

# Gibt es die Schizophrenie?

■ D. Hell

Das internationale Symposium in Basel «The State of the Art in Psychiatry» gab mir Gelegenheit, mich vor und mit einem Fachpublikum kritisch mit dem Schizophrenie-Begriff auseinanderzusetzen. Mein Referat trug den Titel: What I have learnt from treating «schizophrenic patients». Auf Bitte aus der Redaktionskommission lege ich meine in Basel dargelegte Meinung in überarbeiteter Form und in deutscher Sprache dem Forum unserer Zeitschrift vor. Im einzelnen vertrete ich im folgenden 3 Thesen:

1. Wir können «Schizophrenie-Kranke» nicht verstehen, wenn wir von ihrem Erleben als Subjekte abstrahieren und ihre Mitteilungen ausschliesslich als symptomatischen Ausdruck einer hypothetischen Erkrankung interpretieren.
2. Schizophrenie ist weder eine Einheit noch eine Ganzheit. Meine persönlichen Erfahrungen in der intensiven Begleitung von «Schizophrenie-Kranken» sowie die Heterogenität der klinischen und biologischen Befunde lassen mich schliessen, dass es *die* schizophrene Erkrankung so nicht gibt.
3. Die aktuelle symptomorientierte Konzeption der Schizophrenie könnte auf einem Zirkelschluss basieren. Diese Konzeption geht – besonders in Zeiten gesellschaftlicher Verunsicherung – mit dem Risiko einher, Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse durch diagnostische Vereinfachung zu erleichtern.

## Kurzer historischer Rückblick

Wer Schizophrenie als eine singuläre und einheitliche Erkrankung diskutiert, hat zu erklären, worüber er spricht. In der kurzen Geschichte der Psychiatrie gingen die Ansichten über die schizophrenen Erkrankungen weit auseinander. Seit Kraepelins Einführung eines singulären Krankheitskonzepts vor 100 Jahren (das später von Eugen Bleuler *Schizophrenie* genannt wurde) hat sich das Krankheitskonzept oftmals und in verschiedener Weise gewandelt. Bis in die 60er Jahre unseres Jahrhunderts

gebrauchten viele nordamerikanische, aber auch mitteleuropäische Psychiater das Wort Schizophrenie fast in identischer Weise wie das Wort Psychose. Heute benützt die amerikanische Psychiatrie das gleiche Wort in einer ganz anderen Weise nurmehr für einen kleinen Teil der früher als schizophren diagnostizierten Krankengruppe.

In den letzten hundert Jahren hat sich das Schizophrenie-Konzept mindestens dreimal grundlegend verändert. Zuerst wurde die Krankheit hauptsächlich durch ihr hypothetisches Endstadium definiert. Die epochemachende Konzeption von Emil Kraepelin basierte auf Verlauf und Prognose und ging davon aus, dass die Erkrankung in der Jugend beginnt und zur Demenz führt. Eugen Bleuler veränderte später die Krankheitskonzeption, indem er von prognostischen Kriterien abrückte und die Struktur der Ich-Pathologie ins Zentrum stellte. Er betonte die «psychische Spaltung», die Dissoziation und die Desintegration der mentalen Prozesse bei Schizophrenie-Kranken. Diese Konzeption fiel zeitlich mit bestimmten kulturellen Tendenzen zu Beginn unseres Jahrhunderts zusammen (z.B. Kubismus in der Kunst) und ging mit einem allgemein gesteigerten Interesse am Phänomen der «gespaltenen Seele» einher.

Die Bleulersche Konzeption der Schizophrenie, die in der Lage war, verschiedene psychotische Zustände unter dem gemeinsamen Nenner der Dissoziation zu sehen, war für das psycho- und soziodynamische Denken über Psychose Kranke mit Ich-Abgrenzungsproblemen äusserst fruchtbar. Sie führte jedoch zu einer ausgeweiteten Diagnosestellung, da ihre Kriterien schwach definiert und wenig einschränkend waren.

Um die niedrige Interrater-Reliabilität der Schizophrenie-Diagnose, wie sie das Bleulersche Konzept zur Folge hatte, zu korrigieren, wurde in den letzten Jahren weltweit eine dritte Krankheitsdefinition eingeführt. Dieses neue Modell (gemäss ICD-10 und DSM-III-R) basiert weder auf Ich-Psychopathologie (Dissoziation) noch auf Prognose, sondern auf einer Symptomliste (hauptsächlich 1.-Rang-Symptome von Kurt Schneider), die über eine bestimmte Zeit vorhanden sein müssen. Diese Konzeption hat den Vorteil einer guten Interrater-Reliabilität, aber den Nachteil, in keiner Weise irgendwelche Erlebensgestalt zu erfassen. Es ist heute auch nicht genau ersichtlich, was die Bedeutung dieser Liste für die Entwick-

lung und den Verlauf der Störung ist, da die querschnittsmässig erhobenen Symptome nicht sicher mit anamnestischen und Verlaufsdaten korrelieren. Dieses moderne Konzept hat aber zur Folge, dass die Äusserungen von Betroffenen weniger als persönliche Aussagen, wie verzerrt sie auch sein mögen, verstanden werden, sondern ausschliesslich als direkter Ausdruck einer Hirnerkrankung gesehen werden.

Es wird gerne davon ausgegangen, dass diese symptomatologische Konzeption theoriefrei ist. Das ist aber keineswegs der Fall. Die Konzeption ist von der Annahme geleitet, dass es eine direkte Verbindung zwischen dem klinisch definierten Symptomverbund und einer umschriebenen Störung der Hirnfunktionen gebe. Bisher konnte aber kein enger Zusammenhang zwischen den Schneiderschen 1.-Rang-Symptomen (und konsequenterweise den ICD-10-Forschungskriterien) und spezifischen Hirnstörungen aufgezeigt werden. Im Gegenteil erlaubt es unser aktuelles Wissen nicht, ein neuropsychologisches Profil oder eine distinkte Neuropathologie zu definieren, die in einer sensitiven und spezifischen Weise Schizophrenie-Kranke charakterisieren könnten. Tatsächlich weisen alle bisherigen neuropsychologischen und neurobiologischen Befunde wie auch alle klinischen Befunde auf eine starke Heterogenität der untersuchten Parameter hin.

## Zur Bedeutung der subjektiven Erfahrung

Die aktuelle Schizophrenie-Diagnostik sieht weitgehend davon ab, das Erleben von «Schizophrenie-Kranken» über einzelne Symptome hinaus umfassender – im Sinne einer Gestalt – zu erfassen. Damit verzichtet sie auf eine idealtypische Charakterisierung der Erlebens- und Verhaltensweisen «Schizophrenie-Kranke». Die Deskription der Störung bleibt an einzelne isolierte Symptome gebunden. Demgegenüber sind die symptomatologischen Kriterien für Affekt- und Angststörungen (auch in den modernen Diagnosemanualen) stärker von einer phänomenologischen Sichtweise der betroffenen Patienten geprägt, so dass die subjektive Erlebensgestalt bei der Diagnose von Affekt- und Angststörungen noch eine grössere Rolle spielt. Diese Nähe zur subjektiven Erfahrung dürfte den Betroffenen auch die Identifikation mit der gestellten Diagnose erleichtern.

## Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Daniel Hell,  
 Ärztlicher Direktor,  
 Psychiatrische Universitätsklinik,  
 Postfach 68,  
 CH-8029 Zürich

Den «Schizophrenie-Kranken» misslingt die Identifikation mit der psychiatrischen Diagnose sehr häufig. Es scheint mir voreilig, diese Schwierigkeit ausschliesslich auf Krankheitsprozesse zurückführen zu wollen. Immerhin vermögen sehr viele als schizophran diagnostizierte Menschen rückblickend von ihren durchgemachten Psychosen zu berichten, und manche unter ihnen können diese Zustände auch als krank bezeichnen. Trotzdem haben selbst diese Menschen meist Mühe mit einer Diagnose, die ihr Erleben nur punktuell erfasst, ihre subjektive Erfahrung zu einer Sache macht und die tiefgreifende Betroffenheit der ganzen Person nicht berücksichtigt. Nicht wenige Betroffene versuchen darüber hinaus, ihrer durchgemachten psychotischen Veränderung einen Sinn zu geben. Sie interpretieren ihren psychotischen Zustand rückblickend kaum je als blossen Ausdruck einer körperlichen oder zentralnervösen Störung (etwa im Gegensatz zu Personen mit substanz-induzierten oder substanzbedingten Psychosen). Sie sehen im Gegenteil mehrheitlich in ihren psychotischen Erfahrungen ein persönliches Erleben, das zu ihnen gehört und von dem sie sich nicht so leicht wie von einem durchgemachten Delirium oder einer Intoxikationspsychose distanzieren können. Die psychotische Erfahrung ist ihnen mehr einem Traum oder einem hypnotischen Zustand ähnlich als einem von der Person ganz unabhängigen Erleben. Das mag mit ein Grund sein, warum nur wenige «Schizophrenie-Kranke» mit dem psychiatrischen Erkrankungsmodell zufrieden sind. Nach meiner Erfahrung gehen viele Patientinnen und Patienten davon aus, dass das psychiatrische Krankheitsmodell wichtige und wesentliche Elemente ihrer Erfahrung ausspart und gerade das spezifisch Persönliche ihres Erlebens zu wenig ernst nimmt.

#### Ein Fallbeispiel

Um diese allgemeinen Ausführungen zu illustrieren, möchte ich ein Fallbeispiel heranziehen. Frau Anna, eine 45jährige Kunstschaffende, machte zwischen 1988 und 1992 fünf psychotische Episoden durch, die zu mehreren Hospitalisationen führten. Sie erlebte im Intervall zwischen den Psychosen und zwei Jahre nach der letzten Episode schwere Negativsymptome. Seit drei Jahren ist sie nun sozial remittiert und lebt ihr eigenes Leben. Sie nimmt nur noch sporadisch und in eigener Regie ein Neuroleptikum in niedriger Dosierung ein. Zwischen den psychotischen Episoden und vor allem nach ihrer letzten psychotischen Krise setzte sich Frau Anna lesend, schreibend und mit ihrem Therapeuten diskutierend mit ihrer Psychose auseinander. Als Resultat dieser Auseinandersetzung stimmt sie dem Vulnerabilitätskonzept von Zubin insofern zu, als sie ihre Psychose in Beziehung zu einer genetischen Disposition und im Zusammenhang mit psychosozialen Stressoren sieht. Sie ist aber fest davon überzeugt, dass ihre psychotischen Krisen nicht nur eine symptomatische Reaktion auf eine Überlastungssitua-

tion darstellen. Sie interpretiert ihr «in die Psychose gehen» als eine «persönliche Wahl» in einer extrem belastenden und bedrohenden Konstellation. Sie kann ihre psychotischen Zustände nicht verstehen, ohne ihnen eine spezifische individuelle Bedeutung zu geben. Nach Remission von ihren psychotischen Zuständen versuchte sie erfolgreich ihr psychotisches Erleben in ihr Leben zu integrieren, so wie viele Leute ihre Träume in den Alltag zu integrieren suchen. Sie sieht ihre psychotischen Krisen durch eine anders nicht bewältigbare Situation ausgelöst.

Wörtlich schreibt sie: «Ich sah mich vor der ersten psychotischen Episode in einem vielschichtigen, unlösbaren und überwältigenden Konflikt gefangen. Mein sozialer Kontakt beschränkte sich in dem schweren Moment einer Verdachtsdiagnose einer [später remittierten] somatischen Erkrankung auf zwei Menschen. Die Bindung an diese beiden Männer war höchst ambivalent.» (Sie war dem einen in einer Art Hassliebe verbunden, dem anderen ehelich verpflichtet.) «Das Unerträgliche aber war nun, dass dieses Gefühl ehelicher Gebundenheit mir von der Realität her nicht mehr gerechtfertigt schien, fühlte ich mich doch von meinem Mann (mit meiner körperlichen Erkrankung) alleine gelassen.» In der Selbstwahrnehmung von Anna brach die Psychose aber nun nicht wie ein Delir über sie ein. Frau Anna vertritt im Gegenteil die Überzeugung, dass unter den gegebenen Verhältnissen sie teilweise bewusst in die Psychose gegangen sei: «Eine Vorbedingung dazu war mein Gefühl, nichts mehr zu haben, das ich hätte verlieren können; diese Gewissheit erlaubte es mir, verrückt zu werden. Die Alternative wäre in diesem Moment nur der Suizid gewesen... Und letztlich war es eine Flucht nach vorne, eine für mich typische und bewährte Verhaltensweise angesichts einer Bedrohung – und von der Schizophrenie fühlte ich mich (wegen familiärer Belastung) ein Leben lang bedroht. Durch die Psychose wollte ich das Sozialisierte und damit Fremde in mir ausschalten... Das war der Moment, wo ich nicht nur bereit war, sozial auszuklinken, sondern dies auch aktiv wollte... Die Schizophrenie – der soziale Suizid – war die Alternative zum biologischen Suizid.»

Weiter schildert Frau Anna detailliert, wie sie in einem extremen Spannungszustand gewesen sei, bevor sie psychotisch wurde, in einem Zustand, in dem sie sich fragmentiert gefühlt habe. Zu Beginn der Psychose habe sich diese Spannung verloren, und sie habe sich nun mit der ganzen Welt vereint gefühlt.

In einer gewissen Analogie zu dieser Patientin habe ich von anderen «Schizophrenie-Kranken» gehört, dass sie ihre Psychose ebenfalls als Fluchtweg aus sehr schwierigen Situationen erfahren haben. Einige erzählten mir, sie seien später davon überrascht worden, dass der von ihnen zuerst akzeptierte psychotische Zustand sich wie in einem Kindling-Prozess verselbständigt habe.

#### Zur Heterogenität der Schizophrenie

Um meine zweite These zu begründen, verweise ich der Kürze halber auf meine historische Einführung.

Neben den neuropsychologischen und neurobiologischen Befunden spricht auch die klinische Erfahrung für eine grosse Heterogenität der Patientengruppe, die nach ICD-10 als schizophran diagnostiziert wird. Ein Teil der Patienten macht nie eigentliche psychotische Krisen durch. Bei anderen stehen die psychotischen Zustände ganz im Zentrum ihrer Problematik, ohne dass jedoch das psychotische Erleben von Fall zu Fall identisch oder auch nur ähnlich ist. Um die grosse Bandbreite verschiedener klinischer Bilder in Erinnerung zu rufen, seien nur drei von mir behandelte Kranke kurz vorgestellt (Frau Anna, Herr Rolf und Frau Sarah), die alle unter die ICD-10-Diagnose Schizophrenie fallen. Die schon vorher zitierte Frau Anna erlebte in ihren psychotischen Zuständen ein Gefühl der Einheit mit der Welt und ging nach Remission vorübergehend durch eine Zeit der Apathie. Herr Rolf erfuhr nie einen floriden psychotischen Zustand, war aber seit seiner Jugend durch Negativsymptome und Kommunikationsschwierigkeiten behindert. Frau Sarah durchlebte dagegen in 30 Jahren etwa 50 psychotische Episoden, die meist durch extreme Angst charakterisiert waren. Diese mehrwöchigen psychotischen Angstzustände klangen immer wieder vollständig ab, so dass Frau Sarah in der Zwischenzeit in einem akademischen Beruf weiterarbeiten konnte.

Mittlerweile scheinen mir die Unterschiede zwischen diesen und andern als schizophran diagnostizierten Patienten so ausgeprägt zu sein, dass mir diese Kranken mehr durch den diagnostischen Prozess als durch ihr klinisches Bild, den Verlauf ihrer Erkrankung oder die Biographie verbunden scheinen. Insbesondere kann das Wesentliche ihrer krankhaften Erfahrungen nicht mit einem singulären Schizophrenie-Modell erfasst werden, speziell nicht durch die aktuellen Diagnosekriterien. Für einige (wie Frau Anna) steht das Einheits-Erleben im psychotischen Zustand im Vordergrund; andere (wie Frau Sarah) erleben eine überwältigende Angst in ihrer Psychose, während für eine dritte Gruppe (wie Herrn Rolf) die dauernde Apathie und Anhedonie der entscheidende Faktor zu sein scheint.

#### Zum diagnostischen Procedere als möglichem Zirkelschluss

Ein diagnostischer Prozess, der sich bezüglich mentaler Funktionen allein auf äussere Beobachtung eines Kranken abstützt und einzelne vom Kranken mitgeteilte subjektive Erlebnisse nicht oder bloss wie objektive Begebenheiten behandelt (ohne sie in den Gesamtkontext des Erlebens der Betroffenen zu stellen), muss sich die Frage gefallen lassen, wie er die Möglichkeit eines logischen Zirkelschlusses ausschliesst. Wenn die Aussenwelt zuerst als krank definiert, was später durch äussere Beobachtung bestätigt werden

soll, ohne ein weiteres Validierungskriterium zur Verfügung zu haben, dann kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Zirkelschluss vorliegt. Schizophrenie wird folglich zu dem, was Experten erwarten, dass es ist. Bisher ist es nicht gelungen, die Expertenmeinung durch eindeutige biologische oder neuropsychologische Befunde zu stützen. Um so wichtiger erscheint mir, einen Konsens mit den betroffenen Psychosekranken zu suchen – auch um der Validierung des Konzepts willen. Deshalb erachte ich es als eine zentrale zukünftige Aufgabe, mit betroffenen Kranken enger zusammenzuarbeiten und sie als Experten eigener Art beizuziehen.

Persönlich glaube ich, dass es möglich sein sollte, verschiedene Typen subjektiver Erlebnisse zu differenzieren. Diese verschiedenen Erlebnisweisen könnten etwas gemeinsam haben mit den schon jetzt bestehenden Untergruppen des Schizophrenie-Konzepts (z.B. desorganisierter Typus, katatoner Typus, paranoider Typus). Es sind aber auch weitere Idealtypen denkbar (z.B. Angst-

oder Glückspsychosen, ozeanisches Einheits-erleben usw.). Ein solches Vorgehen erscheint mir speziell für die psychiatrische Praxis und Therapie notwendig.

Was die Forschung betrifft, können andere Zugangsweisen fruchtbar sein: zum Beispiel die Suche nach oligosymptomatischen Fällen, bei denen der funktionelle Zusammenhang zwischen individuellem Symptom und Hirnaktivität auf relativ isolierte Weise studiert werden kann.

### Schlussfolgerung

Solange wir einem Konstrukt *Schizophrenie* anhängen, das weder eine gemeinsame Erlebensgestalt noch eine gemeinsame neurobiologische Basis hat, sollten wir dieses Konstrukt mit äusserster Vorsicht behandeln. Angesichts der stetig vorhandenen Tendenz, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zu stigmatisieren (was in einer Zeit des sozialen Umbruchs mit besonderen Gefahren verbunden ist), erscheint es

wünschenswert, den Begriff Schizophrenie mindestens als Ausdruck einer singulären Erkrankung und eines kategorialen Krankheitskonzepts zu vermeiden zu suchen. Persönlich scheint mir der Begriff «funktionelle Psychosen» (der auch affektive Psychosen umfasst) oder enger: «Psychosen aus dem früheren Formenkreis der Schizophrenien» in Abgrenzung zu bekannten organisch bedingten Psychosen adäquater und vorsichtiger zu sein. Statt eines kategorialen Krankheitskonzeptes verspricht ein dimensionaler Zugang zu funktionellen psychotischen Störungen – im Sinne ineinander übergehender oder miteinander gemischter Syndrommuster – mehr Erfolg. Die einzelnen Syndrommuster könnten in einem ersten Schritt idealtypisch nach dem psychotischen Erleben der Betroffenen erfasst werden. Ein solches Vorgehen hat sich in den letzten Jahrzehnten insbesondere bei der Definition verschiedener Affekt- und Angststörungen bewährt.