

AUF DER SUCHE NACH SCHIZOPHRENIE-SPEZIFISCHEN STÖRUNGEN

Kommentar zum Beitrag von UHLHAAS & SILVERSTEIN

Ernst Plaum

1. Die Frage eines grundlegenden Defizits

Es ist offenbar nicht leicht, schizophreniespezifische kognitive Störungen zu identifizieren. Die Suche nach solchen Auffälligkeiten währt bereits etwa 100 Jahre und noch immer besteht keine Einigkeit darüber, was in dieser Hinsicht nicht nur typisch, sondern wirklich spezifisch sein mag. Mindestens seit man meinte, abnorme Konkretheit des Denkens sei ein Charakteristikum schizophrener Erkrankungen, dann aber im Anschluß an GOLDSTEINs Untersuchungen eine solche Auffälligkeit eher als kennzeichnend für Hirngeschädigte ansehen mußte, bei Schizophrenen hingegen häufig Überabstraktionen („overinclusion“) festzustellen waren, folgten einander unterschiedliche Sichtweisen der zweifellos gut beobachtbaren kognitiven Auffälligkeiten der letztgenannten Patientengruppe (PLAUM 1975). Schon allein die Tatsache, daß es, trotz der leichten Erkennbarkeit von Störungen schlechthin, bisher nicht gelungen ist, deren differenzierte Phänomenologie und kausale Rückführungen faßbar zu machen, weist auf eine ziemlich komplizierte Lage der Dinge hin.

UHLHAAS & SILVERSTEIN geben in ihrem vorstehenden Beitrag einen Überblick zu aktuellen einschlägigen Forschungsergebnissen, mit dem Ziel, zu belegen, daß die Gestaltpsychologie nach wie vor geeignet sei, die Schizophrenie „zu verstehen“. Es ist die Frage, inwieweit sich ein solcher hochgesteckter Anspruch einlösen läßt. Gewiß sind gestalttheoretische Begriffe auf relativ globale und oberflächliche Art hinsichtlich zahlreicher Gegebenheiten im Alltag und in den Wissenschaften anwendbar. Dies trifft mindestens teilweise auch auf ältere psychiatrische Autoren zu, die UHLHAAS & SILVERSTEIN zitieren; hier wäre weniger MATUSSEK zu nennen sondern vielmehr CONRAD. Auch UHLHAAS & SILVERSTEIN deuten an, daß dieser Autor gestalttheoretische Konzepte auf recht globale Weise heranzieht. Wenn bei ihm beispielsweise von einer Desintegration von Gestaltprozessen die Rede ist, so lassen sich die gemeinten Phänomene auch mit anderen Worten umschreiben, etwa indem man „Gestalt“ durch den allgemeineren Begriff „Ganzheit“ ersetzt.

UHLHAAS & SILVERSTEIN bleiben jedoch keineswegs bei solchen Allgemeinplätzen stehen, sondern gehen durchaus in Details der Wahrnehmung bzw. der gesamten kognitiven Funktionen. Auf Grund eigener und sonstiger Untersuchungen kommen die Autoren zusammenfassend zu dem Schluß, daß es möglich sei, „die Schi-

zophrenie im Sinne eines Zerfalls der Gestaltstruktur kognitiver [...] Prozesse zu charakterisieren“ (S. 272), was sich besonders ausgeprägt im Bereich der visuellen Wahrnehmung zeige. Bemerkenswert ist dabei die Bezugsetzung zu einer beeinträchtigten neuralen Integration zwischen und innerhalb von Hirnregionen. Hierin wird eine Bestätigung des Isomorphieprinzips gesehen, wenn auch keineswegs in der konkreten Form wie es von KÖHLER konzipiert wurde. Diesbezüglich entscheidend ist, daß sich die Pathophysiologie der Schizophrenie von daher nicht als das Resultat spezifischer lokalisierter Schädigungen darstellt. Die aufgezeigte Kongruenz ganzheitlicher Aspekte psychologischer und neurophysiologischer Provenienz stellt nun in der Tat eine plausible Alternative zu gängigen Auffassungen dar, welche die Schizophrenie auf enger umgrenzte Grundstörungen reduzieren bzw. zurückführen. Hierbei eignen sich gewiß gestalttheoretische Termini besser als andere zur Beschreibung eben dieser kongruenten Gegebenheiten auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen.

So wertvoll der Überblick von UHLHAAS & SILVERSTEIN in seiner Zusammenschau auch ist, es wäre bei dem zu Grunde liegenden umfassenden Anspruch dennoch sinnvoll gewesen, auf die erheblichen methodischen Probleme einzugehen, denen man generell in der empirischen Schizophrenieforschung begegnet. CHAPMAN & CHAPMAN – nicht zu verwechseln mit dem von UHLHAAS & SILVERSTEIN zitierten James CHAPMAN – haben bereits im Jahr 1973 auf entsprechende Schwierigkeiten hingewiesen, und zwar wenn es darum geht, ein Defizit zu finden, das nicht nur typisch, sondern auch spezifisch für Schizophrene ist. Sehr früh wurde nämlich nicht nur erkannt, daß gefundene Unterschiede zwischen Gesunden und an Schizophrenie Erkrankten wenig aussagen, sondern auch Minderleistungen, die bei anderen (klinischen) Gruppen ebenfalls festzustellen sind, kaum Grundlegendes zu speziellen schizophrenen Störungen beizutragen vermögen. Da nämlich Patienten, insbesondere Schizophrene, bei zahlreichen Anforderungen schlechtere Ergebnisse erzielen als „Normale“, erschiene es angemessen, eine Parallelisierung von Kranken und einer Kontrollgruppe vorzunehmen – und zwar hinsichtlich der Leistungen, die zweifelsfrei *nicht* als schizophreniespezifisch betrachtet werden, etwa so etwas wie das allgemeine Intelligenzniveau – um charakteristische Defizite als solche zu erkennen. So schwierig – vielleicht sogar praktisch unmöglich – dies zu bewerkstelligen sein mag, man würde sich mit einem solchen Vorgehen jedoch einen anderen Nachteil einhandeln: Eine solche Parallelisierung führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Auswahl der im Hinblick auf nichtspezifische Minderleistungen „besten“ Patienten und der eher „schlechteren“ Kontrollpersonen, d. h. man hätte sowohl für die Schizophrenen als auch die Vergleichsgruppe keine repräsentativen Stichproben. Resultate, die sich dann bei einer Untersuchung bezüglich charakteristischer Defizite ergeben könnten, wären somit fragwürdig. Sie hingen von Korrelationen derselben mit den anderen zu berücksichtigenden Leistungsvariablen ab; diese Zusammenhänge sind möglicherweise in den beiden Personenstichproben unterschiedlich und dürften wohl kaum von vornherein bekannt sein. CHAPMAN & CHAPMAN (1973, 1978) hatten zudem darauf hingewiesen, daß ein „differentielles Defizit“ – d. h. *vergleichsweise* schlechte Leistungen bei Schizophrenen – als Artefakt auftreten kann, wenn eines der verwendeten Leistungsmaße hinsichtlich seiner Reliabilität und Schwierigkeit besser zu diskriminieren vermag als das andere.

2. Partielle Leistungsstärken?

Angesichts dieser kaum zu bewältigenden Schwierigkeiten bei der Feststellung eines „differentiellen“ (spezifischen) *Defizits* Schizophrener schien der Gedanke vielversprechend, nach *besseren* Leistungsergebnissen der Patienten im Vergleich zu (einer) Kontrollgruppe(n) zu suchen. Solche Leistungsstärken sind zwar, wenn überhaupt, extrem selten zu finden, könnten aber indirekte Hinweise auf bestimmte Schwächen geben, wenn etwa eine ansonsten zu Defiziten führende Besonderheit der kognitiven Funktionen unter ganz spezifischen (experimentellen) Bedingungen ausnahmsweise einmal gute Resultate erwarten läßt. Doch auch falls solches festgestellt werden kann, sind Artefakte denkbar: Geht man nämlich davon aus, daß bei Schizophrenen kein gleichmäßiger „Abbau“ hinsichtlich der verschiedenen kognitiven Funktionen auftritt – was der Annahme eines „differentiellen“ Defizits entspricht – so erscheinen, im Vergleich mit stärker beeinträchtigten und sehr schwer gestörten (spezifischen) Bereichen, relativ gut erhaltene („abbauresistente“) Leistungskapazitäten als möglich. Probleme können nun aber bei einer Parallelisierung hinsichtlich (mindestens) einer nichtspezifischen Variablen (wie etwa dem allgemeinen Intelligenzniveau) ebenfalls auftreten: Angenommen, es bestehe ein engerer Zusammenhang zwischen der nichtspezifischen und der spezifischen Leistung innerhalb einer Kontrollgruppe, im Gegensatz zu den Patienten („differentielles“ Defizit!), und weiterhin vorausgesetzt, die spezielle Leistungsstärke (unter besonderen Bedingungen) der letztgenannten Stichprobe erweise sich als vergleichsweise störungsresistent, dann mag – auf Grund der diesbezüglich fehlenden Repräsentativität der Kontrollgruppe – bei einer wie oben beschriebenen Parallelisierung eine nur *scheinbare* Überlegenheit der Kranken im Hinblick auf die „abbauresistente“ Variable resultieren (PLAUM 1982a, 1985).

Aber von solchen methodischen Problemen abgesehen lassen sich Hinweise auf eine Überlegenheit schizophrener Patienten gegenüber anderen Gruppen ohnehin, wie erwähnt, äußerst selten finden. UHLHAAS & SILVERSTEIN führen hierzu lediglich ein einziges Beispiel an, welches sie besonders überzeugend hinsichtlich ihrer Auffassung finden, nämlich die Befunde von PLACE & GILMORE (1980) zu tachistoskopisch dargebotenen Anordnungen sehr einfacher graphischer Elemente (Striche, Kreise). Die Ergebnisse dieser Untersuchungen lassen sich im Sinne eines Defizits Schizophrener bezüglich der Fähigkeit, Informationen in einem frühen Stadium der Verarbeitung zu organisieren, interpretieren. Aufgabenstellungen, bei denen eine solche Organisation eher hinderlich ist, würden sodann von den Patienten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe besser bewältigt; unter derartigen Bedingungen wirkten sich die Eigenarten der kognitiven Prozesse Schizophrener günstig aus, d.h. sie folgten *hier* einer angepaßteren Strategie, während Versuchspersonen aus anderen Populationen dabei eine Umstrukturierung ihrer sonstigen Vorgehensweisen vornehmen müßten. Leider arbeiteten PLACE & GILMORE mit nur 10 Schizophrenen und 10 drogenmißbrauchenden Patienten. Über Unterschiede bezüglich globaler Hinweise, die Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen betreffend, erfährt man in dem angegebenen Artikel nichts. Parallelisiert wurde lediglich nach dem Alter. Bei der geringen Anzahl der Versuchspersonen erscheint es aber keineswegs ausgeschlossen, daß der Kontrollgruppe insgesamt ein niedrigeres Leistungsniveau zukam (trotz fehlender Hinweise auf organische Schädigungen bei „medizinischen Untersuchungen“

– PLACE & GILMORE 1980, S. 411), während die Fähigkeit zur Separierung von Wahrnehmungsdetails bei den Schizophrenen relativ gut ausgebildet bzw. erhalten war. Dies könnte vielleicht mit unterschiedlichen Ausprägungen des kognitiven Persönlichkeitsmerkmals „Feldabhängigkeit/Feldunabhängigkeit“ zusammenhängen (hierzu etwa AMELANG & BARTUSSEK 2001, S. 535–539), aber eben auch – wie oben dargelegt – zu einer nur scheinbaren Überlegenheit der letztgenannten Patientengruppe geführt haben.

Wie dem auch sein mag, Leistungen, bei denen Schizophrene besser abschneiden als andere Gruppen, sind nicht nur ausgesprochen selten zu finden, sondern stellen immer die Ausnahme der Kehrseite einer Minderleistung dar. Dies trifft zweifellos auf bislang hierzu vorliegende Befunde (siehe PLAUM 1982a und b, 1985a und b), auch die von MAIER & PLAUM (1983) berichteten, zu. Diese Autoren führten eine Untersuchung mit einer Problemlöseaufgabe durch, die in der gestaltpsychologischen Tradition steht (SZEKELY) und die POLJAKOV Schizophrenen vorgegeben hatte: Ein auf einem Keil liegendes Brettchen sollte so in ein labiles Gleichgewicht gebracht werden, daß sich dies nach einiger Zeit von selbst, ohne weiteres Zutun ändern würde. Um dies zu erreichen, standen diverse alltägliche Gegenstände zur Verfügung. Die Problemlösung bestand darin, daß man eine brennende Kerze – an Stelle ebenfalls vorhandener Gewichte – verwenden mußte, um das Gleichgewicht herzustellen; durch den Gewichtsverlust beim Abbrennen neigt sich das auf diese Weise ausbalancierte Brettchen nach kurzer Zeit „von selbst“ zur Gegenseite hin. Wir konnten dabei folgendes feststellen: 1. Bessere Leistungen schizophrener Patienten, im Kontrast zu einer gesunden, in verschiedener Hinsicht gut vergleichbaren Kontrollgruppe, waren bei genau dieser Aufgabenstellung in der Tat zu finden; es gelang jedoch nicht, dieses Resultat bei ähnlichen Anforderungen zu replizieren. 2. Durch vorgeschaltete, der richtigen Aufgabenlösung entgegenstehende Übungsaufgaben kam es zu einer Angleichung der Leistung der Schizophrenen an das Niveau der Gesunden; diese Wirkung war jedoch nur vorübergehend. Das führte zu der Vermutung, der hierdurch erzielte Effekt könnte ein solcher der gedächtnisgebundenen Organisation sein, da die Fähigkeit, solche kognitiven Strukturen aufzubauen, prinzipiell gegeben zu sein scheint.

3. Weitere offene Fragen

UHLHAAS & SILVERSTEIN diskutierten zeitliche Veränderungen nicht. Dessen ungeachtet lassen sich unsere Untersuchungsergebnisse durchaus mit der Auffassung dieser Autoren vereinbaren. Die Befunde von MAIER & PLAUM (1983) legen aber die Vermutung nahe, daß z. B. Prozeßvariablen das Problem schizophreniespezifischer Störungen – abgesehen von den genannten methodischen Schwierigkeiten – komplizierter gestalten als es vielfach scheinen mag. Von anderer Seite ist auf den oszillierenden Charakter schizophrener Basisstörungen hingewiesen worden, so daß diesbezüglich mit eventuell sogar recht kurzfristigen Schwankungen gerechnet werden muß (siehe etwa SÜLLWOLD 1977). Außerdem sind bekanntlich Subgruppen der Schizophrenie mit zumindest quantitativ unterschiedlichen Ausprägungen typischer Auffälligkeiten identifiziert worden. In diesem Zusammenhang hat man auch

die Frage aufgeworfen, inwieweit eine deutliche Trennung der Schizophrenien von anderen sogenannten endogenen Psychosen möglich sei. Psychiater sind der Meinung, daß „Mischpsychosen“ häufiger vorkommen als „reine“ Fälle (schizophrener bzw. affektiver Störungen); eine Mindermeinung innerhalb der Psychiatrie geht sogar dahin, daß von einer „Einheitspsychose“ ausgegangen werden müsse (siehe etwa RENNERT 1982; vgl. auch HUBER 1987). – Die zuletzt genannten Gesichtspunkte verstärken den Eindruck, wonach die Beantwortung der Frage nach schizophreniespezifischen Störungen außerordentlich schwierig sein dürfte (siehe auch PLAUM 1985b).

Hier wie in anderen Fällen auch erweist sich ein multimethodales Vorgehen der Forschung als vielversprechend. Dem wird auch der vorstehende Beitrag von UHLHAAS & SILVERSTEIN gerecht, indem er Konvergenzen experimentalpsychologischer, neurophysiologischer und phänomenologischer Perspektiven aufzeigt. Zum letztgenannten Aspekt führen die Autoren instruktive Beispiele an. Auch wenn Selbstschilderungen grundsätzlich keine absolut sicheren Belege für hiervon unabhängige Tatsachen darstellen, so können sie doch – gerade vor dem Hintergrund besagter Konvergenzen – entscheidende Hinweise auf psychopathologisches Geschehen liefern. Dies trifft zweifellos auf die von UHLHAAS & SILVERSTEIN zitierten Erhebungen CHAPMANs (1966) zu, die im deutschen Sprachraum von SÜLLWOLD (1977), auch im Hinblick auf die Entwicklung eines diagnostischen Instruments, aufgegriffen wurden. Der Verfasser dieses Kommentars hat zudem interessante Äußerungen Schizophrener im Zusammenhang mit psychodiagnostischen Untersuchungen der Patienten gesammelt und publiziert (PLAUM 1983). Es zeigt sich dabei ein recht breites Spektrum unterschiedlicher Phänomene. Solche detaillierten Beschreibungen von Patienten, ihre Störungen betreffend, stellen – in Anbetracht der geschilderten methodischen Probleme bei experimentellen Untersuchungen – die vielleicht wichtigsten Informationsquellen dar; sie können zumindest mittels anderer methodischer Zugänge gewonnene Befunde bestätigen, ergänzen, modifizieren, aber auch eventuell korrigieren. Dies gilt generell, und somit für die Feststellungen von UHLHAAS & SILVERSTEIN ebenfalls. Hierzu werden im Folgenden einige wenige Beispiele gebracht (siehe im übrigen PLAUM 1983).

Zunächst ein Befund zum GOLDSTEIN-SCHEERER-Objektsortiertest: Ein Proband mit unklarer Diagnose, bei dem später zweifelsfrei eine klinisch manifeste Schizophrenie festzustellen war, sortierte bei einer der zahlreichen Aufgabenstellungen dieses Untersuchungsverfahrens einen gelben Plastikchip, gelbe Streichhölzer mit einem kleinen schwarzweißen Spielzeughund zusammen und sagte, das Gemeinsame dieser kleinen Gruppe von Objekten sei „die Farbe Gelb“. Bei dem letztgenannten Gegenstand konnte man auch bei sorgfältiger Inspektion nicht den geringsten Anflug dieser Farbe feststellen. Die Frage nach der Begründung seiner Äußerung beantwortete der Proband zunächst indem er auf die schwer erkennbar auf dem Spielzeughund eingepprägten Worte „Made in Japan“ verwies; da dieses Objekt von Japanern hergestellt worden sei und diese der „gelben“ Rasse zugehörten – so sagte der Patient – lasse sich das Spielzeug zweifellos der Farbe Gelb zuordnen. Wir haben es hier geradezu mit einem Lehrbuchbeispiel einer Denkstörung, der „overinclusion“, zu tun, die als charakteristisch für Schizophrene betrachtet worden ist. Handelt es sich dabei um einen „Zerfall der Gestaltstruktur“ – und falls ja, wie wäre dies genauer zu verstehen,

da eine solche Kategorisierung wohl nicht unmittelbar einleuchtend erscheint? Eher kann man vielleicht von einer abnormen Gestaltbildung sprechen, die sich als sehr ungewöhnliche Erweiterung einer geläufigen Gestaltstruktur darstellt. Zum gelben Aussehen der zu ordnenden *Gegenstände* wird nämlich die lediglich vorgestellte Gesichtsfarbe der *Personen* hinzugenommen, die einen anders aussehenden Gegenstand *hergestellt* haben. Die Lewin'sche Sichtweise des erleichterten Übergangs von einem Bereich des Lebensraumes (der real vorliegenden gelb gefärbten Objekte) in einen anderen („gelbe“ Menschenrasse auf der Irrealitätsebene) wäre hier wohl mindestens ebenso passend wie die Annahme eines Zerfalls der Gestaltstruktur (siehe auch LEVY 1943, zitiert bei UHLHAAS & SILVERSTEIN in diesem Heft).

In einem schriftlichen Bericht der Arbeitgeber über eine später schizophren gewordene Patientin, die als Hausangestellte arbeiten sollte, heißt es: „Frl. X. zeigte von Beginn an viel guten Willen [...] Bei der Einführung in die ihr völlig unbekanntes Hausarbeit kaufte sie sich ein Heft, um darin Art und Reihenfolge der Arbeiten, z. B. beim Zimmerputzen, aufzuschreiben [...]“ und weiter: „Sie machte trotz häufigster, immer wiederholter Erklärungen und Hinweise stets die gleichen Fehler, arbeitete völlig unsystematisch und unmethodisch und war zu sachgemäßem Umgang mit den Dingen [...] nicht fähig.“ Sind hier die Verlaufsgestalten systematischen, organisierten Arbeitens zerfallen oder sollte man hier besser von einem Defizit der Gedächtnisspeicherung – d.h. einer Unfähigkeit, solche Gestalten überhaupt aufzubauen – sprechen? Bei Vorfällen wie dem Hineinkippen des Inhalts der Kaffeetasse anstatt des Aschenbechers in den Abfalleimer (worüber eine Patientin berichtete) wäre die Vorstellung von einem Zerfall bereits vorhandener Gewohnheiten dagegen wohl eher angemessen (SÜLLWOLD 1977).

Schließlich können elementare sensorische Störungen exploriert werden, etwa eine erhöhte Geräuschempfindlichkeit. Ein junger Mann gab an, er habe z. B. ein DIN-A4-Blatt ganz kurzfristig so klein „wie eine Briefmarke“ gesehen, dann sofort wieder im tatsächlichen Format. Dem Tagebuch einer Schizophrenen war zu entnehmen, daß sie aus dem Eheschlafzimmer auszog, weil ihr das Atmen (nicht etwa ein Schnarchen) des Mannes unerträglich war. Welche Gestaltstruktur ist in diesen und ähnlichen Fällen *zerfallen*?

Schon vor Jahren hat der Verfasser dieses Kommentars die Vermutung geäußert, daß bei Schizophrenen unterschiedliche Stadien der Informationsaufnahme und -verarbeitung gestört sein könnten, von ganz elementaren sensorischen Phänomenen bis zu höchst komplexen integrativen Prozessen (PLAUM 1985). Dies entspricht auch den Forschungsergebnissen zum „Frankfurter Beschwerde-Fragebogen“ (SÜLLWOLD 1977). Die Heterogenität schizophrener Symptomatik ist bekannt. Dies wirft unter anderem die auch von UHLHAAS & SILVERSTEIN angesprochene Frage auf, welche Auffälligkeiten primär sein mögen und welche als Folgeerscheinungen anzusehen wären. Gibt es charakteristische schizophrene Basisstörungen (SÜLLWOLD & HUBER 1986)? Und: In welchem Ausmaß ist sodann die gesamte psychische Struktur, sind zunächst vielleicht nicht unmittelbar betroffene Funktionen und Prozesse schließlich doch involviert? In diesem Zusammenhang wäre unsere Ausgangsfrage zu diskutieren, inwieweit sich Störungen der Patienten als schizophreniespezifisch erweisen. Phänomene, bei denen dies zunächst vermutet worden war, sind dann doch auch bei anderen

klinischen Gruppen gefunden worden (hierzu beispielsweise BERGELSON 1978; AWISZUS 1980). Das Konzept der „Einheitspsychose“ wurde bereits angesprochen. Auch Patienten mit diagnostisch gesicherten affektiven Psychosen berichten über Störungen der Informationsaufnahme und -verarbeitung, die sich zumindest qualitativ nicht von denen Schizophrener unterscheiden (PLAUM 1983). Die hier relevanten Bemühungen um eine differentialdiagnostische Unterscheidung lassen z. B. die bereits erwähnte Frage aufkommen, ob die Aufteilung in Psychosen mit primär kognitiven Defiziten (Schizophrenien) und schwerpunktmäßig eher emotionalen Störungen der Realität voll gerecht wird oder doch eher einer Idealtypologie entspricht. Eine affektive Symptomatik (etwa depressive Verstimmungen) schizophrener Erkrankter ist ja durchaus keine Seltenheit und die kognitiven Auffälligkeiten vor allem manischer Patienten lassen sich kaum von denen bei der Schizophrenie unterscheiden (siehe z. B. PLAUM 1977; PLAUM & DUHM 1985). Hier wäre nun auf CONRAD zu verweisen, der, bezüglich der prodromalen Stadien, von Stimmungsänderungen, geradezu einer „Wahnstimmung“ sprach (UHLHAAS & SILVERSTEIN in diesem Heft, S. 262). Die enge Verknüpfung emotionaler und anderer psychischer Aspekte wird bei der fast ausschließlich kognitiven Perspektive der psychologischen Schizophrenieforschung nur ungenügend gewürdigt. Daß aber gerade dramatische Veränderungen im kognitiven Bereich mit gravierenden affektiven Erregungen (etwa panischen Ängsten) einhergehen und es so zu Eskalationen im Sinne eines Circulus vitiosus kommen kann, findet wenig Beachtung (hierzu PLAUM 1985). Die emotionale Seite schizophrener Störungen ließe sich nun aber kaum mit präzisen gestalttheoretischen Begriffen – wie bei UHLHAAS & SILVERSTEIN – beschreiben. Hier wäre vielleicht eher an Konzeptionen der Leipziger Schule der Ganzheitspsychologie zu denken (vgl. hierzu inhaltlich auch LEVY 1943, den UHLHAAS & SILVERSTEIN zitieren, der jedoch nicht dieser Richtung zuzuordnen ist). Andererseits geht eine Sichtweise der paranoiden Psychosen als Veränderung der sozialen Orientierung – bezüglich der „Wir-Gruppe“ – auf WERTHEIMER zurück (LEVY 1986, ebenfalls zitiert bei UHLHAAS & SILVERSTEIN); diese Auffassung entspricht einer Umstrukturierung des „Lebensraumes“ bzw. dessen Valenzen im Sinne LEWINs.

UHLHAAS & SILVERSTEIN befinden sich gewiß auf dem richtigen Weg zur Entschlüsselung der „Geheimnisse der Sphinx Schizophrenie“. Dies gilt zumindest für die multimethodale Orientierung der Autoren; sie haben aber auch wesentliche (Teil-) Störungen der Patienten zusammenfassend dargestellt. Dennoch wäre eine Erweiterung der in einem engeren Sinne gestalttheoretischen Konzeption in Richtung umfassender holistischer Betrachtungsweisen wünschenswert. Die Phänomene, Prozesse sowie Bedingungen schizophrener Störungen sind zu vielfältig und heterogen um sie vorschnell in begrenzte terminologische Kategorien zu zwängen (vgl. hierzu etwa BÖKER & BRENNER 1989). Ein umfassendes unorthodoxes, metaperspektivisches Herangehen ist hier erforderlich. Als prinzipiell ganzheitlich orientierte Richtung kann die Gestalttheorie dabei gewiß sehr hilfreich sein. Der Weg, den UHLHAAS & SILVERSTEIN eingeschlagen haben, sollte ausgebaut und weiterverfolgt werden. Hierfür bieten die Autoren in der vorstehenden Publikation selbst Ansatzpunkte, wenn sie etwa die Bedeutung von Bezugsrahmen (S. 270) sowie Kohärenz und Kontextsensitivität (S. 272) ansprechen; schließlich deuten UHLHAAS & SILVERSTEIN an, daß bestimmte Besonderheiten Schizophrener lediglich eine Manifestation einer umfassenderen Störung darstellen mögen (S. 269).

Summary

The article of UHLHAAS & SILVERSTEIN is appreciated with respect to their multi-methodic perspective, which brings together several points of view. But being mindful of these, we have to face the danger of a premature interpretation of cognitive peculiarities in schizophrenic patients with the aid of a specific gestalt-theoretical explanation. Regarding the difficulties in mastering methodical problems concerning experimental studies within the area of psychopathology, detailed descriptions from patients with reference to their disturbances are of crucial importance. Problems arise if particular reports from patients are in disaccord with results that were obtained using other research methods. The heterogeneity of cognitive symptoms should be discussed as well as their temporary fluctuations, all this within a holistic framework.

Zusammenfassung

Die Arbeit von UHLHAAS & SILVERSTEIN wird im Hinblick auf ihre multimethodale und mehrere Betrachtungsebenen zusammenführende Perspektive gewürdigt. Gerade von daher sollte aber die Gefahr einer vorschnellen spezifisch gestalttheoretischen Erklärung kognitiver Besonderheiten schizophrener Patienten gesehen werden. In Anbetracht nur schwer zu bewältigender methodischer Probleme bei experimentalpsychologischen Arbeiten in der Psychopathologie kommt detaillierten Schilderungen der Kranken bezüglich ihrer Störungen entscheidende Bedeutung zu. Es ergeben sich Probleme, wenn einzelne Berichte der Patienten anscheinend nicht mit Resultaten anderer Untersuchungsmethoden in Einklang zu bringen sind. Die Heterogenität kognitiver Symptome sollte ebenso wie deren zeitliche Veränderungen im Rahmen eines umfassenden holistischen Ansatzes diskutiert werden.

Literatur

- AMELANG, M. & BARTUSSEK, D. (2001): *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- AWISZUS, D. (1980): *Begriffliche Identifizierungen sozialer Situationen durch Schizophrene*. Dissertation im Fachbereich Psychologie der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt.
- BERGELSON, A. (1978): *Schizophrenie versus hirnorganische Schädigung – eine Vergleichsstudie mit Hilfe des Frankfurter Beschwerde-Fragebogens*. Unveröff. Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt.
- BÖKER, W. & BRENNER, H.D. (Hg.) (1989): *Schizophrenie als systemische Störung*. Bern: Huber.
- CHAPMAN, J. (1966): The early symptoms of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology* 112, 225–251.
- CHAPMAN, L.J. & CHAPMAN, J.P. (1973): *Disordered thought in schizophrenia*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- CHAPMAN, L.J. & CHAPMAN, J.P. (1978): The measurement of differential deficit. *Journal of Psychiatric Research* 14, 303–311.
- HUBER, G. (1987): *Psychiatrie* (4. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- LEVY, E. (1943): Some aspects of the schizophrenic formal disturbance of thought. *Psychiatry* 6, 55–69. Deutsche Übersetzung: Einige Aspekte der schizophrenen formalen Denkstörung. *Gestalt Theory* 19, 27–50, sowie in: G. STEMBERGER (Hrsg., 2002), 55–78.
- LEVY, E. (1986): A Gestalt Theory of paranoia. Introduction, comment and translation of “Heinrich Schulte”. *Gestalt Theory* 8, 230–255. Deutsche Fassung in: G. STEMBERGER (Hrsg., 2002), 27–48, 81–90.
- MAIER, Th. & PLAUM, E. (1983): Untersuchungen zum Problem schizophrener Denkstörungen im Zusammenhang mit spezifischen Gedächtnisdefiziten. In H.D. BRENNER, E.-R. REY & W.G. STRAMKE (Hg.), *Empirische Schizophrenieforschung* (S. 130–148). Bern: Huber.
- PLACE, E.J.S. & GILMORE, G.C. (1980): Perceptual organization in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 89, 409–418.

- PLAUM, E. (1975): Experimentalpsychologisch fundierte Theorien der kognitiven Störungen bei Schizophrenen. *Fortschritte d. Neurologie, Psychiatrie u. ihrer Grenzgebiete* 43, 1–41.
- PLAUM, E. (1977): Kognitive Störungen bei affektiven Psychosen. *Archiv für Psychologie* 129, 277–287.
- PLAUM, E. (1982a): Good performance in schizophrenia: increase in creativity or result of a differential deterioration? In K. WEISE (Ed.), *Psychological approaches to schizophrenia* (S. 52–54). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- PLAUM, E. (1982b): Zum Leistungsverhalten schizophrener Erkrankter. Überlegungen zur Frage der Kompensation kognitiver Störungen durch besondere Leistungsstärken im Hinblick auf Rehabilitationsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 9, 35–41.
- PLAUM, E. (1983): Die Bedeutung kognitiver Störungen für den Umgang mit psychotischen Patienten. *Psychiatrische Praxis* 10, 183–188.
- PLAUM, E. (1985a): Kreativität und Leistungsstärken bei Schizophrenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 33, 348–357.
- PLAUM, E. (1985b): Zum Stellenwert der Denkstörungen im Rahmen einer schizophrenen Symptomatik. In R. FERSTL, E.-R. REY & D. VAITL (Hg.), *Psychophysiologische Merkmale klinischer Symptome*. Bd. II (S. 99–105). Weinheim: Beltz.
- PLAUM, E. & DUHM, E. (1985): Kognitive Störungen bei endogenen Psychosen. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, Leipzig 37, 22–29.
- RENNERT, H. (1982): Zum Modell „Universalgenese der Psychosen“ – Aspekte einer unkonventionellen Auffassung der psychischen Krankheiten. *Fortschritte d. Neurologie, Psychiatrie u. ihrer Grenzgebiete* 50, 1–29.
- STEMBERGER, G. (Hrsg., 2002), *Psychische Störungen im Ich-Welt-Verhältnis. Gestalttheorie und psychotherapeutische Krankheitslehre*. Wien: Krammer.
- SÜLLWOLD, L. (1977): *Symptome schizophrener Erkrankungen*. Berlin: Springer.
- SÜLLWOLD, L. & HUBER, G. (1986): *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin: Springer.

Anschrift des Autors:

Univ.-Prof., Dipl.-Psych. Dr. Ernst Plaum
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Ostenstraße 25, WH
D-85071 Eichstätt