

1 Einleitung

Die Schizophrenie gehört zu den dramatischsten Diagnosen der Medizin der Neuzeit. Denn sie scheint nicht nur defizitäre Körperfunktionen, sondern den Wesenskern des Menschseins zu berühren. Sie fungiert nicht nur als Bezeichnung für ein psychiatrisches Symptommengewebe, sondern hat darüber hinaus weitreichende gesellschaftliche Implikationen. Kaum eine andere Diagnose der Medizin wird so sehr gefürchtet und von Betroffenen wie Angehörigen als Makel, Stigmatisierung und Omen einer umfassenden gesellschaftlichen Ausgrenzung erlebt.

Während schizophreniforme Symptome so alt sind wie die Menschheit selbst, wurde das Konzept der Schizophrenie in seinen Grundzügen vor etwas über 100 Jahren geprägt. Der Begriff setzte sich einige Dekaden später durch und ist nicht nur im medizinischen Denken, sondern auch im gesellschaftlichen Diskurs der Gegenwart fest verankert. Dabei besteht inzwischen unter Wissenschaftlichern und Medizinerinnen weitgehende Einigkeit darüber, dass es die Krankheit Schizophrenie so gar nicht gibt. Vielmehr wird sie heute – anders als noch vor 100 Jahren – als Sammelbegriff für eine Gruppe von unterschiedlich verursachten teils vorübergehenden, teils chronischen zerebralen Funktionsstörungen verstanden. Dementsprechend ist im Zusammenhang mit der Überarbeitung der großen psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-11 eine Diskussion darüber entbrannt, ob der Begriff und das Konzept der Schizophrenie nun nach etwa 100 Jahren seiner Existenz abgeschafft werden sollten. In Japan wurde die Abschaffung des Schizophrenie-Begriffs seit Anfang des neuen Jahrtausends bereits umgesetzt.

Vor diesem Hintergrund werden in dieser Buchpublikation zunächst die verschiedenen Phänomene und Symptome beschrieben, die eine Schizophrenie nach den aktuell gültigen Klassifikationssystemen ausmachen. Darauf aufbauend wird die Kultur- und Medizingeschichte der Schizophrenie skizziert. Denn während die Symptome und Phänomene der Schizophrenie so alt sind wie die Menschheit, so sind Krankheitskonzept und der Begriff der Schizophrenie doch zeitgeschichtliche Phänomene.

An dieser Stelle schließen sich 3 Kapitel an, in denen grundlegende medizin-theoretische Fragen thematisiert werden. Zunächst wird dabei der Frage nachgegangen, was es überhaupt bedeutet, dass ein Phänomen normal ist. In diesem Zusammenhang werden 3 Bedeutungsbereiche von Normalität herausgearbeitet. Zunächst einmal kann Normalität als statistische Größe verstanden werden. Dies ist in der Medizin aber auch in der Physik und Technik dann der Fall, wenn die Eigenschaft, deren Normalität in Frage steht, einer Normalverteilung folgt. Dies ist bei zahlreichen biologischen Eigenschaften wie z. B. der Körpergröße der Fall.

Solche Eigenschaften sind also nicht entweder gegeben oder nicht, sondern sie sind dimensional strukturiert d. h. die fragliche Eigenschaft, wie die Körpergröße, ist mehr oder weniger stark ausgeprägt. Fehlende Normalität kann dann recht objektiv über statistische Maße wie Mittelwert und Standardabweichung definiert und gemessen werden. Bei der technischen Norm geht es dagegen um funktionale Eigenschaften von Geräten, Maschinen oder auch Körpern. So kann etwa die Lautsprechanlage funktionieren oder nicht, das Rücklicht am Auto leuchtet oder nicht, ein Mensch kann sehen oder nicht. Solche technischen Normbegriffe sind in der Regel kategorial strukturiert d. h. die interessierende Eigenschaft ist nicht mehr oder weniger vorhanden sondern sie ist vorhanden oder nicht. Auch für die technische Norm gibt es im Bereich der Biologie zahlreiche Beispiele. So kann etwa nach einer Entzündung des Sehnervs das Sehvermögen ausfallen, was einer fehlenden Normalität im Sinne der kategorialen oder technischen Norm entspräche. Schließlich gibt es gerade im Bereich des Psychischen und der Organisation von Gesellschaften auch die soziale Norm. Die soziale Norm definiert Normalität auf der Grundlage von Erwünschtheit aus der Sicht einer Gruppe oder definiert durch Machthaber. Weder die medizinische Wissenschaft noch das ärztliche Handeln können auf Normalitätsbegriffe verzichten. Nach humanistischem Grundverständnis sollte aber bei der Definition von Krankheiten auf soziale bzw. moralische Normen möglichst verzichtet werden. Ob das in der Psychiatrie tatsächlich immer gelingt wird dann im Folgenden thematisiert, wenn der Frage nachgegangen wird, was nach medizinischem Verständnis überhaupt eine psychische Störung ist. Dabei zeigt es sich, dass die Medizin im Allgemeinen aber auch die Psychiatrie im Speziellen mit je nach Konstellation unterschiedlichen Normbegriffen operiert. Sie können sich auf dimensional ausgeprägte, mehr oder weniger stark vorhandene Eigenschaften des Körpers beziehen und damit statistisch organisiert sein. Sie können sich aber auch auf funktionale Aspekte beziehen und damit kategorial bzw. technisch verfasst sein. Gerade in der Psychiatrie, wo es u. a. auch um die Bewertung von Verhaltensweisen bei der Definition und Klassifikation von Krankheiten bzw. Störungen ankommt, wird teilweise offen, teilweise verdeckt, aber auch auf soziale Normen zurückgegriffen. Dies wird im 7. Kapitel des Buches in seiner ganzen Zwiespältigkeit klar herausgearbeitet.

Auf der Basis dieser grundlegenden medizintheoretischen Überlegungen wird dann der Frage nach der Ursächlichkeit schizophreniformer Symptome nachgegangen. Dabei wird das Wissen über die verschiedenen Kausalstränge, die das Entstehen schizophreniformer Phänomene begünstigen können, umfassend zusammengefasst und vorgestellt. Es werden die funktionelle Neuroanatomie höherer mentaler Leistungen und ihrer Störungen ebenso herausgearbeitet wie die klassische dopaminerge und glutamaterge Hypothese der Schizophrenie, bildgebende, genetische aber auch umweltbedingte, psychoreaktive und persönlichkeitsstrukturelle Ursachen der schizophreniformen Störungen. Gerade in Hinblick auf die genetischen Aspekte der Schizophrenien wird dabei verdeutlicht, dass genetische Ursachen schizophoreniformer Syndrome sowohl im klassischen, kategorialen Sinne in Form monogenetischer Erkrankungen aber deutlich häufiger eben auch im dimensional Sinn in Form von multigenetischen Normvarianten gegeben sind. Es ist dabei ein zentrales Anliegen dieses Buches, zu erklären und darauf hinzuweisen,

dass es gerade bei multigenetischen Verursachungen problematisch ist, von Krankheiten im klassischen Sinne zu sprechen.

Im daran anschließenden 9. Kapitel des Buches werden neue neuropsychiatrische Entwicklungen auf dem Gebiet der Schizophrenie vorgestellt. Wie im gesamten Buch wird gerade auch hier anhand von zahlreichen Kasuistiken veranschaulicht, dass bei vielen Einzelfällen, bei denen noch vor 20 Jahren dem Stand des Wissens entsprechend zu Recht eine Schizophrenie diagnostiziert wurde, heute neuropsychiatrische Krankheitsdiagnosen im engeren Sinne möglich sind. So können – zumindest auf Einzelfallebene – Stoffwechselerkrankungen wie die Niemann-Pick-Typ C Erkrankung, immunologische Erkrankungen wie die limbischen Enzephalitiden oder die Hashimoto-Enzephalopathie oder paraepileptische schizophreniforme Störungen identifiziert und oft auch kausal behandelt werden. Gerade diese jüngsten Entwicklungen auf dem Gebiet der Neuropsychiatrie illustrieren dabei anschaulich, dass es sich bei der Schizophrenie um einen Sammelbegriff für zahlreiche, unterschiedlich verursachte, meist noch unverstandene, neuropsychiatrische Erkrankungen handelt. In diesem Zusammenhang wird dann der Frage nachgegangen, ob gerade im multigenetischen Bereich, schizophreniforme Erlebensweisen nicht auch als Normvariante menschlichen Wahrnehmens und Erlebens verstanden werden sollten. Dafür spricht etwa die Tatsache, dass epidemiologischen Befunden zufolge 6–7 % der gesunden Allgemeinbevölkerung zumindest einmal im Leben schizophreniforme Symptome aufweist, ohne dass nach psychiatrischen Kriterien eine psychische Störung diagnostiziert werden könnte.

Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen und Überlegungen wird dann im 9. Kapitel das Für und Wider der Schizophrenie gegeneinander abgewogen. Perspektivisch wird nach Abwägung der Vor- und Nachteile das Urteil vertreten, dass der Schizophreniebegriff und – viel wichtiger noch – das Schizophreniekonzept in den Köpfen aller Akteure mehr Nachteile haben als dass sie nutzen. Damit ist das übergeordnete Ziel dieses Buches ein Unbescheidenes, nämlich die Abschaffung des Begriffs und des Konzepts der Schizophrenie in den Köpfen der Leserinnen und Leser – zumindest für den Fall, dass meine Argumentation und Sichtweise überzeugen sollten. Umso wichtiger ist es mir, zu betonen, dass die meisten der hier vorgetragenen und entwickelten Gedanken nicht wirklich neu und exotisch sind, sondern dem Diskurs der Zeit entspringen, was in Kapitel 10 dargelegt wird.

2 Die Symptome und Verläufe der Schizophrenie

2.1 Schizophrenie in der Lebenswirklichkeit

Was ist die Schizophrenie in unserer Welt? Medizinische Begriffe haben in der alltäglichen Lebenswelt oft vielfältige Bedeutungen, die über den Kern der wissenschaftlichen Definition weit hinausreichen. Aber für kaum einen medizinischen Begriff gilt dies so sehr wie für den Schizophreniebegriff. Was bedeutet es in der alltäglichen Lebenswirklichkeit, eine Schizophreniediagnose zu bekommen?

Zunächst einmal ist eine Schizophrenie für viele Menschen eine große Angst. Denn hinter der bangen Frage »Bin ich verrückt?« verbirgt sich nicht nur eine Verunsicherung dem eigenen Körper gegenüber, die nicht wenige Leser aus eigener Erfahrung kennen werden.¹ Die Verunsicherung über das Symptom reicht viel weiter als wenn ein Mensch mit übergroßem Durst sich sorgenvoll fragt: »Habe ich einen Diabetes?«. Denn auch wenn die Psyche im wissenschaftlichen und populären Denken der Postmoderne meist als körperliches Phänomen begriffen wird, so ist doch unbestreitbar, dass psychiatrische Diagnosen das Selbstbild, die eigene Identität, das Selbstwertgefühl und die Stellung des Betroffenen in der Gesellschaft viel weitreichender beeinflussen als somatische Diagnosen. Und so zielt die sorgenvolle Frage »Bin ich verrückt?« eben nicht nur auf das Symptom an sich, sondern auf das Unheil in der Gesellschaft, welches mit der offiziellen Diagnose einer Schizophrenie von vielen befürchtet wird – teilweise sicher zu Recht.

Darüber hinaus ist mit der Schizophreniediagnose auch eine Drohung verbunden. Denn es schwingt auch die Zuordnung mit: »Du bist verrückt!« Die Schizophreniediagnose steht wie kein anderer Begriff für das Verrückt-Sein in der gesellschaftlichen Wirklichkeit unserer Zeit. Die Epochen, in denen Menschen, die Stimmen hören, sich unter Umständen auch als auserwählt und begnadet begreifen durften – zumindest solange die übrigen kognitiven Funktionen intakt blieben – sind lange vorbei. Die meisten Betroffenen haben den »Verrücktheits-Begriff« selber oft in alltäglichen Auseinandersetzungen als Vorwurf und Schimpfwort benutzt, nicht ahnend, dass er eines Tages auf sie zurückfallen würde.

Schließlich ist die Schizophrenie ein Stigma, ein Mal: »Der da, die da, ist verrückt! Von dem kann man nichts erwarten!« Menschen, die in den Gesellschaften

1 Wenn im Folgenden von Lesern, Patienten, Ärzten o. ä. die Rede ist, sind immer Leserinnen und Leser, Patientinnen und Patienten usw. gemeint. Um den Lesefluss des Textes aber nicht zu stören, wird der Einfachheit halber nur der Begriff Leser, Patient usw. gewählt werden.

unserer Zeit als schizophren markiert wurden, wird mit Mißtrauen und Vorsicht begegnet. »Kann ich diesem Mann trauen?« »Muss ich vorsichtig sein?« »Kann ich dieser Frau meine Kinder anvertrauen, wenn sie doch eine Schizophrenie-Diagnose hat?« Solche Fragen beschäftigen Menschen, wenn sie anderen begegnen, von denen sie wissen, dass sie an einer Schizophrenie leiden.

Weitreichendere Folgen als die Stigmatisierung durch die Gesellschaft, hat die Selbst-Stigmatisierung. Denn sie greift in das Binnen-Verhältnis, den Selbst-Bezug betroffener Menschen ein. Sie betrifft nicht die Beziehung zwischen Außenstehenden und der eigenen Person, sondern die Beziehung der Betroffenen zu sich selbst. »Kann ich mir trauen?« »Kann es sein, dass ich die Kontrolle über mein Leben, mein Denken, mein Handeln verliere?« »Bin ich noch in hinreichendem Ausmaß frei und zurechnungsfähig?« All diese Fragen könnten viele nicht-schizophrene Menschen sich mit guter Begründung stellen, denen es nie in den Sinn käme. Zu nennen sind hier etwa Menschen, die regelmäßig Alkohol trinken – und gelegentlich auch deutlich zu viel – Menschen, die einen Diabetes haben, ein hohes Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisiko, Menschen, die Drogen nehmen usw. Keine dieser medizinischen Konstellationen ist aber auch nur im entferntesten Sinne in einem vergleichbaren Ausmaße mit dem Problem der Selbststigmatisierung behaftet, wie dies bei den Schizophrenen der Fall ist.

Ein Großteil dieser Stigmatisierung speist sich aus dem alltäglichen Gebrauch des Schizophrenie-Begriffs als Schimpfwort: »Diese Politik ist schizophren!« Mit Schlagzeilen dieser Art werden wir leider nicht nur in der Boulevard-Presse sondern auch in Medien konfrontiert, von denen man das eigentlich nicht erwarten würde.

Und Hand aufs Herz, verehrte Leserin, verehrter Leser, haben Sie nicht auch selbst das Schimpfwort so oder in ähnlicher Form (»Du bist ja verrückt!«) schon häufiger benutzt. Wer ahnt schon, dass dieser nachlässige Spachgebrauch und vor allem die damit verbundenen Assoziationen einmal auf Freunde, Angehörige oder gar die eigene Person zurückfallen könnte? Wenn es dann aber so weit ist, d. h. wenn eine Schizophreniediagnose im Raum steht, so fällt dieser Sprachgebrauch, der im Kern darin besteht, den anderen auszugrenzen anstatt sich inhaltlich mit seinen Problemen und seinem Erleben auseinanderzusetzen, auf den als schizophren markierten Menschen und sein Umfeld zurück.

Schließlich kann der Schizophreniebegriff auch als Angstabwehr verstanden werden. Etwa wenn schwer nachvollziehbare Straftaten oft mit ausgeprägter Brutalität unter der Überschrift »Schizophrener Patient beging ein Massaker« berichtet werden, so mag die Ausgrenzung des Unfassbaren aber Geschehenen in eine »andere Welt«, die von der »der Gesunden« in Form des Begriffs Schizophrenie abgetrennt ist, auch dabei helfen, die Angst vor der Unbegreiflichkeit und Zufälligkeit des Schicksals – mit der wir alle immer wieder konfrontiert werden – einzudämmen.

Die Aufzählung illustriert, dass der Schizophrenie-Begriff und das Gemeinte dieses Begriffs, das Schizophrenie-Konzept, viele sehr unterschiedliche Bedeutungen in unserer alltäglichen, gesellschaftlichen Wirklichkeit hat, die den Rahmen der Medizin weit überschreiten. Aber davon abgesehen ist er eben auch ein medizinischer Fachbegriff, mit dessen Hilfe medizinische Wissenschaftler und Ärzte versuchen, die komplexe psychobiologische Wirklichkeit fassbar zu machen, welche sich

in Form der schizophreniformen Symptome und Verläufe hinter diesem Begriff verbergen. Die Schizophrenie bzw. das mit diesem Begriff gemeinte ist also mehr als der Name für eine Gruppe von Krankheiten. Sie ist eine Angst, ein Vorwurf, ein Stigma, ein politischer Kampfbegriff, ein soziologisches Regulativ, eine juristisch relevante Kategorie – aber eben auch ein Krankheitsbegriff, ein Name, für eine Gruppe im Detail sehr unterschiedlicher psychobiologischer Phänomene und Verläufe.

Die Schizophrenie ist mehr: sie ist eine Angst, ein Vorwurf, ein Stigma, ein Kampfbegriff, ein Ausgrenzungsprinzip usw. Aber sie ist eben auch ein medizinischer Fachbegriff.

Was ist nun aber eine Schizophrenie in der Medizin? Die Schizophrenie wird im Französischen auch als die große Ungreifbare, »la grande insaisissable« beschrieben (Peters 2014, S. 7).² Diese Beschreibung erscheint mir nicht ganz Unangemessen. Denn auf die simple Frage des Laien »Was ist denn überhaupt eine Schizophrenie?« geraten die Experten nicht selten ins Zaudern und kämpfen damit, diesen Begriff, der doch in aller Munde ist, klar und anschaulich zu erklären. Meist wird dann der Weg gewählt, die Krankheit Schizophrenie über die Symptome zu erklären. Erste Näherungsversuche an eine Antwort lauten dann etwa: »Schizophrenie ist, wenn man Halluzinationen hat und Stimmen hört, die in Wirklichkeit gar nicht da sind.« oder: »Schizophrenie ist, wenn Menschen an Wahnvorstellungen leiden, das Gefühl haben verfolgt zu werden, abgehört zu werden, manipuliert zu werden, beobachtet zu werden, obwohl dies gar nicht stimmt.«

Dieser Weg soll auch in diesem Buch gewählt werden. Das heißt, dass die erste Annäherung an den Schizophreniebegriff unserer Zeit so erfolgen soll, dass all die Symptome, die eine Schizophrenie nach heutigem Verständnis ausmachen, vorgestellt werden sollen.

2.2 Die Symptome der Schizophrenie

Nach den Kriterien der neuesten Ausgabe des »Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5; American Psychiatric Association 2013; APA 2013) können fünf Domänen schizophreniformer oder psychotischer Symptome definiert werden:

- Wahnsymptome
- Halluzinationen

² <http://www.psy-luxeuil.fr/article-schizophrenie-la-grande-insaisissable-116865765.html>

- desorganisiertes Denken (Sprache)
- deutlich desorganisiertes oder abnormales motorisches Verhalten (inklusive Katatonie)
- so genannte negative Symptome.

Tab. 1: Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach DSM-5 (APA 2015, S 133)

Schizophrenie. Diagnostische Kriterien gemäß DSM-5 295.90 (F20.9)	
A	Zwei (oder mehr) der folgenden Symptome, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer einmonatigen Zeitspanne (oder kürzer, wenn erfolgreich behandelt). Mindestens eines dieser Symptome muss (1), (2) oder (3) sein: <ol style="list-style-type: none"> 1. Wahn. 2. Halluzinationen. 3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit). 4. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten. 5. Negativsymptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft [Avolition]).
B	Für eine erhebliche Zeitspanne seit dem Beginn der Störung sind einige oder mehrere zentrale Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde (oder, falls der Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz liegt, wird das zu erwartende Niveau der zwischenmenschlichen, geistigen oder beruflichen Leistungen nicht erreicht).
C	Zeichen des Störungsbildes halten durchgehend für mindestens 6 Monate an. Diese 6-monatige Periode muss mindestens einen Monat mit Symptomen (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) umfassen, die das Kriterium A (d. h. floride Symptome) erfüllen, und kann Perioden mit prodromalen oder residualen Symptomen einschließen. Während dieser prodromalen oder residualen Perioden können sich die Zeichen des Störungsbildes auch durch ausschließlich negative Symptome oder durch zwei oder mehr Symptome manifestieren, die im Kriterium A aufgelistet und in einer abgeschwächten Form vorhanden sind (z. B. seltsame Überzeugungen, ungewöhnlichen Wahrnehmungserlebnisse).
D	Eine Schizoaffektive Störung und eine depressive oder bipolare Störung mit psychotischen Merkmalen wurden ausgeschlossen, da entweder 1) keine Episode einer Major Depression oder Manie gemeinsam mit den floriden Symptomen aufgetreten ist oder 2) falls affektive Episoden während der floriden Phase aufgetreten sind, ihre Gesamtdauer im Vergleich zur Dauer der floriden und residualen Perioden kurz war.
E	Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. eine Substanz mit Missbrauchspotential oder ein Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.
F	Bei einer Vorgeschichte mit einer Autismus-Spektrum-Störung oder einer Kommunikationsstörung mit Beginn im Kindesalter wird die zusätzliche Diagnose einer Schizophrenie nur dann gestellt, wenn mindestens einen Monat lang (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) zusätzlich zu den anderen erforderlichen Symptomen einer Schizophrenie auch ausgeprägte Wahnphänomene oder Halluzinationen vorhanden sind.

Nach der noch vorläufigen ICD-11-Konzeption, ist eine Schizophrenie folgendermaßen definiert:

»Die Schizophrenie ist charakterisiert durch Störungen in multiplen mentalen Modalitäten einschließlich des Denkens (z. B. Wahn, Desorganisation im formalen Denken), der Wahrnehmung (z. B. Halluzinationen), des Selbst-Erlebens (z. B. das Gefühl, dass eigene Gefühle, Impulse, Gedanken, oder das Verhalten unter Kontrolle einer äußeren Macht stehen), der Kognition (z. B. beeinträchtigte Aufmerksamkeit, verbales Gedächtnis und soziale Kognition), des Willens (z. B. Motivationsverlust) und des Affekts (z. B. verflachter emotionaler Ausdruck). Psychomotorische einschließlich katatone Symptome können vorhanden sein. Überdauernder Wahn, überdauernde Halluzinationen, Denkstörung und Beeinflussungserleben, Passivitätsgefühle oder Kontrollgefühle werden als Kernsymptome begriffen. Die Symptome müssen wenigstens einen Monat andauern, um die Diagnose einer Schizophrenie zu stellen.« (WHO 2018)³

Auch wenn die Überschriften der verschiedenen Symptombereiche nicht völlig deckungsgleich sind im Vergleich zum DSM-5, so ergeben sich inhaltlich doch keine wesentlichen Unterschiede in Hinblick auf die für eine Schizophrenie kritischen Symptombereiche. Die obige Tabelle (► Tab. 1) illustriert, wie die konkrete Schizophreniediagnose gemäß DSM-5 operationalisiert ist.

Im Folgenden sollen die im ICD-11⁴ genannten Symptombereiche nacheinander in ihrer Bedeutung in Hinblick auf das mentale Funktionieren von Menschen vorgestellt und illustriert werden.

2.2.1 Auffälligkeiten des Denkens (z. B. Wahn, Desorganisation im formalen Denken)

Dieses ICD-11 Kriterium entspricht den DSM-5 Kriterien A.1 (Wahn) und A.3 (desorganisierte Sprechweisen) wie in Tabelle 1 (► Tab. 1) oben aufgeführt.

Wenn im folgenden Auffälligkeiten des Denkens beschrieben und charakterisiert werden sollen, so sollte zunächst Klarheit darüber geschaffen werden, was der Begriff Denken überhaupt bedeuten soll.

Auf den ersten Blick scheint jeder Mensch intuitiv zu wissen, was denken bedeutet. Betrachtet man die berühmte Skulptur von Rodin, der Denker (► Abb. 1), so scheint Denken ein Geisteszustand zu sein, bei dem eine Person in sich gekehrt ist, mit seiner Aufmerksamkeit nicht in die Welt gerichtet ist sondern auf seine eigenen mentalen Prozesse. Ist Denken also ein Zustand der nach innen gekehrten Selbstreflexion?

Das würde bedeuten, dass ein Schachspieler, der sich strategische Zugkombinationen überlegt, um eine Partie zu gewinnen, nicht denkt, weil er mit seiner strategisch ausgerichteten mentalen Tätigkeit auf die Außenwelt gerichtet ist. So scheint der Begriff also zu eng gefasst zu sein, um das alltagssprachlich Gemeinte zu fassen.

3 <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int-%2fid%2fentity%2f1683919430>; Abruf 19.2.2016. [Übersetzung durch den Autor]

4 In deutschen und europäischen Sprachraum wird meist die ICD und nicht das DSM als Referenzsystem genutzt.

Ein Blick in die psychopathologische Fachliteratur zeigt, dass der in der Alltagssprache gut verständliche Begriff bei genauer Analyse in seiner Abgrenzung rasch verschwimmt. So hält etwa Scharfetter in der 6. Auflage seiner Allgemeinen Psychopathologie fest:

»Denken – der Ausdruck bedeutet Vieles: Auffassen, Vernehmen, Vergegenwärtigung, Verknüpfen nach Sinn, Bedeutung, zeitlichen, kausalen, konditionalen Gesichtspunkten (Logik), nach emotinal-affektiven Gehalten, sinngebendes, Bedeutungen verstehendes, auch ursächlich erklärendes Verbinden und handlungsvorbereitendes Überlegen, Entscheiden, Urteilen – kurz, das Ordnen der (materiellen und imateriellen) Gegebenheiten unser selbst und unserer Welt.« (Scharfetter 2010)

Diese Definition illustriert, dass der scheinbar so klare Begriff Denken nicht eine neurokognitive Teilleistung beschreibt, sondern eine Vielzahl im Detail unterschiedlicher kognitiver Leistungen.

Zieht man nun die Fachliteratur der Kognitionspsychologie zu Rate, so findet man häufig gar keine expliziten Verweise auf den Begriff Denken (Crawford, Parker, McKinlay 1992; Eysenck, Keame 2010). Stattdessen wird der Begriff kognitive Funktionen oder kognitive Prozesse verwendet als Oberbegriff für Teilleistungen wie Wahrnehmung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Planen, Sprache, Motivation, Emotionen usw. Im deutschen Standardwerk der biologischen Psychologie wird der Begriff Denken synonym zum Begriff kognitive Prozesse verwendet. Diese werden folgendermaßen beschrieben:

»Unter kognitiven Funktionen verstehen wir alle bewussten und nicht bewussten Vorgänge, die bei der Verarbeitung von organismusexterner und –interner Information ablaufen, z. B. Entschlüsselung (Enkodierung), Vergleich mit gespeicherter Information, Verteilung der Information und sprachlich-begriffliche Äußerung. Als psychische Funktionen grenzen wir Denken, Gedächtnis und Wahrnehmung von den Trieben und Gefühlen als psychische Kräfte ab.« (Birbaumer, Schmidt 2010, S. 750)

Bei der Konkretisierung dessen, was mit Denken oder kognitiven Prozessen genau gemeint sein soll, wird in erster Linie die psychobiologische Organisation der Sprache und des Sprechens vorgestellt. Diese Definition zeigt aber darüber hinaus, dass der Begriff Denken auch in der modernen Kognitionspsychologie immer noch ein sehr weites, insgesamt wenig abgegrenztes und kaum klar operationalisiertes Konzept repräsentiert, in das viele unterschiedliche Funktionen höherer Geistestätigkeit einfließen wie Vorstellungsbildung, Fantasie, Zieleentwicklung, Strategiesuche, Handlungsplanung und vor allem Sprache. Klar abgegrenzt werden nur die Bereiche Wahrnehmung und Gedächtnis sowie Triebe und Emotionen, die als psychische Kräfte verstanden werden. Es zeigt sich also, dass der im ICD für die Definition der Schizophrenie zentrale Begriff der Denkstörung bei genauer Betrachtung auch in der wissenschaftlichen und ärztlichen Praxis nur wenig scharf abgegrenzt ist. Das öffnet einen großen Spielraum für Interpretationen, was im Einzelfall genau mit dem Begriff gemeint sein soll.

Der Begriff der Denkstörung repräsentiert ein wenig abgegrenztes Konzept, welches vor allem sprachnahe, höhere mentale Prozesse wie Vorstellungsgenerierung, Zieleformulierung, Planung, Sprache und Kommunikation beinhaltet.

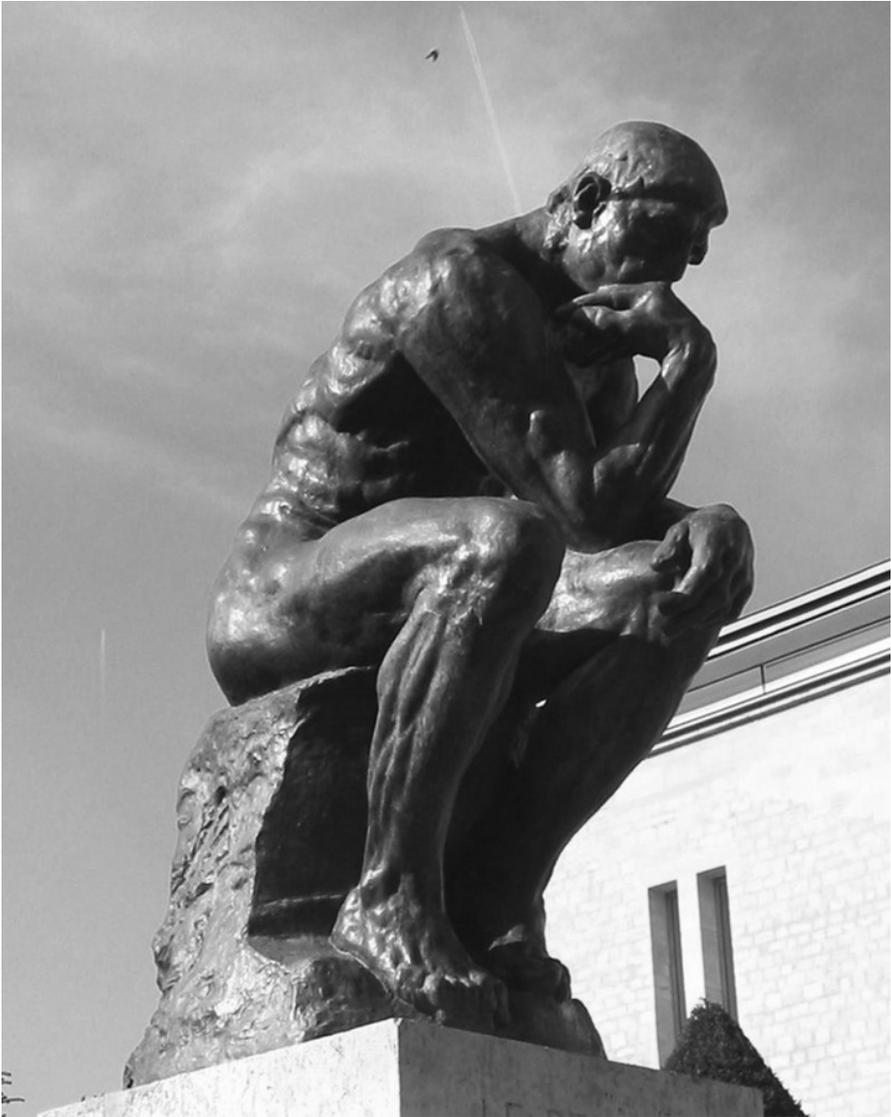


Abb. 1: Den Denker von Rodin repräsentiert einen in sich gekehrten, selbstreflexiv anmutenden Geisteszustand

Wenn nun im Folgenden das inhaltlich Gemeinte von solchen Denkstörungen kurz veranschaulicht werden soll, so kann dazu auf die psychiatrische Standardliteratur zurückgegriffen werden (Ebert 2016; Berger 2015; Scharfetter 2010). Demnach werden der klassischen psychiatrischen Tradition folgend meist formale und inhaltliche Denkstörungen unterschieden (Ebert 2016; Berger 2015). In neueren Ansätzen wird diese Unterscheidung jedoch nicht weiterver-