

# "Es gibt keine Schizophrenie"

11. September 2017 [Stephan Schleim](#)



Jim van Os. Bild: UMC Utrecht

Der bekannte Psychiater und Professor für Psychiatrische Epidemiologie über Sinngebung und neue Ideen für die psychische Gesundheitsfürsorge

Jim van Os ist seit Juni 2017 Professor für Psychiatrische Epidemiologie an den Universitätskliniken Utrecht. Dort ist er außerdem Vorsitzender der Abteilungsleitung für unter anderem Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, wo rund 1200 Angestellte arbeiten. Vorher war er Professor und Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychologie an den Universitätskliniken Maastricht. Van Os ist außerdem Mitglied der Königlichen Niederländischen Akademie der Wissenschaften und Fellow am King's College in London. Thomson Reuters bezeichnet ihn seit 2014 als einen der einflussreichsten wissenschaftlichen Denker der Welt.

Seine Ausbildung zum Psychiater absolvierte Van Os in England, Frankreich, Indonesien und Marokko. Er veröffentlichte seine erneuernden Ideen über Schizophrenie und die psychische Gesundheitsfürsorge in führenden wissenschaftlichen Zeitschriften wie Lancet und Nature. Seine Forschung wurde in den letzten Jahren durch die Niederländische Forschungsorganisation mit €5 Millionen unterstützt, durch den Europäischen Forschungsrat mit €12 Millionen. Jim van Os gehört zu den Gründern des Netzwerks [PsychoseNet.nl](#) für Patientinnen und Patienten, das in Bälde auch auf Deutsch angeboten wird.

## **Keine chronische Hirnerkrankung**

Professor Van Os, Sie sagen, dass es Schizophrenie nicht gibt, und wollen die Diagnose abschaffen. Würden Sie aber bitte unseren Leserinnen und Lesern erst das vorherrschende Verständnis der Störung erklären, bevor wir über Ihr Alternativmodell sprechen?

**Jim van Os:** Viele betrachten Schizophrenie als chronische Hirnerkrankung, vor allem in der wissenschaftlichen Psychiatrie. Kernsymptome sind Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Desorganisation im Denken und Verhalten sowie ein Motivationsverlust, der sich zum Beispiel darin ausdrückt, dass jemand nicht mehr gut für sich sorgt. Dieses Bild der Störung geht oft mit einer negativen Prognose einher, das heißt, dass sich der Zustand der Patientin oder des Patienten nicht mehr verbessert.

Das bekannte Bild von Schizophrenie als einem "gespaltenen Geist" stimmt also nicht?

**Jim van Os:** Dieses Bild entstand im 19. Jahrhundert. Denken Sie etwa an die Geschichte von Dr. Jekyll und Mr. Hyde: Dr. Jekyll weiß nicht, dass es in ihm unbewusst noch den bösen Dr. Hyde gibt. Mit dieser Metapher hat man damals den Begriff "Schizophrenie" verbunden. Die Bedeutung hat sich in der Wissenschaft längst verändert, in der Alltagsprache allerdings nicht.

## Jeder hat Risikogene

Anstatt von Schizophrenie sprechen Sie lieber von "Psychoseanfälligkeit". Inwieweit ist das anders?

**Jim van Os:** Wissenschaftlich gesehen ist jeder mehr oder weniger psychoseanfällig. Genetische und epidemiologische Forschung hat hunderte, ja tausende Risikogene identifiziert. Sie und ich haben auch viele solcher Gene. Je mehr jemand davon hat, desto größer das Risiko für die Störung. Ausschlaggebend sind aber oft traumatische Erfahrungen oder Rückschläge im Leben. Doch auch so etwas wie die Immigration in ein anderes Land kann eine Rolle spielen.

Bei Psychosen geht es darum, wie jemand seiner Umgebung Bedeutung verleiht, wie Ereignisse interpretiert werden. Wenn Sie beispielsweise alles vom Standpunkt der Angst aus interpretieren, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sie irgendwann paranoid werden. Manche drehen einfach durch. Die entscheidende Frage ist dann: Hat jemand ein Hilfsbedürfnis? Findet er oder sie nicht mehr aus den psychischen Problemen heraus? Kann die Person noch arbeiten und Beziehungen zu anderen aufrechterhalten?

Wir haben also alle so eine Anfälligkeit - aber nicht jeder bekommt tatsächlich Probleme?

**Jim van Os:** Genau. Wir wissen beispielsweise, dass rund 15% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen irgendwann einmal Stimmen hören oder paranoid sind. Doch bei 80% von ihnen verschwinden diese Symptome wieder von selbst. Das war wahrscheinlich schon immer so, weil die Gefühle in dieser Lebensphase sehr stark und chaotisch sein können.

Wir gehen davon aus, dass bei ca. 3,5% der Menschen die Probleme mindestens einmal im Leben so stark werden, dass ein Hilfsbedürfnis entsteht.

Was ist jetzt in der Praxis der Unterschied - sowohl für die Behandlung als für das Leben von Patienten -, ob jemand eine Schizophrenie diagnostiziert bekommt oder wir von einer Psychoseanfälligkeit mit Hilfsbedürfnis sprechen?

**Jim van Os:** Wir berücksichtigten vierzig Jahre Erfahrungsliteratur von Patientinnen und Patienten. Darin können wir sehen, was ihnen am meisten geholfen hat. Diese Literatur zeigt uns, dass es um einen persönlichen Genesungsprozess geht: Jemand muss neue Ziele finden, sich selbst neu erfinden, eine neue Geschichte von sich selbst schreiben. Die eigene Kraft ist dafür von zentraler Bedeutung, wie kann er oder sie das Leben trotz der vielleicht bleibenden Anfälligkeit und Einschränkungen als sinnvoll erfahren? Das nennen wir "Sinnggebung".

## Sinngebung statt vernichtende Diagnose

Was heißt das konkret?

**Jim van Os:** Patientinnen und Patienten geben an, dass hierfür Verbundenheit, Hoffnung, Optimismus, die Identität als Person - und nicht als Diagnosekategorie -, Kontrolle über das eigene Leben, Empowerment und Sinnhaftigkeit die notwendigen Zutaten sind. Komischerweise wird so etwas zurzeit vor allem denjenigen angeboten, die sterbenskrank sind, nämlich durch die Seelsorge in Krankenhäusern. Wir wollen dies auch in der Psychiatrie möglich machen.

Dieser Ansatz ist etwas völlig anderes, als bei jemandem eine chronische Hirnerkrankung zu diagnostizieren und dabei die Botschaft zu vermitteln, dass es nie wieder besser wird. Manchmal bekommt jemand schon so ein Etikett aufgedrückt, bloß weil er oder sie Stimmen hört. Schizophrenie ist aber eine vernichtende Diagnose, die zu einem "ausgebrannten Schizophrenen" führen kann, einem Patienten, der keine Hoffnung mehr hat und sich selbst aufgibt.

## Optimismus ist gerechtfertigt

Ihr Ansatz wurde von Kolleginnen und Kollegen kritisiert, weil Sie vor allem leichte Formen der Störung ins Blickfeld nehmen würden, dabei jedoch schwere Fälle mit starken kognitiven, sozialen und emotionalen Einschränkungen übersähen.

**Jim van Os:** Ja, man wirft uns "Krankheitsverleugnung" vor. Schizophrenie, so wie die anderen das nennen, ist aber nur das äußerste Ende eines ganzen Kontinuums der Psychoseanfälligkeit. Wir bestreiten natürlich nicht, dass es solche schweren Fälle gibt. Es gibt aber keine wissenschaftliche Grundlage dafür, darum von einer eigenen Entität "Schizophrenie" zu sprechen.

Die anderen sagen: Ihr dürft den Patienten keine falsche Hoffnung machen! Aber wir erwidern: Ihr dürft die Patienten nicht mit so einer schlimmen Diagnose kaputt machen! Ihr Standpunkt widerspricht allen Evidenzen. Hoffnung und Optimismus sind gerechtfertigt. Der Ausweg aus einer Psychose kann sehr unterschiedlich verlaufen, aber selbst mit einer sehr schweren Form kann man lernen zu leben. Ich habe schon auf Kongressen Psychiaterinnen und Psychiater befragt, ob wir die Diagnose abschaffen müssen. Interessanterweise ist das Ergebnis in Europa, auch in den Niederlanden und in Deutschland, 50:50. In den USA halten demgegenüber 95% daran fest.

## Gehirn gut fürs Prestige

Aber warum ist für viele in der Psychiatrie die Diagnose so wichtig?

**Jim van Os:** Das Problem ist, dass die Sinngebung vor langer Zeit aus der Psychiatrie verdrängt wurde. In Deutschland geschah das schon um 1900: Wer sagte, dass er die Gehirne psychiatrischer Patienten untersuchen wollte, bekam Aufmerksamkeit, Prestige und viel Geld. Psychiaterinnen und Psychiater wollen ernst genommen werden, auch durch die anderen medizinischen Wissenschaften.

Wenn das Gehirn erkrankt ist, dann klingt das enorm wichtig. Es gibt aber einen grundlegenden Unterschied zwischen der Psychiatrie und der Neurologie. Bei einer neurologischen Störung, etwa der Lähmung eines Körperteils, lassen sich die Symptome kausal aus dem Nervensystem herleiten. In der Psychiatrie funktioniert das hingegen nicht.

Natürlich ist das Gehirn für unser Denken, Fühlen und Handeln notwendig. Aber so eine kausale Herleitung für so etwas wie Angst, Traurigkeit oder eine Wahnvorstellung, so wie das bei der Lähmung in der Neurologie funktioniert, geht einfach nicht.

## Hilfe für Betroffene

Wir haben bisher vor allem über die Wissenschaftswelt gesprochen. Eben praktisch: Wenn jemand solche Probleme bekommt, was sollte er oder sie dann tun?

**Jim van Os:** Erstens Informationen darüber bekommen, was mit ihm/ihr und in der Familie passiert. Lassen Sie sich nicht vorschnell durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater ein Etikett aufdrücken, sondern suchen Sie Kontakt mit jemandem, der solche Probleme bereits durchgemacht und überstanden hat. Dafür gibt es auch online Netzwerke.

Suchen Sie sich zweitens Hilfe eines Netzwerks für psychische Gesundheitsvorsorge in Ihrer Umgebung, bei dem die persönliche Genesung und die psychische Widerstandskraft im Zentrum stehen.

Beziehen Sie drittens Ihre Eltern, Familie und Freunde mit ein. Sie brauchen sich nicht zu schämen oder zu verstecken. Früher versuchte man, alles geheim zu halten, doch das ist schlecht für die Betroffenen.

Viertens, schalten Sie bei Bedarf die medizinische Welt ein. Organisieren Sie das aber so viel wie möglich selbst, einschließlich sozialer Hilfsdienste für Wohnen und Ausbildung.

Fünftens können Sie auch Moleküle ausprobieren. Es ist jedoch irreführend, solche Medikamente "Antipsychotika" (wörtlich: Mittel gegen Psychosen, Anm. d. A.) zu nennen. Die Wirkungen können nämlich bei jedem anders sein, bei machen können die Mittel sogar zu einer Verschlechterung führen. Vielleicht müssen Sie verschiedene davon ausprobieren, aber vielleicht brauchen Sie auch überhaupt keines. Eine Psychotherapie kann ebenfalls helfen.

Das Wichtigste ist aber die persönliche Widerstandsfähigkeit: Lernen Sie Ihr Problem kennen, verdrängen Sie es nicht, umarmen Sie es, akzeptieren Sie es, fragen Sie sich, was Sie damit anfangen. Wenn das Problem etwa aus einem Trauma entstanden ist, so wie bei rund einem Drittel aller Patientinnen und Patienten, dann können Sie daran mit einer Psychotherapie arbeiten. Passen Sie auf, dass Sie in keine Depression verfallen, dass Sie Ihr persönliches und soziales Netzwerk nicht verlieren.

## Möglichkeiten der Vorsorge

Sie sagten bereits, dass traumatische Erfahrungen, Rückschläge im Leben oder auch eine Immigration das Risiko für psychotische Erfahrungen erhöhen. Gibt es dann keine Möglichkeiten zur Prävention?

**Jim van Os:** Das ist ein wichtiger Punkt. Die psychische Gesundheitsfürsorge kann in den meisten Ländern rund vier bis fünf Prozent der Bevölkerung behandeln. In der Bevölkerung leidet aber jährlich rund ein Viertel an einer psychischen Störung. Das Problem ist zurzeit vor allem, dass die Dienstleister im medizinischen Bereich Gewinne erzielen wollen und alles messbar sein muss.

Das heißt in der Praxis, dass diese Dienstleister sich die Personen mit einer leichten Störung herauspicken, weil deren Symptome gut behandelt werden können. Deren Besserung lässt sich auch gut messen. Bei solchen Patientinnen und Patienten haben wir daher eine Überbehandlung. Gerade bei denjenigen, die aber am dringendsten Hilfe nötig haben, kommt es zu einer Unterbehandlung. Diese sind als "Kunden" für die Dienstleister nämlich am wenigsten attraktiv.

Wir fordern und entwickeln daher eine öffentliche psychische Gesundheitsfürsorge für die leichten Probleme, mit Informationen und Hilfe online: eHealth, mHealth, sogar ein paar Termine bei einem Experten oder einer

Expertin, die gratis angeboten werden. Wir wollen die Menschen besser über psychische Gesundheit aufklären, also nicht nur ein Krankheits-, sondern auch ein Gesundheitsmodell. So ist die Prävention in einem frühen Stadium möglich und bleibt mehr Kapazität für Menschen mit schweren Problemen übrig.

Das klingt überzeugend, doch nach meiner Vermutung wird sich die Wissenschaft nicht so schnell verändern und die neurobiologische Psychiatrie das vorherrschende Paradigma bleiben. Wie sehen Sie das?

**Jim van Os:** Die angesehenen wissenschaftlichen Zeitschriften belohnen biologische Forschung. Diese Zeitschriften haben Einfluss und Einfluss bringt Geld. Einfluss kriegt man vor allem durch harte Biologie. Auch die Industrie will biologische Behandlungen, mit denen sie viel Geld verdienen kann. Inzwischen erscheint das in der Psychiatrie aber nicht mehr möglich. Deshalb zieht sich die Industrie daraus zurück und investiert lieber in andere Gebiete, so wie die Onkologie. Das ist ein großes Problem für die biologische Psychiatrie

## **Patienten wollen wegen schlechter Behandlung sterben**

Noch einmal zurück in die klinische Welt: Inwiefern ist Ihrer Meinung nach das Wohlsein der Patienten zentral oder geht es vor allem um Effizienz und das Marktprinzip? Vor Kurzem warnten Sie sogar davor, dass durch eine Verwahrlosung von Patienten die Nachfrage nach Euthanasie (die in den Niederlanden unter bestimmten Umständen legal ist, Anm. d. A.) in der Psychiatrie zunimmt. Patientinnen und Patienten würden es nicht länger aushalten und daher sterben wollen. Was ist da los?

**Jim van Os:** Es gibt keinen Mangel an Geld, doch die vorhandenen Mittel werden vor allem in kurze Therapien investiert. Mehr passt nicht in das bestehende Marktdenken und zur Idee, dass alles messbar sein muss. Komplexe Modelle fallen damit außer Betracht. Was wir sehr ernst nehmen müssen ist die Anzahl der Selbstmorde, die gerade in den Niederlanden vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zunimmt. Ein großer Teil der Wissenschaft und der klinischen Welt geht an den Bedürfnissen der Patientinnen, Patienten und ihrer Familien vorbei. Wir brauchen eine neue psychische Gesundheitsfürsorge, doch wir haben damit schon angefangen. Zurzeit haben wir eine Reihe von Pilotstudien in einigen Stadtteilen mit 20.000 Menschen. Das ist die Größenordnung, die wir brauchen, um unsere Ideen in die Praxis umzusetzen.

Ein paradoxes Bild sehen wir auch in den Vereinigten Staaten: Die Erfahrungsliteratur, die ich eingangs erwähnte, kommt vor allem von dort; gleichzeitig ist aber deren akademische Psychiatrie außerordentlich biologisch. Tatsächlich existieren dort zwei Systeme nebeneinander: Die klinische Psychiatrie des Gesundheitssystems, die im Wesentlichen den wohlhabenderen Menschen offen steht. Daneben existiert ein System mit freiwilligen Helferinnen und Helfern sowie Spenden reicher Personen, das an der Psychiatrie vorbei Menschen mit Problemen hilft, so wie ich es hier dargestellt habe.

## **Wie viele Störungen brauchen wir?**

Zum Schluss: Ihr Modell geht gegen den Mainstream. Vor Kurzem interviewte ich hier Peter de Jonge, der behauptet, dass drei Störungen - internalisierende, externalisierende und psychotische Störungen - ausreichen würden, um so gut wie alle Patientinnen und Patienten gut zu behandeln ("[Es gibt keine Depressionen](#)"). Dies statt der mehreren hundert Störungen, die die offiziellen Diagnosehandbücher unterscheiden. Wie realistisch finden Sie diese Perspektive?

**Jim van Os:** Ich selbst unterscheide zehn Hauptgruppen, die mit den zehn Hauptgruppen der Diagnosehandbücher übereinstimmen. Ich nenne sie jedoch "Syndrome". Das ist das medizinische Wort für: "Ich weiß es nicht genau."

Ich spreche dann beispielsweise von einem "psychotischen Syndrom". Wichtig ist dabei aber, das mit einer persönlichen Diagnose zu ergänzen, wie der Zustand von jemandem genau ist, und ihn oder sie nicht in eine Schublade zu stecken. Welche Anfälligkeit hat er oder sie - aber auch welche Widerstandskraft und welche Möglichkeiten?

Hinweis: Das Gespräch wurde vom Autor aus dem Niederländischen übersetzt. Dieser Artikel erscheint ebenfalls im Blog "[Menschen-Bilder](#)" des Autors.

*(Stephan Schlein)*