden psychischen Erlebens bildet (Benjamin 2017; Broschmann und Fuchs 2020; Iwer-Docter und Kristensen im Druck; Plassmann 2019).

6.2.3 Die Behandlungstechnik in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie

Die therapeutische Grundannahme in der psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie ist, dass Menschen mit schizophrenen Erfahrungen unter einem spezifischen Identitätsdilemma leiden, das sich in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen wiederholt aktualisiert. Der Psychoanalytiker Stavros Mentzos beschreibt das Dilemma in seiner Einführung des Konzepts wie folgt:

Wie kann ich die mir lebensnotwendige Nähe, Wärme des Objektes und die Identifikationsmöglichkeiten mit ihm aufrechterhalten, zulassen und nutzen, ohne mein Selbst, meine Selbstidentität zu verlieren, ohne vom Objekt zerstört und verlassen, verworfen (oder nicht ‚gesehen‘) zu werden? (Mentzos, 1995, 12)

Mentzos beschreibt hier eine existenzielle Angst, in der Beziehung die Identität zu verlieren oder außerhalb der Beziehung isoliert zu sein. Die mit dem Dilemma

verbundene immense psychische Intensität zeigt sich an einem Beispiel aus Mentzos' klinischem Alltag:

Eine 30-jährige Frau wird nachts in der Klinik mit einer akuten floriden Psychose aufgenommen. Am nächsten Morgen bei der so genannten „Visite“ ist sie ruhig und freundlich, sie bittet mich, auf dem Bettrand Platz zu nehmen. Wir haben ein kurzes, ruhiges, inhaltlich eher belangloses Gespräch. Als ich jedoch nach zwei bis drei Minuten mich etwas bewege, um mein Bein zu entlasten, und ihr dadurch wahrscheinlich etwas näher komme, erhält ihr Gesicht einen feindlichen und hasserfüllten Ausdruck, und sie spuckt mir dreimal ins Gesicht. Als ich daraufhin reflexartig mich zu entfernen versuche, hält sie mich am Unterarm fest und bittet mich, doch bei ihr zu bleiben. Es wird deutlich, dass sie sich die Fortsetzung unseres Gesprächs bei angemessener Distanz sehr wünscht. Hier geht es also um das Dilemma: Selbstidentität versus Bindung. (Mentzos 2002: 224)

In der Sprache von Benjamins Anerkennungstheorie könnte das schizophrene Dilemma dahingehend reformuliert werden, dass die Anerkennung der Anderen als getrennte Subjekte und der Aufbau einer wechselseitigen Beziehung zu ihnen kaum möglich ist, da die (therapeutische) Beziehung in der Psychoseerfahrung für die eigene Identität zu bedrohlich ist (Benjamin 1993). Nun stellt sich die Frage, wie eine Anerkennungsbeziehung aufgebaut werden kann, um dieses Identitätsdilemma abzumildern. Aus der Perspektive der Anerkennungstheorie gelingt dies mittels der Anerkennung der Subjektivität des Gegenübers und des behutsamen Eintretens in eine intersubjektive Beziehung.⁴³ Auch für Mentzos ist psychodynamische Psychosen-Psychotherapie nur durch eine Abänderung der klassischen psychoanalytischen Vorgehensweise denkbar. Durch eine besondere Haltung gegenüber Schizophrenie-Betroffenen sowie eine Veränderung der therapeutischen Techniken soll eine therapeutische Beziehung trotz der dilemmatischen Grundstruktur der Betroffenen entstehen:

Bei den von mir favorisierten und durchgeführten psychodynamischen Einzelbehandlung geht es nicht um eine klassische psychoanalytische Therapie, die etwa aus tiefer gehenden Deutungen bestünde (die nicht nur unmöglich, sondern hier auch oft schädlich sein können). Es geht vielmehr

⁴³ Interessanterweise weist Benjamin in ihrer Beschreibung der verschiedenen Aspekte des Aufbaus einer Beziehung wechselseitiger Anerkennung auf die Bedeutung intrapsychischer Dilemma-Strukturen hin: „Recognition as affirmative response to the other may proceed along diverse avenues we shall explore later: matching the other's intentions and rhythms, empathizing with and understanding their narratives and dilemmas, witnessing their suffering and injury, acknowledging to them one's own vulnerability or wrongdoing, identifying with them in one's own mind, granting the other's dignity and common humanity, validating the rightful order of things, making space for difference and otherness. (Benjamin 2017: 10)

um solche therapeutischen Verfahren wie den Handlungsdialog, sonstige verbale und nonverbale Kommunikation, die Benennung von Gefühlen im Hier und Jetzt, das Benutzen von Metaphern und Bildern und Ähnliches mehr. Das Wichtigste ist aber die adäquate therapeutische Haltung: eine Mischung aus intensivem Einfühlen und respektvoller Distanz. Der Therapeut ist dabei echt engagiert, aber nicht intrusiv. Er ist in der Lage, die Paradoxien im Verhalten und Erleben des Patienten zu verstehen und dadurch zu ertragen, ohne unbedingt zu versuchen, sie zu deuten. (Mentzos 2017: 229–230)

Eine solche Modifikation der typischen psychodynamischen Behandlungstechnik angesichts der Herausforderungen, mit denen sich Menschen mit Psychosen-Erfahrung konfrontiert sehen, wurde durch die Psychoanalytiker:innen Günter Lempa, Dorothea von Haebler und Christiane Montag (Lempa et al. 2017; von Haebler et al. 2022) in manualisierter Form vorgelegt. Sie plädieren in ihrem Manual für ein phasenspezifisches Vorgehen in der psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie (von Haebler et al. 2022: 48–65). In der ersten Phase stehe der Aufbau eines therapeutischen Raums im Vordergrund, in dem die gemeinsame Erfahrung von Intersubjektivität im Vordergrund steht. Modellhaft soll an der therapeutischen Beziehung gelingende Beziehung erlebt werden, die wiederum eine gelingende Selbstbeziehung im Sinne einer Stärkung der Wahrnehmung „primärer Repräsentationen“, womit in der Sprache der Phänomenologie eher präreflexive, leibliche Affekt- und Spannungszustände gemeint sind. Erst in der zweiten Phase soll die Reflektion auf Beziehungserfahrungen erfolgen, um an konkreten Beziehungen zu arbeiten, wie es in der psychodynamischen Therapie klassischerweise vorgesehen ist (Lempa et al. 2017: 107–109).

Dabei benennen die Autor*innen fünf verschiedene therapeutische Foki: die Veränderung der dilemmatischen Grundstruktur von Beziehungserfahrungen durch eine positive Modellerfahrung in der therapeutischen Beziehung, die Stärkung des Selbsterlebens und die Differenzierung zwischen Selbst und Umwelt, die Arbeit an der Mentalisierung leiblicher, präreflexiver Affekte sowie deren Regulation, als auch die Strukturierung des subjektiven Zeiterlebens der Betroffenen (von Haebler et al. 2022: 36).

Auf der Basis psychodynamischer Vorarbeiten sowie der Integration der phänomenologischen Modelle der basalen Selbststörung, der gestörten Zeitlichkeit sowie den Veränderungen der Intersubjektivitätserfahrung in der Schizophrenie werden therapeutische Interventionen vorgeschlagen, in denen die zwischenleibliche Abstimmung aufeinander entscheidend ist, sodass hier ebenjene rhythmische, zwischenleibliche Formen der wechselseitigen Anerkennung im Sinne Benjamins (Benjamin 2017, s. Kap. 4) zentral sind. Das wechselseitige Abstimmen von Mimik, Gestik, Rhythmus, Prosodie usw. sei zentral für die Reorganisation des Selbsterlebens.

Ganz im Sinne der Anerkennungstheorie stellt die Erfahrung von Resonanz einen wesentlichen Faktor in der Psychosen-Psychotherapie dar – es gilt, das psychotische Erleben der Betroffenen angemessen zu bestätigen, was zu Therapiebeginn insbesondere mithilfe implizierter wie auch strukturierender Techniken geschehen soll (Lempa et al. 2017: 128–132). Ein Beispiel für eine spezifische Grundhaltung sowie die damit verbundene strukturierende Beziehungsgestaltung gibt Mentzos:

Ein Schizophrener bricht regelrecht in das Behandlungszimmer ein, ohne zu klopfen, ist voller Verfolgungsideen, die den Therapeuten betreffen, beschimpft ihn deswegen, er sei verbrecherisch und rücksichtslos. Gelingt es dem Therapeuten, eine relativ neutrale, trotzdem allem zugewandte (wenn auch nicht übertrieben weiche oder „duckende“) Haltung einzunehmen, so kann er erleben, daß die Stunde unmerklich, aber ziemlich bald einen ganz anderen Charakter annimmt. Die Verfolgungsideen sind wie vergessen, und man kann über Ängste und Nöte oder auch praktische Probleme des Patienten sprechen. Die Änderung ist zu einem Teil der Verdienst des Therapeuten, und zwar dadurch, daß es ihm gelungen ist, die geschilderte Haltung einzunehmen. Dies fällt ihm leichter, wenn er die Beobachtung gemacht hat, daß solche Stundeneröffnungen gehäuft nach ‚guten‘ Sitzungen kommen. Er kann dann mit Recht vermuten, daß der Schizophrene sich wieder einmal als dem Therapeuten „zu nahe“ erlebt hat, und daß er deswegen vor Beginn der jetzigen Stunde gleichsam sicherheitshalber zunächst eine andere ‚Wellenlänge‘ einstellen muß. Er bewegt sich dann zu der nächsten oder übernächsten Position weg vom Objekt [...] Er sucht sich zunächst eine Sicherheitsdistanz. ‚Überlebt‘ er mit Hilfe dieser Maßnahmen die ersten fünf oder zehn Minuten der neuen realen Begegnung mit dem Therapeuten, so ist er [...] wieder bereit, sich [...] in die Richtung des Objektes zu bewegen. (Mentzos 1992: 138–139):

Negative Affekte, in diesem Beispiel die zu große Nähe infolge einer positiv verlaufenden Therapiestunde, können für die Betroffenen überflutend sein. Sie destabilisieren das primäre und das reflexive Selbsterleben und werden in Form von z.B. Verfolgungsideen oder negativen Halluzinationen verarbeitet. Dementsprechend können aus psychodynamischer Sicht Verfolgungsängste als Ausdruck einer Beziehungsdynamik anerkannt und auf ihren Sinn hin gemeinsam untersucht werden. Wenn wie in den genannten Beispielen nicht der Inhalt von Wahnvorstellungen, sondern die sie begleitenden Affekte und körperlichen Regungen thematisiert werden, wird in gewisser Weise „am Wahn vorbei“ gearbeitet (Lempa et al. 2017: 117). Beim gemeinsamen Aushalten jener Affekte und psychotischer Verarbeitungsformen geht es keineswegs um eine „richtige“ Einschätzung bestimmter Situationen. Stattdessen solle man sich „auf die Bedeutungszuschreibungen des Patienten beschränken und die Entwicklung der

Symbolisierungs- bzw. Mentalisierungsfunktion sehr vorsichtig testen. Die neugierige Anregung des Therapeuten zur gemeinsamen Suche nach Bedeutung ist Bestandteil aller Behandlungsphasen“ (Lempa et al. 2017: 126).

Diese neugierige, nicht-deutende therapeutische Haltung findet sich in einer Vielzahl therapeutischer „Werkzeuge“, die von Haebler et al. (2022: 50–65) für verschiedene therapeutische Foki in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie beschreiben. Das Aushalten des psychotischen Dilemmas stelle die Basis des therapeutischen Arbeitens dar, da zuerst eine Beziehung zur psychotischen Patient*in hergestellt werden muss, in der das gemeinsame Erleben von Zusammensein bei gleichzeitiger Getrenntheit ermöglicht wird:

Typisch sind bei schizophrenen Patienten folgende Extreme: Der gefürchtete Andere (der Therapeut) wird entweder dadurch seiner Andersheit (und damit seines Gefahrenpotentials) beraubt, sodass er kontrolliert und beherrscht wird. Die andere Möglichkeit ist, dass der Patient sich als Anderer zum Verschwinden bringt. (Lempa et al. 2017: 109)

Hierfür müsse die Therapeut*in eine Balance zwischen Fremdheit und Resonanz finden, sich kontinuierlich empathisch einbringen und zugleich die Grenzen zur Patient*in markieren, um das psychotische Dilemma und die damit verbundene Angst abzumildern (Lempa et al. 2017: 109–113). Ein wichtiger Bestandteil dessen sei, die Handlungsfähigkeit und Urheberchaft der Betroffenen zu stärken:

Frau M. überzieht die Therapeutin immer wieder mit unzutreffenden Anschuldigungen. Die Therapeutin reagiert noch kontrolliert, aber deutlich emotional und äußert, wie sehr sie das persönlich verletzte. Nun erst bemerkt die Patientin, was sie in ihrem Gegenüber bewirkt hat; zuvor hatte sie sich angesichts einer scheinbar überlegenen, „professionellen“ Therapeutin ohnmächtig gefühlt. Die Beleidigungen hören auf. (von Haebler et al. 2022: 50–51)

Auch das Herstellen von Resonanzerfahrungen durch Blickkontakt oder das Thematisieren aktueller Affekte stärke das Selbsterleben der Betroffenen:

Ein stark wahnhafter Patient fühl sich von seiner Frau vergiftet und bedrängt die Therapeutin, bei ihm eine toxikologische Untersuchung durchzuführen. Diese fühlt sich gelähmt und abgestoßen, weil sie dem Drängen nicht nachkommen will und kann. Sie äußert: „Da sind Sie ganz schön in Not geraten, oder?“ Beide teilen einen gequälten, bedauernden Gesichtsausdruck, und plötzlich kann die Anspannung weichen; auch die folgende Entlastung wird für beide spürbar. (von Haebler et al. 2022: 51)

Es wird dabei empfohlen, weniger die gemeinsame Beziehung denn ein externes Thema zu wählen, um daran implizit die therapeutische Beziehung zu vertiefen und das Erleben der Betroffenen neugierig zu erkunden und dadurch anzuerkennen. Schrittweise könne dann die „Dosis“ (Lempa et al. 2017: 112) an geteilter Intersubjektivität erhöht und eine „Grammatik der Interpersonalität“ aufgebaut werden (Lempa et al., 2017, p. 108). Das Aushalten des Dilemmas und der Aufbau des Selbsterlebens gehen Hand in Hand, um die Patient*in aus der Psychose heraus wieder in der gemeinsam geteilten Welt zu verorten:

Zu erleben, dass der Therapeut Interesse am eigenen mentalen Innenleben zeigt und sich verstanden zu fühlen, ist entscheidend dafür, die soziale Welt als Ort der Kommunikation und des Lernens zu begreifen. (Lempa et al. 2017: 115)

Hierfür sollen Therapeut*innen gemeinsam mit den Betroffenen deren Erleben markieren und explorieren, um so das primäre Selbsterleben der Betroffenen zu stärken: ‚Wie haben Sie sich in dem Moment gefühlt? Woran haben Sie Ihr Gefühl körperlich bemerkt? Wann haben Sie das Gefühl bemerkt, wann wurde es stärker oder schwächer?‘ (vgl. Lempa et al. 2017: 116). Dies wird auch als therapeutische Technik des *moving along* bezeichnet, indem „Ereignisse sozusagen bei einem gemeinsamen Spaziergang minutiös ausgeleuchtet werden“ (Lempa et al. 2017: 118f.):

Herr K. kommt zur vereinbarten Sitzung in die Praxis und hat Panik in den Augen. Auf die Frage des Therapeuten, ob er darüber sprechen wolle, reagiert er verzögert. Die Angst scheint ihn daran zu hindern, so wie sonst zu berichten. Der Therapeut spürt, dass ein „Warum?“ die falsche Frage wäre. Er fragt danach, wie Herr K. heute Morgen aufgewacht ist, wie der Tag begonnen hat. Herr K. beginnt zu berichten, und der Therapeut fragt interessiert nach. Die beiden bewegen sich durch den Tag vor der Therapie. Durch Berichten, interessiertem Zuhören, Nachfragen kommen Einzelheiten und Perspektiven auf, die gemeinsam erlebt werden können: das Kaffeepulver, das nicht am gewohnten Ort stand. – „Wo steht es denn immer? Und wo stand es heute? Wie konnte es da hinkommen?“ – „Der Nachbar war da, wollte Kakao, der stand dahinter, so habe ich den Kaffee weggestellt, um an den Kakao zu kommen.“ – „Von dem Nachbarn haben Sie noch nie erzählt! Wie lange sind Sie denn schon Nachbarn?“ [...] Im weiteren Gespräch kommt die Angst erneut zutage, diesmal da, wo sie begonnen hat: im Verhältnis zum Nachbarn. (von Haebler et al. 2022: 53)

Therapeut*innen können in solchen Momenten auch stellvertretend Affekte vorschlagen oder benennen (Lempa et al. 2017: 132–134). Nicht selten muss das eigene Erleben der Therapeut*innen in die therapeutische Beziehung eingebracht werden:

Ein Patient berichtet in der Therapiestunde, dass er sich ein Kätzchen aus dem Tierheim geholt habe. Therapeut drückt nonverbal spontan freudige Überraschung aus. Der Patient reagiert irritiert: „Warum reißen Sie jetzt die Augen so auf? Haben Sie Angst?“ Der Therapeut erklärt, dass er überrascht sei, sich aber freue und gar nicht ängstige. Der Therapeut muss in diesem Fall seine mimisch ausgedrückten Emotionen verbal klarifizieren. Der Patient hingegen drückt zunächst keine Gefühle aus. Auf Nachfrage schildert er, welche Freude die Katze ihm schon in den ersten Tagen bereitet habe und begleitet seine Rede mit einem Lächeln. (Lempa et al. 2017: 128)

Auch die Strukturierung des Zeiterlebens stellt einen wesentlichen Aspekt der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie dar. Die Therapeut*in kann durch konkrete Fragen die zeitlichen Zusammenhänge von berichteten Episoden herstellen und so als „Chronist“ fungieren (von Haebler et al. 2022: 58–59).

Schritt für Schritt werde es so möglich, die eigentlich impliziten, präreflexiven Grenzen zwischen inneren Zuständen und äußeren Vorgängen, zwischen früheren und gegenwärtigen Ereignissen, schwachen und starken Affekten zu erleben. In diesem in hohem Maße anspruchsvollen Prozess der zwischenleiblichen Abstimmung und der darauf aufbauenden, gemeinsamen Etablierung primären Selbstgewahrseins als auch von Selbstwirksamkeit gelte es jedoch immer wieder, die für Menschen in einer Psychose oft dilemmatisch erlebte therapeutische Beziehung zu reflektieren (Lempa et al. 2017: 109–113, 134–141).

Erst im späteren Verlauf einer Behandlung sollen klassische psychodynamische Behandlungstechniken wie das Konfrontieren mit einem anderen Verständnis einer (inneren) Situation oder die Deutung eines unbewussten Motivs angesichts einer berichteten Episode verwendet werden. Aufgrund der angenommenen Störung des Selbsterlebens, der kompensatorischen Hyperreflexivität und der damit verbundenen veränderten Zeitlichkeit und Intersubjektivität sei es den Patient*innen in der ersten Behandlungsphase kaum möglich, von jenen sowohl affektiv als auch reflexiv anspruchsvollen Interventionen zu profitieren. Häufig komme es dann zu einer Art *Übermentalisierung* (Lempa et al. 2017: 112–115) oder *Hyperreflexion* (Sass und Parnas 2003), in der versucht wird, das brüchige Selbsterleben und den bedrohlichen intersubjektiven Kontakt durch Reflexion zu kompensieren.

6.2.4 Anerkennung in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie

Die modifizierte psychodynamische Psychosen-Psychotherapie stellt – wie auch das Soteria-Konzept – einen therapeutischen Ansatz dar, in dem Anerkennung eine zentrale Rolle einnimmt. Einerseits ist Anerkennung als Haltung hier von zentraler Bedeutung:

Das „verrückte“ Erleben des psychotischen Menschen wird als kreative Leistung positiviert (Benedetti 1998). In ihr wird die Funktionalität der vermeintlich dysfunktionalen Symptome wahrgenommen (Mentzos 2017), da die Psychose als Extremreaktion auf innere dilemmatische Strukturen und äußere Belastungen verstanden wird. Ein Hilfsangebot kann aus dieser Sicht nur gelingen, wenn Therapeut*innen sich neugierig und mit einer angemessenen Distanz ihrem Gegenüber nähern und dessen Erleben eine Bedeutung beimessen.

Dieser therapeutische Prozess, in dem die Veränderung des basalen Selbsterlebens mit ihrer Störung des Erlebens präreflexiver Wahrnehmungsgestalten gemindert werden soll, ist zuvorderst einer der zwischenleiblichen Abstimmung, in der das Erleben der Betroffenen behutsam anerkannt, gemeinsam erforscht und strukturiert wird (*moving along*). Das Finden eines gemeinsamen Rhythmus' der Interaktion und das Herstellen von Handlungsdialogen stellt eine zentrale Bedingung für das (Wieder-)Finden einer gemeinsamen Sprache für die zu Beginn oft schwer kommunizierbaren Erfahrungen in der Psychose dar (Lempa et al. 2017: 128–141).

Diese Fundierung sprachlichen Ausdrucks in zwischenleiblicher Kommunikation in der Psychosen-Psychotherapie wird findet sich auch in der Anerkennungstheorie Benjamins (2017). Dabei spielt die Beziehungskonfiguration von Patient*in und Therapeut*in eine zentrale Rolle in der psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie. Langfristiges Ziel ist es, das Identitätsdilemma im schizophrenen Erleben abzumildern, sodass ein flexibleres Pendeln zwischen eigenem Erleben und Sichtweisen Anderer möglich wird. Gerade dies passt sehr gut zu Benjamins Konzept komplementärer Beziehungen, das besagt, dass vergangene traumatisierende, verinnerlichte Beziehungserfahrungen eine wechselseitige Beziehung verunmöglichen, in der das Erleben beider Personen Anerkennung findet:

Where [...] malignant complementarity takes hold, the ping-pong of projective identification—the exchange of blame—is often too rapid to halt or even to observe. The analyst cannot function empathically, because attunement to the patient now feels like submission to extortion, and it is partly through this involuntary response on the analyst's part to the patient's dissociated selfexperience that trauma is reenacted. Neither patient nor analyst can have a grip on reality at this point—what Russell (1998) called “the crunch,” often signaled by the feeling expressed in the question, “Am I crazy or is it you?” (Benjamin 2017: 40)

Erst durch den Aufbau von Vertrauen in der therapeutischen Beziehung mithilfe des Durcharbeitens von Missverständnissen, oder gar Verletzungen in der therapeutischen Beziehung, ist es in Benjamins Anerkennungstheorie vorstellbar, dass eine volle,

wechselseitige Beziehung zwischen zwei Personen entsteht, ohne dass sie ständig in Gefahr ist, in ihre komplementären, dilemmatischen Bestandteile auseinanderzubrechen:

In the ongoing struggle with failure and survival, faith grows in the co-created procedural patterns that allows both partners to survive and recognize their contribution to the interaction. In this way we affirm the value of our partner's agency and will, as well as of our own truthful self-acceptance. (Benjamin 2017: 50–51)

Dies ist auch der Fall in der psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie, wenn die Abmilderung der dilemmatischen Grundstruktur als zentral für das Gelingen des therapeutischen Prozesses angesehen wird. Aus phänomenologischer Sicht ist dabei von besonderer Relevanz, dass der erste Schritt im psychosen-psychotherapeutischen Prozess das Anerkennen von Subjektivität darstellt, die für das Gegenüber nur fragmentiert oder nicht klar begrenzt und damit kaum wahrnehmbar ist. Aufbauend auf dieser Haltung können in der gelebten therapeutischen Beziehung Interaktionen wechselseitiger, zwischenleiblicher Abstimmung stattfinden, in denen beide Personen sich ihrer Bedeutung füreinander vergewissern – sie haben einen Einfluss aufeinander und existieren nicht losgelöst voneinander. Diese wechselseitige Bezogenheit zeigt sich auch im Finden einer gemeinsamen Sprache: In diesem Prozess werden im Sinne des *participatory sense-making* (de Jaegher und Di Paolo 2007) sprachliche Bedeutungen für das bis dahin nicht oder kaum benennbare Erleben in der Psychose gefunden. Auf der Basis dieser wechselseitigen Anerkennungserfahrungen wird in der psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie ein Vertrauen aufgebaut, das eine Grundlage für das Leben in einer sozialen Welt bildet, indem jene angenommene dilemmatische Grundstruktur der Schizophrenie schrittweise abgemildert wird. Diese Überlegungen zeigen deutlich, dass Anerkennung als Haltung und Beziehungsstruktur eine wesentliche Rolle in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie zukommt.

6.3 Trialog

Die Grundidee des Trialogs ist es, dass sich Angehörige, Betroffene und Professionelle aus dem psychiatrischen Hilfesystem gleichberechtigt über psychische Krisen und Aspekte des psychischen Hilfesystems verständigen (Bock 2004; Bock et al. 2007). Das Ziel dieses Austauschs ist die Aufhebung tradierter Hierarchien und Vorurteile zugunsten einer kooperativen, trialogischen Transformation des psychiatrischen Hilfesystems:

Trialog meint die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit,

Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw. Er findet nicht nur in Seminaren statt. Diese sind lediglich das Übungsfeld, denn die Idee des dialogischen Diskurses bedeutet eine Herausforderung für alle drei Gruppen. Sie setzt damit Maßstäbe für die künftige Entwicklung und kann Psychiatrie grundlegend verändern. (Bock et al. 2009: 4)

Entwickelt wurde die Idee des Dialogs vom Hamburger Psychologen Thomas Bock sowie Dorothea Buck.⁴⁴ Ihr biographisch begründeter Ausspruch „[s]olange wir miteinander reden, bringen wir uns nicht um“ (Neudecker 2019) wurde zu einem Leitsatz der Bewegung deutscher Psychiatrie-Erfahrener und bildet ein zentrales Anliegen des Dialogs ab. Als sie 1989 an einem der sozialpsychiatrischen Seminare Bocks teilnahm, waren ihre Beiträge derart gewinnbringend, dass die Veranstaltung völlig neu konzipiert wurde:

Aus einem Seminar übereinander wurde ein Gespräch miteinander [...]. Psychoseminare sind die Antwort auf allzu hierarchische Konzepte, patriarchalische und paternalistische Strukturen, unzulässige Vereinfachungen und billige Standards. Sie werben nicht für oder gegen eine bestimmte therapeutische Richtung, sondern für eine andere Beziehungskultur – weit über die Ebene von Seminaren hinaus. Erfahrene, Angehörige und professionell Tätige sollen auf allen Ebenen besser zusammenarbeiten – beim Abbau wechselseitiger Vorbehalte wie beim gemeinsamen Einsatz gegen öffentliche Vorurteile, bei konkreten Hilfen wie bei der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen. (Bock et al. 2007: 15)

Die dialogische Grundidee hat sich seit den 1990er Jahren in einer Vielzahl institutioneller Strukturen verankert (Bock et al. 2012). So existieren heute an vielen Orten regelmäßige dialogische Foren. Auch arbeiten heute Betroffene und Angehörige als Peer-Mitarbeiter*innen in der psychiatrischen Praxis und Forschung (Mahlke et al. 2019; Utschakowski et al. 2016). Es existieren eine Vielzahl dialogisch organisierter Seminare und Lehrveranstaltungen (Möhlenkamp und Petersen 2019). Verbände wie die *Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* oder Fachzeitschriften wie die *Sozialpsychiatrischen Informationen* werden dialogisch geführt, es existieren der *Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen e.V.* (BPE) und der *Bundesverband der*

⁴⁴ Dorothea Buck ist eine kürzlich im Alter von 102 Jahren verstorbene Psychiatrie-Erfahrenere mit einer beeindruckenden Biographie als Opfer einer Zwangssterilisation in der NS-Zeit aufgrund einer Schizophrenie-Diagnose und einer späteren Tätigkeit als Künstlerin. Deutschlandweit bekannt wurde sie aufgrund ihres großen Engagement für die Rechte von Betroffenen und die Aufarbeitung des Unrechts durch die deutsche Psychiatrie während der nationalsozialistischen Diktatur. (Buck 2004; Buck-Zerchin 2010)

Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK) (Brückner 2015; 2018) und vielerorts findet trialogische Antistigmaarbeit statt (Bock et al. 2017).

6.3.1 Anthropologie im Trialog

Der Mitbegründer Thomas Bock reiht den Trialog in die Tradition der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie ein (Fuchs 2018) und grenzt sich zugleich von ihr ab:

Für die Bemühungen der Daseinsanalyse und der Phänomenologie stehen Psychiater wie Binswanger oder Kisker. [...] Im Rückblick kann man feststellen, dass diese historischen Versuche es sehr viel schwerer hatten; denn sie blieben in der klinischen Situation und Interaktion gefangen. Sie entwickelten ihre zum Teil recht komplizierten Sprachcodes. Sie hatten letztlich keine Dialogsituation wie in den Psychoseseminaren. Sie waren sehr auf sich allein gestellt, konnten die Psychoseerfahrenen und die Angehörigen noch nicht so grundlegend als Partner der Verständigung wahrnehmen, wie das heute zwar noch nicht allgemein üblich, aber eben doch möglich ist. (Bock 2004: 30–31)

Im trialogisch entwickelten Verständnis von Psychosen werden jene als ein „zutiefst menschliches Phänomen“ verstanden, das deshalb möglich ist, weil wir als Menschen „um unser Selbstverständnis ringen“ und hierbei „zweifeln [...] und dabei auch mal [...] verzweifeln“ (Bock 2020: 13): „Psychotisch werden kann jeder Mensch“, eine Psychose sei „Ausdruck der tiefen seelischen Krise eines unverwechselbaren Menschen und [...] Ausdruck menschlicher Möglichkeit überhaupt“ (Bock 2020: 15).⁴⁵ Jede Psychose sei besonders und nur vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebenssituation der Betroffenen zu verstehen: „Jede Psychose erzählt eine eigene Geschichte“ (Bock 2020: 16) und besitzt einen subjektiven Sinn, der verstanden werden kann (Bock et al. 2014). Im Umgang mit Psychosen wird daher ebenfalls für eine psychotherapeutische Grundhaltung argumentiert:

Die Suche nach Sinn und die Frage nach der subjektiven Bedeutung sind ein respektvolles Beziehungsangebot. Es geht mehr um den Prozess und das Ernstnehmen der Person in all ihrer Vielfalt von Wahrnehmungen und Einflüssen, weniger um das kurzfristige Ergebnis und die psychoanalytische Genauigkeit. (Bock 2020: 39)

Das trialogische Verständnis psychischen Leidens und konkret von Psychosen ist somit ein anthropologisches, da diese nicht defizitär, sondern als grundlegende Möglichkeit

⁴⁵ Dieses Menschenbild speist sich aus der Tradition der Philosophischen Anthropologie und wurde erstmals im Buch *Psychosen – Ringen um Selbstverständlichkeit* entwickelt (Bock und Heinz 2016), wobei hier wiederholt auf die Vorarbeiten Helmut Plessners (1975) zurückgegriffen wird. Daher speist sich auch die Nähe zu gegenwärtigen Arbeiten der Phänomenologischen Psychiatrie (Fuchs 2018, Vgl. Thoma 2017).

des Menschseins bestimmt werden, die für die Betroffenen einen subjektiven Sinn besitzen kann.

6.3.2 Kognitive Anerkennung: Eine Phänomenologie des Trialogs

Am bekanntesten ist der Trialog heute als Gesprächsforum, in dem sich über Themen aus dem Kontext der Psychiatrie verständigt wird. Typische Themen im Trialog sind (Bock und Buck 2002: 254): Was ist eine Psychose? Welche Vorurteile existieren untereinander? Welche Erfahrungen wurden mit der Psychiatrie gemacht? Wie ist der Zusammenhang zwischen Psychose und Lebenskrisen, welche Frühwarnzeichen zeigen sich? Wie kann Genesung gelingen? Was sind die Möglichkeiten und Grenzen von Psychopharmaka? Welche unterschiedlichen kulturellen Perspektiven existieren auf Psychosen?

Häufig wird der trialogische Austausch der klassischen Psychoedukation gegenübergestellt (Bock et al. 2012; Bock und Heumann 2015): Wo in der klassischen Psychoedukation die Rollen klar verteilt sind, Professionelle ihren Patient*innen allgemeines Wissen über psychische Störungen vermitteln, ist im Trialog der gleichberechtigte Austausch subjektiver Erfahrungen und Geschichten zentral. Der Lernprozess im Trialog ist wechselseitig, während in der Psychoedukation die Patient*innen ein medizinisches Wissen erlernen. Hierbei verbleibt die Autorität über die Korrektheit des Wissens aufseiten der Professionellen, während im Trialog die gemeinsame Verständigung in einer allgemeinverständlichen Sprache und das gemeinsame Lernen die Ziele darstellen.

Der trialogische Austausch mag eine verändernde Wirkung auf die Teilnehmenden haben, verfolgt aber kein genuin therapeutisches Ziel, was Bock als „Therapie ohne Absicht“ bezeichnet (Bock et al. 2012: 514). In einer qualitativen Studie untersuchten von Peter et al. (2015) die Wahrnehmung und Erfahrungen der drei teilnehmenden sozialen Gruppen im Trialog. So erlebt sich ein Betroffener im stationären Alltag als „Ware“, was er daran festmacht, dass „die [Professionellen, L. I.-D.] sich als Mensch gar nicht einbringen“ (von Peter et al. 2015: 386). Anders hingegen sei der Fall für ihn im Trialog, der ein Raum „gegenseitiger Akzeptanz und Toleranz“ sei, in dem es „um Verständigung und die Fähigkeit des menschlicheren Umgehens – Augenhöhe, Ernstnehmen des Einzelnen in seinem Erleben“ gehe (von Peter et al. 2015, 388). Ein anderer Psychiatrie-Erfahrener beschreibt den trialogischen Austausch als „Balsam“, „der hat eine ganz große Wunde, vor allem, was ich im letzten Jahr alles erlebt habe, ein bisschen abgetupft“ (von Peter et al. 2015: 388). Doch auch das Selbsterleben der Professionellen kann sich durch den Austausch verändern: So berichtet ein Professioneller, dass er seine „Rolle nicht mehr so klar sehen kann, in der Art und Weise wie ich sie bisher ausgeübt habe“ (von Peter et al. 2015, 388). Ein anderer erklärt, dass

er sich nun „nicht mehr sofort auf die Krankheitsmomente stürzt, sondern [...] versucht mit den Leuten noch einmal zu reden“ (von Peter et al. 2015, 388f.).

In einer weiteren qualitativen Studie beschreiben Bock et al. (Bock et al. 2014: 145–148) die Wirkung des Dialogs auf die drei teilnehmenden Personengruppen. Betroffene, Angehörige und Professionelle betonen dabei, dass der Dialog einen Perspektivenwechsel ermöglicht und die Empathie für die Situation und das Verhalten der jeweils anderen Personengruppen fördert. Auch das Verständnis von Psychosen verändere sich durch den Dialog dahingehend, dass alle drei Gruppen verstärkt die individuelle Bedeutung der Psychoseerfahrung wahrnehmen und eine positivere Genesungsperspektive einnehmen, indem sie sich „gegenseitig klar[zumachen, dass nicht alles dunkel ist“ (Bock et al. 2014: 147). So beschreibt ein betroffener Studienteilnehmer seine veränderte Perspektive wie folgt:

Ich erlebe Psychosen nicht mehr als so angstvoll, nicht als zwingend krank, sondern als Ausdrucksversuch meiner seelischen Erfahrungen auf dem Weg zur Heilung. (Bock et al. 2014: 141)

Diese veränderte Perspektive hat jeweils unterschiedliche Konsequenzen: Betroffene beschreiben eine Stärkung ihres Selbstbewusstseins, Angehörige erlernen „neue Formen des Umgangs“ mit psychischen Krisen mit mehr Gelassenheit angesichts der von anderen Teilnehmer*innen beschriebenen „Selbstheilungsressourcen“. Professionelle beschreiben den dialogischen Austausch als „Anstöße zur Sozialpsychiatrie“ (Bock et al. 2014: 146–147), worunter die Autor*innen zusammenfassen: „einen offeneren Umgang mit Psychoseerfahrenen, ein stärkeres Zulassen von Nähe, die Ermutigung, eigene Anschauungen infrage zu stellen, sowie die Ausbildung einer größeren Toleranz gegenüber anderen Lebensweisen.“ (Bock et al. 2014: 146)

Auf der Basis dieses Ausschnitts der empirischen Erforschung zu den Wirkmechanismen des Dialogs wird im Sinne des Forschungsanliegens dieser Arbeit die Rolle wechselseitiger Anerkennung im Dialog betrachtet (vgl. Iwer 2022: 87–88). Dabei wird die These vertreten, dass im Dialog ein Phänomen zum Tragen kommt, das in der neueren philosophischen Debatte um Anerkennung als epistemische oder kognitive Anerkennung bezeichnet wird (Vgl. Giladi und McMillan 2023; Honneth 2021). Gemeint ist hiermit die Anerkennung der Glaubwürdigkeit einer Person, ihrer kognitiven Kapazitäten sowie ihre Unvoreingenommenheit im kommunikativen Austausch, die sonst aufgrund von Stereotypen oder Vorurteilen jener Person abgesprochen werden (Fricker 2023). Es ist die Annahme jener Theorien zur epistemischen Ungerechtigkeit, dass die systematische Abwertung der Glaubwürdigkeit von Personen moralisch problematisch ist und für die Betroffenen negative Folgen hat. Im Kontext der Psychiatrie

werden als typische Phänomene epistemischer Ungerechtigkeit (Crichton et al. 2017) zuerst eine vermeintlich geringere epistemische Glaubwürdigkeit aufgrund der psychischen Krise selbst genannt, d.h. dass diese die Glaubwürdigkeit herabsetze. Zweitens wird auch die höhere Glaubwürdigkeit vermeintlich objektiver, wissenschaftlicher Fakten gegenüber Erfahrungsberichten von Betroffenen erwähnt. Als dritter Aspekt werden die negativen Stereotype einer Gesellschaft gegenüber Personen mit psychischen Störungen aufgeführt, die mit sozialer Ausgrenzung einhergehen können.

All diesen Formen epistemischer Ungerechtigkeit stellt sich der Trialog entgegen. Aus der Perspektive der Mitbegründerin des Trialogs Dorothea Buck stellt die Anerkennung der Betroffenenperspektive gar das zentrale Anliegen des Trialogs dar:

Wichtig bleibt mir, dass der Trialog unsere Antwort auf die psychiatrische und seelsorgerliche Gesprächslosigkeit ist, die zu unseren Zwangssterilisationen und zu den Patientenmorden führte. Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als seine ganze Lebensgeschichte, seine Erfahrungen und Gefühle so völlig zu ignorieren und diesen menschlichen und fachlichen Mangel auch noch als „geistige Gesundheit“ und als „Wissenschaft“ auszugeben. Wenn eine trialogische Psychiatrie die Erfahrungen von uns Betroffenen und der Angehörigen nun endlich nicht mehr ignoriert, ist das eine längst überfällige Selbstverständlichkeit nach allen durch die psychiatrische Abwertung verursachten Leiden psychiatrieeerfahrener Menschen. (Buck 2004: 28)

Heute ist es der Anspruch des Trialogs, auf neutralem Boden gleichberechtigt verschiedene Perspektiven auf psychiatrische Phänomene abzugleichen und hierfür eine gemeinsame Sprache zu finden, wobei die jeweilige Perspektive aller Beteiligten – auch von Betroffenen und Angehörigen und deren Erfahrungswissen – als epistemisch glaubwürdig anerkannt wird. Betroffene und Angehörige sind Expert*innen durch Erfahrung, professionelle Expert*innen durch Wissen (Bock et al. 2007; Utschakowski et al. 2016). Eine Vielzahl von Erfahrungsberichten (Bock et al. 2007; Bombosch et al. 2004) sowie empirischen Studien (Amering et al. 2002; Bock et al. 2014: 138–148; Kaselionyte et al. 2016; von Peter et al. 2015) bestätigen diese Qualität des Trialogs. Der Mitbegründer des Trialogs Thomas Bock bezieht sich zur Charakterisierung dieser Qualität des Trialogs auf Jürgen Habermas und dessen Konzept der „herrschaftsfreien Kommunikation“ (Habermas 1968b), die Bock im Trialog verwirklicht sieht. Habermas entwickelt das Konzept der „herrschaftsfreien Kommunikation“ im Kontext seiner politischen Theorie, deren Grundidee eine „Organisation der gesellschaftlichen Beziehungen nach dem Prinzip“ ist, „daß die Geltung jeder politisch folgenreichen Norm von einem in herrschaftsfreier Kommunikation erzielten Konsensus abhängig gemacht wird.“ (Habermas 1968b: 344). Im Sinne seiner Diskursethik und der darauf aufbauenden

Demokratiethorie bedeutet dies, dass der gleichberechtigte öffentliche Diskurs zur Verständigung über aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen im Zentrum jeden demokratischen Austauschs stehen muss. Habermas' Demokratiethorie wird deshalb auch als *deliberativ* bezeichnet, als beratende Demokratie. Jede Person sollte idealerweise prinzipiell und unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, Geschlecht, Alter, Klasse – oder ihrem Status als psychiatrische Patient*in – an politischen Diskursen teilnehmen können. In Habermas' Diskursethik soll allein der „zwanglose Zwang des besseren Arguments“ (Habermas 1981: 52–53) über die Gültigkeit und Qualität von Aussagen entscheiden. Eine wesentliche Grundlage hierfür bildet die wechselseitige Anerkennung als gleichberechtigte Diskursteilnehmer*innen :

Die gleichen Rechte der Individuen und die gleichmäßige Achtung ihrer persönlichen Würde werden von einem Netz interpersonaler Beziehungen und reziproker Anerkennungsverhältnisse getragen (Habermas 2015: 18–20).

Aus Habermas' (1992) wie auch Honneths (2011) Perspektive werden soziale und politische Institutionen als Ergebnis jener öffentlichen Diskussionsprozesse verstanden. Demzufolge sind sie potentiell auch veränderbar. Dies ist, wie gezeigt wurde, auch der Anspruch des Dialogs, der durch die wechselseitige Anerkennung und Verständigung über psychiatrische Fragestellung letztlich eine Veränderung des gesamten Hilfesystems bewirken will (Bock et al. 2009; vgl. Iwer 2022: 87–88).

Die im Dialog beschriebenen Erfahrungen von wechselseitiger Anerkennung sind hierbei als Voraussetzung rationaler Diskurse über psychiatrische Sachverhalte nicht zu unterschätzen. Dieses Argument wird durch jüngere empirische Forschung zu deliberativer Demokratie im Allgemeinen unterstützt, die die Kritikerin Amy Allen in ihren politiktheoretischen Überlegungen zusammenfasst: Diskussionsforen unter Bürger*innen führen weniger zur Veränderung der bereits zuvor bestandenen Meinung oder Einstellung zu einem inhaltlichen Sachverhalt, denn zu mehr Verständnis für die anderen Personen und ihre jeweiligen Positionen (Allen 2023: 262–266). Der kognitive, rationale Aspekt des deliberativen Diskurses kommt erst später zum Tragen, während in der konkreten Begegnung viel mehr Prozesse der wechselseitigen zwischenleiblichen und affektiven Abstimmung aufeinander im Vordergrund stehen. Wenn die Beteiligten den Austausch als Interaktionen wechselseitiger Anerkennung erleben, kann dies helfen, ein Vertrauen in die soziale Welt zu etablieren, das rationale Diskurse über gegenwärtige Fragestellungen erst ermöglicht (Allen 2023: 209–248). Die Erfahrungsberichte des Dialogs verweisen aus der Perspektive von Amy Allen's politischer Theorie auf die Relevanz von Erfahrungen wechselseitiger Anerkennung jenseits therapeutischer Kontexte. Wechselseitige Anerkennung, die auf der Bereitschaft

beruht, dem Gegenüber offen zu begegnen und ihm die Möglichkeit zu geben, eine Bedeutung für mich zu besitzen, bildet auch die Grundlage für (gesundheits-)politische Diskussionen. Der von Habermas idealisierte rationale Diskurs, der im Dialog als „herrschaftsfreie Kommunikation“ beschrieben wird, fußt maßgeblich auf leiblichen Interaktionen wechselseitiger Anerkennung. Die im Dialog praktizierte, kognitive Anerkennung ermöglicht, wie sich in empirischen Studien zum Dialog zeigt (Bock et al. 2014: 138–148; von Peter et al. 2015), ein besseres Verständnis aller am psychiatrischen Hilfesystem beteiligten Akteure füreinander und kreiert ein umfassenderes Bild der diversen Herausforderungen, die im klinischen und wissenschaftlichen Alltag der Psychiatrie existieren.

Der Dialog stellt letztlich auch eine Antwort auf Habermas' (Habermas 1981) Gesellschaftskritik hinsichtlich einer „Kolonialisierung der Lebenswelt“ dar, da im Dialog und dialogischen Institutionen gerade der öffentliche Austausch gesucht wird, um die Widersprüche zwischen systemischen und lebensweltlichen Anforderungen an die Akteure im psychiatrischen Hilfesystem zu thematisieren. Diesen partizipativen Aspekt des Dialogs fasst der Sozialpsychiater Hans Pfefferer-Wolf wie folgt zusammen:

Die allseitige Bemühung um solch dialogische Orientierung — und dies nicht nur in Psychoseseminaren — muß letztlich, zumindest in der Tendenz, die traditionelle Hierarchie der Logiken im psychiatrischen Kontext in eine *Pluralität der Logiken* verwandeln [...]. Teilnahme und Teilhabe im sozialen Prozeß für alle hier involvierten sozialen Akteure stehen im Zentrum dieser Logik, die wir von daher als eine Teilhabe- oder Partizipationslogik bezeichnen können. Der klinische Blick wird in diesem Kontext ergänzt und zu guten Teilen abgelöst durch das *soziale Gehör* und die allseitige soziale Wahrnehmung der involvierten Akteure der Lebenswelt und des institutionellen Systems. (Pfefferer-Wolf 1999: 290)

6.4 Zwischenfazit: Die therapeutische Bedeutung von Anerkennung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Analyse psychosozialer Hilfsangebote für Schizophrenen auf die therapeutische Bedeutung der Anerkennung psychotischen Erlebens als auch wechselseitiger Beziehungserfahrungen hinweist. Wenn schizophrene Erfahrungen eine grundlegende Veränderung des Selbst- und Weltbezugs sind, kann diese leidvolle Erfahrung verändert werden, wenn jene Veränderungen anerkannt und behutsam im Austausch miteinander verstanden werden. Dies bestätigt die grundlegende Annahme Erich Wulffs (1995: 196), dass psychosoziale Therapie im Wesentlichen eine „Therapie der Wiederanerkennung“ ist, die sich dadurch auszeichnet, dass sie das subjektive Erleben in neue intersubjektive Kontext einbettet und dadurch implizit eine Stärkung des Selbsterlebens ermöglicht.

Dieser Befund bestätigt auch die phänomenologischen Vorüberlegungen zur Gestaltung psychosozialer Hilfsangebote, die neben einer offenen Grundhaltung die therapeutische Arbeit im Hier und Jetzt empfehlen, durch die die Handlungsfähigkeit und das Selbsterleben in der konkreten intersubjektiven Situation gestärkt werden sollen (Irarrázaval 2018; Škodlar und Henriksen 2019). Auch die Strukturierung der Zeitlichkeit und damit verbunden eine Stärkung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen werden in den hier beschriebenen Hilfsangeboten therapeutisch fokussiert, die in der phänomenologischen Psychopathologie als wichtige Phänomene schizophrener Erfahrung beschrieben werden (Fuchs 2007; Knack et al. 2022). In Soteria-Einrichtungen sowie der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie steht die Anerkennung des Erlebens und Verhaltens der Betroffenen im Vordergrund, um diese als Subjekte ihrer eigenen Erfahrungswelt zu stärken und die Psychoseerfahrung in ihre Gegenwart sowie einen biographischen Kontext zu integrieren. In ähnlicher Weise ist dies auch im Dialog der Fall, wenngleich ohne einen expliziten therapeutischen Anspruch.

Konkret geschieht dies in der Soteria über das begleitende *Dabeisein* (Mosher et al. 1994), in der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie durch das Strukturieren präreflexiver Affekte und die implizite Regulation der therapeutischen Beziehung, durch positive Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung zur Abschwächung des schizophrenen Dilemmas sowie das *moving along* anhand des Erlebens der Betroffenen (Lempa et al. 2017; von Haebler et al. 2022). Die kognitive Anerkennung des Erfahrungswissen von Betroffenen und Angehörigen im Dialog (Bock et al. 2012) verweist auf die Bedeutung von Anerkennung jenseits des therapeutischen Rahmens für die Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung. Der „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg 1971) in der Schizophrenie bedarf der Anerkennung der damit einhergehenden leidvollen Erfahrungswelt und deren subjektiver Bedeutung, um in begleitenden, therapeutischen Beziehungen eine Wiedergewinnung der Vertrautheit mit der Umwelt und des Vertrauens in die soziale Mitwelt zu ermöglichen (Fuchs 2015b).

7 Diskussion und Fazit

7.1 Zusammenfassung der Befunde

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet, welche Rolle Anerkennung bzw. das Ausbleiben derselben in Form von Missachtungserfahrungen bei der Entstehung und Therapie von Schizophrenien spielen. Die Beantwortung dieser Frage greift gegenwärtige Debatten zur Relevanz sozialer Faktoren im Kontext von Schizophrenien innerhalb der Sozialpsychiatrie (Kapitel 2) wie auch der Phänomenologie (Kapitel 3) auf. Zur Verknüpfung beider Forschungskontexte wurde das Konzept der Anerkennung aus der Kritischen Theorie aufgegriffen (Kapitel 4). Anerkennungstheorien können die beschriebene Leerstelle der psychischen Mechanismen hinter den sozialpsychiatrischen Befunden füllen (Selten und Ormel 2023; Varchmin et al. 2021). Phänomenologische Analysen stellen dabei als empirische Evidenz die Basis dar, um Überlegungen zu der intersubjektiven Genese und Therapie von Schizophrenien weiterzuentwickeln (Škodlar und Henriksen 2019; Thoma et al. 2022; Van Duppen 2020).

Auf der Basis einer phänomenologischen Analyse aktueller Anerkennungstheorien von Jessica Benjamin (1990; 2017) und Axel Honneth (2003b; 2003c; 2011) wurde Anerkennung als Phänomen der Haltung einerseits und von wechselseitigen Beziehungen andererseits beschrieben. Das Anerkennungskonzept erlaubt eine Verknüpfung individueller psychischer Gesundheit und sozialer Phänomene. Haltungen der Anerkennung bilden eine Grundlage demokratischer Gesellschaften, da sie eine Person als gleichberechtigtes und bedeutsames Subjekt bestätigen, wobei die dabei entstehenden Beziehungen der Anerkennung von zentraler Bedeutung für die psychische Entwicklung und Gesundheit sind, was sich in empirischer Forschung in Sozialpsychiatrie und Entwicklungspsychologie bestätigt. Beziehungen der Anerkennung können anhand einer zwischenleiblichen und einer sprachlichen Ebene beschrieben werden, darüber hinaus spielen sie eine zentrale Rolle für die Stiftung von Vertrautheit mit der Welt sowie für Vertrauen in die soziale Welt (Benjamin 2017; Fuchs 2015b).

In Kapitel 5 wurde eine phänomenologische Untersuchung zur Bedeutung von Anerkennung für die Entstehung von Schizophrenien anhand des gegenwärtigen sozialpsychiatrischen Forschungsstands zu sozialen Einflussfaktoren unter dem Modell des *Social Defeat* (Luhmann 2007; Selten et al. 2013) durchgeführt. *Social Defeat* wurde anerkennungstheoretisch als ein Phänomen der sozialen Missachtung im Sinne Honneths (2003b) und Benjamins (2017) verstanden. Ausgehend davon wurde anhand von Erfahrungsberichten und phänomenologisch-anthropologischen Theorien zur Psychiatrisierung psychotischer Erfahrungen, Rassismus und Wohnungslosigkeit der

Zusammenhang von Missachtungserfahrungen und psychopathologischen Phänomenen betrachtet. Hierbei wurde auf strukturelle Ähnlichkeiten zwischen Erfahrungen sozialer Missachtung und psychotischen Phänomenen aufmerksam gemacht. Diese phänomenologische Korrelation gibt Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen sozialer Missachtung und der Entstehung von Schizophrenien hinsichtlich der Veränderung des Selbst- und Weltbezugs, der Zeiterfahrung sowie der Intersubjektivität.

Anschließend wurde phänomenologisch analysiert, welche Rolle Anerkennung in heutigen psychosozialen Hilfsangeboten im Kontext von Schizophrenien spielt. Hierfür wurden Soteria-Einrichtungen (Ciompi et al. 2011; Mosher et al. 1994), die modifizierte psychodynamische Psychochen-Psychotherapie (Lempa et al. 2017; von Haebler et al. 2022) sowie der Trialog (Bock et al. 2007; Bock et al. 2012) tiefergehend analysiert. In allen drei Hilfsangeboten kommen sowohl eine anerkennende Haltung wie auch eine spezifische Beziehungsgestaltung zum Tragen, deren Ziel der Aufbau wechselseitiger, positiver Beziehungserfahrungen ist. Von diesen therapeutischen Erfahrungen geht das zentrale Veränderungspotential aus, um die zugrundeliegende Störung des basalen Selbsterlebens ebenso wie der Zeitlichkeit und Intersubjektivität zu behandeln. Im Trialog wurde zudem die Bedeutung kognitiver Anerkennung (Honneth 2021) deutlich, die für den gleichberechtigten Austausch über psychiatrische Phänomene zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen auch jenseits eines therapeutischen Rahmens von Bedeutung ist.

In dieser Arbeit wurde anhand phänomenologischer Analysen aufgezeigt, dass wechselseitige Anerkennung ein wesentlicher Aspekt bei der Entstehung und Therapie von Schizophrenien sein kann.

7.2 Theoretische Diskussion

Grundsätzlich bestätigen die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit, dass soziale Faktoren einen negativen wie positiven Einfluss auf psychische Gesundheit haben können. Dieser basale Befund verweist auf eine grundlegende Erkenntnis der jüngeren Sozialmedizin, dass soziale Ungleichheit mit einer Ungleichverteilung somatischer und psychischer Erkrankungen einhergeht (*status syndrom*), d.h. dass ein geringer sozioökonomischer Status die Wahrscheinlichkeit einer medizinischen Erkrankung steigert (Marmot 2005). Dieser Befund hat eine große sozialpolitische Relevanz und bestätigt zugleich die sozialpsychiatrische Grundannahme eines engen Zusammenhangs sozialer Strukturen und psychischer Gesundheit (Rössler 2018; Selten et al. 2013), der im Übrigen auch von den angeführten Vertreter*innen der Kritischen Theorie (Allen 2023; Benjamin 2017; Honneth 2003b) angenommen wird.

Diese Arbeit bestätigt darüber hinaus die Grundannahme der *Critical phenomenology* (Wehrle 2022: 103–115; Weiss et al. 2020), dass im theoretischen und methodischen Kanon der Phänomenologie eine Vielzahl von Werkzeugen bereitstehen, die eine Analyse gegenwärtiger sozialer Phänomene ermöglicht (Ahmed 2006; Fuchs et al. 2018; Landweer und Marcinski 2016). Daneben reiht sich die Arbeit in die Tradition der phänomenologischen Analyse psychiatrischer Phänomene ein (Fuchs 2018; Stanghellini et al. 2018), die in der jüngeren Vergangenheit zunehmend auch die phänomenologische Analyse psychiatrischer Institutionen integriert (Bader et al. 2022; Nischk und Rusch 2019; Thoma et al. 2022). Die Arbeit bestätigt, dass die Phänomenologie in der Gegenwart ein wichtiger Erkenntniszugang zur Analyse gesellschaftlich relevanter sozialer Phänomene und Institutionen sowie zur Wirksamkeitsforschung psychiatrisch-psychotherapeutischer Interventionen sein kann.

Aus theoretischer Sicht lassen sich jedoch auch verschiedene Kritikpunkte am Ansatz dieser Arbeit benennen. Der erste betrifft den phänomenologischen Hintergrund dieser Arbeit. In diesem wurde vornehmlich auf klassische Autor*innen der Phänomenologie sowie auf das Modell der basalen Selbststörung und dessen Weiterentwicklungen Bezug genommen (Fuchs et al. 2022; Sass und Parnas 2003), während andere phänomenologische Strömungen in dieser Arbeit nicht genutzt werden (vgl. Fuchs 2023a: 35–73). Dies betrifft konkret die fruchtbare methodische wie inhaltliche Verknüpfung der Phänomenologie mit aktuellen Entwicklungen der *Embodied Cognition* und des *Enaktivismus* (Di Paolo et al. 2018; Gallagher und Zahavi 2021), die Beiträge zu einem vertieften Verständnis des verkörperten Selbst-, Fremd- und Welterlebens wie auch deren Veränderung in der Schizophrenie liefern (Fuchs 2020e; Galbusera und Kyselo 2019; Haan 2020; Krueger 2020).⁴⁶

Aus der Perspektive der Kritischen Theorie lässt sich einwenden, dass die vorliegende Arbeit gegenwärtige Forschung zum ambivalenten Charakter von Anerkennung in der konkreten Analyse sozialer Phänomene nicht ausreichend integriert (Ikäheimo et al. 2021; Lepold 2021). Diese Arbeiten betonen, dass auch Haltungen und Beziehungen der Anerkennung soziale Ungleichheit aufrechterhalten können und daher potentiell problematisch sind. Der zentrale Einwand auf diese, aus sozialphilosophischer Perspektive gerechtfertigte Kritik ist der psychiatrisch-psychotherapeutische Anspruch dieser Arbeit: In ihr wird zwar auf Erkenntnisse der (kritischen) Sozialphilosophie zurückgegriffen, diese wurden jedoch teils aus entwicklungspsychologischen und

⁴⁶ Mit Shaun Gallagher (2020: 187–211) hat bereits ein zentraler Vertreter jener Forschungsrichtungen einen ersten Versuch unternommen, Anerkennung enaktivistisch zu beschreiben, wobei er sich vornehmlich auf Johann Gottlieb Fichtes Verständnis von Anerkennung bezieht (Fichte 1991; Vgl. Ikäheimo 2021) und daher für die vorliegende Fragestellung von geringer Relevanz war.

therapeutischen Kontexten gewonnen (Stern 1992; Tronick 1989) und in einem therapeutischen Sinne angewandt (Butler 2011).⁴⁷ Der Einwand hinsichtlich des ambivalenten Charakters von Anerkennung ist zudem gerade nicht, dass Anerkennung nicht auch ein positives, wünschenswertes Phänomen ist, sondern dass Anerkennung potentiell auch problematisch ist, da sie „einen Beitrag zur Aufrechterhaltung eines potentiell problematischen gesellschaftlichen Arrangements“ leisten kann, wie Lepold (2021: 197) erklärt.

Die anthropologische Grundannahme, dass Menschen für ihre psychische Entwicklung und Gesundheit der Anerkennung durch Andere bedürfen, findet eine Bestätigung in dem Charakter der hier beschriebenen psychosozialen Therapien für Schizophrenien. Die Befunde zum *Social Defeat* (Selten et al. 2013) wiederum deuten auf die Bedeutung von Anerkennung für die psychische Gesundheit hin, wenngleich hierbei keine kausalen Schlüsse möglich sind. Die sich daraus ergebenden sozialpolitischen Implikationen müssen jedoch durch eine Analyse diverser anderer Aspekte – ökonomischer, kultureller, politischer, sozialer, medizinischer Art – ergänzt werden, da die hier vorgestellte intersubjektive Anerkennungstheorie lediglich einen Teil des Phänomenbereichs der sozialen Bedingtheit im Kontext psychischer Störungen wie der Schizophrenie abbildet.

Daher lässt sich aus einer sozialpsychiatrischen Perspektive einwenden, dass neben der *Social Defeat*-Theorie eine Vielzahl weiterer sozialer Risikofaktoren existiert, deren phänomenologische Analyse relevant wäre und die im Zusammenhang mit ausbleibender Anerkennung stehen. In der Forschung diskutierte Faktoren sind hier Traumata und Gewalterfahrungen (Varchmin et al. 2021; Wilde 2022) als Extremformen der Missachtung, der Einfluss kritischer Lebensereignisse (z.B. der Tod naher Angehöriger oder Freund*innen, Umzüge, Schulabschlüsse oder Jobwechsel) als Wegbrechen etablierter Anerkennungsmuster oder Drogenkonsum (Marconi et al. 2016; van Os et al. 2010) als Eintritt in suchtspezifische Anerkennungsstrukturen. Auch die hier diskutierten psychosozialen Hilfsangebote stellen nur einen Auszug aus der Bandbreite der jüngeren Entwicklung sozialpsychiatrischer Hilfsangebote dar, die angesichts der Behandlungsrisiken von Neuroleptika (Lehmann et al. 2018; Schlimme et al. 2018), der Nachfrage durch Betroffene und Angehörige nach aufsuchender Behandlung (Bechdorf et al. 2022) und der hoffnungsvollen empirischen Befunde zu

⁴⁷ Dies resümiert beispielsweise Judith Butler (2011: 216), eine Vertreterin eines ambivalenten Anerkennungsbegriffs, in ihrer Diskussion von Benjamins Anerkennungstheorie: „In Benjamins Aneignung des hegelschen Begriffs der Anerkennung ist Anerkennung ein normatives Ideal, ein Streben, das die klinische Praxis leitet. [...] Man sieht hier, wie dieses Modell einen Standard sowohl für Gesellschaftstheorie als auch für therapeutische Praxis liefert. Es gereicht Benjamin zur Ehre, dass sie eine Theorie ausgearbeitet hat, die beide Bereiche auf solch produktive Weise umfasst.“

psychosozialen Hilfsangeboten bei Schizophrenien international und national zunehmend implementiert werden (DGPPN 2019a; Murphy et al. 2015). Von besonderer Relevanz für die deutsche Versorgungssituation wären insbesondere eine phänomenologische Analyse der Erfahrung von Anerkennung in der aufsuchenden, Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) (Weinmann et al. 2021) verglichen mit einer regulären Krankenhausbehandlung als auch Anerkennungserfahrungen in den zunehmend in die deutsche Versorgung integrierten Elementen des *Offenen Dialogs* (Heumann et al. 2022). Die vorliegende Arbeit hat einen Ansatzpunkt dafür geliefert, dass die Einnahme einer Haltung der Anerkennung des Erlebens der Betroffenen sowie der Aufbau von Beziehungen wechselseitiger Anerkennung in verschiedenen sozialpsychiatrischen Behandlungskonzepten eine wesentliche Rolle spielt. Dabei sind die hier gewonnen Analysekategorien dafür geeignet, die ganz unterschiedlichen Settings der aufsuchenden Behandlung mit ihren neuen Formen der wechselseitigen Abstimmung im heimischen Umfeld der Betroffenen als auch die Eigenheiten des systemischen, netzwerkorientierten Ansatzes des *Offenen Dialogs* phänomenologisch zu beschreiben.

7.3 Methodische Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellt eine theoretische Arbeit dar, in der auf aktuelle theoretische Konzepte und empirische Daten zur Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien zurückgegriffen wurde. Dies geschah, indem das Raster einer Phänomenologie der Anerkennung entwickelt wurde. Auf der Basis dieses Analyserasters wurde eine phänomenologische Analyse von Erfahrungsstrukturen anhand von Erfahrungsberichten von Betroffenen sowie klinischen Fallbeschreibungen durchgeführt (Fuchs 2018; Thoma 2015; Dan Zahavi 2021). Dieser methodische Ansatz knüpft an die lange Tradition phänomenologischer Analysen in der Psychiatrie an, die eine historisch wie aktuell relevante Grundlage für psychiatrische Forschung und Praxis darstellt (Stanghellini et al. 2018). Mithilfe phänomenologischer Analysen psychiatrischer Krankheitsphänomene wie der Schizophrenie oder der Depression konnten in der Vergangenheit zudem wichtige Erkenntnisse über grundlegende menschliche Erfahrungsstrukturen wie Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Intersubjektivität und Räumlichkeit gewonnen werden (Stanghellini et al. 2018; Zahavi 2018).

Methodisch lässt sich kritisch anmerken, dass eine empirische Überprüfung der hierbei gewonnenen Erkenntnisse nicht Teil der Arbeit ist und zukünftiger Forschung vorbehalten ist. Die Phänomenologie hat in der jüngeren Vergangenheit Instrumente entwickelt, mit deren Hilfe sie Anschluss an gegenwärtige empirische Methoden und Erkenntniszugänge gewinnt: Mit den halbstrukturierten Interviews zur Beschreibung

veränderter Aspekte der Selbsterlebens (*Examination of Anomalous Self Experience*, EASE), sowie der individuellen Lebenswelt (*Examination of Anomalous World Experience*, EAWE) liegen erstmals genuin phänomenologische, empirische Forschungsinstrumente vor, seit kurzem auch in deutscher Übersetzung (Fuchs et al. 2022). Auch der Ansatz einer empirischen Mikrophenomenologie ist hier als richtungsweisend zu nennen (Depraz 2020). Bereits in EASE und EAWE werden Teile der in dieser Arbeit diskutierten Phänomene abgebildet, konkret die Skala zum „Erleben anderer Personen“ im EAWE sowie Teile der Skalen „Selbstgewahrsein und Präsenz“ sowie „Demarkation/ Transitivity“ im EASE. Nichtsdestotrotz liegt bis heute kein auf der Basis phänomenologischer Erkenntnisse entwickeltes empirisches Instrument zur umfassenden Erfassung des Erlebens der sozialen Welt vor. Mithilfe eines solchen Instruments wäre es denkbar, die Forschungsergebnisse dieser Arbeit empirisch zu überprüfen, wenn beispielsweise ein Therapieverlauf in einer Soteria-Institution oder einer Psychosen-Psychotherapie begleitet wird, um die wechselseitige Anerkennungsbeziehung in ihren unterschiedlichen Facetten (u.a. Haltung des Gegenübers, Finden einer gemeinsamen Sprache und Vertrauen auf der Basis intersubjektiver Phänomene des zwischenleiblichen *Attunements*) zu analysieren und besser zu verstehen. Des Weiteren wäre es im Sinne der *Critical phenomenology* wünschenswert, ein solches Instrument in Kontexten des *Social Defeat* (Luhmann 2007; Selten et al. 2013) einzusetzen, um den Zusammenhang von sozialen Missachtungserfahrungen wie Rassismus, Wohnungslosigkeit oder Diskriminierung aufgrund der sexuellen Identität mit psychopathologischen Phänomenen besser zu verstehen. Hier kann zukünftige Forschung ansetzen und auf den Erkenntnissen dieser Arbeit aufbauen.

Eine zweite methodische Kritik liegt im beschreibenden Charakter der angewandten phänomenologischen Analyse, auf deren Basis keine kausalen Schlüsse über das Verhältnis von Anerkennungs- oder Missachtungserfahrungen und psychopathologischen Phänomenen möglich sind. Das Anliegen dieser Arbeit war es, auf strukturelle Ähnlichkeiten zwischen Erfahrungen von Rassismus oder Wohnungslosigkeit und Phänomenen psychotischen Erlebens hinzuweisen wie auch zentrale therapeutische Konzepte wie das Dabeisein oder das *moving along* als aner kennend zu beschreiben. Es bleibt jedoch zukünftiger empirischer Forschung vorbehalten, Zusammenhänge von Diskriminierungserfahrungen oder positiven therapeutischen Erfahrungen mit dem Verlauf psychotischer Symptome über einen längeren Zeitraum zu beschreiben.

Derartige Verlaufsdaten können ebenfalls mit phänomenologischen Methoden untersucht werden. So existiert in der Phänomenologie die Unterscheidung zwischen

der statischen Beschreibung intentionaler Zustände und der genetischen Konstitutionsanalyse (Husserl 1966a), womit die Untersuchung der Zusammenhänge verschiedener Erfahrungsschichten gemeint ist. In der heutigen phänomenologischen Psychiatrie wird die Frage der Kausalität im Kontext psychopathologischer Phänomene vermehrt diskutiert (Fuchs 2023b), insbesondere im Kontext von Traumatisierungen (Wilde 2022) sowie den Auswirkungen der basalen Selbststörung auf weitere schizophrene Symptome (Sass und Parnas 2007). Ein Desiderat für weitere phänomenologische Forschung ist daher eine genetische Analyse des Zusammenhangs von Anerkennungserfahrungen und psychopathologischen Phänomenen anhand qualitativer Verlaufsdaten.

Eine dritte methodische Kritik lässt sich zudem aus sozialpsychiatrischer Sicht anbringen. Im Rahmen der nutzer*innenorientierten Wissenschaftsberatung *EmPeeRie NoW* des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurde die vorliegende Arbeit mehrfach mit Betroffenen und Angehörigen diskutiert, um deren Perspektive miteinzubeziehen und Schwerpunkte sinnvoll setzen zu können. Dennoch ist die Arbeit nicht im Sinne eines partizipatorischen Forschungsprojekts im gleichberechtigten dialogischen Austausch mit Peer-Forscher*innen entstanden, sodass es denkbar ist, dass wesentliche Aspekte der Erfahrung von Anerkennung aus der Perspektive von Betroffenen und Angehörigen übersehen wurden (Russo 2021; Schulz et al. 2019). Die Förderung von Peer-Beteiligung in der psychiatrischen Forschung ist eine international wie national bedeutsame Entwicklung, die auch forschungspolitisch gefordert und gefördert wird (Dziobek und Lipinski 2021; Rose 2018; Russo 2021; von Peter et al. 2020). Auch innerhalb der Phänomenologischen Psychiatrie wird dieser methodisch blinde Fleck zunehmend thematisiert (Fernandez 2020; Jones 2022; Thoma 2022), wobei bereits erste Forschungsprojekte existieren, in denen Peer-Forscher*innen partizipativ integriert werden (Fusar-Poli et al. 2022; Gilardi und Stanghellini 2021; Schlimme und Brückner 2017). Dementsprechend wäre es wünschenswert, wenn in der Zukunft die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse mit Peer-Forscher*innen weiter phänomenologisch reflektiert würden. So könnte die Betroffenenperspektive partizipativ in eine Phänomenologie der Anerkennung und die Beschreibung sozialer und therapeutischer Phänomene von Anerkennung und Missachtung integriert werden.

7.4 Empirische Diskussion

Die Befunde dieser Arbeit weisen auf die Bedeutung sozialer Einflussfaktoren für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien hin. Sie stellen einen Beitrag zu einem intersubjektiven phänomenologischen Verständnis schizophrenen Erlebens dar (Fuchs 2020e; Thoma 2018; Van Duppen 2020) und verweisen aus phänomenologischer Sicht auf das therapeutische Potential psychosozialer Hilfsangebote, die die Störung des

basalen Selbsterlebens und der Intersubjektivität adressieren (Nischk und Rusch 2019; Škodlar und Henriksen 2019). Die Ergebnisse dieser Arbeit bieten Hinweise für die These, dass intersubjektive Erfahrungen von Anerkennung von Bedeutung in den hier vorgestellten psychosozialen Therapien von Schizophrenien sind. Ganz konkret ist hiermit die Erfahrung gemeint, sich von anderen Personen gesehen oder bestätigt zu fühlen und für sie eine Bedeutung zu besitzen. Die Haltung, dass auch das psychotische Erleben eine Bedeutung für die Betroffenen wie für ihre soziale Umgebung haben kann, ist die Grundlage der vorgestellten psychosozialen Interventionen. Die wechselseitige Erfahrung von Anerkennung bildet zudem den intersubjektiven Kern der begleitenden therapeutischen Interventionen bei akuten Psychosen im *Dabeisein* von Soteria-Einrichtungen sowie des haltenden und strukturierenden *moving along* in der psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie (Bock 2020; Lempa et al. 2017; Lincoln und Heibach 2017; Mosher et al. 1994).

Darüber hinaus verweisen die phänomenologischen Analysen der verschiedenen Erfahrungen von *Social Defeat* auf die sozialpsychiatrische Relevanz sozialer Ungleichheit (Marmot 2005; Selten et al. 2013; Varchmin et al. 2021). Erfahrungen von Missachtung spielen eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Schizophrenien, da wiederholte Missachtungserfahrungen, in denen eine Person nicht als Subjekt wahrgenommen und bestätigt wird, mit Veränderungen basaler Erfahrungsstrukturen einhergehen können (Benjamin 2017; Honneth 2003b). Die andauernde Erfahrung, in diversen sozialen Kontexten nicht oder nur durch ein rassistisches oder psychiatrisches Raster gesehen zu werden, scheint mit einer Veränderung des Selbst- und Welterlebens, des Erlebens von Zeit sowie der Intersubjektivität der davon Betroffenen einherzugehen. Insbesondere im Fall der Psychiatrisierung psychotischen Erlebens könnte dies sogar mit einer Verstärkung der psychotischen Symptome einhergehen, was wichtige Implikationen für den Umgang mit den davon Betroffenen hätte (Luhmann et al. 2015a). Die anthropologischen Forschungsarbeiten Luhmanns (2015b; 2023) verweisen auf die zentrale therapeutische Bedeutung der oben beschriebenen anerkennenden, normalisierenden Grundhaltung in psychosozialen Hilfsangeboten, die dem psychotischen Erleben einen subjektiven Sinn zusprechen, der gemeinsam erkundet werden kann. Ferner wird angesichts der großen Bedeutung sozialer Ungleichheit die Notwendigkeit sozialpolitischer Interventionen im Kampf gegen Rassismus, Wohnungslosigkeit, sexuelle Diskriminierung sowie die Stigmatisierung von Schizophrenie-Betroffenen deutlich (Schomerus et al. 2022; Varchmin et al. 2021).

Es wäre zuletzt auch wünschenswert, wenn zukünftige Forschungsarbeiten auf der Basis der hier entwickelten Konzeption von Anerkennung weitere Hilfsangebote für Schizophrenien sowie für andere psychiatrische Störungsbilder analysieren. Im Kontext

der Schizophrenie sollten hierbei Formen der aufsuchenden Behandlung (Weinmann et al. 2021), des *Offenen Dialogs* (Putman und Martindale 2021) sowie Stationen mit Soteria-Konzept (Fabel et al. 2023) oder nach dem Weddinger Modell arbeitend (Mahler et al. 2014) fokussiert werden. Mithilfe theoretischer und empirischer Methoden sollten deren therapeutische Konzepte sowie Erfahrungsberichte von Betroffenen wie auch von Professionellen und Angehörigen dahingehend analysiert werden, welche Rolle hier Haltungen sowie wechselseitige Beziehungen der Anerkennung spielen. Gerade eine Verlaufsstudie im Vergleich mit einer Station der psychiatrischen Regelversorgung wäre dabei von hoher sozialpsychiatrischer Relevanz. Zudem wäre eine anerkennungstheoretische Analyse der therapeutischen Werkzeuge in der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen wichtig (Lincoln 2019; Moritz et al. 2017), da diese aufgrund ihrer robusten empirischen Befundlage Bestandteil einer jeden leitliniengerechten Behandlung einer Schizophrenie sein sollte (DGPPN 2019b). Nicht zuletzt wäre es interessant, die Rolle von antipsychotischer Medikation in therapeutischen Beziehungen dahingehend zu analysieren, welche Erfahrungen von Anerkennung oder Missachtung der subjektiven Erfahrung der Betroffenen hier gemacht werden (Küchenhoff 2016; Schlimme et al. 2018).

Dabei können künftigen Forschungsprojekte in verschiedener Hinsicht auf der hier entwickelten Phänomenologie der Anerkennung im Kontext der Entstehung und Therapie von Schizophrenien aufbauen, das anerkennungstheoretische Analyseraster in anderen Kontexten einsetzen und es anhand empirischer Befunde weiterentwickeln.

8 Zusammenfassung der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird die Fragestellung untersucht, welche Bedeutung Erfahrungen von Anerkennung für die Entstehung und Therapie der Schizophrenie besitzen. Die Arbeit setzt an gegenwärtigen Debatten der Sozialpsychiatrie sowie der Phänomenologischen Psychiatrie zur Relevanz sozialer Faktoren für das Verständnis von Schizophrenien an. In der Einleitung werden aktuelle Positionen zum psychiatrischen Verständnis von Schizophrenien vorgestellt, die Relevanz von Anerkennungstheorien für die vorliegende Fragestellung skizziert sowie die theoretischen Hintergründe der Arbeit in der Sozialpsychiatrie, Phänomenologischen Psychiatrie und Kritischen Theorie dargestellt.

Im zweiten Kapitel wird das psychiatrische Störungsbild der Schizophrenie diagnostisch, psychiatriehistorisch und epidemiologisch eingeordnet. Im Anschluss werden aktuelle Befunde zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie der Schizophrenie dargestellt, die eine Relativierung einer vornehmlich biologischen Perspektive auf das Verständnis von Schizophrenien nahelegen und verstärkt psychosoziale Aspekte in den Blick psychiatrischer Forschung rücken.

Darauffolgend wird die Schizophrenie aus einer phänomenologischen Perspektive als Störung des basalen Selbsterlebens beschrieben, die mit einer Veränderung des Zeiterlebens und der Handlungsfähigkeit der Betroffenen einhergeht. Phänomenologische Forschungsarbeiten zur Relevanz intersubjektiver Faktoren für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien werden dargestellt, an die mit einer Phänomenologie der Anerkennung angeschlossen wird.

Die wesentlichen anerkennungstheoretischen Vorarbeiten für die hier entwickelte Phänomenologie der Anerkennung stammen von der Psychoanalytikerin Jessica Benjamin sowie dem Philosophen Axel Honneth, beide Vertreter*innen der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule. In der Darstellung dieser Arbeiten wird Anerkennung einerseits als im Sozialisationsprozess erworbene Haltung gegenüber anderen Personen bestimmt, die diesen anzeigt, dass sie einen Wert für die jeweils andere Person besitzen. Darüber hinaus wird Anerkennung als wechselseitige Beziehung beschrieben, in der zwischenleibliche sowie sprachliche Aspekte zentral sind, die ein Vertrauen in die soziale Welt ermöglichen. Die kontinuierliche Erfahrung von Anerkennung wird als bedeutsam für psychische Gesundheit und ein selbstbestimmtes Leben begriffen. Eine erste anerkennungstheoretische Analyse der Schizophrenie des Sozialpsychiaters Erich Wulff wird dargestellt und kritisch gewürdigt.

Im Anschluss daran werden empirische Befunde zur sozialen Bedingtheit von Schizophrenien anerkennungstheoretisch analysiert. Gegenwärtige sozialpsychiatrische Forschungsarbeiten werden im Modell des *Social Defeat* zusammengefasst, der

wiederholten Erfahrung sozialer Ausgrenzung, die einen Risikofaktor für die Entstehung von Schizophrenien darstellt. *Social Defeat* wird als Form des Ausbleibens von Anerkennung und der Missachtung konzeptualisiert und anhand der Beispiele der Psychiatrisierung psychotischer Erfahrungen, des Rassismus sowie der Wohnungslosigkeit phänomenologisch dahingehend analysiert, inwiefern jene Ausgrenzungserfahrungen mit Veränderungen der basalen Erfahrungsstrukturen des subjektiven Erlebens einhergehen, die dem Erleben in der Schizophrenie ähneln.

In einem nächsten Schritt werden mit Soteria-Einrichtungen, der modifizierten psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie sowie dem Trialog gegenwärtige psychosoziale Hilfsangebote bei Schizophrenien dargestellt und dahingehend analysiert, inwiefern darin eine Haltung der Anerkennung gegenüber dem subjektiven bedeutsamen Erleben der Schizophrenie-Betroffenen zum Ausdruck kommt und inwiefern der begleitende, strukturierende therapeutische Umgang mit Psychoseerfahrungen eine Form wechselseitiger Anerkennung darstellt. Des Weiteren wird die kognitive Anerkennung des Erfahrungswissens von Betroffenen und Angehörigen im Trialog beschrieben und als bedeutsamer Faktor für eine partizipative Gestaltung der Psychiatrie in der Zukunft bestimmt.

Die vorliegende theoretische Arbeit gibt auf der Basis einer phänomenologischen Methodologie Hinweise darauf, dass intersubjektive Anerkennung eine Rolle bei der Entstehung und Therapie von Schizophrenien spielen kann. Sie verbindet damit gegenwärtige sozialpsychiatrische und phänomenologische Debatten und trägt zu einem besseren Verständnis der intrapsychischen Mechanismen der Entstehung psychotischen Erlebens und seiner Therapie bei. Aus diesen Befunden lassen sich sozialpolitische Konsequenzen hinsichtlich der hohen Relevanz von sozialer Ungleichheit und Diskriminierungserfahrungen für die Entstehung einer schweren psychischen Störung wie der Schizophrenie ableiten. Für die klinische Praxis zeigt sich die große therapeutische Bedeutung einer anerkennenden Grundhaltung gegenüber psychotischem Erleben sowie der zentrale Stellenwert der therapeutischen Beziehung für das Gelingen von Psychosen-Psychotherapie, die durch wechselseitige Anerkennung gekennzeichnet sein sollte, welche sich insbesondere in zwischenleiblichen Prozessen manifestiert.

9 Literatur

- Aaltonen, J., Seikkula, J. und Lehtinen, K. (2011). **The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states.** *Psychosis* 3, 179–191, doi:10.1080/17522439.2011.601750.
- Aderhold, V. (2021). **Die Zukunft der deutschen Psychiatrie. Ein (un)realistischer Reformvorschlag für die Psychiatrie.** *Kontext Z Für Syst Perspekt* 52, 146–166.
- Aderhold, V. und Hohn, P. (2019). **Das Konzept von Psychosen und die Antwort des Offenen Dialogs.** *Familiendynamik* 44, 54–62, doi:10.21706/fd-44-1-54.
- Aderhold, V., Weinmann, S., Hägele, C. und Heinz, A. (2015). **Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika?** *Nervenarzt* 86, 302–323, doi:10.1007/s00115-014-4027-5.
- Adli, M. und Schöndorf, J. (2020). **Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit.** *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 63, 979–986, doi:10.1007/s00103-020-03185-w.
- Aebi, E., Ciompi, L., und Hansen, H. (Hrsg.) (1996). *Soteria im Gespräch: Über eine alternative Schizophreniebehandlung*, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Ae-Ngibise, K., Cooper, S., Adiibokah, E., Akpalu, B., Lund, C., Doku, V. und Mhapp Research Programme Consortium, null (2010). **„Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them“: a qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in Ghana.** *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl* 22, 558–567, doi:10.3109/09540261.2010.536149.
- Ahmed, S. (2006). *Queer phenomenology: Orientations, Objects, Others*, Duke University Press, Durham.
- Akdeniz, C., Tost, H. und Meyer-Lindenberg, A. (2014). **The neurobiology of social environmental risk for schizophrenia: an evolving research field.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49, 507–517, doi:10.1007/s00127-014-0858-4.
- Alcoff, L. M. (2006). *Visible Identities: Race, Gender, and the Self*, Oxford University Press, New York, NY.
- Aldea, A. S., Carr, D., und Heinämaa, S. (Hrsg.) (2022). *Phenomenology as critique: why method matters*, Routledge, New York, NY.
- Allen, A. (2019). *Das Ende des Fortschritts. Zur Dekolonisierung der normativen Grundlagen der Kritischen Theorie*, Campus, Frankfurt/M.
- Allen, A. (2023). *Kritik auf der Couch: Warum die Kritische Theorie auf die Psychoanalyse angewiesen ist*, Campus, Frankfurt/M.
- American Psychiatric Association (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*, Hogrefe, Göttingen.
- Amering, M. und Schmolke, M. (2012). *Recovery - Das Ende der Unheilbarkeit*, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Amering, M., Hofer, H. und Rath, I. (2002). **The “First Vienna Trialog” - experiences with a new form of communication between users, relatives and mental health professionals.** In: **Family interventions in mental illness: international perspectives**, Hrsg. Lefley, H. P. und Johnson, D. L. Praeger Publishers, Westport, CT, S. 105–124.
- Andreasen, N. C. (2007). **DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences.** *Schizophr Bull* 33, 108–112.
- Andreasen, N. C. und Olsen, S. (1982). **Negative v positive schizophrenia. Definition and validation.** *Arch Gen Psychiatry* 39, 789–794, doi:10.1001/archpsyc.1982.04290070025006.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. und Schomerus, G. (2013). **Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two**

- decades.** Br J Psychiatry J Ment Sci 203, 146–151, doi:10.1192/bjp.bp.112.122978.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (2018). Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Hogrefe, Göttingen.
- Augusta, G. (2021). **Sigmund Freud und die psychoanalytische Behandlung von Psychosen.** Psyche - Z Für Psychoanal 75, 67–96, doi:10.21706/ps-75-1-67.
- Austin, S. F., Mors, O., Budtz-Jørgensen, E., Secher, R. G., Hjorthøj, C. R., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A. und Nordentoft, M. (2015). **Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: A 10year follow-up study in the OPUS cohort.** Schizophr Res 168, 84–91, doi:10.1016/j.schres.2015.07.021.
- Bader, O., Bizzari, V. und Fuchs, T. (2022). **Space, Social Perception, and Mental Disorders: Phenomenological and Empirical Approaches.** Psychopathology 55, 129–131, doi:10.1159/000524754.
- Bagnoli, C. (2021). **Immanuel Kant.** In: **Handbuch Anerkennung**, Hrsg. Siep, L., Ikäheimo, H., und Quante, M. Springer VS, Wiesbaden, S. 115–119.
- Baker, S. J., Jackson, M., Jongsma, H. und Saville, C. W. N. (2021). **The ethnic density effect in psychosis: a systematic review and multilevel meta-analysis.** Br J Psychiatry J Ment Sci 219, 632–643, doi:10.1192/bjp.2021.96.
- Barr, S. M., Roberts, D. und Thakkar, K. N. (2021). **Psychosis in transgender and gender non-conforming individuals: A review of the literature and a call for more research.** Psychiatry Res 306, 114272, doi:10.1016/j.psychres.2021.114272.
- Basaglia, F. (Hrsg.) (1978). Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen: Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. und Wynne, L. C. (1969). Schizophrenie und Familie: Beiträge zu einer neuen Theorie, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Nikolaidis, K., Kleinschmidt, M., Weinmann, S. und Baumgardt, J. (2022). **Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit.** Nervenarzt 93, 488–498, doi:10.1007/s00115-021-01143-8.
- Beck, A. T. (1952). **Successful Outpatient Psychotherapy of a Chronic Schizophrenic with a Delusion Based on Borrowed Guilt.** Psychiatry 15, 305–312, doi:10.1080/00332747.1952.11022883.
- Bedorf, T. (2017). **Kritische Theorie.** In: **Husserl-Handbuch**, Hrsg. Luft, S. und Wehrle, M. J.B. Metzler, Stuttgart, S. 332–336, doi:10.1007/978-3-476-05417-3_50.
- Bedorf, T. und Herrmann, S. (2020). Political phenomenology: Experience, ontology, episteme, Routledge, New York, NY.
- Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M. und von Peter, S. (2021). **Psychiatrization of Society: A Conceptual Framework and Call for Transdisciplinary Research.** Front Psychiatry 12, 645556, doi:10.3389/fpsyt.2021.645556.
- Benedetti, G. (1998). Psychotherapie als existentielle Herausforderung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Benjamin, J. (1990). Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht, Stroemfeld, Frankfurt a. M.
- Benjamin, J. (1993). **Ein Entwurf zur Intersubjektivität: Anerkennung und Zerstörung.** In: **Phantasie und Geschlecht: Studien über Idealisierung, Anerkennung und Differenz**, Stroemfeld, Frankfurt/M., S. 39–58.
- Benjamin, J. (2017). Beyond Doer and Done to. Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third, Routledge, London.

- Benjamin, J. (2019). Anerkennung, Zeugenschaft und Moral: Soziale Traumata in psychoanalytischer Perspektive, Psychosozial, Gießen.
- Beresford, P. und Russo, J. (Hrsg.) (2022). The Routledge international handbook of mad studies, Routledge, London ; New York.
- Binswanger, L. (1946). **Über die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie.** In: **Ausgewählte Werke. Band 3: Vorträge und Aufsätze,** Asanger, Heidelberg, S. 231–257.
- Björkqvist, K. (2001). **Social defeat as a stressor in humans.** *Physiol Behav* 73, 435–442, doi:10.1016/s0031-9384(01)00490-5.
- Blankenburg, W. (1971). Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien, Enke, Stuttgart.
- Blasius, D. (1980). Der verwaltete Wahnsinn: Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Fischer, Frankfurt/M.
- Bleuler, E. (1911). Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien, F. Deuticke, Leipzig und Wien.
- Bleuler, M. (1972). Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten, Thieme, Stuttgart.
- Bock, T. (2004). **Wo wir stehen.** In: **Dialog praktisch,** Hrsg. Bombosch, J., Hansen, H., Blume, J. Paranus, Neumünster, S. 29–39.
- Bock, T. (2020). Menschen mit Psychose-Erfahrung begleiten, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Bock, T. und Buck, D. (2002). **Dialog als Modell - Erfahrungen aus den Psychoseminaren.** *PiD - Psychother Im Dialog* 3, 252–256, doi:10.1055/s-2002-34535.
- Bock, T. und Heinz, A. (2016). Psychosen. Ringen um Selbstverständlichkeit, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Bock, T. und Heumann, K. (2015). **Psychoedukation ist ein überholtes paternalistisches Konzept - Pro.** *Psychiatr Prax* 42, 296–297, doi:10.1055/s-0034-1387499.
- Bock, T., Buck, D. und Esterer, I. (2007). Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn, Balance Buch + Medien, Bonn.
- Bock, T., Buck, D. und Meyer, H.-J. (2009). **Entwicklungslinien des Dialogs.** *Sozialpsychiatrische Informationen* 39, 4–7.
- Bock, T., Hurtz, R., Klingberg, S., Bechdolf, A. und von Haebler, D. (2021). **Komplizierter Streit um Komplexeleistungen für psychisch erkrankte Menschen.** *Psychiatr Prax* 48, 51–54, doi:10.1055/a-1321-1826.
- Bock, T., Klapheck, K., und Ruppelt, F. (Hrsg.) (2014). Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Bock, T., Sielaff, G., Ruppelt, F., Nordmeyer, S. und Klapheck, K. (2012). **Dialog und Psychosepsychotherapie.** *Psychotherapeut* 57, 514–521, doi:10.1007/s00278-012-0950-8.
- Bock, T., Urban, A., Schulz, G., Sielaff, G., Kuby, A. und Mahlke, C. (2017). **“Irre menschlich Hamburg” – An Example of a Bottom-Up Project.** In: **The Stigma of Mental Illness - End of the Story?,** Hrsg. Gaebel, W., Rössler, W., und Sartorius, N. Springer International Publishing, Cham, S. 469–483, doi:10.1007/978-3-319-27839-1_25.
- Bombosch, J., Hansen, H., und Blume, J. (Hrsg.). *Dialog praktisch: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie,* Paranus, Neumünster.
- Bourdieu, P. (1982). Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Bovet, P. und Parnas, J. (1993). **Schizophrenic Delusions: A Phenomenological Approach.** *Schizophr Bull* 19, 579–597.
- Bowlby, J. (1986). Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung, Fischer, Frankfurt/M.

- Boydell, J., Bebbington, P., Bhavsar, V., Kravariti, E., van Os, J., Murray, R. M. und Dutta, R. (2013). **Unemployment, ethnicity and psychosis**. *Acta Psychiatr Scand* 127, 202–209, doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01921.x.
- Breinbauer, I., Brieger, P., Jarchoh-Jàdi, I., Jäger, M., Kieser, S., Mahler, L., Menzel, S., Mielke, J., Oster, A. und Theodoridou, A. (2021). **Kommt nach der Sozialpsychiatrie die Postpsychiatrie?** *Sozialpsychiatrische Informationen* 51, 20–25.
- Breyer, T., Fuchs, T., und Holzhey-Kunz, A. (Hrsg.) (2015). Ludwig Binswanger und Erwin Straus. Beiträge zur psychiatrischen Phänomenologie, Alber, Freiburg.
- Brink, C. (2010). Grenzen der Anstalt. *Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980*, Wallstein, Göttingen.
- Broccard, Michael (2011). **Praxis der Milieuthherapie und Psychosenbegleitung. In: Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet**, Hrsg. Ciompi, L., Hoffmann, H., und Broccard, M. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, S. 103–134.
- Broschmann, D. (2018). Der unüberquerbare Rubikon. Eine phänomenologische Psychopathologie der Willensstörungen, Alber, Freiburg.
- Broschmann, D. und Fuchs, T. (2020). **Zwischenleiblichkeit in der psychodynamischen Psychotherapie**. *Forum Psychoanal* 36, 459–475.
- Broschmann, D. und Fuchs, T. (2022). **Vertrauen und Vertrauensstörungen**. *PDP - Psychodyn Psychother* 21, 369–382, doi:10.21706/pdp-21-4-369.
- Brückner, B. (2007). *Delirium und Wahn. Geschichte, Selbstzeugnisse und Theorien von der Antike bis 1900*. 2. Band: 19. Jahrhundert - Deutschland, Pressler, Hürtgenwald.
- Brückner, B. (2011). **Moral, Freiheit und Natur - Die Ursprünge der europäischen Psychiatrie im Schnittpunkt von Aufklärung und Romantik**. *Sozialpsychiatrische Informationen* 40, 8–10.
- Brückner, B. (2014). *Geschichte der Psychiatrie*, 2. Aufl., Psychiatrie Verlag, Köln.
- Brückner, B. (2015). „**Nichts über uns ohne uns!**“: **Psychiatrie-Erfahrene im Prozess der deutschen Psychiatriereform**. In: **40 Jahre Psychiatrie Enquete - Blick zurück nach vorn**, Hrsg. Armbruster, J., Diethelm, A., Hahn, D., und Ratzke, K. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 138–147.
- Brückner, B. (2018). **Modelle psychischer Gesundheit und Störung in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie aus historischer Perspektive**. In: **Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen**, Publisher, Hrsg. Brähler, E. und Klotter, C. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 287–298.
- Brückner, B. (2020). **Bewegung der Psychiatrieerfahrenen (c/s/x-movement)**. In: **Behinderung - Kulturwissenschaftliches Handbuch**, Hrsg. Hartwig, S. Metzler, Stuttgart, S. 205–209, doi:10.1007/978-3-476-05738-9_38.
- Brückner, B. (2021). **Historisch-politische Aspekte der aktuellen Debatte zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie**. *Recht Psychiatr* 39, 229–235, doi:10.1486/RP-2021-04_229.
- Brückner, B. (2022). „**Schlammströme, in denen man uns ersäufen möchte**“. *Sozialpsychiatrische Informationen* 52, 6–10.
- Buck, D. (2004). **Der dialogische Erfahrungsaustausch – Unsere Antwort auf die gesprächslose Psychiatrie, die zu den Ausrottungsmaßnahmen von 1933-45 führte**. In: **Trialog praktisch: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie**, Hrsg. Bombosch, J., Hansen, H., und Blume, J. Paranus, Neumünster, S. 23–28.
- Buck, D. (2007). **Unbewusstes in Traum und Psychose**. In: **Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn**, Hrsg. Bock, T., Buck, D., und Esterer, I. Balance Buch + Medien, Köln, S. 60–65.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S. und Castle, D. J. (2009). **Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia**. *Schizophr Bull* 35, 383–402, doi:10.1093/schbul/sbn135.

- Buck-Zerchin, D. S. (2010). *Auf der Spur des Morgensterns: Psychose als Selbstfindung*, Fischer, Norderstedt.
- Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2022). *Empirische Untersuchung zum Gegenstand nach § 8 Abs. 2 und 3 WoBerichtsG*, Kantar Public, München.
- Burbach, F. R. (2018). **Family therapy and schizophrenia: a brief theoretical overview and a framework for clinical practice**. *BJPsych Adv* 24, 225–234, doi:10.1192/bja.2017.32.
- Bürgy, M. (2009). **Zur Geschichte und Phänomenologie des Psychose-Begriffs**. *Nervenarzt* 80, 584–592, doi:10.1007/s00115-009-2708-2.
- Bürgy, M. (2010). **Zur Psychopathologie der Ich-Störungen: Geschichte und Phänomenologie**. *Nervenarzt* 81, 1097–1107, doi:10.1007/s00115-010-3122-5.
- Burns, J. K., Tomita, A. und Kapadia, A. S. (2014). **Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality**. *Int J Soc Psychiatry* 60, 185–196, doi:10.1177/0020764013481426.
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Butler, J. (2010). *Raster des Krieges. Warum wir nicht jedes Leid beklagen*, Campus, Frankfurt/M.
- Butler, J. (2011). **Sehnsucht nach Anerkennung**. In: **Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen**, Hrsg. Butler, J. Suhrkamp, Frankfurt/M., S. 215–246.
- Butler, J. (2016). *Anmerkungen zu einer performativen Theorie der Versammlung*, Erste Auflage., Suhrkamp, Berlin.
- Butler, J. (2020). *Die Macht der Gewaltlosigkeit: Über das Ethische im Politischen*, Suhrkamp, Berlin.
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N. und Spandler, H. (2008). **A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia**. *Schizophr Bull* 34, 181–192, doi:10.1093/schbul/sbm047.
- Cantor-Graae, E. und Selten, J.-P. (2005). **Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review**. *Am J Psychiatry* 162, 12–24, doi:10.1176/appi.ajp.162.1.12.
- Castillejos, M. C., Martín-Pérez, C. und Moreno-Küstner, B. (2018). **A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: the distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level**. *Psychol Med* 48, 2101–2115, doi:10.1017/S0033291718000235.
- Cerovecki, A., Musil, R., Klimke, A., Seemüller, F., Haen, E., Schennach, R., Kühn, K.-U., Volz, H.-P. und Riedel, M. (2013). **Withdrawal symptoms and rebound syndromes associated with switching and discontinuing atypical antipsychotics: theoretical background and practical recommendations**. *CNS Drugs* 27, 545–572, doi:10.1007/s40263-013-0079-5.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J. und Whiteford, H. A. (2018). **Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016**. *Schizophr Bull* 44, 1195–1203, doi:10.1093/schbul/sby058.
- Christ, J., Lepold, K., Loick, D. und Stahl, T. (2020). **Debating Critical Theory - An Introduction**. In: **Debating critical theory**, Hrsg. Christ, J., Lepold, Kristina, und Loick, D. Rowman & Littlefield, Lanham, Maryland, S. vii–xiv.
- Ciompi, L. und Müller, C. H. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*, Springer, Heidelberg.
- Ciompi, L., Hoffmann, H., und Broccard, M. (Hrsg.) (2011). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*, Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Ciompi, Luc (2011). **Soteria Bern: Konzeptuelle und empirische Grundlagen, Wirkhypothesen**. In: **Wie wirkt Soteria? Eine atypische**

- Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet**, Hrsg. Ciompi, L., Hoffmann, H., und Broccard, M. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Clare, C. und Hurtz, R. (2017). **1:1 Psychose-Begleitung und Weiches Zimmer: Ein Erfahrungsbericht**. *Nervenheilkunde* 36, 893–895, doi:10.1055/s-0038-1627536.
- Conrad, K. (2013). *Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns* [1958], Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Cooper, D. (1971). *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Cooper, R. E., Laxhman, N., Crellin, N., Moncrieff, J. und Priebe, S. (2020). **Psychosocial interventions for people with schizophrenia or psychosis on minimal or no antipsychotic medication: A systematic review**. *Schizophr Res* 225, 15–30, doi:10.1016/j.schres.2019.05.020.
- Costa, C., Carmenates, S., Madeira, L. und Stanghellini, G. (2014). **Phenomenology of atmospheres. The felt meanings of clinical encounters**. *J Psychopathol* 20, 351–357.
- Crichton, P., Carel, H. und Kidd, I. J. (2017). **Epistemic injustice in psychiatry**. *BJPsych Bull* 41, 65–70, doi:10.1192/pb.bp.115.050682.
- Cuffari, E. C., Di Paolo, E. und de Jaegher, H. (2015). **From participatory sense-making to language: there and back again**. *Phenomenol Cogn Sci* 14, 1089–1125, doi:10.1007/s11097-014-9404-9.
- Cutting, J. und Shepherd, M. (Hrsg.) (1986). *The Clinical Roots of the Schizophrenia Concept. Translations of Seminal European Contributions on Schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge, MA.
- Dammann, G. (2014). **Der „Tod der Phänomenologie“ in der Psychiatrie? In: Phänomenologie und psychotherapeutische Psychiatrie**, Hrsg. Dammann, G. Kohlhammer, Stuttgart, S. 51–75.
- Daßler, H. (Hrsg.) (2023). *Wohnungslos und psychisch erkrankt*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Davies, C. und Bhattacharyya, S. (2019). **Cannabidiol as a potential treatment for psychosis**. *Ther Adv Psychopharmacol* 9, 2045125319881916, doi:10.1177/2045125319881916.
- de Haan, S. (2010). **Comment: The Minimal Self is a Social Self**. In: *The Embodied Self*, Hrsg. Fuchs, T. und Sattel, H., Henningsen, P. Schattauer, Stuttgart, S. 12–17.
- de Haan, S. und Fuchs, T. (2021). **Entkörperung und Entfremdung in der Schizophrenie. Eine phänomenologische Analyse zweier Fallstudien**. In: *Selbst- und Welterleben in der Schizophrenie. Die phänomenologischen Interviews EASE und EAWE*, Hrsg. Fuchs, T., Haan, S. de, Ludwig, M., und Martin, L. Kohlhammer, Stuttgart, S. 38–56.
- De Hert, M., Correll, C., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H.-J., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R. und Leucht, S. (2011). **Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care**. *World Psychiatry* 10, 52–77.
- de Jaegher, H. und Di Paolo, E. (2007). **Participatory sense-making**. *Phenomenol Cogn Sci* 6, 485–507.
- Depraz, N. (2020). **Microphenomenology of Chronicity in Psychosomatic Diseases: Diabetes, Anorexia, and Schizophrenia**. In: *Time and Body: Phenomenological and Psychopathological Approaches*, Hrsg. Tewes, C. und Stanghellini, G. Cambridge University Press, Cambridge, S. 82–97, [Stand September 2023].
- Desjarlais, R. R. (1997). *Shelter Blues - Sanity and Selfhood Among the Homeless*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, Pa.
- Deutscher Bundestag (1973). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Verhandlungen des*

- Deutschen Bundestags., Drucksache 7/4200., Bonner Universitätsdruckerei, Bonn-Bad Godesberg.
- DGPPN (Hrsg.) (2018). S3 Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, Springer, Berlin Heidelberg.
- DGPPN (Hrsg.) (2019a). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Springer, Berlin Heidelberg.
- DGPPN (Hrsg.) (2019b). S3-Leitlinie Schizophrenie, Springer, Berlin Heidelberg.
- Di Paolo, E. A., Cuffari, E. C. und de Jaegher, H. (2018). *Linguistic bodies: The continuity between life and language*, MIT Press, Cambridge, MA.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. und Coltart, I. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Huber, Bern.
- Docter, A. L., Zeeck, A., von Wietersheim, J. und Weiss, H. (2018). **Influence of childhood trauma on depression in the INDEP study**. *Psychoanal Psychother* 32, 217–234, doi:10.1080/02668734.2018.1459803.
- Dörner, K. (1984). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, EVA, Frankfurt/M.
- Dörner, K., Haerlin, C., Rau, V., Schernus, R. und Schwendy, A. (1989). *Der Krieg gegen die psychisch Kranken: nach „Holocaust“: Erkennen, Trauern, Begegnen; gewidmet den im „Dritten Reich“ getöteten psychisch, geistig und körperlich behinderten Bürgern und ihren Familien*, Mabuse, Frankfurt.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling: Die präverbale Entwicklung des Menschen*, Fischer, Frankfurt/M.
- Drożdżowicz, A. (2021). **Epistemic injustice in psychiatric practice: epistemic duties and the phenomenological approach**. *J Med Ethics* 47, e69–e69, doi:10.1136/medethics-2020-106679.
- Duden (2023a). 2023 Definition, Rechtschreibung, Synonyme und Grammatik von „Anerkennung“, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Anerkennung> [Stand 07.11.2023].
- Duden (2023b). 2023 Definition, Rechtschreibung, Synonyme und Grammatik von „Haltung“, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Haltung> [Stand 07.11.2023].
- Dziobek, I. und Lipinski, S. (2021). **Partizipative Forschung in Klinischer Psychologie und Psychiatrie in Deutschland – Erreichtes, Gelebtes und ein Blick nach vorne**. *Psychiatr Prax* 48, 337–340, doi:10.1055/a-1614-0719.
- El Bouhaddani, S., van Domburgh, L., Schaefer, B., Doreleijers, T. A. H. und Veling, W. (2019). **Psychotic experiences among ethnic majority and minority adolescents and the role of discrimination and ethnic identity**. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54, 343–353, doi:10.1007/s00127-019-01658-1.
- Ermann, M. (2017). *Der Andere in der Psychoanalyse: Die intersubjektive Wende*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Estroff, S. E. (1985). *Making it crazy: an ethnography of psychiatric clients in an American community*, Univ. of California Press, Berkeley.
- Fabel, P., Wolf, T., Zyber, H., Rubel, J. und Jockers-Scherübl, M. C. (2023). **Treatment with Soteria-elements in acute psychiatry—Effectiveness for acutely ill and voluntarily treated patients**. *Front Public Health* 11, doi:https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1118522.
- Fanon, F. (1981). *Die Verdammten dieser Erde.*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Fanon, F. (1985). *Schwarze Haut, weiße Masken*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Fernandez, A. V. (2020). **From Phenomenological Psychopathology to Neurodiversity and Mad Pride: Reflections on Prejudice**. *J Crit Phenomenol* 3, 19–22.
- Fett, A.-K. J., Lemmers-Jansen, I. L. J. und Krabbendam, L. (2019). **Psychosis and urbanicity: a review of the recent literature from epidemiology to neurourbanism**. *Curr Opin Psychiatry* 32, 232–241, doi:10.1097/YCO.0000000000000486.

- Fichte, J. G. (1991). Grundlage des Naturrechts nach Principien der Wissenschaftslehre. Fichtes Werke Bd. 3, de Gruyter, Berlin.
- Finzen, A. (2020). Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Fletcher, J. R. und Birk, R. H. (2020). **From fighting animals to the biosocial mechanisms of the human mind: A comparison of Selten's social defeat and Mead's symbolic interaction.** *Sociol Rev* 68, 1273–1289, doi:10.1177/0038026120902997.
- Fonagy, P. und Campbell, C. (2017). **Böses Blut – ein Rückblick: Bindung und Psychoanalyse, 2015.** 0033-2623 71, 275–305, doi:10.21706/ps-71-4-275.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, L. und Target, M. (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Foucault, M. (1963). Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H. und Pilling, S. (2019). **Open Dialogue: A Review of the Evidence.** *Psychiatr Serv* 70, 46–59, doi:10.1176/appi.ps.201800236.
- Freud, S. (1923). **Neurose und Psychose.** In: **Gesammelte Werke Bd. 13: Jenseits des Lustprinzips und andere Arbeiten aus den Jahren 1920-1924**, Fischer, Frankfurt/M., S. 387–391.
- Freud, S. (1924). **Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose.** In: **Gesammelte Werke Bd. 13: Jenseits des Lustprinzips und andere Arbeiten aus den Jahren 1920-1924**, Fischer, Frankfurt/M., S. 363–368.
- Freud, S. (1940). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke Bd. 11, Fischer, Frankfurt/M.
- Freud, S. (1942). **Über Psychotherapie.** In: **Gesammelte Werke Bd. 5: Werke aus den Jahren 1904-1905**, Fischer, Frankfurt/M., S. 11–26.
- Freud, S. (1946). **Zur Einführung des Narzißmus.** In: **Gesammelte Werke Bd. 10: Werke aus den Jahren 1913-1917**, Fischer, Frankfurt/M., S. 137–170.
- Freud, S. (1948). **Selbstdarstellung.** In: **Gesammelte Werke Bd. 14: Werke aus den Jahren 1925-1931**, Hrsg. Freud, S. Fischer, Frankfurt/M., S. 31–96.
- Freud, S. (1955a). **Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens.** In: **Gesammelte Werke Bd. 8: Werke aus den Jahren 1909-1913**, Imago, London, S. 230–238.
- Freud, S. (1955b). **Über Psychoanalyse.** In: **Gesammelte Werke Bd. 8: Werke aus den Jahren 1909-1913**, Fischer, Frankfurt/M., S. 1–60.
- Fricker, M. (2023). Epistemische Ungerechtigkeit: Macht und die Ethik des Wissens, C.H. Beck, München.
- Friedlander, A., Tzur Bitan, D. und Lichtenberg, P. (2022). **The Soteria model: implementing an alternative to acute psychiatric hospitalization in Israel.** *Psychosis* 14, 99–108, doi:10.1080/17522439.2022.2057578.
- Fuchs, T. (2007). **The Temporal Structure of Intentionality and its Disturbance in Schizophrenia.** *Psychopathology* 40, 229–235.
- Fuchs, T. (2015a). **From Self-Disorders to Ego Disorders.** *Psychopathology* 48, 324–331, doi:10.1159/000432404.
- Fuchs, T. (2015b). **Vertrautheit und Vertrauen als Grundlagen der Lebenswelt.** *Phänomenologische Forschungen* 2015, 101–118, doi:10.28937/1000107760.
- Fuchs, T. (2017a). **The “As-If” Function and Its Loss in Schizophrenia.** In: **Imagination and Social Perspectives**, Hrsg. Summa, M., Fuchs, T., und Vanzago, L. Routledge, S. 83–98.
- Fuchs, T. (2017b). **Zwischen Psyche und Gehirn: Zur Standortbestimmung der Psychiatrie.** *Nervenarzt* 88, 520–528, doi:10.1007/s00115-017-0317-z.
- Fuchs, T. (2018). **Anthropologische und phänomenologische Aspekte psychischer Erkrankungen.** In: **Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie**, Hrsg. Möller, H.-J., Laux, G., und Kapfhammer, H.-P. Springer, Heidelberg New York, S. 417–431.

- Fuchs, T. (2020a). **Psychopathologie der Hyperreflexivität**. In: **Randzonen der Erfahrung. Beiträge zur phänomenologischen Psychopathologie**, Alber, Freiburg, S. 21–43.
- Fuchs, T. (2020b). **Randzonen der Erfahrung: Beiträge zur phänomenologischen Psychopathologie**, Alber, Freiburg München.
- Fuchs, T. (2020c). **Selbst und Schizophrenie**. In: **Randzonen der Erfahrung. Beiträge zur phänomenologischen Psychopathologie**, Alber, Freiburg, S. 63–88.
- Fuchs, T. (2020d). **Selbsterleben und Selbststörungen**. In: **Selbst und Selbststörungen**, Hrsg. Fuchs, T. und Breyer, T. Alber, Freiburg, S. 31–65.
- Fuchs, T. (2020e). **Wahn, Realität und Intersubjektivität. Eine phänomenologische und enaktive Analyse**. In: **Randzonen der Erfahrung. Beiträge zur phänomenologischen Psychopathologie**, Alber, Freiburg, S. 263–298.
- Fuchs, T. (2023a). **Psychiatrie als Beziehungsmedizin - Ein ökologisches Paradigma**, Kohlhammer, Stuttgart.
- Fuchs, T. (2023b). **Understanding as explaining: how motives can become causes**. *Phenomenol Cogn Sci* 22, 701–717, doi:10.1007/s11097-022-09839-1.
- Fuchs, T. und van Duppen, Z. (2017). **Time and Events: On the Phenomenology of Temporal Experience in Schizophrenia**. *Psychopathology* 50, 68–74.
- Fuchs, T., Haan, S. de, Ludwig, M., und Martin, L. (Hrsg.) (2022). **Selbst- und Welterleben in der Schizophrenie: die phänomenologischen Interviews EASE und EAWE**, Kohlhammer, Stuttgart.
- Fuchs, T., Iwer, L., und Micali, S. (Hrsg.) (2018). **Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft**, Suhrkamp, Berlin.
- Fuchs, T., Messas, G. P. und Stanghellini, G. (2019). **More than just Description. Phenomenology and Psychotherapy**. *Psychopathology* 52, 63–66.
- Fusar-Poli, P. und Meyer-Lindenberg, A. (2016). **Forty years of structural imaging in psychosis: promises and truth**. *Acta Psychiatr Scand* 134, 207–224, doi:10.1111/acps.12619.
- Fusar-Poli, P. und Politi, P. (2008). **Paul Eugen Bleuler and the Birth of Schizophrenia (1908)**. *Am J Psychiatry* 165, 1407–1407, doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050714.
- Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Venables, J., Onwumere, J., Messas, G., Gilardi, L., Nelson, B., Patel, V., Bonoldi, I., Aragona, M., Cabrera, A., Rico, J., Hoque, A., Otaiku, J., Hunter, N., Tamellini, M. G., Maschião, L. F., Puchivailo, M. C., Piedade, V. L., Kéri, P., Kpodo, L., Sunkel, C., Bao, J., Shiers, D., Kuipers, E., Arango, C. und Maj, M. (2022). **The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics**. *World Psychiatry* 21, 168–188, doi:10.1002/wps.20959.
- Gaebel, W. und Woelwer, W. (2010). **Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50: Schizophrenie**, Robert Koch Institut, Berlin.
- Galbusera, L. und Kyselo, M. (2019). **The Importance of Dialogue for Schizophrenia Treatment: Conceptual Bridges Between the Open Dialogue Approach and Enactive Cognitive Science**. *HUMANAMENTE J Philos Stud* 12, 261–291.
- Gallagher, S. (2014). **The cruel and unusual phenomenology of solitary confinement**. *Front Psychol* 5, 585, doi:10.3389/fpsyg.2014.00585.
- Gallagher, S. (2020). **Action and interaction**, Oxford University Press, New York, NY.
- Gallagher, S. und Zahavi, D. (2021). **The phenomenological mind**, Routledge, New York, NY.
- Giladi, P. und McMillan, N. (Hrsg.) (2023). **Epistemic injustice and the philosophy of recognition**, Routledge, New York, NY.
- Gilardi, L. und Stanghellini, G. (2021). **I Am Schizophrenic, Believe It or Not! A Dialogue about the Importance of Recognition**. *Philos Psychiatry Psychol* 28, 1–10, doi:10.1353/ppp.2021.0000.
- Goffman, E. (1973). **Asyle: über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen**, Suhrkamp, Frankfurt/M.

- Good, B. J. (1997). **Studying Mental Illness in Context: Local, Global, or Universal?** *Ethos* 25, 230–248, doi:10.1525/eth.1997.25.2.230.
- Greifenhagen, A. und Fichter, M. (1996). **Psychiatrische Obdachlosenforschung. Von der „Psychopathologie des Landstreichers“ zu den „Homeless Mentally Ill“.** *Nervenarzt* 67, 905–910, doi:10.1007/s001150050071.
- Gründer, G. (2022). *Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie?*, Elsevier, München.
- Guattari, F. (1976). *Psychotherapie, Politik und die Aufgaben der institutionellen Analyse*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Guloksuz, S. und van Os, J. (2018). **The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum.** *Psychol Med* 48, 229–244, doi:10.1017/S0033291717001775.
- Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K. und Fazel, S. (2021). **The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis.** *PLoS Med* 18, e1003750, doi:10.1371/journal.pmed.1003750.
- Haan, S. de (2020). *Enactive psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Habermas, J. (1968a). **Arbeit und Interaktion. Bemerkungen zu Hegels Jenenser „Philosophie des Geistes“.** In: *Technik und Wissenschaft als „Ideologie“*, Suhrkamp, Frankfurt/M., S. 9–47.
- Habermas, J. (1968b). *Erkenntnis und Interesse*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Habermas, J. (1970). *Thesen zur Theorie der Sozialisation: Stichworte u. Literatur z. Vorlesung im SS 68*, Raubdruck.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns*, Bd. 2, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1992). *Faktizität und Geltung: Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1993). **Anerkennungskämpfe im demokratischen Rechtsstaat.** In: **Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung**, Hrsg. Taylor, C. Fischer, Frankfurt/M., S. 147–196.
- Habermas, J. (1995). *Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Habermas, J. (2001). *Glauben und Wissen*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Habermas, J. (2015). *Erläuterungen zur Diskursethik*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Hacking, I. (1995). **The Looping Effects of Human Kinds.** In: **Causal Cognition. A Multidisciplinary Debate**, Hrsg. D. Sperber, D. Premack & A. J. Premack. Clarendon, Oxford, S. 351–383.
- Haddad, L. und Meyer-Lindenberg, A. (2012). **Soziale Umweltrisikofaktoren und psychische Erkrankungen.** *Nervenarzt* 83, 1403–1409, doi:10.1007/s00115-012-3664-9.
- Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie: eine Krankheit wird entschlüsselt*, C. H. Beck, München.
- Häfner, H., Maurer, K. und an der Heiden, W. (2013). **Schizophrenie – eine einheitliche Krankheit?: Ergebnisse aus 25 Jahren ABC-Studie.** *Nervenarzt* 84, 1093–1103, doi:10.1007/s00115-013-3788-6.
- Häfner, H., von Baeyer, W. und Kisker, K. P. (1965). **Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen (psychiatrischer Gemeindezentren).** *Helf Heilen – Diagn Ther Rehabil* 4, 118–125.
- Hager, F.-P. (2017). *Episteme*, Schwabe, Basel, doi:10.24894/HWPh.899.
- Hahlweg, K. und Baucom, D. H. (2022). **Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important.** *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, doi:10.1007/s00406-022-01393-w.

- Haijma, S. V., Van Haren, N., Cahn, W., Koolschijn, P. C. M. P., Hulshoff Pol, H. E. und Kahn, R. S. (2013). **Brain volumes in schizophrenia: a meta-analysis in over 18 000 subjects**. *Schizophr Bull* 39, 1129–1138, doi:10.1093/schbul/sbs118.
- Hakulinen, C., Webb, R. T., Pedersen, C. B., Agerbo, E. und Mok, P. L. H. (2020). **Association Between Parental Income During Childhood and Risk of Schizophrenia Later in Life**. *JAMA Psychiatry* 77, 17–24, doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2299.
- Hanna, B., Desai, R., Parekh, T., Guirguis, E., Kumar, G. und Sachdeva, R. (2019). **Psychiatric disorders in the U.S. transgender population**. *Ann Epidemiol* 39, 1-7.e1, doi:10.1016/j.annepidem.2019.09.009.
- Happach, C. und Piegler, T. (2000). **Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen**. *Psychotherapeut* 45, 39–43, doi:10.1007/s002780050006.
- Hardy, A., Emsley, R., Freeman, D., Bebbington, P., Garety, P. A., Kuipers, E. E., Dunn, G. und Fowler, D. (2016). **Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression**. *Schizophr Bull* 42, S34–S43, doi:10.1093/schbul/sbv175.
- Hardy, A., O'Driscoll, C., Steel, C., van der Gaag, M. und van den Berg, D. (2021). **A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms**. *Psychol Med* 51, 2485–2492, doi:10.1017/S0033291720001300.
- Harrow, M., Jobe, T. H. und Faull, R. N. (2014). **Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study**. *Psychol Med* 44, 3007–3016, doi:10.1017/S0033291714000610.
- Hegel, G. W. F. (1986a). *Grundlinien der Philosophie des Rechts oder Naturrecht und Staatswissenschaft im Grundrisse [1820]*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Hegel, G. W. F. (1986b). *Phänomenologie des Geistes [1807]*, Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Heimann, P. (2016). *Gegenübertragung und andere Schriften zur Psychoanalyse: Vorträge und Aufsätze aus den Jahren 1942-1980*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Heinz, A. (2014). *Der Begriff der psychischen Krankheit*, Suhrkamp, Berlin.
- Heinz, A. (2023). *Das kolonialisierte Gehirn und die Wege der Revolte*, Suhrkamp, Berlin.
- Heinz, A., Deserno, L. und Reininghaus, U. (2013). **Urbanicity, social adversity and psychosis**. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 12, 187–197, doi:10.1002/wps.20056.
- Heinz, A., Meyer-Lindenberg, A., Heinz, A., Meyer-Lindenberg, A., Adli, M., Bornheimer, B., Brandt, L., Hurlmann, R., Karl, S., Knoblauch, H., Marsh, N., Nikendei, C., Pistol, S., Riedel-Heller, S., Schomburg, A.-K., Shukla, K., Weinmann, S., Welzel, F., Gerlinger, G., Holzhausen, J., John, K., Lork, I., Sander, J., Walinski, A., und DGPPN-Task-Force „Klima und Psyche“ (2023). **Klimawandel und psychische Gesundheit. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN**. *Nervenarzt* 94, 225–233, doi:10.1007/s00115-023-01457-9.
- Heldt, C. (2017). **Moshers Soteria im Kontext ihrer (antipsychiatrischen) Entstehungszeit**. *Nervenheilkunde* 36, 881–886, doi:10.1055/s-0038-1627543.
- Henriksen, M. G. und Nilsson, L. S. (2017). **Intersubjectivity and Psychopathology in the Schizophrenia Spectrum: Complicated We, Compensatory Strategies, and Self-Disorders**. *Psychopathology* 50, 1–13, doi:DOI: 10.1159/000479702.
- Henriksen, M. G., Nordgaard, J. und Jansson, L. B. (2017). **Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations**. *Front Hum Neurosci* 11, doi:doi: 10.3389/fnhum.2017.00322.
- Henssler, J., Brandt, L., Müller, M., Liu, S., Montag, C., Sterzer, P. und Heinz, A. (2020). **Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework**. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 270, 325–335, doi:10.1007/s00406-019-01028-7.

- Heumann, K., Kuhlmann, M., Böning, M., Tülsner, H., Pocobello, R., Ignatyev, Y., Aderhold, V. und von Peter, S. (2022). **Implementation of open dialogue in Germany: Efforts, challenges, and obstacles**. *Front Psychol* 13, 1072719, doi:10.3389/fpsyg.2022.1072719.
- Hoff, P. (2008). **Kraepelin and degeneration theory**. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258, 12–17, doi:10.1007/s00406-008-2002-5.
- Hoffmann, H. (2017). **Die Bedeutung der Atmosphäre in der Soteria**. *Nervenheilkunde* 36, 887–892, doi:10.1055/s-0038-1627544.
- Hoffmann, H. und Voss, M. (2017). **Was ist Soteria? Eine Standortbestimmung**. *Nervenheilkunde* 36, 874–879, doi:10.1055/s-0038-1627542.
- Hoffmann, Holger (2011). **Empirische Untersuchungen zu Soteria aus den USA und Europa – Eine kritische Würdigung**. In: **Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet**, Hrsg. Ciompi, L., Hoffmann, H., und Broccard, M. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, S. 69–102.
- Hoffmann, Holger (2017). **Ein Gespräch zwischen Holger Hoffmann, Bern, und Peter Brieger, München**. *Nervenheilkunde* 36, 918–920, doi:10.1055/s-0038-1627548.
- Hoffmann-Richter, U., Forrer, F. und Finzen, A. (2003). **Die Schizophrenie in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung - ein Lehrstück**. *Psychiatr Prax* 30, 4–7, doi:10.1055/s-2003-36629.
- Holzhey-Kunz, A. (2014). *Daseinsanalyse. Der Existenzphilosophische Blick auf seelisches Leiden und seine Therapie*, Facultas, Wien.
- Honneth, A. (1994). **Pathologien des Sozialen. Tradition und Aktualität der Sozialphilosophie**. In: **Pathologien des Sozialen. Die Aufgaben der Sozialphilosophie**, Hrsg. Honneth, A. Fischer, Frankfurt/M., S. 9–69.
- Honneth, A. (1996). **Kommentar zu Erich Wulff**. In: **Psyche im Streit der Theorien**, Hrsg. M. Heinze, C. Kupke, S. Pflanz, K. Vogetley. Königshausen und Neumann, Würzburg, S. 69–73.
- Honneth, A. (2003a). **Erkennen und Anerkennen. Zu Sartres Theorie der Intersubjektivität**. In: **Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität**, Hrsg. Honneth, A. Suhrkamp, Frankfurt/M., S. 71–105.
- Honneth, A. (2003b). **Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte**, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Honneth, A. (2003c). **Unsichtbarkeit. Über die moralische Epistemologie von „Anerkennung“**. In: **Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität**, Hrsg. Honneth, A. Suhrkamp, Frankfurt/M., S. 10–27.
- Honneth, A. (2011). *Das Recht der Freiheit. Grundriß einer demokratischen Sittlichkeit*, Suhrkamp, Berlin.
- Honneth, A. (2014). **Die Krankheiten der Gesellschaft. Annäherung an einen nahezu unmöglichen Begriff**. *WestEnd Neue Z Für Sozialforschung* 11, 45–60.
- Honneth, A. (2015). *Verdinglichung. Eine anerkennungstheoretische Studie*, 2. Aufl., Suhrkamp, Berlin.
- Honneth, A. (2018). *Anerkennung. Eine europäische Ideengeschichte*, Suhrkamp, Berlin.
- Honneth, A. (2020a). **Die Normativität der Sittlichkeit. Hegels Lehre als Alternative zur Ethik Kants**. In: **Die Armut unserer Freiheit. Aufsätze 2012-2019**, Suhrkamp, Berlin, S. 59–74.
- Honneth, A. (2020b). **Gibt es ein emanzipatorisches Erkenntnisinteresse? Versucht der Beantwortung einer Schlüsselfrage kritischer Theorie**. In: **Die Armut unserer Freiheit**, Hrsg. Honneth, A. Suhrkamp, Berlin, S. 290–319.
- Honneth, A. (2021). **Zwei Deutungen sozialer Missachtung. Epistemische und moralische Anerkennung im Vergleich**. In: **Anerkennung oder Unvernehmen? Eine Debatte**, Hrsg. Honneth, A., Rancièrè, J., Genel, K., und Deranty, J.-P. Suhrkamp, Berlin, S. 138–171.
- Honneth, A. und Fraser, N. (2003). *Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse*, Suhrkamp, Frankfurt/M.

- Honneth, A., Hammer, E. und Gordon, P. E. (2018). *The Routledge Companion to the Frankfurt School*, Routledge, Milton.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., und Sartorius, N. (Hrsg.) (2007). *Recovery from schizophrenia: an international perspective: a report from the WHO collaborative project, the International Study of Schizophrenia*, Oxford University Press, Oxford ; NY.
- Horkheimer, M. (1937). **Traditionelle und kritische Theorie**. In: **Gesammelte Schriften**, Hrsg. Horkheimer, M. Fischer, Frankfurt/M., S. 162–216.
- Horkheimer, M. und Adorno, T. W. (1944). *Dialektik der Aufklärung: Philosophische Fragmente*, Fischer, Frankfurt am Main.
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Owen, M. J. und Murray, R. M. (2017). **The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia**. *Biol Psychiatry* 81, 9–20, doi:10.1016/j.biopsych.2016.07.014.
- Huber, G. (1966). **Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen**. *Fortschr Neurol Psychiat* 34, 409–426.
- Huber, G. (1983). **Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen**. *Nervenarzt* 54, 23–32.
- Huber, G. und Gross, G. (1989). **The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses**. *Recenti Prog Med* 80, 646–652.
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X. und Saunders, J. B. (2018). **Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis**. *Drug Alcohol Depend* 191, 234–258, doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011.
- Hurtz, R. und Brieger, P. (2017). **Soteria am Klinikum München-Ost**. *Nervenheilkunde* 36, 907–913, doi:10.1055/s-0038-1627547.
- Husserl, E. (1950a). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge: Husserliana I*, Nijhoff, Den Haag.
- Husserl, E. (1950b). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie I: Husserliana III*, Nijhoff, Den Haag.
- Husserl, E. (1952). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie II: Husserliana IV*, Nijhoff, Den Haag.
- Husserl, E. (1954). *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie: Husserliana VI*, Nijhoff, Den Haag.
- Husserl, E. (1962). **Der Encyclopedia Britannica Artikel: Vierte, letzte Fassung**. In: **Phänomenologische Psychologie: Vorlesungen Sommersemester 1925: Husserliana IX**, Nijhoff, Den Haag, S. 277–301.
- Husserl, E. (1966a). *Analysen zur passiven Synthesis. Aus Vorlesungs- und Forschungsmanuskripten 1918-1926. Husserliana XI*, Nijhoff, Den Haag.
- Husserl, E. (1966b). *Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins: Husserliana X*, Nijhoff, Den Haag.
- Husserl, E. (1973). *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Dritter Teil: 1929-1935: Husserliana XV*, Nijhoff, Den Haag.
- Husserl, E. (1984). *Logische Untersuchungen. Zweiter Band - I. Teil: Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis: Husserliana XIX*, Nijhoff, Den Haag.
- Ikäheimo, H. (2014). *Anerkennung*, de Gruyter, Berlin.
- Ikäheimo, H. (2021). **Fichte and Recognition**. In: **Handbuch Anerkennung**, Hrsg. Siep, L., Ikäheimo, H., und Quante, M. Springer VS, Wiesbaden, S. 121–125, doi:10.1007/978-3-658-19561-8_19-1.
- Ikäheimo, H., Lepold, K., und Stahl, T. (Hrsg.) (2021). *Ambivalences of Recognition*, Columbia University Press, New York, NY.
- Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS) (2023). *Soteria Fidelity Scale*, URL: <https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2023/09/SFS-Sept-2023.pdf> [Stand 07.11.2023].

- Irarrázaval, L. (2018). **Vulnerability in schizophrenia: a phenomenological anthropological approach.** *Intercult Philos* 157–167, doi:10.11588/icp.2018.1.48070.
- Iwer, L. (2020). **Raster der Psychiatrie: Konzepte Judith Butlers im Kontext der Psychiatrie.** *Sozialpsychiatrische Informationen* 50, 23–27.
- Iwer, L. (2022). **Zu den normativen Grundlagen der Psychiatrie aus anerkennungstheoretischer Perspektive.** *Intercult Philos* 77–92, doi:10.11588/icp.2022.1.90133.
- Iwer-Docter, L. und Kristensen, S. (im Druck). **Françoise Dolto between relational thinking and Freudian Metapsychology.** *Psychoanal Dialogues*.
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J. und Miettunen, J. (2013). **A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia.** *Schizophr Bull* 39, 1296–1306, doi:10.1093/schbul/sbs130.
- Jääskeläinen, E., Juola, T., Korpela, H., Lehtiniemi, H., Nietola, M., Korkeila, J. und Miettunen, J. (2018). **Epidemiology of psychotic depression—Systematic review and meta-analysis.** *Psychol Med* 48, 905–918, doi:10.1017/S0033291717002501.
- Jablensky, A. und Sartorius, N. (2008). **What Did the WHO Studies Really Find?** *Schizophr Bull* 34, 253–255, doi:10.1093/schbul/sbm151.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R. und Bertelsen, A. (1992). **Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study.** *Psychol Med Monogr Suppl* 20, 1–97, doi:10.1017/S026418010000904.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. und Wittchen, H.-U. (2014). **Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung.** *Nervenarzt* 85, 77–87, doi:10.1007/s00115-013-3961-y.
- Janzarik, W. (2003). **Der Psychose-Begriff und die Qualität des Psychotischen.** *Nervenarzt* 74, 3–11, doi:10.1007/s00115-002-1348-6.
- Jardine, J. (2017). **Elementary Recognition and Empathy: A Husserlian Account.** *Metodo* 5.
- Jaspers, K. (1913). **Kausale und „verständliche“ zusammenhänge zwischen schicksal und psychose bei der dementia praecox (Schizophrenie).** *Z Für Gesamte Neurol Psychiatr* 14, 158–263, doi:10.1007/BF02867884.
- Jaspers, K. (1963). **Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie.** In: **Gesammelte Schriften zur Psychopathologie**, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 314–328.
- Jaspers, K. (1965). *Allgemeine Psychopathologie*, 8. Aufl., Springer, Heidelberg.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. und Laws, K. R. (2014). **Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias.** *Br J Psychiatry J Ment Sci* 204, 20–29, doi:10.1192/bjp.bp.112.116285.
- Jones, N. (2022). **To do justice to madness: orienting to the politics of phenomenological psychopathology.** *Unpubl Pap Present UQAM Philos Psychiatry Webinar Ser*, URL: https://www.researchgate.net/publication/358149599_To_do_justice_to_madness_orienting_to_the_politics_of_phenomenological_psychopathology [Stand 07.11.2023].
- Kant, I. (2005a). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* [1785], Reclam, Stuttgart.
- Kant, I. (2005b). *Kritik der praktischen Vernunft* [1788], Reclam, Stuttgart.
- Kaselionyte, J., Dirik, A., Tulloch, S., Priebe, S. und Giacco, D. (2016). **Psychosis seminars: an open forum for service users, carers and professionals.** *BJPsych Open* 2, 330–334, doi:10.1192/bjpo.bp.116.003269.
- Kernberg, O. F. (1981). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*, Klett-Cotta, Stuttgart.

- Kervégan, J.-F. (2021). **Anerkennung im Deutschen Idealismus**. In: **Handbuch Anerkennung**, Hrsg. Siep, L., Ikäheimo, H., und Quante, M. Springer VS, Wiesbaden, S. 295–302, doi:10.1007/978-3-658-19558-8_47.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., Girolamo, G. de, Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J.-P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Üstün, T. B., Vassilev, S., Viana, M. C. und Williams, D. R. (2010). **Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys**. *Br J Psychiatry* 197, 378–385, doi:10.1192/bjp.bp.110.080499.
- Kidd, I. J., Spencer, L. und Carel, H. (2022). **Epistemic injustice in psychiatric research and practice**. *Philos Psychol* 1–29, doi:10.1080/09515089.2022.2156333.
- Kisker, K. P. (1960). *Der Erlebniswandel des Schizophrenen*, Springer, Heidelberg.
- Kisker, K. P. (1978). **Antipsychiatrie**. In: **Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis**, Hrsg. Kisker, K. P., Meyer, J. E., Müller, C., und Strömgen, E. Springer, Berlin, New York, S. 811–825.
- Klingberg, S. und Hesse, K. (2014). *Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Praxismanual*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Kloc-Konkolowicz, J. (2021). **Georg Wilhelm Friedrich Hegel**. In: **Handbuch Anerkennung**, Hrsg. Siep, L., Ikäheimo, H., und Quante, M. Springer VS, Wiesbaden, S. 127–131, doi:10.1007/978-3-658-19558-8_20.
- Klosterkötter, J. (1988). *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie. Eine empirische Untersuchung der psychopathologischen Übergangsreihen zwischen defizitären und produktiven Schizophreniesymptomen*, Springer, Berlin.
- Klosterkötter, J. (2014). **Prädiktion von Psychosen**. *Nervenarzt* 85, 1238–1248.
- Kluge, U., Aichberger, M. C., Heinz, E., Udeogu-Gözalán, C. und Abdel-Fatah, D. (2020). **Rassismus und psychische Gesundheit**. *Nervenarzt* 91, 1017–1024, doi:10.1007/s00115-020-00990-1.
- Knack, Martin, L. und Fuchs, T. (2022). **Fragmentierte Zeitlichkeit. Ein phänomenologisches Modell der Schizophrenie**. *Phänomenologische Forschungen* 2022, 129–154.
- Knörle, U., Gutwinski, S., Willich, S. N. und Berghöfer, A. (2022). **Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse in einem Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose**. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 65, 677–687, doi:10.1007/s00103-022-03536-9.
- Knuf, A. (2020). *Recovery und Empowerment*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Kojève, A. (2005). *Hegel, eine Vergegenwärtigung seines Denkens: Kommentar zur Phänomenologie des Geistes*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Kraan, T., Velthorst, E., Smit, F., de Haan, L. und van der Gaag, M. (2015). **Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis**. *Schizophr Res* 161, 143–149, doi:10.1016/j.schres.2014.11.026.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Barth, Leipzig.
- Kristensen, S. (2018). **Technical Delusions in Schizophrenia: A Philosophical Interpretation**. *Philos Psychiatry Psychol* 25, 173–181, doi:10.1353/ppp.2018.0027.
- Kroll, B. (1998). *Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie*, Verlag Jakob van Hodis, Gütersloh.
- Krueger, J. (2020). **Schizophrenia and the Scaffolded Self**. *Topoi* 39, 597–609, doi:10.1007/s11245-018-9547-3.
- Krumm, S., Kilian, R. und Löwenstein, H. (Hrsg.) (2019). *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie: Eine Einführung in Methodik und Praxis*, Psychiatrie Verlag, Köln.

- Küchenhoff, B. (2003). **Eugenisch motiviertes Denken und Handeln im «Burghölzli» am Anfang des 20. Jahrhunderts.** *Schweiz Arch Für Neurol Psychiatr* 154, 11–19, doi:10.4414/sanp.2003.01331.
- Küchenhoff, J. (2012). *Psychose, Psychosozial, Gießen.*
- Küchenhoff, J. (Hrsg.) (2016). *Psychoanalyse und Psychopharmakologie: Grundlagen, Klinik, Forschung, Kohlhammer, Stuttgart.*
- Küchenhoff, J., Prause, K. und Schulz, G. (2017). **Engagement und Respekt. Psychotherapeutische Haltung und Beziehungsarbeit in der Psychotherapie mit psychotisch erlebenden Menschen.** *Psyche – Z Für Psychoanal* 71, 60–81.
- Laing, R. D. (1976). *Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn, Rowohlt, Hamburg.*
- Landweer, H. und Marcinski, I. (2016). *Dem Erleben auf der Spur: Feminismus und die Philosophie des Leibes, transcript, Bielefeld.*
- Laplanche, J. und Pontalis, J.-B. (1976). *Das Vokabular der Psychoanalyse, Suhrkamp, Frankfurt/M.*
- Lasalvia, A. (2018). **Words matter: after more than a century ‘schizophrenia’ needs rebranding.** *BJPsych Adv* 24, 33–36, doi:10.1192/bja.2017.25.
- Lau, S. (2021). **Die Schizophrenie im Entwurf der ICD-11 und Implikationen für die Beurteilung der Schuldfähigkeit.** *Forensische Psychiatr Psychol Kriminol* 15, 13–19, doi:10.1007/s11757-020-00650-9.
- Laufenberg, M. und Trott, B. (Hrsg.) (2023). *Queer Studies: Schlüsseltexte, Suhrkamp, Berlin.*
- Lazaridou, F. B., Schubert, S. J., Ringeisen, T., Kaminski, J., Heinz, A. und Kluge, U. (2022). **Racism and psychosis: an umbrella review and qualitative analysis of the mental health consequences of racism.** *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1–14, doi:10.1007/s00406-022-01468-8.
- Lehmann, P., Aderhold, V., Rufer, M. und Zehentbauer, J. (2018). *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks, Peter Lehmann Verlag, Berlin.*
- Lempa, G. (1992). **Zur psychoanalytischen Theorie der psychotischen Symptombildung.** In: **Psychose und Konflikt: zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Störungen**, Hrsg. Mentzos, S. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 29–77.
- Lempa, G., von Haebler, D. und Montag, C. (2017). *Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien. Ein Manual, Psychosozial, Gießen.*
- Lepold, K. (2021). *Ambivalente Anerkennung, Campus, Frankfurt/M. New York.*
- Lepold, K. und Martinez Mateo, M. (2021). *Critical philosophy of race: ein Reader, Suhrkamp, Berlin.*
- Lim, A., Hoek, H. W., Deen, M. L., Blom, J. D., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R. S., Meijer, C. J., Myin-Germeys, I., van Os, J. und Wiersma, D. (2016). **Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders.** *Schizophr Res* 176, 493–499, doi:10.1016/j.schres.2016.06.010.
- Lincoln, T. (2019). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie, Hogrefe, Göttingen.*
- Lincoln, T. und Heibach, E. (2017). *Psychosen, Hogrefe, Göttingen.*
- Lincoln, T. und Peters, E. (2019). **A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations.** *Schizophr Res* 203, 66–79, doi:10.1016/j.schres.2017.12.014.
- Lincoln, T., Sommerlund Pedersen, A., Hahlweg, K., Wiedl, K. H. und Frantz, I. L. (2019). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen, Hogrefe, Göttingen.*
- Linscott, R. J. und van Os, J. (2013). **An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to**

- dimensional expression across mental disorders.** *Psychol Med* 43, 1133–1149, doi:10.1017/S0033291712001626.
- Luft, S. (2008). **Zur phänomenologischen Methode in Karl Jaspers' Allgemeiner Psychopathologie.** In: **Karl Jaspers' Allgemeine Psychopathologie zwischen Wissenschaft, Philosophie und Praxis**, Hrsg. Rinofner-Kreidl, S. und Wiltzsche, H. A. Königshausen & Neumann, Würzburg.
- Luhrmann, T. M. (2007). **Social defeat and the culture of chronicity: or, why schizophrenia does so well over there and so badly here.** *Cult Med Psychiatry* 31, 135–172, doi:10.1007/s11013-007-9049-z.
- Luhrmann, T. M. und Marrow, J. (Hrsg.) (2016). **Our Most Troubling Madness: Case Studies in Schizophrenia across Cultures**, University of California Press, Oakland, CA.
- Luhrmann, T. M., Alderson-Day, B., Bell, V., Bless, J. J., Corlett, P., Hugdahl, K., Jones, N., Larøi, F., Moseley, P., Padmavati, R., Peters, E., Powers, A. R. und Waters, F. (2019). **Beyond Trauma: A Multiple Pathways Approach to Auditory Hallucinations in Clinical and Nonclinical Populations.** *Schizophr Bull* 45, S24–S31, doi:10.1093/schbul/sby110.
- Luhrmann, T. M., Alderson-Day, B., Chen, A., Corlett, P., Deeley, Q., Dupuis, D., Lifshitz, M., Moseley, P., Peters, E., Powell, A. und Powers, A., III (2023). **Learning to Discern the Voices of Gods, Spirits, Tulpas, and the Dead.** *Schizophr Bull* 49, S3–S12, doi:10.1093/schbul/sbac005.
- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H. und Osei, A. (2015a). **Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the U.S.A., India and Ghana: interview-based study.** *Br J Psychiatry J Ment Sci* 206, 41–44, doi:10.1192/bjp.bp.113.139048.
- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H. und Osei, A. (2015b). **Hearing Voices in Different Cultures: A Social Kindling Hypothesis.** *Top Cogn Sci* 7, 646–663, doi:10.1111/tops.12158.
- Lutoslawska, D. (2023). **Den Zufall provozieren! Ein Feldbericht über die psychologische Beratung für Obdachlose am Berliner Bahnhof Zoo.** In: **Wohnungslos und psychisch erkrankt**, Hrsg. Daßler, H. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 220–234.
- Maatz, A. und Hoff, P. (2014). **The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry.** *Hist Psychiatry* 25, 431–440, doi:10.1177/0957154X14546606.
- Maatz, A. und Hoff, P. (2017). **„Schizophrenie“: Pars pro toto der Psychiatrie?** *Nervenarzt* 88, 78–82, doi:10.1007/s00115-016-0091-3.
- Maatz, A., Hoff, P. und Angst, J. (2015). **Eugen Bleuler's schizophrenia—a modern perspective.** *Dialogues Clin Neurosci* 17, 43–49.
- Mahler, L., Jarchoh-Jàdi, I., Montag, C., und Gallinat, J. (Hrsg.) (2014). **Das Weddinger Modell - Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext**, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R. und Bock, T. (2019). **Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung.** *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 62, 214–221, doi:10.1007/s00103-018-2875-z.
- Mander, H. und Kingdon, D. (2015). **The evolution of cognitive-behavioral therapy for psychosis.** *Psychol Res Behav Manag* 8, 63–69, doi:10.2147/PRBM.S52267.
- Marazia, C., Fangerau, H., Becker, T. und Söhner, F. (2020). **'Visions of another world'.** In: **Basaglia's international legacy**, Hrsg. Burns, T. und Foot, J. Oxford University Press, Oxford, UK and New York, NY, S. 227–244, doi:10.1093/med/9780198841012.003.0014.

- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M. und Vassos, E. (2016). **Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis**. *Schizophr Bull* 42, 1262–1269, doi:10.1093/schbul/sbw003.
- Marmot, M. G. (2005). *The status syndrome: how your social standing affects our health and longevity*, Holt, New York, NY.
- Martin, L., Koch, S. C., Hirjak, D. und Fuchs, T. (2016). **Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia—A Multicenter Randomized Controlled Trial**. *Front Psychol* 7, URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00483> [Stand 07.11.2023].
- Martin, L., Ludwig, M. und Fuchs, T. (2021). **Schizophrenie - eine Störung des basalen Selbsterlebens**. In: **Selbst- und Welterleben in der Schizophrenie. Die phänomenologischen Interviews EASE und EAWE**, Hrsg. Fuchs, T., de Haan, S., Ludwig, M., und Martin, L. Kohlhammer, Stuttgart, S. 17–37.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Azorin, J.-M., Kilian, R., Hansen, K. und Toumi, M. (2007). **Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany**. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 191, 30–37, doi:10.1192/bjp.bp.105.020982.
- McDonagh, M. S., Dana, T., Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Blazina, I., Bougatsos, C., Grusing, S. und Selph, S. S. (2022). **Psychosocial Interventions for Adults With Schizophrenia: An Overview and Update of Systematic Reviews**. *Psychiatr Serv Wash DC* 73, 299–312, doi:10.1176/appi.ps.202000649.
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Chiu, W. T., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C. W., Mora, M. E. M., Navarro-Mateu, F., Ochoa, S., Sampson, N., Scott, K., Viana, M. C. und Kessler, R. C. (2015). **Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries**. *JAMA Psychiatry* 72, 697–705, doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0575.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. und Welham, J. (2008). **Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality**. *Epidemiol Rev* 30, 67–76, doi:10.1093/epirev/mxn001.
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M. und Weissman, D. G. (2020). **Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience**. *BMC Med* 18, 96, doi:10.1186/s12916-020-01561-6.
- Mehl, S. und Lincoln, T. (2015). **KVT bei Wahn und Halluzinationen**. *PiD - Psychother Im Dialog* 16, 58–63, doi:10.1055/s-0041-102239.
- Mehl, S., Hesse, K., Moritz, S., Müller, D. R., Kircher, T. und Bechdorf, A. (2023). **Aktuelle Evidenz verschiedener stationärer Psychotherapieprogramme in der Behandlung von Psychosen – ein narrativer Übersichtsartikel**. *Nervenarzt* 94, 189–197, doi:10.1007/s00115-022-01433-9.
- Mentzos, S. (2002). **Psychoanalyse der Psychosen**. *Psychother Im Dialog* 3, 223–229.
- Mentzos, S. (2017). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Mentzos, S. (Hrsg.) (1992). *Psychose und Konflikt: zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Störungen*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung [1945]*, de Gruyter, Berlin.
- Merleau-Ponty, M. (2004). *Das Sichtbare und das Unsichtbare [1964]*, Fink, München.
- Meyer, T. und Neuhann, E. L. (2021). **Semantik des englischen Begriffs „Recognition“**. In: **Handbuch Anerkennung**, Hrsg. Siep, L., Ikäheimo, H., und

- Quante, M. Springer VS, Wiesbaden, S. 11–18, doi:10.1007/978-3-658-19558-8_2.
- Meyer-Lindenberg, A. und Tost, H. (2012). **Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders**. *Nat Neurosci* 15, 663–668, doi:10.1038/nn.3083.
- Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E. und Hutton, P. (2018). **Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review**. *Schizophr Bull* 44, 114–125, doi:10.1093/schbul/sbx036.
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Payot, Paris.
- Minkowski, E. (1970). *Lived Time. Phenomenological and Psychopathological Studies*, Northwestern University Press, Evanston, IL.
- Möbius, P. J. (1893). *Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten*, Abel, Leipzig.
- Möhlenkamp, M. und Petersen, J. (2019). **Das Empowerment College: Recovery und Bildung**. In: **Recovery und psychische Gesundheit: Grundlagen und Praxisprojekte**, Hrsg. Zuaboni, G., Burr, C., Winter, A., und Schulz, M. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 77–87.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2017). **Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen**. In: **Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie**, Hrsg. Möller, H.-J., Laux, G., und Kapfhammer, H.-P. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 385–415, doi:10.1007/978-3-662-49295-6_15.
- Molstrom, I.-M., Nordgaard, J., Urfer-Parnas, A., Handest, R., Berge, J. und Henriksen, M. G. (2022). **The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies**. *Schizophr Res* 250, 152–163, doi:10.1016/j.schres.2022.11.010.
- Moncrieff, J., Crellin, N., Stansfeld, J., Cooper, R., Marston, L., Freemantle, N., Lewis, G., Hunter, R., Johnson, S., Barnes, T., Morant, N., Pinfold, V., Smith, R., Kent, L., Darton, K., Long, M., Horowitz, M., Horne, R., Vickerstaff, V., Jha, M. und Priebe, S. (2023). **Antipsychotic dose reduction and discontinuation versus maintenance treatment in people with schizophrenia and other recurrent psychotic disorders in England (the RADAR trial): an open, parallel-group, randomised controlled trial**. *Lancet Psychiatry* 10, 848–859, doi:10.1016/S2215-0366(23)00258-4.
- Montag, C., von Haebler, D. und Lempa, G. (2021). *Modified Psychodynamic Psychotherapy for Patients With Schizophrenia - a Randomized Controlled Trial*, URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02576613> [Stand 07.11.2023].
- Morgan, C., Lappin, J., Heslin, M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus, U., Onyejiaka, A., Croudace, T., Jones, P. B., Murray, R. M., Fearon, P., Doody, G. A. und Dazzan, P. (2014). **Reappraising the Long-term Course and Outcome of Psychotic Disorders**. *Psychol Med* 44, 2713–2726, doi:10.1017/S0033291714000282.
- Moritz, S., Krieger, E., Bohn, F. und Veckenstedt, R. (2017). *MKT+: Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose*, Springer, Berlin, Heidelberg.
- Moro, M. F., Carta, M. G., Gyimah, L., Orrell, M., Amissah, C., Baingana, F., Kofie, H., Taylor, D., Chimbar, N., Coffie, M., Cole, C., Ansong, J., Ohene, S., Tawiah, P. E., Atzeni, M., D'Oca, S., Gureje, O., Funk, M., Drew, N. und Osei, A. (2022). **A nationwide evaluation study of the quality of care and respect of human rights in mental health facilities in Ghana: results from the World Health Organization QualityRights initiative**. *BMC Public Health* 22, 639, doi:10.1186/s12889-022-13102-2.
- Morrison, L. J. (2005). *Talking back to psychiatry: The psychiatric consumersurvivorex-patient movement*, Routledge, New York, NY.
- Mosher, L. R. (2011). **Soteria California und ihre amerikanischen Nachfolgeprojekte – Die therapeutischen Elemente**. In: **Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet**, Hrsg. Ciompi, L., Hoffmann, H., und Broccard, M. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, S. 13–42.

- Mosher, L. R. und Burti, L. (1994). *Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis*, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Mosher, L. R. und Menn, A. (1985). **Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen. Erfahrungen im Soteria-Projekt.** In: **Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Ein internationaler Überblick**, Hrsg. Stierlin, H., Wynne, L. C., und Wirsching, M. Springer, Berlin, S. 105–121.
- Mosher, L. R., Hendrix, V. und Fort, D. C. (1994). *Dabeisein. Das Manual zur Praxis in der Soteria*, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Mosher, L. R., Hendrix, V. und Fort, D. C. (2004). *Soteria. Through Madness to Deliverance*, Xlibris, Bloomington.
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E. und Waqar, M. (2015). **Crisis intervention for people with severe mental illnesses.** *Cochrane Database Syst Rev*, doi:10.1002/14651858.CD001087.pub5.
- Murray, R. M., Quattrone, D., Natesan, S., van Os, J., Nordentoft, M., Howes, O., Di Forti, M. und Taylor, D. (2016a). **Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics?** *Br J Psychiatry J Ment Sci* 209, 361–365, doi:10.1192/bjp.bp.116.182683.
- Murray, R. M., Quigley, H., Quattrone, D., Englund, A. und Di Forti, M. (2016b). **Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis.** *World Psychiatry* 15, 195–204, doi:10.1002/wps.20341.
- Musalek, M. (2005). **Die unterschiedliche Herkunft von Schizophrenien und ihre philosophischen Grundlagen.** *Fortschritte Neurol · Psychiatr* 73, 16–24, doi:10.1055/s-2005-915608.
- Neudecker, S. (2019). „Solange wir miteinander reden, bringen wir uns nicht um“. **Während der NS-Zeit wurde Dorothea Buck nach einer Psychose zwangssterilisiert. Nun ist die Kämpferin für eine menschlichere Psychiatrie in Hamburg gestorben.** ZEIT ONLINE 10. Oktober 2019, URL: <https://www.zeit.de/hamburg/2019-10/dorothea-buck-tot-nachruf-nationalsozialismus-psychiatrie-bildhauerin-hamburg> [Stand 07.11.2023].
- Ngo, H. (2017). *The habits of racism: a phenomenology of racism and racialized embodiment*, Lexington Books, Lanham.
- Nischk, D. und Gekle, W. (2022). **Soteria. Ein unterschätztes Behandlungsmodell für Menschen mit Psychosen.** *Sozialpsychiatrische Informationen* 52, 9–13.
- Nischk, D. und Rusch, J. (2019). **What Makes Soteria Work? On the Effect of a Therapeutic Milieu on Self-Disturbances in the Schizophrenia Syndrome.** *Psychopathology* 52, 213–220, doi:10.1159/000501816.
- Nischk, D., Merz, P. und Rusch, J. (2014). **Aktuelles aus der Soteria – Die Förderung lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten von Menschen mit Schizophrenien aus phänomenologischer Sicht.** *Psychiatr Prax* 41, 45–49.
- Nolan, C. J., Roepke, T. A. und Perreault, M. L. (2023). **Beyond the Binary: Gender Inclusivity in Schizophrenia Research.** *Biol Psychiatry* 94, 543–549, doi:10.1016/j.biopsych.2023.03.018.
- North, C. S., Pollio, D. E., Smith, E. M. und Spitznagel, E. L. (1998). **Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population.** *J Nerv Ment Dis* 186, 393–400, doi:10.1097/00005053-199807000-00002.
- Nuechterlein, K. H. und Dawson, M. E. (1984). **A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes.** *Schizophr Bull* 10, 300–312, doi:10.1093/schbul/10.2.300.
- Obert, K. (2002). *Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns: ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes*, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Parnas, J. (2012). **The core Gestalt of schizophrenia.** *World Psychiatry* 11, 67–69.
- Parnas, J. und Sass, L. A. (2008). **Varieties of „phenomenology“ : on description, understanding, and explanation in psychiatry.** In: **Philosophical Issues in**

- Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology**, Hrsg. Kendler, K. S. und Parnas, J. Johns Hopkins University Press, S. 239–277.
- Parnas, J., Bovet, P. und Zahavi, D. (2002). **Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications**. *World Psychiatry* 1, 131–136.
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. und Zahavi, D. (2021). **EASE - Examination of Anomalous Self Experience**. In: **Selbst- und Welterleben in der Schizophrenie. Die phänomenologischen Interviews EASE und EAWE**, Kohlhammer, Stuttgart, S. 57–112.
- Parnas, J., Raballo, A., Handest, P., Jansson, L., Vollmer-Larson, A. und Saebye, D. (2011). **Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study**. *World Psychiatry* 10, 200–204.
- Passie, T. (1995). Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie und Psychologie: eine Studie über den „Wengener Kreis“: Binswanger - Minkowski - von Gebattel - Straus, Pressler, Hürtgenwald.
- Pastore, A., de Girolamo, G., Tafuri, S., Tomasicchio, A. und Margari, F. (2022). **Traumatic experiences in childhood and adolescence: a meta-analysis of prospective studies assessing risk for psychosis**. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 215–228, doi:10.1007/s00787-020-01574-9.
- Pearce, J., Rafiq, S., Simpson, J. und Varese, F. (2019). **Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature**. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54, 1023–1044, doi:10.1007/s00127-019-01729-3.
- Pedersen, C. B. und Mortensen, P. B. (2001). **Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk**. *Arch Gen Psychiatry* 58, 1039–1046, doi:10.1001/archpsyc.58.11.1039.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M. und Miettunen, J. (2014). **Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis**. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 205, 88–94, doi:10.1192/bjp.bp.113.127753.
- Perry, M. J. (1996). **The relationship between social class and mental disorder**. *J Prim Prev* 17, 17–30, doi:10.1007/BF02262736.
- Pfefferer-Wolf, H. (1999). *Der sozialpsychiatrische Habitus: Umriss einer Theorie der sozialen Psychiatrie*, Campus, Frankfurt/M.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. und Wong, W. (2010). **Family intervention for schizophrenia**. *Cochrane Database Syst Rev* CD000088, doi:10.1002/14651858.CD000088.pub2.
- Picardi, A., Fonzi, L., Pallagrosi, M., Gigantesco, A. und Biondi, M. (2018). **Delusional Themes Across Affective and Non-Affective Psychoses**. *Front Psychiatry* 9, 132, doi:10.3389/fpsy.2018.00132.
- Picardi, R. (2021). **Semantic Hierarchies of the French term “Reconnaissance”**. In: **Handbuch Anerkennung**, Hrsg. Siep, L., Ikäheimo, H., und Quante, M. Springer VS, Wiesbaden, S. 19–26, doi:10.1007/978-3-658-19558-8_3.
- Pilling, S., Clarke, K., Parker, G., James, K., Landau, S., Weaver, T., Razzaque, R. und Craig, T. (2022). **Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODESSI multi-site cluster randomised controlled trial**. *Contemp Clin Trials* 113, 106664, doi:10.1016/j.cct.2021.106664.
- Pillny, M. und Lincoln, T. (2020). **Moderne kognitive Verhaltenstherapie bei psychotischen Störungen**. *Nervenarzt* 91, 43–49, doi:10.1007/s00115-019-00831-w.
- Plassmann, R. (2019). *Psychotherapie der Emotionen: die Bedeutung von Emotionen für die Entstehung und Behandlung von Krankheiten*, Psychosozial, Gießen.
- Plessner, H. (1941). **Lachen und Weinen. Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens**. In: **Gesammelte Schriften VII. Ausdruck und menschliche Natur**, Suhrkamp, Frankfurt/M., S. 201–388.

- Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch: Einleitung in die philosophische Anthropologie*, de Gruyter, Berlin, doi:10.1515/9783110845341.
- Putman, N. und Martindale, B. (Hrsg.) (2021). *Open Dialogue for Psychosis: Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*, Routledge, New York, NY.
- Rashed, M. A. (2019). *Madness and the demand for recognition. A philosophical inquiry into identity and mental health activism*, Oxford University Press, Oxford.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of Being: Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, Oxford University Press, Oxford.
- Read, J., Fink, P., Rudegeair, T., Felitti, V. und Whitfield, C. (2008). **Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model**. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2, 235, doi:10.3371/CSRP.2.3.5.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. und Perry, B. (2014). **The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited**. *Neuropsychiatry* 4, 65–79, doi:10.2217/npv.13.89.
- Reininghaus, U. A., Morgan, C., Simpson, J., Dazzan, P., Morgan, K., Doody, G. A., Bhugra, D., Leff, J., Jones, P., Murray, R., Fearon, P. und Craig, T. K. J. (2008). **Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study**. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43, 743–751, doi:10.1007/s00127-008-0359-4.
- Reis, B. (2018). **Being-With: From Infancy Through Philosophy to Psychoanalysis**. *Psychoanal Inq* 38, 130–137, doi:10.1080/07351690.2018.1405668.
- Retzer, A. (2004). *Systemische Familientherapie der Psychosen*, Hogrefe, Göttingen.
- Richter, D. (2019). **Soziale Inklusion und Recovery**. In: **Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte.**, Hrsg. Zuaboni, G., Burr, C., Schulz, M., und Winter, A. *Psychiatrie Verlag, Köln*, S. 88–101.
- Richter, D. und Hoffmann, H. (2019). **Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey**. *Epidemiol Psychiatr Sci* 28, 427–435, doi:10.1017/S2045796017000786.
- Ricoeur, P. (2006). *Wege der Anerkennung. Erkennen, Wiedererkennen, Anerkanntsein*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Riehle, M., Böhl, M. C., Pillny, M. und Lincoln, T. (2020). **Efficacy of Psychological Treatments for Patients With Schizophrenia and Relevant Negative Symptoms: A Meta-Analysis**. *Clin Psychol Eur* 2, 1–23, doi:10.32872/cpe.v2i3.2899.
- Ripke, S., Neale, B. M., Corvin, A. und Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, und Psychosis Endophenotypes International Consortium (2014). **Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci**. *Nature* 511, 421–427, doi:10.1038/nature13595.
- Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Sifis, S., Signorelli, M. S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T. A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E. und Leucht, S. (2022a). **Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis**. *Lancet Psychiatry* 9, 211–221, doi:10.1016/S2215-0366(21)00437-5.
- Rodolico, A., Sifis, S., Bighelli, I., Samara, M. T., Hansen, W.-P., Salomone, S., Aguglia, E., Cutrufelli, P., Bauer, I., Baeckers, L. und Leucht, S. (2022b). **Antipsychotic dose reduction compared to dose continuation for people with schizophrenia**. *Cochrane Database Syst Rev* 11, CD014384, doi:10.1002/14651858.CD014384.pub2.
- Romme, M. und Escher, S. (2013). *Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Rose, D. (2018). **Participatory research: real or imagined**. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 765–771, doi:10.1007/s00127-018-1549-3.
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., Valbak, K. und Winther, G. (2012). **Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus**

- Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome.** *Psychiatry Interpers Biol Process* 75, 331–341, doi:10.1521/psyc.2012.75.4.331.
- Rosenke, W. (2023). **Die Entwicklung der Hilfen im Wohnungsnotfall und die Bedarfe wohnungsloser Frauen und Männer mit psychischen Erkrankungen.** In: **Wohnungslos und psychisch erkrankt**, Hrsg. Daßler, H. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 50–70.
- Rössler, W. (2018). **Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Erkrankungen.** In: **Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie**, Hrsg. Möller, H.-J., Laux, G., und Kapfhammer, H.-P. Springer, Heidelberg, S. 371–383.
- Rotzoll, M., Fuchs, P., Richter, P. und Hohendorf, G. (2010). **Die nationalsozialistische „Euthanasieaktion T4“: Historische Forschung, individuelle Lebensgeschichten und Erinnerungskultur.** *Nervenarzt* 81, 1326–1332.
- Rudolf, G. (2020). **Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen**, Schattauer, Stuttgart.
- Russo, J. (2015). **Die epistemische Dominanz unterbrechen – Anforderungen an die Forschung.** In: **40 Jahre Psychiatrie Enquete - Blick zurück nach vorn**, Hrsg. Armbruster, J., Diethelm, A., Hahn, D., und Ratzke, K. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 294–303.
- Russo, J. (2021). **Von Emanzipation zu Partizipation und zurück: Erfahrungswissen in der psychiatrischen Forschung.** In: **Zur Kritik der partizipativen Forschung: Forschungspraxis im Spiegel der Kritischen Theorie**, Hrsg. Flick, S. und Herold, A. Beltz Juventa, Weinheim Basel, S. 265–285.
- Russo, J. (2023). **Psychiatrization, assertions of epistemic justice, and the question of agency.** *Front Sociol* 8, doi:https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1092298.
- Saar, M. (2021). **Theorie und Kritik, heute.** *Z Für Krit Theor ZkT* 183–192, doi:10.28937/9783866749498_10.
- Sagar, R., Dandona, R., Gururaj, G., Dhaliwal, R. S., Singh, A., Ferrari, A., Dua, T., Ganguli, A., Varghese, M., Chakma, J. K., Kumar, G. A., Shaji, K. S., Ambekar, A., Rangaswamy, T., Vijayakumar, L., Agarwal, V., Krishnankutty, R. P., Bhatia, R., Charlson, F., Chowdhary, N., Erskine, H. E., Glenn, S. D., Krish, V., Herrera, A. M. M., Mutreja, P., Odell, C. M., Pal, P. K., Prakash, S., Santomauro, D., Shukla, D. K., Singh, R., Singh, R. K. L., Thakur, J. S., Thekkepurakkal, A. S., Varghese, C. M., Reddy, K. S., Swaminathan, S., Whiteford, H., Bekedam, H. J., Murray, C. J. L., Vos, T. und Dandona, L. (2020). **The burden of mental disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990–2017.** *Lancet Psychiatry* 7, 148–161, doi:10.1016/S2215-0366(19)30475-4.
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A. und Asmundson, G. J. G. (2011). **Relationship Between Household Income and Mental Disorders: Findings From a Population-Based Longitudinal Study.** *Arch Gen Psychiatry* 68, 419–427, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.15.
- Sarraf, L., Lepage, M. und Sauvé, G. (2022). **The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis.** *Schizophr Res* 248, 64–78, doi:10.1016/j.schres.2022.08.001.
- Sartorius, N., Chiu, H., Heok, K. E., Lee, M.-S., Ouyang, W.-C., Sato, M., Yang, Y. K. und Yu, X. (2014). **Name Change for Schizophrenia.** *Schizophr Bull* 40, 255–258, doi:10.1093/schbul/sbt231.
- Sartre, J.-P. (2022). **Das Sein und das Nichts: Versuch einer phänomenologischen Ontologie [1943]**, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Sass, L. A. (1992). **Madness and Modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought**, Oxford University Press, Oxford, New York.
- Sass, L. A. (2003). **„Negative symptoms“, schizophrenia, and the self.** *Int J Psychol Psychol Ther* 3, 153–180.
- Sass, L. A. (2019). **The Life-World of Persons with Schizophrenia considered as a Disorder of Basic Self.** In: **The Oxford Handbook of Phenomenological**

- Psychopathology**, Hrsg. Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., und Rosfort, R. Oxford University Press, S. 597–616, doi:10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.71.
- Sass, L. A. und Parnas, J. (2003). **Schizophrenia, consciousness, and the self**. *Schizophr Bull* 29, 427–444, doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017.
- Sass, L. A. und Parnas, J. (2007). **Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology**. In: **Reconceiving schizophrenia**, Hrsg. Chung, M. C., Fulford, K. W. M., und Graham, G. Oxford University Press, New York, NY, S. 63–95.
- Sass, L. A. und Ratcliffe, M. (2017). **Atmosphere: On the Phenomenology of “Atmospheric” Alterations in Schizophrenia - Overall Sense of Reality, Familiarity, Vitality, Meaning, or Relevance (Ancillary Article to EAW Domain 5)**. *Psychopathology* 50, 90–97, doi:10.1159/000454884.
- Sass, L. A., Parnas, J. und Zahavi, D. (2011). **Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings**. *Philos Psychiatry Psychol* 18, 1–23, doi:10.1353/ppp.2011.0008.
- Sass, L. A., Pienkos, E., Skodlar, B., Stanghellini, G., Fuchs, T., Parnas, J. und Jones, N. (2022). **EAW: Examination of Anomalous World Experience**. In: **Selbst- und Welterleben in der Schizophrenie. Die phänomenologischen Interviews EASE und EAW**, Hrsg. Fuchs, T., de Haan, S., Ludwig, M., und Martin, L. Kohlhammer, Stuttgart, S. 130–226.
- Saxena, A. und Dodell-Feder, D. (2022). **Explaining the Association Between Urbanicity and Psychotic-Like Experiences in Pre-Adolescence: The Indirect Effect of Urban Exposures**. *Front Psychiatry* 13, 831089, doi:10.3389/fpsy.2022.831089.
- Schäfer, I., Eiroa-Orosa, F. J., Schroeder, K., Harfst, T. und Aderhold, V. (2015). **Posttraumatische Störungen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis**. *Nervenarzt* 86, 818–825.
- Scheler, M. (2014). *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik: neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus [1913]*, Meiner, Hamburg.
- Schlier, B. und Lincoln, T. (2014). **„Bluttaten“ und „schizophrene Politik“. Stigmatisierung von Schizophrenie in vier großen deutschen Printmedien aus dem Jahr 2011**. *Psychotherapeut* 59, 293–299.
- Schlier, B. und Lincoln, T. (2016). **Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie**. *Verhaltenstherapie* 26, 279–290, doi:10.1159/000450694.
- Schlimme, J. E. und Brückner, B. (2017). *Die abklingende Psychose – Verständigung finden, Genesung begleiten*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Schlimme, J. E., Scholz, T. und Seroka, R. (2018). *Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Schmiedebach, H.-P. und Priebe, S. (2004). **Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models**. *Med Hist* 48, 449–472, doi:10.1017/s0025727300007961.
- Schmitt, A., Malchow, B., Hasan, A. und Falkai, P. (2014). **The impact of environmental factors in severe psychiatric disorders**. *Front Neurosci* 8, 19, doi:10.3389/fnins.2014.00019.
- Schmitt, S. (2018). *Das Ringen um das Selbst: Schizophrenie in Wissenschaft, Gesellschaft und Kultur nach 1945*, De Gruyter, Oldenburg.
- Schmuhl, H.-W. (2009). **Der Beitrag psychiatrischer Patienten zur „Irrenrechtsreform“ im 19. und frühen 20. Jahrhundert**. *Sozialpsychiatrische Informationen* 39, 7–9.
- Schneider, K. (1987). *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart.
- Schomerus, G. (2022). **Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie. Veränderungen seit 1990 und ihre Implikationen**. *Psychiatr Verl* 52, 25–27.

- Schomerus, G., Schindler, S., Sander, C., Baumann, E. und Angermeyer, M. C. (2022). **Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration?** *Eur Psychiatry* 65, e78, doi:10.1192/j.eurpsy.2022.2337.
- Schomerus, G., Spahlholz, J. und Speerforck, S. (2023). **Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen.** *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 66, 416–422, doi:10.1007/s00103-023-03679-3.
- Schreiter, S. und Krüger, H. (2023). **Die psychische Gesundheit von Menschen in Wohnungslosigkeit – aktueller Forschungsstand.** In: **Wohnungslos und psychisch erkrankt**, Hrsg. Daßler, H. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 71–81.
- Schreiter, S., Gutwinski, S. und Rössler, W. (2020). **Wohnungslosigkeit und seelische Erkrankungen.** *Nervenarzt* 91, 1025–1031, doi:10.1007/s00115-020-00986-x.
- Schulz, G., Mahlke, C., Demke, E., Heumann, K. und Bock, T. (2019). *Qualitative Forschung und Partizipation. Von der Evaluation der Peer-Arbeit zur Peer-Forschung.* In: S. 270–289, doi:10.5771/9783884149720-270.
- Schumann, F. (2018). *Leiden und Gesellschaft: Psychoanalyse in der Gesellschaftskritik der Frankfurter Schule*, transcript, Bielefeld.
- Schwarz, J. und Brückner, B. (2015). Wulff, Erich Adalbert, Biographisches Archiv der Psychiatrie, URL: www.biapsy.de/index.php/de/9-biographien-a-z/67-wulff-erich-adalbert [Stand 07.11.2023].
- Schweitzer, J. und Aderhold, V. (2013). **Systemische Therapien bei Menschen mit psychotischen Verhaltens- und Erlebnisweisen.** *Psychotherapeut* 58, 357–363, doi:10.1007/s00278-013-0990-8.
- Seeman, P. (2011). **All Roads to Schizophrenia Lead to Dopamine Supersensitivity and Elevated Dopamine D2/High Receptors.** *CNS Neurosci Ther* 17, 118–132, doi:10.1111/j.1755-5949.2010.00162.x.
- Seikkula, J. (2021). *Psychosis is not an illness but a response to extreme stress – dialogue is a cure for it.* In: Hrsg. Putman, N. und Martindale, B. Routledge, New York, NY, S. 52–65.
- Seikkula, J. und Alakare, B. (2015). **Bedürfnisorientierter Ansatz und Offener Dialog. Von der Mobilisation familiärer Entwicklungsprozesse in der Therapie psychotischer Störungen.** *Psychother Im Dialog* 16, 28–33.
- Seikkula, J., Alakare, B. und Aaltonen, J. (2011). **The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care.** *Psychosis* 3, 192–204, doi:10.1080/17522439.2011.595819.
- Selten, J.-P. und Cantor-Graae, E. (2005). **Social defeat: risk factor for schizophrenia?** *Br J Psychiatry J Ment Sci* 187, 101–102, doi:10.1192/bjp.187.2.101.
- Selten, J.-P. und Ormel, J. (2023). **Low status, humiliation, dopamine and risk of schizophrenia.** *Psychol Med* 53, 609–613, doi:10.1017/S0033291722003816.
- Selten, J.-P., Booij, J., Buwalda, B. und Meyer-Lindenberg, A. (2017). **Biological Mechanisms Whereby Social Exclusion May Contribute to the Etiology of Psychosis: A Narrative Review.** *Schizophr Bull* 43, 287–292, doi:10.1093/schbul/sbw180.
- Selten, J.-P., Cantor-Graae, E., Slaets, J. und Kahn, R. S. (2002). **Ødegaard’s selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands.** *Am J Psychiatry* 159, 669–671, doi:10.1176/appi.ajp.159.4.669.
- Selten, J.-P., van der Ven, E. und Termorshuizen, F. (2020). **Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies.** *Psychol Med* 50, 303–313, doi:10.1017/S0033291719000035.
- Selten, J.-P., van der Ven, E., Rutten, Bart P. F. und Cantor-Graae, E. (2013). **The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update.** *Schizophr Bull* 39, 1180–1186, doi:10.1093/schbul/sbt134.

- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., und Prata, G. (Hrsg.) (1985). *Paradoxon und Gegenparadoxon: ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I. und Smeeton, N. (1989). **The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics**. *Psychol Med Monogr Suppl* 15, 1–46, doi:10.1017/s026418010000059x.
- Sideli, L., Murray, R. M., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A. und Fisher, H. L. (2020). **Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators**. *Psychol Med* 50, 1761–1782, doi:10.1017/S0033291720002172.
- Siep, L., Ikäheimo, H., und Quante, M. (Hrsg.) (2021). *Handbuch Anerkennung*, Springer VS, Wiesbaden.
- Škodlar, B. und Henriksen, M. G. (2019). **Toward a Phenomenological Psychotherapy for Schizophrenia**. *Psychopathology* 52, 117–125, doi:10.1159/000500163.
- Söhner, F., Becker, T. und Fangerau, H. (2017). **Die Rolle der anthropologischen Psychiatrie in der Vorbereitungszeit der Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland**. *Psychiatr Prax* 44, 252–257, doi:10.1055/s-0042-121783.
- Söhner, F., Becker, T. und Fangerau, H. (2019). *Psychiatrie-Enquete: mit Zeitzeugen verstehen. Eine Oral History der Psychiatriereform in der BRD*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Spiegelberg, H. (1972). *Phenomenology in Psychology and Psychiatry: An Historical Introduction*, Northwestern University Press, Evanston, IL.
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*, Oxford University Press, New York, NY.
- Stanghellini, G. (2009). **The meanings of psychopathology**. *Curr Opin Psychiatry* 22, 559, doi:10.1097/YCO.0b013e3283318e36.
- Stanghellini, G. und Lysaker, P. H. (2007). **The psychotherapy of schizophrenia through the lens of phenomenology: intersubjectivity and the search for the recovery of first- and second-person awareness**. *Am J Psychother* 61, 163–179, doi:10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.163.
- Stanghellini, G., Ballerini, M., Presenza, S., Mancini, M., Raballo, A., Blasi, S. und Cutting, J. (2016). **Psychopathology of Lived Time: Abnormal Time Experience in Persons With Schizophrenia**. *Schizophr Bull* 42, 45–55, doi:10.1093/schbul/sbv052.
- Stanghellini, G., Broome, M., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., Raballo, A., und Rosfort, R. (Hrsg.) (2018). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*, Oxford University Press, Oxford.
- Steinhart, I. und Wienberg, G. (2017). *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N. und Tronick, E. (2002). **Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das WfrqqEtwas-Mehrflqq als Deutung**. *Psyche - Z Für Psychoanal* 56, 974–1006.
- Stierlin, H., Wynne, L. C., und Wirsching, M. (Hrsg.) (1985). *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Ein internationaler Überblick*, Springer, Berlin Heidelberg.
- Straus, E. (1978). *Vom Sinne der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie*, Springer, Berlin.
- Sul, J. R. (2022). **Schizophrenia, Temporality, and Affection**. *Phenomenol Cogn Sci* 21, 927–947, doi:10.1007/s11097-021-09757-8.
- Sullivan, H. S. (1980). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*, Fischer, Frankfurt/M.
- Sullivan, S. (2006). *Revealing whiteness: the unconscious habits of racial privilege*, Indiana University Press, Bloomington.

- Suzanne, Mewes, J. und Niewöhner, J. (2014). **Die Bedeutung der Stimmen - Erfahrungen des Stimmenhörer-Netzwerks**. In: **Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen**, Hrsg. Bock, T., Klapheck, K., und Ruppelt, F. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 187–193.
- Szanto, T. (2020). **Phenomenology and Social Theory**. In: **The Cambridge Handbook of Social Theory**, Hrsg. Kivisto, P. Cambridge University Press, S. 292–316, doi:10.1017/9781316677445.016.
- Tai, S. und Turkington, D. (2009). **The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments**. *Schizophr Bull* 35, 865–873, doi:10.1093/schbul/sbp080.
- Tamminga, C. A., Ivleva, E. I., Reininghaus, U., und Os, J. van (Hrsg.) (2021). *Psychotic disorders: comprehensive conceptualization and treatments*, Oxford University Press, New York, NY.
- Taubner, S. (2018). **Mentalisieren**. In: **Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis**, Hrsg. Gumz, A. und Hörz-Sagstetter, S. Beltz, Weinheim, S. 110–120.
- Taylor, C. (Hrsg.) (1993). *Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung*, Fischer, Frankfurt/M.
- The Lancet Psychiatry (2021). **The things themselves**. *Lancet Psychiatry* 8, 169, doi:10.1016/S2215-0366(21)00033-X.
- Theiss-Abendroth, P. (2021). **Sigmund Freud über traumatisch verursachte Psychosen**. *Psyche - Z Für Psychoanal* 75, 1023–1052, doi:10.21706/ps-75-11-1023.
- Thoma, S. (2012). **Phänomenologisch-anthropologische Sozialpsychiatrie. Wegmarken für eine theoretische Wiederbelebung**. *Psychiatr Prax* 39, 407–409.
- Thoma, S. (2013). **Phänomenologische Psychiatrie in der Kritik: Karl Jaspers, Arthur Tatossian und Wolfgang Blankenburg**. In: **Karl Jaspers - Phänomenologie und Psychopathologie**, Hrsg. Fuchs, Thomas, Micali, Stefano, und Wandruszka, Boris. Alber, Freiburg, S. 41–66.
- Thoma, S. (2015). **Phänomenologisch-psychiatrische Einzelfallstudien - kritische Betrachtung und Vorschläge für eine Neuauflage**. *Swiss Arch Neurol Psychiatry* 166, 192–202.
- Thoma, S. (2017). **Rezension Th. Bock, A. Heinz: Psychosen. Ringen um Selbstverständlichkeit**. *Sozialpsychiatrische Informationen* 47, 62–63.
- Thoma, S. (2018). *Common Sense und Verrückt im sozialen Raum. Entwurf einer phänomenologischen Sozialpsychiatrie*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Thoma, S. (2019). **„Der Mensch ist dazu gemacht, das Menschliche zu ergründen“: Zur konzeptuellen Bedeutung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie im Vorfeld der westdeutschen Psychiatriereform**. *Medizinhist J* 54, 209–240, doi:10.25162/mhj-2019-0007.
- Thoma, S. (2022). **Ja, es ist politisch - Überlegungen aus persönlicher Sicht zur phänomenologischen Psychiatrie zwischen Mainstream-, Sozial- und »Anti-«Psychiatrie**. *Sozialpsychiatrische Informationen* 52, 43–46.
- Thoma, S., Schwänzl, I. und Galbusera, L. (2022). **Reopening Selves: Phenomenological Considerations on Psychiatric Spaces and the Therapeutic Stance**. *Psychopathology* 55, 156–167, doi:10.1159/000517888.
- Tomasello, M. (2004). *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens: Zur Evolution der Kognition*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Toto, F., Pénigaud de Mourgues, T. und Renault, E. (2017). *La reconnaissance avant la reconnaissance. Archéologie d'une problématique moderne [dt. Die Anerkennung vor der Anerkennung. Archäologie einer modernen Fragestellung]*, ENS Éditions, Lyon.
- Tronick, E. (1989). **Emotions and emotional communication in infants**. *Am Psychol* 44, 112–119.

- Umehara, H., Fangerau, H., Gaebel, W., Kim, Y., Schott, H. und Zielasek, J. (2011). **Von der „Schizophrenie“ zur „Störung der Einheit des Selbst“**. *Nervenarzt* 82, 1160–1168, doi:10.1007/s00115-010-3208-0.
- UN-Habitat (2016). *World Cities Report 2022: Envisaging the Future of Cities*, UN-Habitat, Nairobi, Kenya.
- Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T., und Winter, A. (Hrsg.) (2016). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Vallath, S., Luhrmann, T., Bunders, J., Ravikant, L. und Gopikumar, V. (2018). **Reliving, Replaying Lived Experiences Through Auditory Verbal Hallucinations: Implications on Theories and Management**. *Front Psychiatry* 9, 528, doi:10.3389/fpsyt.2018.00528.
- Van Duppen, Z. (2017). **The Meaning and Relevance of Minkowski’s ‘Loss of Vital Contact with Reality’**. *Philos Psychiatry Psychol* 24, 385–397, doi:10.1353/ppp.2017.0057.
- Van Duppen, Z. (2020). **Selbst- und Intersubjektivitätsstörungen in der Schizophrenie**. In: **Selbst und Selbststörungen**, Hrsg. Fuchs, T. und Breyer, T. Alber, Freiburg, S. 66–94.
- van Os, J. (2016). **“Schizophrenia” does not exist**. *BMJ* 352, i375, doi:10.1136/bmj.i375.
- van Os, J. und Reininghaus, U. (2016). **Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population**. *World Psychiatry* 15, 118–124, doi:10.1002/wps.20310.
- van Os, J., Kenis, G. und Rutten, B. P. F. (2010). **The environment and schizophrenia**. *Nature* 468, 203–212, doi:10.1038/nature09563.
- Varchmin, L., Montag, C., Treusch, Y., Kaminski, J. und Heinz, A. (2021). **Traumatic Events, Social Adversity and Discrimination as Risk Factors for Psychosis - An Umbrella Review**. *Front Psychiatry* 12, URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.665957> [Stand 07.11.2023].
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. und Bentall, R. P. (2012). **Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies**. *Schizophr Bull* 38, 661–671, doi:10.1093/schbul/sbs050.
- Varga, S. (2010). **Critical Theory and the Two-Level Account of Recognition – Towards a New Foundation?** *Crit Horiz* 11, 19–33.
- Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A. und Lewis, C. M. (2012). **Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia**. *Schizophr Bull* 38, 1118–1123, doi:10.1093/schbul/sbs096.
- von Haebler, D. (2020). **Psychotherapie für Menschen mit Psychosen – Realität und Möglichkeit**. *Kerbe - Forum Für Soz Psychiatr* 38, 4–6.
- von Haebler, D., Montag, C. und Lempa, G. (2022). *Modifizierte psychodynamische Psychosentherapie: Werkzeuge, Konzepte, Fallbeispiele*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- von Peter, S. und Schwarz, J. (2021). **Gegenseitige Unterstützung Psychiatrieerfahrener in Krisenunterkünften – ein Scoping Review**. *Psychiatr Prax* 48, 65–72, doi:10.1055/a-1307-7160.
- von Peter, S., Bär, G., Behrisch, B., Bethmann, A., Hartung, S., Kasberg, A., Wulff, I. und Wright, M. (2020). **Partizipative Gesundheitsforschung in Deutschland – quo vadis?** *Gesundheitswesen* 82, doi:10.1055/a-1076-8078.
- von Peter, S., Schwedler, H.-J., Amering, M. und Munk, I. (2015). **Diese Offenheit muss weitergehen: Wie erleben Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle den Dialog?** *Psychiatr Prax* 42, 384–391, doi:10.1055/s-0034-1370212.
- Waldenfels, B. (2006). *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*, Suhrkamp, Frankfurt/M.

- Waldenfels, B. (2010). **Lautwerden der Stimme**. In: **Sinne und Künste im Wechselspiel. Modi ästhetischer Erfahrung**, Suhrkamp, Frankfurt/M., S. 180–207.
- Waldschmidt, A. (Hrsg.) (2022). *Handbuch Disability Studies*, Springer, Wiesbaden.
- Waters, F., Collerton, D., Ffytche, D. H., Jardri, R., Pins, D., Dudley, R., Blom, J. D., Mosimann, U. P., Eperjesi, F., Ford, S. und Larøi, F. (2014). **Visual Hallucinations in the Psychosis Spectrum and Comparative Information From Neurodegenerative Disorders and Eye Disease**. *Schizophr Bull* 40, S233–S245, doi:10.1093/schbul/sbu036.
- Wehde, U. (1991). *Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme*, Antipsychiatrie-Verlag, Berlin.
- Wehrle, M. (2016). **Normale und normalisierte Erfahrung: Das Ineinander von Diskurs und Erfahrung**. In: **Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes**, Hrsg. Landweer, H. und Marcinski, I. transcript Verlag, Bielefeld, S. 235–256, doi:10.1515/9783839436394-012.
- Wehrle, M. (2022). *Phänomenologie: eine Einführung*, J.B. Metzler, Berlin.
- Weijers, J., Ten Kate, C., Viechtbauer, W., Rampaart, L. J. A., Eurelings, E. H. M. und Selten, J. P. (2021). **Mentalization-based treatment for psychotic disorder: a rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial**. *Psychol Med* 51, 2846–2855, doi:10.1017/S0033291720001506.
- Weiner, D. B. (2008). **The Madman in the Light of Reason. Enlightenment Psychiatry**. In: **History of Psychiatry and Medical Psychology**, Hrsg. Wallace, E. R. und Gach, J. Springer, Boston, MA, S. 281–303, doi:10.1007/978-0-387-34708-0_7.
- Weinmann, S. (2019). *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Weinmann, S., Bechdorf, A., und Greve, N. (Hrsg.) (2021). *Psychiatrische Krisenintervention zu Hause*, Psychiatrie Verlag, Köln
- Weiss, G., Murphy, A. V. und Salamon, G. (2020). *50 concepts for a critical phenomenology*, Northwestern University Press, Evanston, Illinois.
- Wigand, M., Becker, T. und Jäger, M. (2022). **Schizophrenie – eine kritische Begriffsbestimmung**. *Psychiatr Verl* 52, 6–9.
- Wilde, L. (2022). **Trauma: phenomenological causality and implication**. *Phenomenol Cogn Sci* 21, 689–705, doi:10.1007/s11097-020-09725-8.
- Wildt, A. (2005). „**Anerkennung**“ in der Psychoanalyse. *Dtsch Z Für Philos* 53, 461–478.
- Wolf, T., Fabel, P., Kraschewski, A. und Jockers-Scherübl, M. C. (2021). **From Wish to Reality: Soteria in Regular Care-Proof of Effectiveness of the Implementation of Soteria Elements in Acute Psychiatry**. *Front Psychiatry* 12, 685779, doi:10.3389/fpsy.2021.685779.
- Woods, B. T., Ward, K. E. und Johnson, E. H. (2005). **Meta-analysis of the time-course of brain volume reduction in schizophrenia: implications for pathogenesis and early treatment**. *Schizophr Res* 73, 221–228, doi:10.1016/j.schres.2004.05.014.
- World Health Organization (WHO) (2021). *Hospital-based mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, World Health Organization, Genf.
- Wulff, E. (1995). *Wahnsinnslogik. Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Wulff, E. (1996a). **Entgegnung auf das Koreferat von Axel Honneth**. In: **Psyche im Streit der Theorien**, Hrsg. M. Heinze, C. Kupke, S. Pflanz, K. Vogeley. Königshausen und Neumann, Würzburg, S. 75–79.
- Wulff, E. (1996b). **Phänomenologische Psychopathologie und dialektischer Materialismus**. In: **Psyche im Streit der Theorien**, Hrsg. M. Heinze, C. Kupke, S. Pflanz, K. Vogeley. Königshausen und Neumann, Würzburg, S. 49–68.

- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S. und Nienhuis, F. J. (2013). **Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial.** *JAMA Psychiatry* 70, 913–920, doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19.
- Yamaguchi, S., Mizuno, M., Ojio, Y., Sawada, U., Matsunaga, A., Ando, S. und Koike, S. (2017). **Associations between renaming schizophrenia and stigma-related outcomes: A systematic review.** *Psychiatry Clin Neurosci* 71, 347–362, doi:10.1111/pcn.12510.
- Yancy, G. (2021). **Der zurückgeworfene Schwarze Körper: Vier Skizzen.** In: **Critical philosophy of race: ein Reader**, Hrsg. Lepold, K. und Martinez Mateo, M. Suhrkamp, Berlin, S. 129–179.
- Young, I. M. (1990). *Justice and the politics of difference*, Princeton Univ. Press, Princeton, NJ.
- Zahavi, D. (1999). *Self-Awareness and Alterity: A phenomenological investigation*, Northwestern University Press, Evanston, IL.
- Zahavi, D. (2015a). *Self and Other. Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*, Oxford University Press, Oxford.
- Zahavi, D. (2015b). **You, me, and we: The sharing of emotional experiences.** *J Conscious Stud* 22, 84–101.
- Zahavi, D. (2021). **We in Me or Me in We? Collective Intentionality and Selfhood.** *J Soc Ontol* 7, 11–20, doi:10.1515/jso-2020-0076.
- Zahavi, D. (Hrsg.) (2018). *The Oxford Handbook of the History of Phenomenology*, Oxford University Press, doi:10.1093/oxfordhb/9780198755340.001.0001.
- Zahavi, D. und Loidolt, S. (2022). **Critical phenomenology and psychiatry.** *Cont Philos Rev* 55, 55–75, doi:10.1007/s11007-021-09553-w.
- Zahavi, Dan (2021). **Applied phenomenology: why it is safe to ignore the epoché.** *Cont Philos Rev* 54, 259–273, doi:10.1007/s11007-019-09463-y.
- Zinkler, M. (2022). **Personenzentriert, rechthebasiert, recoveryorientiert und gemeindebasiert: Die neuen Leitlinien für die psychosozialen Dienste der WHO.** *Kerbe - Forum Für Soz Psychiatr* 40, 4–7.
- Zinkler, M. und von Peter, S. (2019). **Ohne Zwang: Ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie.** *Recht Psychiatr* 37, 203–209.
- Zinkler, M., Mahlke, C., und Marschner, R. (Hrsg.) (2019). *Selbstbestimmung und Solidarität: Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis*, Psychiatrie Verlag, Köln.
- Zuaboni, G., Burr, C., Winter, A., und Schulz, M. (Hrsg.) (2019). *Recovery und psychische Gesundheit: Grundlagen und Praxisprojekte*, Psychiatrie Verlag, Köln.

10 Eigene Veröffentlichungen

Teile der Arbeit an der Dissertation wurden von 2020-2021 im Rahmen des Forschungsprojekts *Das zwischenleibliche Unbewusste - Resonanz und Leiblichkeit in der psychoanalytischen Tradition* der Thyssen-Stiftung unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Kristensen (Universität Strasburg) durchgeführt. Das Forschungsprojekt war theoretischer Natur und hatte zum Ziel, klassische psychoanalytische Forschung zu einem leiblichen wie auch intersubjektiven Verständnis des Unbewussten historisch und systematisch zu erschließen und aus einer phänomenologischen Perspektive zu erforschen.

Mein Beitrag hinsichtlich des Forschungsprojekts lag im Einbringen gegenwärtiger, intersubjektiv-psychoanalytischer sowie sozialphilosophischer Forschung mit einem Fokus auf das Anerkennungsparadigma, während Prof. Kristensen klassische psychoanalytische Forschung mit einem Fokus auf die französische Psychoanalyse untersuchte, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch keine Rolle spielt. Die systematische Erschließung gegenwärtiger Entwicklungen intersubjektiver Ansätze in der Psychoanalyse sowie deren Rezeption in Phänomenologie und Kritischer Theorie wurde vollständig von mir durchgeführt und sind eine zentrale Grundlage dieser Dissertation.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden bzw. werden in folgenden Aufsätzen publiziert:

1. Iwer, L. (2020). Raster der Psychiatrie: Konzepte Judith Butlers im Kontext der Psychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 50 (3): 23–27.
2. Iwer, L. (2022). Zu den normativen Grundlagen der Psychiatrie aus anerkennungstheoretischer Perspektive. *Intercultural Philosophy*, 4(1), 77–92.
3. Iwer, L., Kristensen, S. (im Druck). Françoise Dolto between relational thinking and Freudian Metapsychology. *Psychoanalytic Dialogues*.

Publikation 1 bildet eine theoretische Grundlage für die Phänomenologie der Anerkennung im Dissertationskapitel 4.4.1.

Publikation 2 bildet einen frühen Stand des theoretischen Hintergrundes der Dissertation ab, der sich weiterentwickelt in den Dissertationskapiteln 1.3, 4.2, 4.3 sowie 4.4 und 6.3 wiederfindet.

Publikation 3 bildet eine Vorarbeit für die phänomenologischen Analysen der Dissertationskapitel 4.3.1 sowie 4.4.2. Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich auf die Darstellung der Anerkennungstheorie Jessica Benjamins, deren Kontextualisierung in aktuellen Entwicklungen der Psychoanalyse sowie der

Verknüpfung mit gegenwärtiger phänomenologischer Forschung und umfasst ca. 60% des verfassten Textes.

Weitere eigene Veröffentlichungen

1. Fuchs, T., **Iwer, L.**, Micali, S. (Hrsg.) (2018). *Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.
2. Brückner, B., **Iwer, L.**, Thoma, S. (2017). Die Existenz, Abwesenheit und Macht des Wahnsinns. Eine kritische Übersicht zu Michel Foucaults Arbeiten zur Geschichte und Philosophie der Psychiatrie. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 25(1), 69-98.

11 Danksagung

Diese Promotion ist das Ergebnis eines Arbeitsprozesses, der im Frühjahr 2017 begonnen hat. Zunächst möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs für seine Betreuung der Dissertation und die langjährige Förderung meines klinischen und wissenschaftlichen Werdegangs danken. Ich bedanke mich herzlich bei Prof. Dr. Svenja Taubner und Prof. Dr. Christiane Montag für die Übernahme der Begutachtung der Dissertation.

Bei meinen Kolleg*innen der Sektion Phänomenologie der Klinik für Allgemeine Psychiatrie an der Heidelberger Universitätsklinik möchte ich mich für den langjährigen, bereichernden Austausch in den Kolloquien, Büros sowie im Café Prinzhorn bedanken, ganz besonders bei M.A. Monika Knack, Prof. Dr. Christian Tewes, Dr. Sanna Tirkkonen und M.A. Daniel Vespermann. Herzlich danke ich auch Rixta Fambach, Christine Breit und Anna Wittenberg für die organisatorische Unterstützung über den gesamten Zeitraum. Darüber hinaus sei den Referent*innen der im Rahmen der von mir mitorganisierten Vortragsreihe „Phänomenologie und Psychotherapie“ im Wintersemester 2020/2021 und Sommersemester 2021 für den anregenden Austausch gedankt. Zudem gilt hier mein Dank den Studierenden des Seminars „Selbst und Intersubjektivität“ im WS 2020/2021, in denen wichtige Fragestellungen der Dissertation diskutiert wurden.

In den vergangenen Jahren hatte ich das große Glück, mit einer Reihe von Forscher*innen im Austausch zu meinem Promotionsthema stehen zu dürfen, wofür ich mich sehr bei Dr. Volkmar Aderhold, Dr. Jessica R. Benjamin, Prof. Dr. Jürgen Habermas, Jun.-Prof. Dr. Kristina Lepold und Gwen Schulz bedanken möchte. Besonders sei Prof. Dr. Burkhard Brückner, Prof. Dr. Stefan Kristensen und Dr. Dr. Samuel Thoma für den wertvollen fachlichen Austausch und die freundschaftliche Verbundenheit gedankt.

Ich bin auch der triadischen Forschungsgruppe EmPeeRie-NoW des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf zu großem Dank verpflichtet: Sie ermöglichte mir, 2018 und 2019 erste Gedanken zum Thema Anerkennung in der Psychiatrie zu diskutieren und motivierten mich mit ihren Rückmeldungen sehr. Ebenso danke ich den Organisator*innen und Teilnehmer*innen der Workshops „Zeitlichkeit, Leiblichkeit und Intersubjektivität“ der Deutschen Gesellschaft für phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie (DGAP) (2018), „Grenzen des Leidens“ der Gesellschaft für Philosophie und Wissenschaften der Psyche in Berlin (2019), des Workshops „Corps-Chair-Psyché“ in Strasburg (2020) sowie des Kolloquiums des Preises für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN (2020) für

die Möglichkeit, meine Forschung zu präsentieren sowie für ihre hilfreichen Rückmeldungen.

Die Promotion wäre nicht möglich gewesen ohne die finanzielle Unterstützung durch ein initiales Forschungsstipendium der Landesgraduiertenförderung des Landes Baden-Württemberg 2017, die finanzielle Unterstützung des Marsilius-Kollegs der Universität Heidelberg 2019 sowie eines großzügigen Forschungsstipendiums der Fritz-Thyssen-Stiftung im Forschungsprojekt „Das zwischenleibliche Unbewusste – Resonanz und Leiblichkeit in der psychoanalytischen Tradition“ mit Prof. Dr. Stefan Kristensen (2020-2021).

Ich danke meinen Eltern und Schwiegereltern für ihre Unterstützung und ihr Vertrauen über den gesamten Zeitraum der Promotion, meiner Cousine Clara für ihren moralischen und fachlichen Rückhalt und meinem Freund Philipp für das gemeinsame Schreiben in Heidelberger und Frankfurter Bibliotheken. Meinem Sohn verdanke ich die letzte notwendige Motivation, die Dissertation fertigzustellen. Meiner Frau Anna gilt der größte Dank, für alles.

12 Eidesstattliche Versicherung

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema

Zur Bedeutung intersubjektiver Anerkennung für die Entstehung und Therapie von Schizophrenien – phänomenologische und sozialpsychiatrische Beiträge

handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.

2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.*
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Ort und Datum

Unterschrift