Schädlichkeit des Schizophreniekonzepts und eine Alternative[1]

Zusammenfassende Darstellung von Ideen von Marius Romme

1. Das Schizophreniekonzept ist unwissenschaftlich

J. D. Blom, Psychiater in Leiden, schreibt in seinem Buch mit dem Titel Deconstructing Schizophrenia (2003): "Schizophrenie ist ein hypothetisches Konstrukt mit einer Validität von Null". Damit will er sagen, dass es keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, dass Schizophrenie eine abgegrenzte Krankheit ist, weil kein eindeutiges Muster der Krankheitserscheinungen, kein eindeutiges Muster in der Reaktion auf die Behandlung und kein eindeutiges Ursachenmuster existiert. Alle diese Elemente, die die Annahme einer Krankheit rechtfertigen könnten, fehlen bei der Schizophrenie, so wie sie im DSM[2] beschrieben wird. Um Missverständnisse zu vermeiden muss betont werden, Blom behauptet nicht, dass die Kombination der im DSM beschriebenen Symptome nicht vorkommt oder dass es nicht viele Menschen gibt, die durch die dort beschriebenen Erlebnisse leiden. Das Krankheitsbild gibt es, aber die Erscheinungen sind weitaus vielfältiger als die, die im DSM ausgewählt wurden. Und des Weiteren sind die Erscheinungen nicht Folge einer zu Grunde liegenden Krankheit, sondern sie haben viele verschiedene Ursachen. In der Arbeit Bloms werden viele Untersuchungen miteinander verglichen. Die Schlussfolgerung lautet: DAS KRANKHEITSBILD GIBT ES, ABER DIE KRANKHEIT NICHT.

2. Es ist schädlich

Die Diagnose Schizophrenie anhand der DSM-Kriterien ist schädlich, weil sie ein Konstrukt darstellt, das es unmöglich macht, die dahinterliegenden Probleme des Patienten zu lösen.

Diese Art des Diagnostizierens hat folgende Konsequenzen:

1. Die Suche nach den Ursachen für das Verhalten und das Erleben wird vernachlässigt.
2. Zwischen den einzelnen Phänomenen und der Lebensgeschichte wird keine Beziehung hergestellt.
3. Es wird nicht überprüft, ob es sich gegenseitig bedingende Zusammenhänge zwischen den Phänomenen gibt (Verhalten und Erleben).

4. Der Lernprozess, den die Betroffenen durchlaufen, in dem Bemühen mit den Phänomenen und den dahinter liegenden Problemen umzugehen, wird in der Behandlung nicht beachtet.
5. Diejenigen, die sich von den negativen Folgen dieses Krankheitsbildes erholen, tun dies üblicherweise außerhalb der Psychiatrie.

Zu 1:

Wie Sie vielleicht wissen, wird, wenn ein Psychiater auf Grund des DSM eine Diagnose stellt, nicht auf die Ursachen der Beschwerden geschaut, sondern nur auf die vorhandenen Beschwerden oder eigentlich nur auf die vorhandenen Verhaltensweisen und Erlebnisse. Ärzte anderer Disziplinen stellen eine Diagnose nach Anhörung der Beschwerden und auf der Grundlage der vermuteten Ursachen der Beschwerden, aber leider gehen Psychiater anders vor und schauen vorrangig auf Verhaltensweisen und Erlebnisse.

Sie wissen, dass die Ursachen für die Krankheit Schizophrenie unbekannt sind. Darüber braucht man sich nicht zu wundern, denn die meisten Dinge, die es nicht gibt, haben eben auch keine Ursache. Aber was Sie vielleicht nicht wissen, ist, dass die einzelnen Phänomene meistens in den Erfahrungen und in der Lebensgeschichte des Patienten begründet sind. Daher wäre es viel vernünftiger, auch in der Psychiatrie nach den Ursachen der einzelnen Beschwerden zu suchen. Erst dann könnte sie dem Patienten helfen, seine Probleme zu lösen.

Zu 2:

Wie früher im "Klankspiegel" veröffentlicht, fanden wir bei unseren Untersuchungen bei mittlerweile insgesamt 306 stimmenhörenden Menschen heraus, dass bei 70 bis 80 Prozent traumatische Erfahrungen zum Ausbruch des Stimmenhörens geführt haben. Dies ist auch in anderen Untersuchungen bestätigt worden, u.a. im Themaheft der Archives Psychiatrica Scandinavica.

Zu 3:

Das Verhältnis der Krankheit zu einem der Phänomene, wie z.B. dem Stimmenhören, erklärt nicht hinreichend, wie das gesamte Krankheitsbild entstehen konnte. Das wird erst deutlich, wenn man auf den Zusammenhang zwischen den Phänomenen des Krankheitsbildes achten würde. Bei einer Diagnose nach DSM wird dieser Zusammenhang nicht beachtet. Menschen, die Stimmen hören, erleben das anfänglich meist als eine überwältigende, angstvolle und fremde Erfahrung, die

sie nicht loslässt. Ist es dann nicht logisch, dass Stimmen hörende Menschen nach einer Erklärung suchen und dann eine finden, die für uns Nicht-Stimmenhörende befremdlich klingt und die aus diesem Grunde in der Psychiatrie "Wahn" genannt wird? Oder die Stimme hört sich an wie die einer bekannten Person, oder die Stimme sagt selbst, wer sie ist. Erzählt der Stimmen hörende Mensch das dem Psychiater, dann spricht dieser wiederum von "Wahn".

Das bedeutet, dass die Phänomene keine voneinander unabhängigen Folgen einer zu Grunde liegenden Krankheit sind, sondern dass sie miteinander zusammenhängen. Und so sehen wir, dass die Reaktionen auf die Unfähigkeit, mit den Stimmen umzugehen, das ganze Krankheitsbild einer Schizophrenie nachahmen können, mit allen schlimmen Folgen für den Patienten. Wie bei Ron Coleman[3].

Zu 4:

In der Psychiatrie wird meistens nicht oder kaum auf die Erfahrung des Stimmenhörens eingegangen. Es wird nicht nach Gründen für das Stimmenhören gesucht. Meistens wird empfohlen, nicht über das Stimmenhören zu sprechen, oder es wird sogar verboten. Daher wundert es nicht, dass man in so einer Art der Behandlung nicht lernt, mit den Stimmen umzugehen. Und man lernt auch nichts darüber, mit welchen Problemen sie möglicherweise zusammenhängen. Die am meisten favorisierte Empfehlung lautet, die Erfahrungen und die dazugehörenden Emotionen zu unterdrücken. Lernen, mit den Stimmen umzugehen und sie zu verstehen, wird zurückgewiesen. Die Vernachlässigung der Probleme, die das Stimmenhören bedingen, behindert darüber hinaus weiterhin den Lernprozess, besser mit dem Stimmenhören umzugehen.

Übrigens ist es uns bewusst, dass auch innerhalb unserer Stiftung[4] nur eine kleine Anzahl von Stimmenhörern von unserem Ansatz profitiert hat. Warum das so ist, hat unserer Meinung nach weniger mit der Schwere der Leiden zu tun, sondern eher mit der Angst und dem Abscheu vor den erlebten Traumata und der oft geringen Selbstbehauptungsfähigkeit der Betroffenen. Beides erschwert den Prozess, einen neuen Umgang mit den Stimmen zu lernen.

Zu 5:

Menschen, die sich erholen, tun dies meistens außerhalb der psychiatrischen Behandlung. Wir kennen mittlerweile Stimmen hörende Menschen, die gelernt haben, besser mit ihren Stimmen umzugehen, und

die auch gelernt haben, womit sie zusammenhängen. Obwohl damit nicht alle Probleme aus ihrem Leben verschwunden sind, ist das Stimmenhören jetzt nicht mehr ihr größtes Problem. Bis auf einige Ausnahmen lernten diese Menschen diesen neuen Umgang mit den Stimmen außerhalb einer psychiatrischen Behandlung. Die hatte sie nicht weitergebracht, weil sie nicht gezielt auf den Umgang mit den Stimmen und die dahinterliegende Problematik gerichtet war. Aber vor allem, weil die Behandlung sich nicht auf ihre Möglichkeiten, ihre eigenen Fähigkeiten und ihre eigene Entwicklung richtete.

Das Problem der Behandlung der Schizophrenie liegt nicht im Kampf zwischen einem biologischen, sozialen oder psychologischen Ansatz, sondern in der Behandlung einer nicht existierenden Krankheit. Wir sollten auf die bestehenden, Leiden verursachenden Phänomene, auf die nebeneinander stehenden Phänomene und Beschwerden in ihrer Beziehung zu den Lebensproblemen eingehen. Diese reichen von Identitätsproblemen bis zum Drogenkonsum und traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit.

Ich glaube, wir sollten aufhören, bei der Diagnostik nur auf das Verhalten zu schauen. Im diagnostischen Prozess müssten wir uns vor allem um die Ursachen des Verhaltens kümmern und uns, gemeinsam mit dem Patienten und seiner Umgebung, auf die Suche danach machen, ein Weg, wie er in Finnland von Alanen (1997) entwickelt wurde. Wir sollten wieder lernen, dem Patienten zuzuhören und uns für seine merkwürdigen Erlebnisse und Verhaltensweisen zu interessieren. Das öffnet den Weg für den Umgang mit den Erlebnissen und eventuell für die Lösung der Probleme. Wir könnten dann zum Beispiel zur existierenden Diagnose Schizophrenie die folgende Alternativen entwickeln:

Psychose, ausgelöst durch Trauma [Trauma induced psychosis]
Psychose, ausgelöst durch Identitätskonflikt [Identity conflict induced psychosis]
Psychose, ausgelöst durch Drogen [Drugs induced psychosis]
Psychose, auf Grund einer Demoralisierung [Demoralisation psychosis]
Psychose, aus Widerstand gegen einen Sachzwang [Cause resistance psychosis]
und so weiter.