

# Philosophie und schizophrene Störungen

Marco C. G. Merlo

Universität Freiburg und RFSM

## Quintessenz

- Aus philosophischer Sicht kann der Arzt als Untersucher drei Perspektiven gegenüber dem Patienten einnehmen: die der Objektivität, der Subjektivität oder der Intersubjektivität.
- Der phänomenologisch-hermeneutische Ansatz hat die Beschreibung und das Verstehen der Beziehung des schizophrenen Patienten zu sich selbst, zum Anderen und zur Lebenswelt zum Ziel.
- Die personenzentrierte und die narrative Medizin bieten praktische Konzepte, die den phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz berücksichtigen.

Die aktuellen Fortschritte der Neurowissenschaften haben das Wissen um die Pathophysiologie psychischer Krankheiten erheblich erweitert, jedoch bleibt die Ätiopathogenese für die meisten Störungen, vor allem den schizophrenen, weiterhin ungeklärt. Das führt dazu, dass die Diagnose dieser Störungen mit naturwissenschaftlichen, «objektiven» Kriterien weiterhin nicht möglich ist. Auch in der neuen Version des Klassifikationssystems der American Psychiatric Association, dem DSM-5, das 2013 veröffentlicht werden soll, ist es nicht gelungen, mit neurobiologischen, d.h. objektiven Methoden die Diagnose einer schizophrenen Störung zu definieren. Zum anderen stagniert die Medikamentenforschung auf diesem Gebiet, und eine spezifische Behandlung für schizophrene Störungen steht heute nicht zur Verfügung. Antipsychotika haben eine unspezifische Wirkung auf positive Symptome (z.B. Wahn und Halluzination), aber Symptome wie Mangel an Initiative, Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt oder Störungen in der Informationsverarbeitung werden durch Medikamente nicht wesentlich verbessert.

Zwangsläufig haben sich Kliniker und Forscher die Frage gestellt, ob ein rein positivistischer, d.h. allein auf objektive Daten begründeter Ansatz für das Verständnis und die Behandlung schizophrener Störungen genügt. Die Ergänzung neurowissenschaftlicher Forschung durch geisteswissenschaftliche Methoden erscheint notwendig und wird von führenden Schizophrenieforschern befürwortet. Gleichzeitig zeichnet sich in den letzten Jahren eine allgemeine Hinwendung der Psychiatrie, wie auch der Medizin im Allgemeinen, zur Philosophie ab [1]. Themen wie die Person des Kranken oder seine Lebensgeschichte finden mehr und mehr Interesse. Die Fülle der philosophischen Ansätze zum Verständnis schizophrener Störungen bedingt jedoch eine Auswahl,

die sich hier auf den phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz limitiert.

## Unterscheidung zwischen Objektivität, Subjektivität und Intersubjektivität

Bevor der Arzt eine Diagnose stellen und eine Behandlung beginnen kann, muss er den Patienten untersuchen, um Merkmale der Erkrankung zu erkennen. In Übereinstimmung mit der somatischen Medizin hat die moderne Psychiatrie (Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV) den Anspruch, die psychiatrische Diagnose auf der Basis von objektiven Untersuchungsdaten zu erstellen. Aus philosophischer Sicht heisst dies, dass der Untersucher in Bezug auf den Patienten eine Perspektive der 3. Person einnimmt. Er beobachtet und beschreibt die Symptome «objektiv», ohne Beeinflussung der Ergebnisse durch ihn als Beobachter oder durch seine Beobachtungsmethode. Die Objekte der Untersuchung sind dabei die Auffälligkeiten des Verhaltens und die Abweichungen von Messwerten.

Wenn der Arzt jedoch das innere Erleben des Patienten berücksichtigen will, muss er diese Perspektive verlassen und seine Aufmerksamkeit auf die Subjektivität des Kranken richten [2]. Dies ist u.a. bei der Evaluation von Halluzinationen unerlässlich. Das subjektive Erleben, d.h. das Erleben aus der «1.-Person-Perspektive», ist vor allem Gegenstand der Phänomenologie in der Tradition von Husserl. Diese phänomenologische Methode wurde von Jaspers in die Psychopathologie eingeführt, jedoch beschränkte er sie auf die Beschreibung der Berichte von Patienten.

Der Arzt erfährt im Gespräch mit dem Patienten von seinem inneren Erleben und kann sich so ein Bild von dessen Bewusstseinsinhalten machen. So beschreibt zum Beispiel ein Patient, dass er erlebt, wie eine andere Person seine Gedanken beeinflusst oder seinen Körper bewegt. Eine andere Patientin spricht von den Stimmen, die ihr Verhalten kommentieren und sie zwingen, sich auf sie zu konzentrieren. Im ersten Fall würde der Arzt Ichstörungen und im zweiten kommentierendes Stimmenhören als psychotische Symptome diagnostizieren. Andere phänomenologisch orientierte Psychiater (z.B. Binswanger, Minkowski, Blankenburg oder in neuerer Zeit Parnas, Fuchs, Stanghellini) gehen in ihren Analysen weiter als Jaspers. Ihre Exploration zielt auf ein Verständnis basaler Strukturen des Selbst- und Weltbezugs. Diese «eidetische» Phänomenologie stellt sich u.a. Fragen wie: Was ist Wirklichkeit? Was ist Wahrheit? Was ist das Selbst? Die Patientin mit Stimmenhören sucht



Marco C. G. Merlo

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

nach dem, was wirklich ist. Ein Patient, der unter Ichstörungen leidet, ist in seinem Bezug zu den Mitmenschen zutiefst verunsichert und fragt sich, was gehört zu seinem Selbst, was zum Anderen. Die Grenzen zwischen seinem Denken, Fühlen und Handeln und dem Anderen sind aufgelöst. Im phänomenologischen Sprachgebrauch ist dies eine Störung der Meinhaftigkeit.

Im Sinne Heideggers verweist die Meinhaftigkeit direkt auf die Daseinsstruktur als Mitsein, womit sich die

**Wenn der Arzt das innere Erleben des Patienten berücksichtigen will, muss er die Perspektive der 3. Person verlassen und seine Aufmerksamkeit auf die Subjektivität des Kranken richten**

Frage der Intersubjektivität stellt, die als basale Struktur für das Verstehen des Anderen gesehen wird. Dieses Verstehen des Anderen ist das Anliegen der Hermeneutik. Damit geht es dem Arzt nicht nur um eine Beschreibung, sondern um ein Verstehen des Erlebens des Kranken. Indem der Untersucher dem Patienten in der «2.-Person-Perspektive» begegnet, öffnet er sich der Möglichkeit, im ärztlichen Gespräch einen Sinn des Gesagten aufzubauen [2]. Der Untersucher ist dabei nicht unabhängig vom Untersuchungsobjekt. Der Bericht der Lebensgeschichte des Patienten wird im Dialog mit dem Arzt durch dessen Lebenserfahrung mitgeprägt. Ein Arzt, der rein naturwissenschaftlich gebildet ist, wird mit dem Patienten eine andere Lebensgeschichte erarbeiten als ein Arzt, dessen Lebenswelt von psychologischen, soziologischen und kulturellen Interessen mitgeprägt wurde. Die im Dialog mit dem Patienten gefundene Lebensgeschichte ist ein Konstrukt, an dem Patient wie Arzt mitgearbeitet haben.

### Der phänomenologisch-hermeneutische Ansatz und der Selbst- und Weltbezug des schizophrenen Patienten

Die phänomenologische Analyse des Selbsterlebens schizophrener Patienten erweist sich als Verlust des Common Sense oder, wie Blankenburg schrieb, «der natürlichen Selbstverständlichkeit» [3]. Der Bezug zu sich selbst, zum Anderen und zur Lebenswelt im Allgemeinen ist in einer fundamentalen Weise verändert. Ein spontaner Umgang mit alltäglichen Situationen gelingt nicht mehr. Zum Beispiel berichtet ein 21-jähriger Mann:

*«Es hat schon sehr früh in der Kindheit begonnen. Ich war sehr schüchtern! Ich war sehr verschlossen. Immer wenn ich in die Schule kam, war ich sehr gestresst. Schon gleich am Morgen war ich sehr gestresst. Gleichzeitig wollte ich keinem der Mitschüler, die so zufrieden wirkten, zeigen, dass es mir anders ging. Es liegt an den Ängsten, nicht richtig zu sprechen, nicht richtig zu antworten, nicht richtig zu wissen, was zu sagen ... Sogar die Angst, nichts zu sagen zu haben!»*

Dieser Verlust der Spontaneität zeigt eine tiefe Verunsicherung des Patienten im Kontakt mit seinen Mitschülern. Er scheut diesen Kontakt aus Angst, etwas Negatives von sich preiszugeben. Dabei werden die Grenzen

zwischen sich und dem Anderen als durchlässig erlebt. Aus phänomenologischer Sicht handelt es sich um eine Störung der Meinhaftigkeit, der Patient erlebt

sich nicht als Akteur seiner Handlungen. Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist nötig, damit ein Patient berichten kann, dass er aus

**Die im Dialog mit dem Patienten gefundene Lebensgeschichte ist ein Konstrukt, an dem Patient wie Arzt mitgearbeitet haben**

Angst, manipuliert oder erniedrigt zu werden, vermeidet, seine Interessen und Gefühle zu zeigen. Häufig geben schizophrene Patienten anstelle solcher authentischen Berichte ausweichende und vage Antworten, die wenig Persönliches beinhalten.

Erismann hat unlängst eine interessante phänomenologische Analyse des Zusammenhangs von Selbstbeziehung, Beschämung und schizophrenem Erleben veröffentlicht [4]. Er konnte zeigen, dass Beschämung und schizophrene Erkrankung eine nahe Grundstruktur aufweisen. Beschämung verweist auf den Zusammenhang zwischen den eigenen Werten und dem Selbst. Wenn mich etwas beschämt, bin ich in meinem Selbst in Frage gestellt. Der Gesunde findet nach dem Erleben eines Schamgefühls wieder zu sich und passt sein Selbst neuen Werten an. Er integriert sich wieder in die Gemeinschaft. Dagegen verschliesst sich der schizophrene Kranke der Aussenwelt und baut eine Eigenwelt auf, die ihn auf der Basis eines falschen Selbst stabilisiert. Der oben erwähnte Patient spielte den Kameraden etwas vor, da er sich schämte, seine eigentlichen Gefühle zu zeigen.

In der neueren Forschung zu den Ursachen psychotischer Störungen hat die Erfassung von traumatisierenden Ereignissen in der Kindheit und Adoleszenz zunehmend an Bedeutung gewonnen. Diese Lebensereignisse werden häufig mit Beschämung und dem Gefühl der Erniedrigung erlebt. In der Therapie mit schizophrenen Patienten ist die Berücksichtigung dieser Gefühle von fundamentaler Bedeutung. Ein respektvoller und schützender therapeutischer Umgang hilft dem Patienten, zu sich selbst zu finden. Er muss lernen, den Mut aufzubringen, Erlebnisse, Werte und Wünsche, die für seine Lebensgeschichte bedeutungsvoll sind, mit jemandem zu teilen.

Parallel zu dem veränderten Selbsterleben wird von dem schizophrenen Patienten der Bezug zur Lebenswelt, d.h. der subjektiven Wirklichkeitskonstruktion, in einer eigenweltlichen Weise erfahren. Der Patient kann eine subjektive Gewissheit entwickeln, an der er festhält, auch wenn diese im Widerspruch zu Wirklichkeit steht. Dieses Phänomen, das in der Psychopathologie als Wahn bezeichnet wird, erweist sich bis heute als eines der schwierigsten Untersuchungsobjekte für die Psychiatrie. Ein aktuelles Beispiel sind die enormen Diskrepanzen bei den psychiatrischen Gutachten zu Anders Breivik, dem Massenmörder aus Norwegen. Zwei Kollegen sprechen von schizophrener Störung, zwei finden keine psychotischen Zeichen.

Der phänomenologische Ansatz wurde von verschiedenen Psychiatern um ein hermeneutisches Verstehen der Intersubjektivität erweitert. Dabei geht der Arzt einen

Schritt weiter, indem er nach dem Sinn im aktuellen Erleben und in der Lebensgeschichte des Patienten sucht. Zwischen ihm und dem Patienten wird Verstehen aufgebaut. Welche Bedeutung hat eine psychotische Krise vor dem Abitur? Welcher Zusammenhang besteht zwischen den psychischen Traumata der Kindheit (z.B. Ge-

**Der Patient muss lernen, den Mut zu aufzubringen, Erlebnisse, Werte und Wünsche, die für seine Lebensgeschichte bedeutungsvoll sind, mit jemandem zu teilen**

walt in der Familie, Mobbing in der Schule), der Angst bei Sozialkontakten und der Aussenseiterrolle in der Vorphase der schizophrenen Erkrankung? Dies sind nur einige Beispiele, die zeigen, wie ein Arzt, der die phänomenologisch-hermeneutische Perspektive einnimmt, sein Interesse an dem Selbsterleben und den sozialen Bezügen des Patienten ausrichtet. Er sollte dabei auch die Lebenswelt, d.h. die soziale, kulturelle und spirituelle Realität des Kranken berücksichtigen. Schnell erkennt er die kulturellen Konsequenzen, dass z.B. eine junge Frau kurdischer Abstammung ist und dass ihre Familie jeglichen Männerkontakt vor der Ehe verurteilt, wohingegen ihre Freundinnen schon längst einen festen Freund haben.

### Aspekte der personenzentrierten und narrativen Medizin in der Behandlung schizophrener Patienten

Die von einem phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz geleitete Analyse hat direkte Bezüge zu einer Medizin, die die Person des Kranken berücksichtigt [5]. Diese personenzentrierte Medizin hat ihre Ursprünge in alten östlichen (chinesischen und ayurvedischen) und westlichen (griechischen) Zivilisationen. Sie definiert Gesundheit nicht nur als Funktion von Organen, sondern erfasst den Patienten in seiner Gesamtheit (siehe auch WHO-Definition). Die Beziehung des Patienten zu sich selbst, zum Anderen und zur Lebenswelt wird bei Diagnose, Behandlung und Prävention mitberücksichtigt. Damit ist das Behandlungsziel nicht mehr ausschliesslich auf eine Symptomreduktion bzw. -unterdrückung ausgerichtet, sondern das subjektive Erleben und Bedeutungszusammenhänge im Rahmen der Lebenswelt werden in das ärztliche Handeln miteinbezogen. Durch die Einführung des Konzepts der subjektiven Lebensqualität in der Behandlungsforschung schizophrener Störungen haben individuelle, personenzentrierte Interventionen an Bedeutung gewonnen. Das Behandlungsziel ist nicht mehr allein die Symptombefreiheit, sondern die Kombination von Remission und sozialer Integration. Dieses Konzept wird als «Recovery» bezeichnet. Das neue Paradigma fördert die individuellen Ressourcen des Patienten und stellt das Postulat der schizophrenen Störung als chronisches Leiden in Frage.

Am stärksten hat die neue Sichtweise die Rehabilitation schizophrener Patienten beeinflusst. An Stelle eines Trainings der sozialen Fertigkeiten und kognitiver

Funktionen, um danach eine Aktivität im geschützten Rahmen einer Behindertenwerkstätte anzubieten, wird dem Patienten so früh wie möglich eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt. Dort wird er in dieser normalen Situation von einem Coach individuell unterstützt (Supported Employment Model).

Der hermeneutische Ansatz kann auch als philosophische Basis der narrativen Medizin gesehen werden [6]. Der Dialog, den der Arzt mit dem Patienten führt, ergibt eine Geschichte, die Aspekte der Krankheit, aber auch des Gesunden umfasst. Es wird eine Krankheitsgeschichte erstellt, die sich nicht mit einer Aufzählung von Einzelfakten begnügt, sondern die Sinn ergibt. Diese gemeinsame Sinnsuche ist wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Beziehung. Wie in den narrativen psychotherapeutischen Ansätzen ist der Untersucher «Teil der Beschreibung». Im Narrativen wird die Lebenswelt des Patienten verstehbar und seine Krankheit für ihn zugänglicher. Die psychotische Krise wird nicht verleugnet und verdeckt, sondern gibt Sinn und Kraft für Veränderungen in den Lebensbezügen.

### Ausblick

Mit der Ergänzung der Perspektive der Objektivität durch die der Subjektivität und Intersubjektivität erweitert der Arzt seinen Beobachtungs- und Handlungshorizont. Mittels der phänomenologisch-hermeneutischen Analyse kann er besser der Person und deren Krankheit als Lebensgeschichte gerecht werden. In die Früherkennung und -behandlung schizophrener Störungen wird dieser Zugang zunehmend integriert, um chronische Verläufe zu vermeiden. Eine frühe Prävention wäre denkbar, wenn traumatische Lebensereignisse, wie Mobbing in der Schule oder innerfamiliäre Gewalt in der Kindheit und Adoleszenz, rasch erkannt werden könnten und der soziale Rückzug mit dem Verlust des natürlichen, spontanen Zusammenseins mit Freunden und Kameraden durch therapeutische Massnahmen vermieden wird. Philosophische Reflexion hilft dem Arzt, einem psychisch leidenden Menschen über das Verschreiben von Medikamenten hinaus zu helfen.

#### Korrespondenz:

PD Dr. med. Marco Merlo  
Universität Freiburg  
Chemin du Musée 5  
CH-1700 Fribourg  
[marco.merlo\[at\]unifr.ch](mailto:marco.merlo[at]unifr.ch)

#### Literatur

- 1 Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 2 Fuchs T. Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. Psychopathology. 2010;43:268–74.
- 3 Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. Schizophr Bull. 2010;36:331–40.
- 4 Erismann M. Selbstbezug, Beschämung und schizophrenes Erleben. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2012;163:98–103.
- 5 Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Botbol M, Salloum I. Introduction to person-centred medicine: from concepts to practice. J Eval Clin Pract. 2011;17:330–2.
- 6 Lewis B. Narrative and psychiatry. Current opinion in psychiatry. 2011;24:489–94.