

## Der Preis des Andersseins

### Schizotypie, hyperpermeables Ich und gesellschaftliche Reaktionen auf spirituelles Erleben

*E. W. Harnack*

#### **Zusammenfassung**

*Schizotypie ist ein psychopathologisches Konzept, das inhärent mit spirituellen Fragestellungen verbunden erscheint, da es Symptome einschließt, die ebenso gut als Elemente spirituellen Erlebens gelten können. Während einige Theoretiker deshalb vermuten, dass Schizotypie teilweise als Ausdrucksform solcher spiritueller Erfahrungen gewertet werden kann, zeigt die vorliegende kurze Fallstudie, dass nicht-spirituelle Symptome von Schizotypie sich aufgrund unverstandener und schlecht aufgefangener spiritueller oder anderer außergewöhnlicher Erfahrungen in der früheren Biographie bilden können. Der Umgang der westlichen Gesellschaft mit Menschen, die ungewöhnliche Erlebnisse berichten, muss vor diesem Hintergrund als potentiell krankmachend hinterfragt werden.*

**Schlüsselwörter:** Schizotypie, spirituelle Erfahrung, paranormale Erfahrung, außergewöhnliches Erleben

#### **Schizotypie und spirituelle Erfahrung**

Das Konzept der Schizotypie wurde Ende der 1970er Jahre als abgeschwächte Form oder Vorform schizophrener Psychosen entwickelt (Spitzer & Endicott, 1979; vgl. Fiedler, 1997) und deshalb im ICD-10<sup>1</sup> als Teil des schizophrenen Spektrums in das Unterkapitel F2 (Schizophrene Störungen) rubriziert, während das DSM-IV (Saß et al., 2003) es als Persönlichkeitsstörung auffasst. Dennoch stellt auch das ICD-10 fest: „Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung“. Persönlichkeitsstö-

---

<sup>1</sup> Vgl. z. B. International Classification of Diseases der WHO, 10. Version, 1990: [www.who.int/classifications/icd/en/](http://www.who.int/classifications/icd/en/). Es sind verschiedene Versionen der ICD-10 im Umlauf, unter anderem einige „German Modifications“. Ich beziehe mich im Folgenden auf die offizielle deutsche Übersetzung der internationalen Version von 1993, die im Literaturverzeichnis aufgeführt ist.

rungen lassen sich in einer psychologischen Sicht auffassen als überdauernde, in vielen Situationen und unflexibel auftretende Muster von Interaktionen zwischen Person und Umwelt. Persönlichkeitsstörungen sind damit „Personattribuierungen von Interaktionsstörungen“ (Fiedler 1997). Sie lassen sich weniger stigmatisierend auch als besonders dysfunktionale Persönlichkeitsstile bezeichnen. Mit der Einordnung der Schizotypie in das Schizophrenie-Spektrum wird hingegen assoziativ ein anderer Akzent gesetzt, bei dem gemäß weit verbreiteter Auffassung mit der Schizophrenie eine quasi-biologische Krankheitsentität konstituiert wird. Das berührt den wissenschaftstheoretischen Status des Konstrukts, die naive Annahme, eine von der wissenschaftlichen Community angenommene Diagnose sei damit Realität.

Der wissenschaftstheoretische Status psychopathologischer Konstrukte hängt aber entscheidend vom zugrunde liegenden Modell ab. Bekanntlich verzichtet das ICD-10 bewusst auf eine elaborierte Nosologie im Sinne von Aussagen zu Störungsursachen und beschränkt sich auf die rein deskriptive Benennung der operationalisierbaren Kennzeichen eines Syndroms. Syndrom ist hierbei streng als die Summe der Symptome aufzufassen, die statistisch häufig gemeinsam auftreten und nicht im Sinne davon, dass die Summe irgendetwas anderes als die Zusammenfassung ihrer Teile wäre. Tatsächlich werden jedoch Syndrome oft übersummativ als *Krankheiten* aufgefasst, so als handle es sich um wahre Entitäten, also in der Natur vorkommende Sachen (lat. *res*). In diesem *reifizierten* Sinne wird häufig angenommen, eine (beispielsweise biologische, vielleicht aber auch soziale) primäre Ursache führe zu einem Krankheitsprozess, der dann die sichtbaren Symptome hervorbringt (medizinisches Modell analog zu Rudolf Virchows Auffassung der Infektionskrankheiten). Dieses Modell ist für eine psychologische Betrachtungsweise fragwürdig (vgl. Bastine, 1990), weil es die Multifaktorialität und Transaktionalität (verschränkte Bedingtheit) psychopathologischer Prozesse und auf der Metaebene die zahlreichen gesellschaftlichen Implikationen einer Krankheitskonstruktion außer Acht lässt.

Das Schizotypie-Konzept besitzt zudem einige für eine transpersonalpsychologische Betrachtung besonders interessante Charakteristika, die es zu einem hervorragenden Diskussionsgegenstand der transpersonalen Psychologie machen. Das liegt am augenfälligsten schon daran, dass Schizotypie Überschneidungen mit spirituellem Erleben bereits per definitionem aufweist. Es trennt nämlich nicht zwischen spirituellem Erleben und pathologischen Prozessen, sondern setzt beide in eins. Auch die Frage ob eines von beidem Anlage oder Wirkung des anderen sein könnte, wird dadurch verdeckt. Schizotypie wird nach dem ICD-10 (WHO, 1993) nämlich definiert als eine „Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische Symptome aufgetreten sind“. Offensichtlich wird also ein Erleben und Verhalten pathologisiert, das an ein gravierender gestört wirkendes Verhalten, nämlich die Schizophrenie, zwar erinnert, ausdrücklich aber nicht schizophren ist. Der dadurch erweckte Eindruck, dass das Schizotypie-Konstrukt auf schwachen konzeptuellen Füßen steht, wird durch die Tatsache gestärkt,

dass der Begriff der Exzentrik, also ein nicht genau bestimmbares „Anderssein“, im Mittelpunkt des Konzeptes steht. Es verwundert deshalb nicht, dass die Schizotypie-Diagnose beispielsweise in Großbritannien, wo Exzentrik nicht als pathologische Abweichung gilt, seltener angewandt wird als in Deutschland. Diese Exzentrik wird dann in den Störungskriterien näher ausgeführt mit Begriffen wie „seltsame Glaubensinhalte“, was in der Fachliteratur meist als „Glaube an Hellschere, Telepathie oder den sechsten Sinn“ (Fiedler 1997, 182) präzisiert wird – die Vermischung von Weltanschauung und Wissenschaftlichkeit wird wohl nirgends deutlicher als hier.

Dabei erscheint es als besonders fragwürdig, ob eine „Krankheit“ zu solchen Erfahrungen führen kann, die als Merkmale der schizotypen Störung gelten. Denn die unter Schizotypie gefassten Charakteristika gemahnen an Erfahrungen, die von der Transpersonalen Psychologie als spirituelle Krisen von klassischer psychischer Gestörtheit abgegrenzt wurden (vgl. Grof & Grof 1989). Das Verhältnis zwischen Schizotypie und Spiritualität gerät damit zum Präzedenzfall der Diskussion um einen eigenständigen Phänomen- und Konstruktbereich spiritueller Krisen oder spiritueller Erlebens überhaupt. Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang die Annahme, ein autonomer pathologischer (biologischer) Mechanismus führe zu einem Symptombild, dessen Bestandteil Erfahrungen sind, die in anderen Kontexten als spirituell oder (weltanschaulich neutraler) als Außergewöhnliche Erfahrungen (AgE) neutral oder positiv konnotiert werden. Diese innerhalb des medizinischen Modells weit verbreitete Annahme schiebt dem spirituellen Erleben unidirektional die Rolle einer Wirkung (Symptombildung) zu, die von einer pathogenen Primärursache (neurophysiologisch, frühkindliche Erfahrungen etc.) ausgeht. Innerhalb eines solchen Verständnisses ist schlicht kein Raum für positiv-ressourcenorientierte Sichtweisen auf spirituelle Erlebnisse als eigenständigem und außerhalb des Pathologischen erfahrbarem Phänomenbereich. Im Gegenteil: Die Vermutung liegt nahe, dass Kategorien wie „Schizotypie“ oder sogar „Schizophrenie“ in der Praxis häufig zur gesellschaftlich geteilten Kennzeichnung einer Person verwendet werden, die nicht mehr und nicht weniger als spirituelle Erlebnisse berichtet; m. a. W.: Schizotypie wäre somit weder Ursache noch Wirkung spiritueller Erlebens, sondern in einer verbreiteten Praxis einfach damit gleichzusetzen. Die transpersonale Psychologie hat hingegen vielfach darauf hingewiesen, dass spirituelle Erfahrungen und sogar die emotional instabilen Zustände spiritueller Krisen als Zwischenstadien eines Reifungsprozesses nicht mit pathologischen Prozessen und ihren unerwünschten Folgen verwechselt werden dürfen (vgl. z. B. Grof & Grof, 1989).

Jackson (1997) konnte empirisch belegen, dass Personen, die auf der Schizotypieskala STA (Claridge & Broks, 1984) hohe Werte erreichen, gleichzeitig ( $r = .50$ ) über mehr numinose Erfahrungen berichten (gemessen mit der Skala „numinous experience“ des *Spiritual Experience Questionnaire*, Jackson 1997). Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, da von 37 Items des STA höchstens sechs bis sieben Items bereits im Sinne numinoser Erfahrung gedeutet werden können und die hohe Überschneidung beider Konstrukte daher keinen Anlass zur Annahme eines Zirkelschlusses aufgrund eines nicht trennscharfen Erhebungsmaterials gibt. Jackson deutet dieses Ergebnis im Sinne seiner

Auffassung, dass Schizotypie einen per se nicht pathologischen Trait darstellt, der im benignen Fall zu spirituellen Erfahrungen, im malignen Fall zur schizophrenen Dekompensation prädisponiere. Er siedelt den Schizotypie-Begriff folglich im präklinischen Bereich und als gemeinsamer Boden pathologischen und normalpsychologischen außergewöhnlichen Erlebens an, was allerdings die eindeutig pathologische Begriffsverwendung in der psychologisch-psychiatrischen *community* verwischt. M. E. wäre es sinnvoller, eine unverbrannte Bezeichnung als präklinische gemeinsame Vorform sowohl von Schizotypie (und damit wiederum von Schizophrenie) als auch von spirituellen Prozessen zu verwenden.

Ich schlage vor, diese gemeinsame Prädisposition als „hyperpermeable Ich-Struktur“ zu bezeichnen. Denn nicht nur phänomenologisch (deskriptiv) ergibt sich sehr leicht eine gemeinsame Schnittmenge von spirituell erfahrenen Personen und schizotyp Gestörten, sondern auch aus einer gemeinsamen psychodynamischen Grundbedingung beider. Personen, die für bestimmte Außergewöhnliche Erfahrungen (insbesondere solche, für die veränderte Bewusstseinszustände charakteristisch sind) besonders begabt sind, bedürfen offenbar für diese Begabung einer bestimmten psychischen Konstitution, die sich in verschiedenen theoretischen Konzepten darstellen lässt. Wir wollen dies anhand der These der schizophrenen Basisstörung und des psychoanalytischen Konzepts der Ich-Schwäche aufzeigen.

Bei der These von Basissymptomen der Schizophrenie handelt es sich gewissermaßen um eine Präzisierung der grobrasterartigen Schizotypie-Merkmale, ebenfalls mit dem Ziel, eine Prädisposition zur Schizophrenie schon vor dem Ausbruch der Krankheit erkennen zu können. Zugleich werden diese Basissymptome als die subtilen kognitiven und neuronalen Mechanismen der Schizophrenie selbst, als ihre eigene funktionale Basis also, angesehen. Dazu zählen Merkmale wie Interferenzen und Blockaden beim Denken; Schwierigkeiten, zwischen Phantasie und Wahrnehmung zu unterscheiden; leichte Störungen im Sprachverstehen; subtile Veränderungen in der Wahrnehmung; Tendenz, Eigenbeziehungen herzustellen; Derealisationen; und sowohl Gedankenjagen als auch Gedankenperseveranz (vgl. Klosterkötter et al. 2001).

Eine Person, die derartige Auffälligkeiten zeigt, wäre entsprechend nach dem traditionellen psychopathologischen Modell einfach nur gefährdet, eine Schizophrenie auszubilden, befindet sich also in einer Grauzone zwischen Krankhaftigkeit (und wäre damit potentiell bereits behandlungsbedürftig) und noch normalpsychologischer Normabweichung. Aus transpersonal-psychologischer Sicht haben wir es hingegen mit einer Person zu tun, die lediglich eine bestimmte Grundausstattung kognitiven Funktionierens zeigt, die sowohl positive als auch negative Folgen zeitigen kann. Schlecht geht es für die Person nur dann aus, wenn sie – aufgrund offenbar hinzutretender, beispielsweise sozialer Faktoren – schizophren dekompensiert, während sie unter anderen Umständen entweder ganz normal weiterlebt oder Entwicklungen macht, die spirituelle Erfahrungen einschließen, für die sie aufgrund ihrer besonderen Konstitution eine besondere Begabung aufweist.

In der psychoanalytischen Literatur andererseits lassen sich schizotype und emotional instabile (Borderline-)Symptomatik unter die umfassende Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation einordnen (Kernberg 1996). Diese ist durch einen Defekt der Ich-Entwicklung respektive Ich-Struktur gekennzeichnet. Dahinter steckt die psychoanalytische Auffassung vom Ich als einer Regulationsinstanz nach außen (Vermittlung zwischen Person und Umwelt) als auch nach innen (Vermittlung zwischen Triebwünschen und Über-Ich-Kontrolle). Zur Erfüllung dieser Aufgabe verfügt das Ich über kognitive Funktionen wie Wahrnehmen, Denken, Urteilen, Erinnern oder Realitätskontrolle oder dynamische Funktionen wie die Abwehr von Konflikten. Ich-Schwäche offenbart sich entsprechend in unspezifischen Ausfällen einiger dieser Funktionen oder in spezifischen Defekten, etwa der Abwehrmechanismen (Kernberg 1983). Entsprechend der inneren und äußeren Regulationsfunktion des Ichs lässt sich auch von inneren und äußeren Ich-Grenzen sprechen, die ebenfalls schwach und zu durchlässig sein können. Ein Zusammenbruch der Ich-Grenzen entspräche einem psychotischen Zustand.

So sind es nach psychoanalytischem Denken vor allem primärprozesshafte Inhalte, welche die inneren Grenzen zwischen dem Unbewussten und dem Ich in psychotischen oder psychosenahen Zuständen durchdringen, und Subjekt-Objekt-Verschmelzungen, Verwechslungen zwischen Innen und Außen also, welche durch die durchlässigen äußeren Grenzen eindringen. Dieselben Zustände aber, in denen der Anblick von anderen Welten, von Geistwesen, der Aura von Menschen, das Vernehmen von Engelsstimmen, der Eindruck der Außerkörperlichkeit und dergleichen erfahren werden, galten an allen Orten und zu allen Zeiten - außer bei uns - als Zustände der außergewöhnlichen Erfahrung, der Reise in eine andere Welt, der schamanistischen Trance, nicht der Krankhaftigkeit. Von eben diesen Zuständen lässt sich also vermuten, dass sie dann eher und vor allem spontan erfahren werden, wenn die Ich-Grenzen schwach ausgebildet sind.

Dabei erscheint das psychoanalytische Bild eines Idealzustandes fester Ich-Grenzen durchaus kulturabhängig und keineswegs zwingend. Denn die Vorstellung des Ichs als Festung mit harten Mauern gegenüber der Umwelt ist in anderen Kulturen weit weniger ausgeprägt. In vielen außereuropäischen Kulturen, in vielen Kulturen Asiens etwa, wird das Ich als normalerweise sehr durchlässig und unscharf begrenzt empfunden (Kakar 2006). Es wäre deshalb möglich, dass die psychoanalytische Idee, ein in dieser Welt funktionsfähiger Mensch müsse starke Ich-Grenzen besitzen, nur innerhalb einer Kultur Gültigkeit besitzt, die eben diese Anforderung an das Individuum richtet. Allerdings wird auch in der psychoanalytischen Literatur betont, dass die Stärke der Ich-Grenzen nicht mit ihrer Rigidität verwechselt werden dürfe (Kernberg 1983), was das Ideal einer Persönlichkeit nahe legt, die die Durchlässigkeit ihrer inneren und äußeren Grenzen flexibel zu handhaben vermag.

Entsprechend können wir von einer Störung der Ich-Grenzen im transpersonalpsychologischen Sinne wohl am ehesten da sprechen, wo die Ich-Grenzen entweder vollkommen unkontrollierbar sich gegenüber inneren oder äußeren Welten öffnen oder wo sie so rigide sind, dass solche anderen Welten sich dem Individuum keinesfalls erschließen. Anders als in der üblichen Sichtweise auf die „gesunde Persönlichkeit“ ist der

transpersonale Psychologie der Auffassung, dass die Fähigkeit, allein innerhalb der Festigkeit der materiellen Welt gut zu funktionieren, allenfalls ein begrenztes Ziel sein kann. Dabei aber ist eine weitere Unterscheidung zwischen Rigidität und „permeabler Festigkeit“ der Ich-Grenzen angebracht. Denn bei Personen, die zu spirituellen Erfahrungen neigen, finden wir in der Praxis durchaus zwei Typen: Erstens Personen, die andere Welten sinnlich erfahren; und zweitens Personen, die andere Welten vermittelt erfahren.

Der erste spirituelle Erfahrungstyp, den man als Trancetyp oder eben Wahrnehmungstyp bezeichnen könnte, ist in den traditionellen Kulturen häufig der Schamane im weitesten Sinne, beispielsweise die von einer Wesenheit besetzte Heilerin oder Wahrsagerin. Dies ist die Art von Erfahrung, für die wir typischerweise die Durchlässigkeit der Ich-Grenzen als Anforderung erwarten würden. Der zweite spirituelle Erfahrungstyp pflegt eher in Zuständen, in denen natürlicherweise veränderte Bewusstseinszustände auftreten (beispielsweise im Traumschlaf) oder in meditativen Erfahrungen sowie im nur leicht oder nicht veränderten Bewusstseinszustand (z. B. in künstlerischer Inspiration, Naturbetrachtung oder Introspektion sowie Synchronizitätserfahrungen) spirituelle Erfahrungen zu machen, weil er sehr stabil im gewöhnlichen Bewusstseinszustand verankert ist, also seine Ich-Grenzen stabil aufrecht erhält. Meist sind seine spirituellen Erfahrungen auch weit weniger sinnlich vermittelt als durch andere geistige Qualitäten. Eine Person mit rigiden Ich-Grenzen (nennen wir sie „Erfahrungstyp 3“) wäre hingegen dadurch charakterisiert, dass sie eine aktive Abwehr gegen das Eindringen transpersonaler Inhalte betreibt, die ihr Angst machen und die dazu führen könnten, dass ihre (nach der psychoanalytischen Theorie eben nicht natürlich stabilen) Ich-Grenzen dabei zerbrechen und sie in einen psychotischen Zustand verfällt. Ob diese Abwehrfunktion für rigide Ich-Grenzen charakteristisch oder nur eine Möglichkeit neben genetischen oder anderen biographischen Ursachen ist, bleibt vorerst offen.

Eine solche Theorie der notwendigen Durchlässigkeit der Ich-Grenzen für spirituelle Erfahrungen vom Typ 1 oder flexiblen Ich-Grenzen für die Erfahrungen vom Typ 2 hat den Vorteil, dass damit die pathologischen Abweichungen (unkontrollierbare Durchlässigkeit als mögliche Abweichung beim ersten Typ und Rigidität beim dritten Typus) benennbar sind, ohne dass die Person an sich wegen ihrer jeweiligen Disposition pathologisiert werden muss, wie dies im psychoanalytischen Sprachgebrauch und in der Rede von Persönlichkeitsstörungen der Fall ist. Jedenfalls bei mir hinterlässt ein Vortrag oder Buch eines Psychoanalytikers wie Otto F. Kernberg atmosphärisch das unbehagliche Gefühl, dass „Persönlichkeitsgestörte“ mit einem schweren moralischen Makel belastete, eigentlich gesellschaftlich indiskutable Subjekte seien, die man wie Verbrecher ihrer perversen seelischen Funktionsweise zu „überführen“ und ihre malignen Seeleninhalte durch sezierende Schmitte „freizulegen“ habe. Weniger dem Wortlaut, aber ganz dem Sinn nach wird eine solche Haltung dann selbstverständlich auch auf alle Phänomene übertragen, die im psychoanalytischen Sinne und in alter Freudscher Tradition nichts anderes als krankhaft sein können: also alle paranormalen und spirituellen Erlebenswei-

sen. Was dem Psychoanalytiker seine Krankheit, ist dem spirituellen Menschen aber Erfahrung einer andersartigen *Wirklichkeit*. Dass es sich dabei um weltanschauliche Unterschiede handelt, wird von psychoanalytischer Seite allerdings nicht zugegeben, sondern, unzureichend in den Grundlagen reflektiert, die vermeintliche Wissenschaftlichkeit des eigenen Standpunkts behauptet. Dieser Vorwurf trifft indessen die gesamte traditionelle Psychopathologie und ihren Umgang mit Persönlichkeitsstörungen, nicht allein die Psychoanalyse.

Fasst man Schizotypie als eine dysfunktionale und situativ unflexible Persönlichkeitsakzentuierung auf, die Leiden verursacht und *deshalb* (und nicht wegen ihrer Abweichung von einer statistischen Norm!) pathologisch ist, dann stellt sich die Frage nach Ursache und Wirkung neu. Dann kann Schizotypie entweder als der Boden aufgefasst werden, auf dem spirituelle Phänomene wachsen oder sie kann in Folge spirituellen Erlebens entstehen. Die letztere Wirkrichtung würde Schizotypie als eine andauernde, quasi kristallisierte (weil in die Persönlichkeit übergegangene) Form einer spirituellen Krise auffassen. Aus welchem Grund aber sollte eine spirituelle Krise chronifizieren? Nimmt man eine spirituelle Krise als einen potentiell positiv wirkenden Impuls an (wie die Transpersonale Psychologie es tut; vgl. z. B. Grof & Grof 1989), dann dürfte sich daraus keine psychische Störung entwickeln, es sei denn, dass andere pathogene Einflüsse diesen Impuls in eine ungünstige Richtung lenken. Es ist bekannt, dass ein solcher *innerer* Faktor, der einen negativen Verlauf spiritueller Krisen entscheidend begünstigt, das Ausmaß der narzisstischen Aufladung des spirituellen Erlebens ist. C. G. Jung nennt dies treffenderweise Ego-Inflation (Ich-Aufblähung). Ego-inflation ist oft bereits psychodynamisch in der Genese der spirituellen Erfahrung angelegt: Indem das chronisch schwache, nun aber auch akut labilisierte Ego aufbricht, erfährt es *Heilung* in der spirituellen Erfahrung, erliegt dabei aber - kompensatorisch gegenüber dem vorherigen Verlust eines stabilen Egogefühls - dem egoförderlichen Irrtum zum *Heiligen* geworden zu sein.

Abgesehen von der inneren Dynamik der Person müssen wir unser Augenmerk aber auch auf die Interaktion dieser inneren Dynamik mit äußeren, situativen bzw. sozialen Faktoren lenken. So sollten wir bedenken, dass nach der Auffassung schamanistischer Kulturen die Berufungserlebnisse eines Schamanen „verrückt“ machen, wenn diesen nicht nachgegangen wird. Das aber ist in unserer Kultur oft schwierig. Demnach scheint der soziale Gesamtkontext, das Setting, in dem Personen spirituelle Erfahrungen machen, die Verarbeitung dieser Erfahrungen und damit eine nachfolgende Pathologie wesentlich mitzubestimmen. Dazu zählen Makrostrukturen wie die gesellschaftliche Haltung zu Spiritualität und speziell zu den besonderen Erfahrungen des Individuums, aber auch Mesostrukturen wie die Möglichkeit, sich spirituell kompetente professionelle Hilfe zu verschaffen sowie soziale Mikrostrukturen in den Reaktionen von Partner, Familie und Freundeskreis. Das folgende Fallbeispiel soll die genannten Faktoren im Prozess der Entwicklung einer „hyperpermeablen Ich-Struktur“ in die spirituelle versus pathologische Richtung illustrieren. Es soll aufzeigen, dass die Entwicklung einer schizotypen Störung betrachtet werden kann als das Resultat einer Prädisposition zum sensori-

schen Erfahrungstyp (Typ 1, s. o.), nachfolgenden starken spirituellen Erfahrung und deren mangelhafter Integration im sozialen Kontext.

### Fallbeispiel Matthias A.

Matthias A.<sup>2</sup> (Alter: Mitte 40) beschreibt eine Kindheit, die geprägt war von Konflikten zwischen einem emotional kalten, strafenden Vater (von Beruf Ingenieur) und einer überschwänglich warmen, weichherzigen Mutter (Sekretärin). Äußerlich seien die Familienverhältnisse sehr geordnet gewesen – westdeutsche Reihenhausatmosphäre. Bereits im Grundschulalter sei er vor den familiären Konflikten in die Natur geflüchtet, wo er sich geborgen gefühlt habe und teilweise auch schon ganz „eins mit allem“. Spätestens in dieser Zeit, eventuell aber auch schon früher habe er Dinge vorausgeahnt, die dann eingetroffen seien (Präkognition) oder er habe etwas gesehen, was sich gar nicht dort abgespielt habe, wo er sich befand (remote viewing).<sup>3</sup> Darüber habe er aber mit niemandem reden können, weil sein Vater nichts davon habe wissen wollen und er die Mutter eher als schwach erlebt habe. So habe er sich zunehmend allein gefühlt und deshalb auch Schwierigkeiten in der Schule bekommen. Die Realschule habe er aus Unkonzentriertheit nicht mehr bewältigen können, habe auf die Hauptschule wechseln müssen und dort den Abschluss mit Mühe geschafft. Er sei daraufhin gleich von zu Hause ausgezogen, habe sein Leben alleine organisiert und nach einer Zeit der Orientierungslosigkeit eine Ausbildung in einem technischen Beruf gemacht.

Mit ca. 30 heiratete er (wurde später wieder geschieden). Je älter er geworden sei, umso bedrängender seien die Intrusionen einer anderen Welt geworden, die ihn überfielen. Manchmal sei er jetzt einfach wie ausgeschaltet gewesen und habe sich plötzlich an einem anderen Ort oder in einer Welt wiedergefunden, während sein Körper an einer Fußgängerampel herumstand oder am Arbeitsplatz saß. Das habe dann dazu geführt, dass er sich krankschreiben lassen und schließlich seinen Arbeitsplatz aufgeben musste. Lange Zeit habe er nicht gewusst, wie er mit dem zunehmenden Abdriften umgehen sollte. Er habe dann aber eine Ärztin für Psychotherapie gefunden, die spirituell interessiert gewesen sei. Diese Ärztin habe ihn ermutigt, ein Zentrum aufzusuchen, in dem Schamanen ausgebildet werden. Matthias A. zufolge war dieses Zentrum seine Rettung, weil er nun lernte, seine veränderten Bewusstseinszustände als Begabung zu begreifen und aktiv mit ihnen umzugehen.

---

<sup>2</sup> Name und objektive biographische Details sind zu Anonymisierungszwecken verfremdet.

<sup>3</sup> Es ist hier nicht der Ort, diese Erlebnisse im Einzelnen zu objektivieren, um sie so als paranormal oder halluzinatorisch zu qualifizieren. Der Artikel steht unter der Prämisse des Transzendenzaxioms und setzt die Existenz außersinnlicher Wahrnehmung als Möglichkeit voraus. Aus meinem eigenen Kontakt mit „Matthias A.“ ließ sich jedoch auf den paranormalen, nicht halluzinatorischen Charakter auch dieses frühen Erlebens zurückschließen.



### Psychopathologische Beurteilung

Das Vorliegen einer Schizotypie bei Fallbeispielklient Matthias A. kann nach dem Kriterienkatalog des ICD-10 (WHO, 1993) geprüft werden (der Wortlaut der ICD-Kriterien wird in Anführungszeichen zitiert). So erscheint sein Affekt zwar nicht „inadäquat“ und „kalt“, aber „eingeschränkt“, introvertiert, irgendwie „unnahbar“, obwohl er zugleich sehr feinfühlig und empathisch wirkt. Da er mit Geistwesen kommuniziert oder außerkörperliche Erfahrungen macht und dann einige Sekunden bis zu Minuten in sich versunken und abwesend wirkt, fällt sein Verhalten, nicht aber seine „äußere Erscheinung“ gegenüber der Norm der Gesamtgesellschaft als „seltsam, exzentrisch oder eigentümlich“ auf. Matthias A. hat nicht unbedingt „wenige soziale Kontakte“, diese konzentrieren sich allerdings ausschließlich auf Familie und Gleichgesinnte aus der esoterisch-heilkundlichen Szene. Im Gegensatz zur Mehrheitsgesellschaft (aber nicht zur schamanistischen Subkultur) glaubt er an und lebt in einem spirituellen *unus mundus*, in dem Dinge sich anders als nach naturwissenschaftlichen Gesetzen ereignen. Das entspricht ganz den „seltsamen Glaubensinhalten und magischen Denkweisen, die das Verhalten beeinflussen“, von denen das ICD spricht. Ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber gesellschaftlichen Kräften und manchen übermächtig erscheinenden Personen (= „paranoide Ideen“) ist bei ihm vorhanden. Zwar scheint er zuweilen „zwanghaft zu grübeln ohne inneren Widerstand“, andererseits ist er viel damit beschäftigt, in sich hineinzuspüren, Andere und die Natur zu beobachten und schamanische Aktivitäten zu vollziehen, was nicht wirklich Grübeln genannt werden kann. Auch bewegen die Inhalte seines Nachdenkens sich nicht in den typischen („dysmorphophoben, sexuellen und aggressiven“) Bereichen. „Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse mit Körpergefühlsstörungen oder anderen Illusionen, Depersonalisations- oder Derealisationserleben“ zeigt er in häufig in Form von Out-of-body-Erfahrungen, (ursprünglich unwillkürlichen) schamanischen Trancereisen, Gefühlen des Unwirklichen gegenüber unserer geteilten Wirklichkeit. Denken und Sprache sind durchaus „vage“, oft „umständlich, metaphorisch“, vielleicht „seltsam“ und dabei „ohne Zerfahrenheit“, jedoch nie „gekünstelt, stereotyp“. „Gelegentliche vorübergehende quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen“, die das ICD fordert, sind zwar nicht unbedingt dasselbe wie das Sehen einer Aura und von Geistwesen, wovon Matthias A. berichtet, aber sie würden wohl von einem traditionellen Psychopathologen hierunter rubriziert werden.

Matthias A. erfüllt damit vier Kriterien eindeutig, fünf Kriterien treffen möglicherweise zu. Wenn man in traditionell psychopathologischer Weise vorgeht, muss Herr A. mit Sicherheit als schizotyp diagnostiziert werden. Genau genommen, müsste auch die Differenzialdiagnose einer Schizophrenie abgeklärt werden. Genau hier aber beginnt erst die eigentliche transpersonalpsychologische Arbeit: Wenden wir uns wieder vom klassischen Diagnostizieren ab und einer transpersonalen Perspektive zu, dann erscheinen die pathologischen Eigentümlichkeiten der Schizotypie abgrenzbar von den spirituellen Anteilen. Wir würden dann die Erfahrungsinhalte von Matthias A. als transzendente Erfahrungen abheben von den kognitiven und emotionalen Mustern, die ihm selbst

Probleme verursachen, die stabile, in vielen Situationen inadäquate Interaktions- und Funktionsweisen darstellen, die also als chronifizierte Personalisierung von Interaktionsproblemen, sprich: als psychische Dysfunktion erscheinen. Diese Anteile aber erscheinen uns bei Beachtung der Biographie von Matthias A. nicht als zufällig im Zusammenhang mit seinen spirituellen Erfahrungen stehend, und schon gar nicht biologisch bedingt. Dies wird bei genauerer Betrachtung deutlich:

Die dissoziativen Erlebnisse, die Matthias A. schildert, entsprechen stark dem Muster der typischen Reisen von Schamanen in aller Welt (vgl. Halifax 1984, und Eliade, 1975), was nicht gegen, sondern eben gerade für ihre Echtheit und Ursprünglichkeit spricht. Matthias A. wirkt im Gespräch immer bewusstseinsklar – die meiste Zeit auch im Sinne eines nicht dissoziierten, anwesenden Bewusstseins. Er kann sich in vielen Gesprächsabschnitten auf kohärente Gedankengänge einlassen und selbst logisch kohärent denken, wirkt zuweilen jedoch auch sprunghaft. Er scheint darum bemüht, eindringende Wahrnehmungen zu sortieren und sich ganz bewusst um eine innere Mitte und intuitive Quelle zu sammeln: Er macht längere Pausen, bevor er antwortet, spürt in sich hinein. Je stärker er in diesem Kern ankommt, umso klarer wirken seine Äußerungen. Wird er durch Nachfragen in die Enge gedrängt oder werden Themen berührt, die mit außergewöhnlichem Erleben verbunden sind, so wird er schnell konfus und seine Äußerungen bekommen etwas Metaphorisches, sogar Unverständliches. Zuweilen ist es ganz unklar, ob er über eine irdische oder eine unirdische Erfahrungsdimension spricht. Zudem verwendet er zuweilen Worte in eigentümlichem, sehr unüblichem Gebrauch, insbesondere „esoterische“ Begriffe, die er auf Alltagssituationen und Personen anwendet.

Verbal scheint er die Ebenen zwischen dieser und einer anderen Wirklichkeit zu *verwechseln*, wie er sie in seinem Bewusstseinszustand zu wechseln scheint. Die verbale Verwechslung erinnert an manche Personen, die als Kinder, Jugendliche und infolgedessen auch als Erwachsene mit ihrem turbulenten Innenleben allein blieben. Zumal, wenn sie mit dem Erzählen ihrer Erfahrungen aversive Erlebnisse hatten, fürchten sie sich, künftig darüber zu reden, werden schwammig und ausweichend. Zudem fehlt ihnen die durch die Kommunikation mit Bezugspersonen erworbene Fähigkeit, die eigenen Introspektionen zu ordnen und zu sortieren. Bei Matthias A. sind genau die Bereiche der Verbalisation schwer zugänglich, die sich auf die Erfahrung der „anderen Welten“ beziehen, während er in anderen Themen klar und urteilssicher erscheint. Die ständige Anstrengung der Abwehr, um etwas, was er subjektiv gewiss erlebte, weder zu verbalisieren noch überhaupt erleben zu dürfen, führte nicht nur zu besonders vagen Sprachkonstruktionen, sondern auch dazu, dass das Andere sich paradoxerweise in sein Denken und Reden um so stärker eindrängte. Seine esoterische Ausdruckweise erscheint vor diesem Hintergrund wie der Versuch, sich ein Fachvokabular für das eigene Erleben der Welt zuzulegen, das ihn allerdings gegenüber der gesellschaftlich üblichen Rede- und Betrachtungsweise gewissermaßen „verrückt“, da es keine gesellschaftlich akzeptierten Redeweisen über andere Welten gibt.

Wenn Matthias A. die Ebenen *wechselt* und „dissoziiert“, so haben wir es nach Ansicht der traditionellen westlichen Psychopathologie mit einem Fall von zweifellos pathologischem Charakter zu tun, nach Ansicht der weltweiten schamanistischen Urreligion hingegen ist nur eines pathologisch: Die Tatsache, dass Matthias A. seine Reisen in die Anderswelt lange Zeit nicht steuern konnte. In jeder noch einigermaßen funktionierenden traditionellen Kultur wäre er bei den ersten derartigen Anzeichen zum Schamanen ausgebildet worden, um ihm Kontrolle über seine Trancen zu ermöglichen (vgl. Halifax, 1984). Er wäre mit seinen Lehrmeistern gemeinsam gereist, statt von einer übermenschlichen Kraft in andere Welten katapultiert zu werden und dort alleine mit sich zu sein. Bevor er das „Schamanen-Zentrum“ (dessen Qualitäten hier nicht zur Debatte stehen) besuchte, brachte niemand ihm bei, wie er von dort wieder zurück hierher kommen könnte, wie er dem Drang, die andere Welt aufzusuchen oder innerhalb unserer Mittelwelt ohne seinen Körper zu reisen, kontrollieren sollte. Niemand unterrichtete ihn im Umgang mit den Gefahren solcher Reisen, im Umgang mit anderen Wesensklassen, die ihm dabei begegnen würden. Er wurde aus der Perspektive des Schamanismus in geistige Gefahren geworfen, für die es in unserer Gesellschaft keine Bewältigungsmuster gibt.

Die Folge war, dass er immer mehr in Widerspruch zu seiner sozialen Umwelt geriet. Matthias A. scheiterte an der sozialen Wirklichkeit, weil seine spirituelle Wirklichkeit gesellschaftlich keinen Platz hatte. Wäre er in seinem Anderssein von Anfang an verstanden worden, hätte er dann „paranoide“ Ideen über eine ihm real als feindlich gegenüber tretende Gesellschaft entwickelt? Wäre es nötig gewesen, dass sein Affekt etwas Unnahbares entwickelt und er sich sozial teilweise zurückzog, obwohl er von Natur aus etwas sehr sozial Zugewandtes und Empathisches ausstrahlt? Hatte er überhaupt eine Chance, Freunde und intensive soziale Kontakte aufzubauen, wenn er in unserer Welt doch von Anfang an als merkwürdig gelten musste? Das bereits in der Kindheit beginnende spirituelle Erleben Matthias A.s war offenbar ein Faktor, der mit der gesellschaftlichen Konstruktion von Realität kollidierte, was seine Persönlichkeitsentwicklung wiederum reaktiv prägte. Seine Reaktionsmechanismen sind hinlänglich nachvollziehbar und bildeten zusammen mit seinem primären spirituellen Erleben das Bild einer schizotypen Störung.

## **Schlussfolgerungen**

Matthias A. kann Erlebnisse schildern, die in einer weltanschaulich unvoreingenommenen Perspektive als potentielle Realitäten gelten müssen. Niemand kann mit überzeugenden Argumenten die Irrealität solcher Erlebensweisen belegen, die von unzähligen Menschen in zahlreichen Kulturen dieser Erde für vielleicht unüblich, aber doch „normal“ gehalten werden und auch in unserer Kultur nicht singular sind (vgl. Hardy, 1979). Es ist also einem weltanschaulichen Urteil, nicht der Anwendung aufklärerischer Vernunft geschuldet, wenn Matthias A.s außergewöhnliche Erlebnisse per se als pathologisch gewertet werden. Wo dies geschieht, ist allerdings der Zirkelschluss perfekt, wonach es

sich um eine psychische Störung (z. B. Schizotypie) handeln müsse, *weil* eben ein außergewöhnliches Erleben vorliege. Hingegen gibt es überzeugende Hinweise, dass das spirituelle Erleben von Matthias A. nicht selbst, sondern nur in Kombination mit anderen (Umwelt)bedingungen pathogen wirken konnte.

Die Verhaltensauffälligkeiten, die Matthias A. zweifellos präsentiert, sind plausibel als Folgen einer Biographie der Unterdrückung wesentlicher Erlebensbereiche erklärbar. Es bedarf keiner besonderer Zusatzannahmen, nicht einmal einer biologischen Vulnerabilität, um psychologisch nachzuvollziehen, dass der Faktor einer „pneumophoben“ (das Spirituelle fürchtenden) Gesellschaft (heruntergebrochen auf die Mikroebene der Bezugspersonen) aus einem spirituellen und außergewöhnlichen Erleben ein als Schizotypie bezeichnetes, gestörtes Verhaltensmuster fördern kann. Schizotypie kann also mit hoher Wahrscheinlichkeit die Folge einer mangelnden sozialen und damit misslungenen persönlichen Integration spirituellen Erlebens sein.

Aufgrund des hier berichteten Falles lässt sich eine typische, reifizierende Sichtweise auf das psychopathologische Konstrukt der schizotypen Störungen zurückweisen: nämlich die Annahme, es handle sich einfach um eine biologisch (z. B. genetisch) bedingte Vorform der Schizophrenie, die unbehandelt in diese münden müsse oder könne. Vielmehr erscheint es durchaus wahrscheinlich, dass wir es mit einer teilweise angeborenen, teilweise biographisch erworbenen Prädisposition zu bestimmten Bewusstseinszuständen zu tun haben, die mit einer Abschwächung der in unserer Kultur typischen Festigkeit der Ich-Grenzen einhergeht. Wenn diese Abschwächung kulturell oder therapeutisch – das heißt mitunter: durch spirituelle oder transpersonal-psychologische Experten – aufgefangen werden kann, dürften die Chancen für eine normale, Außergewöhnliches integrierende Entwicklung gut stehen. Andernfalls kann der Einbruch des Paranormalen, Numinosen nicht ausreichend in die Ichstruktur integriert werden und führt zu mangelnder sozialer Integration, Störungen der Denk- und Kommunikationsweisen und somit zu dem Symptombild, das als schizotype Störung bekannt ist. Wir sehen die schizotype Störung in diesen Fällen also als Ausdruck einer missglückten spirituellen und persönlichen Entwicklung, einer nicht integrierten spirituellen Begabung, deren Therapie im Umgang mit den zugrunde liegenden Sensibilitäten liegen muss und nicht in der Unterdrückung dieser Erfahrungen durch eine unnötige Psychopathologisierung liegen darf.

Immer wieder begegnen in der Beratung von Menschen mit Außergewöhnlichen Erlebnissen tätige Professionelle solchen Klienten, die eigentümlich und verschroben wirken oder das Vollbild einer schizotypen Störung zeigen. Immer sollte der kritische und unvoreingenommene Verstand bereit sein, die Frage nach Ursache und Wirkung neu zu stellen. Sind Menschen eigentümlich, weil sie Außergewöhnliche Erfahrungen nicht integrieren konnten oder berichten sie Außergewöhnliche Erfahrungen, weil sie eigentümlich sind (im kausalen oder im implizierenden Sinn)? Selbst wenn es im Sinne von Jackson (1997) – auch im Fall von Matthias A. – eine gemeinsame Basis als Prädisposition geben mag, die in einigen Fällen sowohl „eigenartiges Verhalten“ als auch „außergewöhnliche Erfahrungen“ fördert, so sollte beides nicht in eine ausgesprochene

Pathologie münden müssen, wenn der gesellschaftliche Rahmen ausreichende Möglichkeiten zur Verfügung stellte, außergewöhnliches Erleben soweit zu integrieren, dass auch „eigentümliche“ Personen mit spiritueller Erfahrung nicht in pathologische Erlebens- und Verhaltensmuster abgleiten. Allerdings stehen nur wenige Institutionen im deutschsprachigen Raum betroffenen Menschen als erste Anlaufstelle offen. Viele suchen selbst im Informationszeitalter aufgrund persönlicher Frustrationserfahrungen gar nicht nach verständnisvollen und hilfreichen Beratern und verstricken sich statt dessen immer tiefer in ihre sekundäre Verschrobenheit.

Keine hilfreiche Einstellung ist jedoch die Haltung vieler traditionell orientierter psychologisch-psychiatrischer Kliniker, psychopathologische Konstrukte zu reifizieren und gemäß dem „medizinischen Modell“ das Auftreten spirituellen Erlebens mit oder ohne andere Symptome als Ausdruck einer Krankheitsentität aufgrund eines autonom ablaufenden Pathomechanismus zu betrachten. Der daraus folgenden negativen Wertung der eigentlich rein deskriptiven Diagnose „Schizotypie“ als Ausweis genuiner Gestörtheit ist möglicherweise nur dadurch zu begegnen, dass sie in Fällen spirituellen oder außergewöhnlichen Erlebens vorsichtshalber gar nicht angewandt wird. Wir können nur hoffen, dass Fälle wie der von Matthias A. im Laufe dieses zunehmend dem Fremden gegenüber offener werdenden Jahrhunderts der Vergangenheit angehören werden. Es ist Aufgabe einer transpersonalen/transzendentalen Psychologie dafür zu sorgen, dass eine solche Offenheit zu durchdachten alternativen Handlungskonzepten für den klinischen Praktiker wird.

### Literatur:

- Bastine, R. (1990): *Klinische Psychologie*. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer
- Ciampi, L. (1994): *Affektlogik*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Fiedler, P. (1997): *Persönlichkeitsstörungen*. PVU, Weinheim.
- Grof, S. & Grof, C. (1989): *Spiritual emergency: Understanding evolutionary crisis*. Jeremy P. Tarcher/Putnam, New York.
- Halifax, J. (1984): *Die andere Wirklichkeit der Schamanen*. Scherz, Bern & München.
- Jackson, M. (1997): *Benign schizotypy? The case of spiritual experience*. In: G. Claridge: *Schizotypy - Implications for illness and health*. Oxford University Press, New York, 227-250.
- Kakar, Sudhir & Kakar, Katharina (2006): *Die Inder: Porträt einer Gesellschaft*. München: Beck
- Kernberg, Otto F. (1983): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg, Otto F. (1996): *Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen*. *Psychotherapeut* 41 (5), 288-296.
- Klosterkötter, Joachim; Hellmich, Martin; Steinmeyer, Eckhard M.; Schultze-Lutter, Frauke (2001): *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*. *Archives of General Psychiatry* 58 (2), 158-64.
- Spitzer, R. L. & Endicott, J. (1979): *Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders*. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 95-100.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO; Hg.) (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F). Hans Huber, Bern.

### Über den Autor:

E. W. Harnack ist Diplom-Psychologe/Psychotherapeut; schreibt und arbeitet in freier Berufsausübung in Berlin.