

ZUR BEDEUTUNG DES BEGRIFFS „ICH“ IN DER PSYCHIATRIE

CHRISTINE GRÜNHUT || Das Gehirn-Geist-Problem – wie im Homo neurobiologicus veranschaulicht – wird hier am Beispiel der Psychopathologie in der Schizophrenie beleuchtet. Das Konzept des Ich stellt in der Psychiatrie und Psychotherapie eine zentrale und bisher unersetzbare Funktion für das Verständnis der Symptome und die Therapie von bestimmten Erkrankungen dar.

GRUNDFRAGEN ZUM GEHIRN-GEIST-PROBLEM

Wissenschaft ist in ihrem Erkenntnisstreben darum bemüht, die Vielfalt der Erscheinungen auf eine einzige Grundstruktur zurückzuführen (z. B. Atom), ein allgemeines Gesetz (z. B. $E = mc^2$) oder ein grundlegendes Substrat (z. B. Wasser als Eis und Wolke) zu finden, aus dem sich die Vielfalt herleiten lässt. Dieses reduktionistische Erkenntnisprogramm wird auch in Hinblick auf die Reduktion des Geistigen auf das Physische, also auf das Gehirn, im Rahmen der sogenannten Naturalisierung bzw. Biologisierung des Geistigen angewandt.

Wenngleich viele Argumente in diesem Sinne für einen reduktiven materialistischen Monismus sprechen, der die psychischen Zustände und Prozesse als Gehirnzustände und -prozesse interpretiert, bleiben – je genauer man diese Position betrachtet – viele wichtige Fragen offen. Das in diesem Zusammenhang formulierte „Gehirn-Geist-Problem“ im Sinne des „Homo neurobiologicus“, das das Verhältnis des Geistigen zum Gehirn zum Gegenstand hat, zeigt bis heute keine lückenlose Konzeption.¹ Vor allem der „eliminative Materialismus“, der sogar die Begrifflichkeit der Psychologie und wohl auch der Psychiatrie zugunsten gehirnbioologischer Konzepte als überflüssig ansieht, erscheint nicht akzeptabel.² Wesentliche Begriffe der Gehirn-Geist-Debatte sind nämlich das „Bewusstsein“, die „Wahrnehmung“, das „Denken“, das „Ge-

dächtnis“, das „Ich“, das „Selbst“ usw., für die bisher nur wenige umschriebene neurobiologische Korrelate identifiziert wurden. Insbesondere die Konstrukte „Ich“ bzw. „Selbst“ sind für die Psychiatrie bedeutsam, da die meisten psychischen Erkrankungen mit einem veränderten Ich bzw. Selbsterleben der Person einhergehen. Diese Kategorien bilden daher – beispielsweise für einige Arbeitsansätze der Lehre der psychischen Erkrankungen (Psychopathologie) – eine wichtige und weiterhin unverzichtbare Grundlage im Verständnis der klinisch beobachtbaren Symptome. Im Rahmen der Psychotherapie und in der Verständigung mit dem Patienten sind sogar die Begriffe des Ich und Selbst auseinanderzuhalten,³ doch wird hier nicht näher darauf eingegangen.

Anhand des Beispiels der Schizophrenie wird im Folgenden verdeutlicht, dass der Begriff des „Ich“ in der Psychopathologie sehr zentral und für das Verständnis der äußerst komplexen Symptome hilfreich ist. Dieser Bereich der psychiatrischen Theorie wird aber nun gerade durch die Hirnforschung infrage gestellt. So läuft seit etwa 15 Jahren eine heftige Diskussion über die sachliche Berechtigung der Konstrukte „Ich“, „Selbst“, „Person“ und dgl., angestoßen durch entsprechende Forschungsergebnisse der Neurobiologie und daraus folgenden Interpretationen.⁴ Diese Konstrukte werden allerdings auch in der Philosophie kritisch diskutiert.⁵

WAS IST UND WARUM BRAUCHEN WIR PSYCHOPATHOLOGIE?

Elementarer Bestandteil der Psychiatrie ist die Psychopathologie als Lehre von den krankhaft veränderten Formen des Bewusstseins, Erinnerungsvermögens und Gefühls- bzw. gesamten Seelenlebens. So ist die Basis der psychiatrischen Untersuchung über Jahrzehnte der psychische bzw. psychopathologische Befund. Er setzt sich aus der Prüfung der sogenannten kognitiven und affektiven Funktionen zusammen. Die entsprechenden Befunde werden im Folgenden in beschreibend-klassifikatorische Kategorien erfasst und dargestellt:⁶ Bewusstseins-, Orientierungs-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen; Denkstörungen, Wahn, Ich-Störungen; Störungen der Gefühlswelt bzw. Affektivität, Antriebs- und Bewegungsstörungen, sexueller Antrieb, circadiane Besonderheiten (Schlaf), Befürchtungen und Zwänge usw.

Durch die Beurteilung dieser Dimensionen des psychischen Zustands können charakteristische Symptomprofile psychischer Störungen erfasst und beschrieben werden, die in ihrer Komplexität dann als typische Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen in Diagnosekategorien zusammengefasst werden. In dieser Form zeigt sich, dass es auch zur Erforschung von Krankheiten mit sehr vielfältigen Phänomenen der Reduktion auf einzelne sehr charakteristische Erscheinungen bedarf. Auf der Suche nach solchen Grundstrukturen einer Erkrankung werden einzelne markante Symptome ausgewählt und in weiterer Folge wird versucht, die Ursachen und Hintergründe darzustellen, also eine erklärende Krankheitstheorie zu entwickeln.

In den letzten Jahrzehnten fand allerdings unabhängig von der neurobiologischen Forschung im Fach der Psychopathologie eine dramatische Veränderung statt: Anstelle der ausführlichen und differenzierten erzählend-beschreibenden Psychopathologie kommen nun seit längerem, vor allem aus dem angloamerikanischen Raum, immer mehr standardisierte verkürzende Beurteilungsskalen zur Anwendung, die die psychopathologischen Phänomene in Skalenwerten abbilden und zwar in Form von Checklisten.⁷ Dieser ursprünglich wertvolle Versuch der Vereinfachung und internationalen Standardisierung der Diagnostik leistete aber auch dem biologischen Reduktionismus

weiter Vorschub. Sowohl in der Diagnostik aber noch mehr im individuellen Umgang mit dem Patienten stellt diese Form der einfachen Kategorisierung von Erkrankungen jedoch in vielerlei Hinsicht eine insuffiziente und unbefriedigende Lösung dar. Diese Form des Reduktionismus, international inzwischen von vielen Ärzten und Fachverbänden kritisiert, wird von anderen Interessengruppen nicht nur begrüßt, sondern auch in der neurobiologischen Forschung als Basis herangezogen.

Ermangels einer Psychopathologie, die die einzelnen seelischen Prozesse und Zustände, ähnlich wie die Psychoanalyse, in einen dynamischen Wechselspiel zu erfassen erlaubt, wird viel Hoffnung auf die Neurobiologie gesetzt. Davon später. Es gibt allerdings noch einen hier interessierenden Arbeitsansatz der Psychopathologie, nämlich jenen der Ich-Psychopathologie, der ein interessantes Erklärungspotenzial hat.

DAS „ICH“ IN PHILOSOPHIE UND IN PSYCHOPATHOLOGIE

Der substantivische Begriff des „Ich“ wird in der Philosophie bereits einige Jahrhunderte verwendet und im deutschen Sprachraum aufgrund der Interpretationen der Übersetzungen aus dem Englischen kontrovers aufgefasst. Vor allem im Rahmen der Philosophie von John Locke und insbesondere bei Immanuel Kant findet sich diese vieldiskutierte Kategorie.

Für John Locke ist das *Ich* das bewusst denkende Wesen, gleichviel aus welcher Substanz es besteht (ob aus geistiger oder materieller, einfacher oder zusammengesetzter), das für Freude und Schmerz empfindlich und sich seiner bewusst ist, das für Glück und Unglück empfänglich ist und sich deshalb so weit um sich selber kümmert, wie jenes Bewusstsein sich erstreckt.⁸

Immanuel Kant hat die auch für heute noch relevanten Analysen des Ich vorgelegt und diese Entität zusammenfassend so beschrieben:⁹ „Das ‚ich denke‘ muss all meine Vorstellungen begleiten können.“ Damit ist gemeint, dass das Ich-Bewusstsein allen weiteren Erlebnissen zugrunde liegt.¹⁰ Die äußerst komplexe Konzeption des „Ich“, wie sie Kant charakterisiert hat, wird von Eisler im Kant-Lexikon höchst interessant zusammengefasst, wobei zu betonen ist, dass der eilige Leser den folgenden Textabschnitt nur rasch zu

überfliegen braucht. Für einige Leser birgt dieser Abschnitt allerdings vielleicht Anregungen zum eigenen Nachdenken über sich selbst:¹¹

„Das Ich ist als Gegenstand des ‚inneren Sinnes‘, als empirisches Ich, ebenso Erscheinung wie das Außending. Das Ich wird nicht in seinem Sein an sich erkannt. Auch das ‚reine Ich‘ als ‚Subjekt‘ ist nicht Ding an sich, wenn es auch nicht Erscheinung ist. Es ist eben überhaupt kein Ding, keine einfache Substanz oder Kraft, sondern bedeutet die logische, transzendente (Erkenntnis bedingende) Einheit des Bewusstseins, der Apperzeption, ein ‚reines‘ Bewusstsein, das alles Vorstellen begleitet oder doch begleiten können muss, den Einheitspunkt des Bewusstseins, auf den sich alles Vorstellen beziehen lässt; es ist rein formal, ist nicht einmal ein Begriff (mit bestimmtem Inhalte), sondern das ‚Vehikel aller Begriffe‘, der Grund des Denkens, die oberste Voraussetzung desselben. Das menschliche Ich ist nicht bloß Erscheinung, sondern auch ein ‚Noumenon‘, etwas Übersinnliches, dessen Manifestation die freie, sittliche Gesetzgebung ist. Die Außenwelt ist nicht vom empirischen, einzelnen, gewordenen, psychologisch sich entwickelnden Ich abhängig, sondern hat dieselbe ‚empirische Realität‘ wie dieses, ist nicht in, sondern außer ihm, ja bedingt dessen bestimmtes Dasein in der Zeit, indem die innere Erfahrung schon die äußere voraussetzt. Empirisches Ich sowohl als Außenwelt sind als solche Erscheinungen, deren Form von der Gesetzlichkeit des reinen (transzendenten) Bewusstseins (nicht im kausalen Sinne) abhängig ist, d. h. sie haben diese Gesetzlichkeit zur Voraussetzung, Grundlage.“

Es ist leicht vorstellbar, dass dieses komplexe Konstrukt des Ichs bei Kant zur Vielschichtigkeit des Ich zu vielfältigen Diskussionen geführt haben, die wir hier – mit der Psychiatrie im Fokus – nicht vertiefen können.¹² Dennoch möchte ich hier noch kurz eine mehrdimensionale, aber systematisierte Charakterisierung des Ich eines Psychiaters (K. Vogeley) und eines Philosophen (A. Newen) anführen, die eine Diskussionsgrundlage bieten können:¹³

- Das Ich als Zentrum der räumlichen und kognitiven Perspektive (Perspektivität).
- Das Ich als Träger meiner subjektiven Erfahrungen und Körperzustände (Meinigkeit / zumir-Gehörigkeit).

- Das Ich als Urheber der Handlungen (Urheberschaft).
- Das Ich als Subjekt der Autobiographie (trans-temporale Einheit).

In dieser Bedeutungsvariante stellt sich die Frage des Nutzens des Begriffs des Ich in der Psychiatrie. In der Psychiatrie gewinnt nämlich die Verwendung des substantivisch gebrauchten Ich-Begriffs vor allem ab Ende des 19., beginnendem 20. Jahrhunderts an Bedeutung und führt auch in dieser Disziplin zu unterschiedlichen Auffassungen und Interpretationen. Der Neurologe und Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud verwendet den Ich-Begriff in der Psychoanalyse (Ich, Es, Überich) dazu, eine zentrale steuernde Instanz über Denken, Wahrnehmen und Erinnern anzunehmen, die mit einem Selbstbild, den Vorstellungen zur eigenen Person verbunden ist. Angelehnt an dieses Begriffsverständnis ist auch die bereits erwähnte Kategorie der Ich-Störungen der klinischen Psychiatrie zu sehen. Andere vielfältige Varianten des Ich-Begriffs finden sich auch noch in den diversen Psychotherapieschulen. Und schließlich wird auch der Begriff des Selbst, wie erwähnt, oft synonym oder zumindest sehr ähnlich verwendet, worauf wir hier nicht eingehen können und hier die durchwegs sinnvolle Unterscheidung vernachlässigen müssen.¹⁴

In der frühen Psychopathologie war vor allem Karl Jaspers, Psychiater und Philosoph, sehr bemüht, diverse psychische Veränderungen im Rahmen psychischer Erkrankungen genau zu dokumentieren. Die von ihm beobachteten Patienten beschrieben auf direkte oder indirekte Weise ihre Erlebenswelten, Wahrnehmungen, Veränderungen. Ein wichtiger Fokus seiner Arbeit lag auf der Erfassung der Veränderung des Ich-Erlebens. Er führt dazu Folgendes grundlegend aus:¹⁵ „Wir stellen dem Gegenstandsbewusstsein das Ich-Bewusstsein gegenüber. Wie wir in jenem mannigfache Weisen, in der uns Gegenstände gegeben sind, unterscheiden mussten, so haben wir es auch beim Ich-Bewusstsein, der Weise wie das Ich sich seiner selbst bewusst ist, nicht mit einem einfachen Phänomen zu tun. Das Ich-Bewusstsein hat vier formale Merkmale: das Tätigkeitsgefühl, ein Aktivitätsbewusstsein, das Bewusstsein der Einfachheit: Ich bin einer im gleichen Augenblick, das Bewusstsein der Identi-

tät: Ich bin derselbe wie von jeher und das Ich-bewusstsein im Gegensatz zum Außen und zum Anderen.“ Er formuliert an anderer Stelle: „In dieser inhaltlichen Erscheinung und Entwicklung wird sich das Ich seiner als Persönlichkeit bewusst.“

Heute wird das Ich, in Anlehnung an Jaspers, beispielsweise in dem weit verbreiteten Lehrbuch zur Psychopathologie von Christian Scharfetter, einem der größten klinischen Schizophrenie-Forscher der letzten Jahre, folgendermaßen definiert:¹⁶ „Das Ich macht den wachen, bewussteinaklaren Menschen aus, der um sich selbst weiß, sich als gestimmt, gerichtet, wahrnehmend, wünschend, bedürftig, getrieben, verlangend, fühlend, denkend, handelnd in der Kontinuität seiner Lebensgeschichte erfährt. Wir gebrauchen das substantivische Abstraktum ‚Ich‘ zur Benennung dieses je eigenen Selbstseins und sind dabei der Zusammengehörigkeit von Ich und Welt eingedenk.“ Und weiter heißt es: „Die Menschen sind jeweils ‚Ich‘ in unterschiedlichem Grad der Vergegenwärtigung je nach Entwicklungsstand, Selbstreflexion, Introspektion, Kultur. ... Was wir mit Ich meinen, das Erlebens- und Verhaltenszentrum, das sich im sozialen Kontext, in der Welt überhaupt ortet, die Anlaufstelle für das Ankommen, Verbindungsstätte vom Gegenwärtigen mit Vergangenheit und Zukunft, Verarbeitungs- und Sendestelle für alles Efferente, ist natürlich auch in diesen (anderen) Kulturen ‚da‘, das heißt, die Menschen leben es, sind es, soweit sie ‚gesund‘ funktionieren.“

Nach Scharfetter und in Anlehnung an Jaspers hat der Gesunde ein Ich-Bewusstsein als die Gewissheit des wachen, bewussteinaklaren Menschen: „Ich bin ich selber“, das heißt, ich bin lebendig (Ich-Vitalität), ich bin eigenständig und selbstbestimmt im Vernehmen und Handeln (Ich-Aktivität), ich bin einheitlich und zusammenhängend (Ich-Konsistenz), ich bin abgegrenzt und unterschieden von anderen Wesen / Dingen (Ich-Demarkation), ich bin selbig im Verlauf des Lebens und in verschiedenen Lebenslagen (Ich-Identität).

Und genau diese Dimensionen des Ich-Erlebens sind am eindrucklichsten bei der Schizophrenie gestört, wenngleich verschiedene Aspekte auch bei anderen psychischen Krankheiten verändert sind.

SCHIZOPHRENIE

Die Schizophrenie als Prototyp einer „Geisteskrankheit“ ist seit Jahrhunderten bekannt, aber erst durch Eugen Bleuler so benannt. Philippe Pinel beschrieb im 18. Jahrhundert bereits in seinem bahnbrechenden Werk „Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geisteskrankheit und Manie“ u. a. eine *Démence* und B. A. Morel im 19. Jahrhundert eine *Démence précoce*, was später von Emil Kraepelin als *dementia praecox* (frühzeitige Demenz) übernommen wurde.¹⁷ Kraepelin wollte vornehmlich durch objektive Beobachtung der Kranken erkennen und beschreiben. Im Gegensatz dazu setzte sich sein Schweizer Kollege Eugen Bleuler auch mit der Erlebniswelt der Patienten auseinander, sodass er weiterhin brauchbare Grundlagen und Einsichten zur klinischen Psychopathologie der Schizophrenie legte. Er zeigte von Anfang an Interesse an den psychoanalytischen Ansätzen Sigmund Freuds, was sich auch in seiner Psychopathologie widerspiegelt. Seine Beschreibung der Symptome und die zugehörige Klassifikation sind bis heute relevant und Basis der gängigen internationalen Klassifikationen.

Die heute offizielle, internationale, für die Diagnose gültige Beschreibung der Schizophrenie und der schizophrenen Störung lautet, wie folgt:¹⁸

- Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen des Denken und der Wahrnehmung sowie durch inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet.
- Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit, aber auch zu Beginn gewisse kognitive Defizite entwickeln können.

Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene im Bereich des Denkens sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug und Gedankenausbreitung. Diese Phänomene vermitteln der betroffenen Person den Eindruck, dass sie nicht mehr Herr des eigenen psychischen Geschehens ist, was dem Konzept der Störungen der Ich-Funktion bzw. der Ich-Störungen entspricht (s. u.). Ähnlich ist der Wahn zu sehen, als Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, was zunehmend zu einer neuen subjektiven Identität führt. Halluzinierte Stimmen, die in der

dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, allgemeine Denkstörungen und Negativsymptome ergänzen das sehr heterogene Symptombild.

Wie eingangs beschrieben, besteht auch für die Psychopathologie die Aufgabe, die Vielfalt dieser Symptome auf sinnvolle Symptomgruppen zurückzuführen. Besonders nachhaltig wirksam für das Verständnis und als Theorie dieser Symptomvielfalt ist bis heute Eugen Bleulers Modell,¹⁹ das von Grundsymptomen (substratnahe, Gehirnbedingte Symptome) und Sekundärsymptomen, die möglicherweise als Reaktionen auf die Grundsymptome aufzufassen sind, ausgeht: Grundsymptome sind Denkstörungen (Assoziationsstörungen), Ambivalenz und Autismus; Sekundärsymptome sind demnach Halluzinationen, Wahn etc., sie entstehen erst aus dem Versuch des Umgangs mit Primärsymptomen.

Das hier interessierende Konzept „Ich“ setzt Eugen Bleuler mit der Persönlichkeit gleich:²⁰ „Das Ich ist der Teil des Menschseins, der bewusst als Ich erlebt wird. Im Ich ordnet sich die rationale und emotionale Erfahrung über die Realitätsanpassung, die Berücksichtigung der aktuellen Situation und alles was aus dem Es und dem Über-Ich uns beeinflusst, zu einer geordneten Anpassung an die Welt, in der wir leben. Jede Geisteskrankheit bildet die Persönlichkeit um.“

Für die Schizophrenie interpretiert sieht dies sein Sohn Manfred Bleuler so:²¹ „[Die] Gesamtpersönlichkeit [ist] aufgelockert, gespalten und der natürlichen Harmonie verlustig, was sich gleichermaßen in der Zerfahrenheit, der Parathymie und der Depersonalisation äußert.“

Im Rahmen der heutigen Psychopathologie wird das Erleben der Menschen mit schizophrenen Störungen so charakterisiert, dass es grundlegend auch durch Ich-Störungen geprägt ist. Einige wichtige Begriffe der „Ich-Störungen“ werden in einem aktuellen Psychiatrielehrbuch beschrieben:²² Derealisation (Welt wird als anders erlebt), Depersonalisation (Person wird als anders erlebt), Autismus (reduzierte Beteiligung an der Außenwelt), Fremdbeeinflussungserlebnisse u. a. in Form der Fremdbeeinflussung des Denkens und der Gedankenausbreitung.

Im Rahmen der weiterführenden Ich-Psychopathologie bietet sich nach Scharfetter eine gestufte Systematik an.²³

- **Störung der Ich-Vitalität:** Hier bilden sich das Erleben vom Absterben, dem Tod, Untergang, dem Nicht-mehr-Sein, dem Weltuntergang, Untergang anderer Menschen usw. ab.
- **Störung der Ich-Aktivität:** Diese Dimension erfasst das Erleben des Verlustes des Gefühls der Eigenmächtigkeit im Handeln und Denken, der Fremdsteuerung und -beeinflussung, der Kontrolle im Erleben, Handeln, Denken, Fühlen, Lahmgelegtsein, Besessensein.
- **Störung der Ich-Konsistenz:** Das Erleben der Änderung der Beschaffenheit des Leibes, der Aufhebung des Zusammenhangs des Leibes oder seiner Teile, der Gedanken-Gefühlsverbindung, der Gedankenketten, Willens- und Handlungsimpulse, Veränderung der Welt usw. sind Merkmale dieser Dimension.
- **Störung der Ich-Demarkation:** Dieser Störungsaspekt betrifft Unsicherheit, Schwäche oder Aufhebung der Ich-nicht-Ich-Abgrenzung, das Fehlen eines (privaten) Eigenbereichs im Leiblichen, im Denken, Fühlen, Störung der Innen- / Außen- und Fremd- / Eigen-Unterscheidung.
- **Störung der Ich-Identität:** Diese Kategorie erfasst die erlebte Unsicherheit über eigene Identität, die Angst vor Verlust der eigenen Identität, Erleben des Verlusts der eigenen Identität, Erleben der Veränderung der Körperformen, Geschlechtsänderung, Verwandlung in ein anderes Wesen, Änderung der Herkunftsidentität usw.

Diese umfassende Systematik der Ich-Psychopathologie von Scharfetter zur Einordnung der komplexen Symptome der Schizophrenie hat international allerdings wenig Beachtung gefunden, obgleich sie konzeptionell gut mit der Ich-Philosophie anschlussfähig ist.

Es ist aber auch interessant, diesen Ansatz auf Erforschung der neurobiologischen Grundlagen der Schizophrenie weiter zu verfolgen.

NEUROBIOLOGIE

Grundsätzlich wird in der Neurobiologie mit Hilfe der bildgebenden Methoden und mit den Methoden aus der Genetik und Molekularbiologie nach den neuralen Korrelaten psychischer Störungen gesucht. Die neurobiologische Forschung in der Psychiatrie hat in methodischer Hinsicht bei der Untersuchung der Schizophrenie wie

auch bei anderen psychischen Störungen diese Untersuchungstechniken bei Kranken angewandt und die Befunde mit jenen bei Gesunden verglichen. Im Falle von Differenzen wurde und wird versucht, diese Befunde mit anderen Erkenntnissen der Funktionen verschiedener Gehirnstrukturen in Beziehung zu setzen. Auf diese Weise soll z. B. die Ursache für das schizophrene Erleben und Verhalten gefunden werden. Dabei stehen Symptome wie Wahrnehmungsstörungen, Denkstörungen oder Gedächtnisstörungen im Vordergrund, für die morphologische Korrelate gesucht werden.²⁴ Die oben beschriebenen Defizite der Ich-Funktionen korrespondieren recht gut mit sogenannten eher deskriptiven substratnahen Theorien einer „Filterstörung“ oder entsprechenden „Stress-Vulnerabilität-Konzepten“: In dieser Sichtweise kommt es bei bestimmten Menschen bei Vorliegen einer gewissen Krankheitsdisposition (Empfindlichkeit), verbunden mit bestimmten Stressoren, zum Ausbruch einer Erkrankung mit ihren benannten Störungen und zwar wegen zu schwacher Informationsverarbeitungsalgorithmen.

Auf Basis dieses Konzepts und der neurobiologischen Methodologie wurde von der Makroanatomie ausgehend eine Volumenreduktion des Gehirns und damit einhergehend eine veränderte lokale Aktivierung des Gehirns gefunden. Auf der Mesoebene wurden Funktionsstörungen der einzelnen Neurone (Chandelier Zellen im Cortex) und ihrer Verbindungen über Synapsen, Transmitterkonzentrationen (GABA, Dopamin, Glutamat usw.) identifiziert. So wurde bei schizophrenen Menschen, die Stimmen hören, also akustische Halluzinationen haben, eine Überaktivität im Bereich der akustischen Hirnrinde, also im Schläfenlappen, gefunden. Auch wurde festgestellt, dass die kognitiven Symptome, wie das geminderte Arbeitsgedächtnis, mit einer verminderten Fähigkeit des sogenannten präfrontalen Cortex, schnelle elektrische Wellen (hochfrequente Gamma-Wellen) zu generieren, einhergeht.²⁵ Was aber verursacht diese Überaktivität in einem Gehirngebiet und was die Unteraktivität im anderen Gehirngebiet? Auf der Mikro- und Ultramikroebene des Gehirns mit genetischen Auffälligkeiten u. a. wurden zahllose Untersuchungen durchgeführt, die bis heute aber keine schlüssige Erklärung aller Symptome von den Genen aufwärts

zeigen konnten. Neuerdings wird deshalb – in Einklang mit diesen teilweise widersprüchlichen Befunden – die Hypothese der strukturellen und funktionellen „Dyskonnektivität“ des Gehirns formuliert, die besagt, dass verschiedene Gehirngebiete miteinander besonders schwach oder besonders stark verbunden sind.²⁶ Das betrifft beispielsweise die deutlich schwache Verbindung des Stirnhirns (präfrontaler Cortex) mit dem Schläfenlappen (temporaler Cortex). Diese aktuelle Forschungshypothese der Dyskonnektion deckt sich auch stark mit dem Konzept der Assoziationsstörung nach Bleuler. Aber kann dadurch ein Schubhafter Verlauf mit schweren Krankheitssymptomen und weitgehender völlig gesunden Phasen erklärt werden?

Vor allem bei so zentralen psychopathologischen Konstrukten wie dem Ich und seinen Störungen scheint die Neurobiologie allerdings an ihre Grenzen zu stoßen. Die Störungen des Selbst-Erlebens scheinen zwar mit einer stärker fragmentierten Aktivierung der mittelliniennahen Gehirnstrukturen, die dem limbischen System zugehörig sind (posteriorer anteriorer cingulärer Cortex), einherzugehen,²⁷ aber es besteht der Trend, dass heute in der Hirnforschung die Elimination des Ich-Begriffes diskutiert wird. Dies in besonderem Ausmaß deswegen, weil aufgrund diverser neurobiologischer Untersuchungen die fehlende Willensfreiheit des Menschen postuliert wird und damit das Ich-Erleben, wie es oben dargestellt wurde, als wirkungsloses Epiphänomen klassifiziert wird.

Es wird deutlich: Dank der neurobiologischen Forschung ist es zwar möglich, immer besser und detaillierter bei Schizophrenie auftretende Gehirnmerkmale zu beschreiben, einem Durchbruch des Verständnisses der Erkrankung Schizophrenie kommen wir bisher jedoch nicht wesentlich näher – die aktuelle „Dyskonnektions-Hypothese“ sagt theoretisch nicht viel mehr als die Assoziationsstörungen im weiteren Sinne, an die Bleuler gedacht hat.

Zusammenfassend kann man die Neurobiologie als sehr junge Wissenschaft bezeichnen, die, wie in vielen Wissenschaften davor, versucht, menschliches Verhalten zu verstehen und zu erklären. So haben wir viel über die Funktionsmechanismen des Gehirns gelernt, allerdings gibt es bis heute keine schlüssige Krankheitstheorie der

Schizophrenie seitens der Neurobiologie, sodass bisherige Therapiemethoden nicht durch effizientere ersetzbar sind.

CONCLUSIO

In Hinblick auf die zentrale Fragestellung des Symposiums zum „Homo neurobiologicus“, ob die Neurobiologie den Menschen, und vor allem was psychische Störungen betrifft, erklären kann, ist festzustellen, dass dieses Ziel keinesfalls erreicht ist und vielleicht auch wegen der methodologisch kaum überbrückbaren Differenz zwischen dem subjektiven Erleben und objektiver Hirnforschung vielleicht prinzipiell nicht erreicht werden kann.

In der klinischen Praxis ist deshalb das Konstrukt Ich-Bewusstsein im Sinne des Selbsterlebens der an Schizophrenie erkrankten Person weiterhin nützlich, um die Vielzahl dieser Symptome in einer Kategorie zusammenzufassen. Die bisher gefundenen neurobiologischen Korrelate dieser Krankheit sind nicht differenziert genug identifiziert und vor allem nicht spezifisch.

Es wird deutlich, dass die Ordnung bzw. die derzeitige Einteilung der Schizophrenie aufgrund ihrer charakteristischen Symptome bzw. Funktionsstörungen nicht ersetzbar ist. Im Gegenteil: Die Bewahrung von traditionsreichen Konstrukten zur Beschreibung und für das Verstehen der individuellen Erlebniswelt der psychisch Kranken bietet derzeit das wichtigste Instrument in der klinischen Arbeit, insbesondere solange seitens der Neurobiologie keine schlüssigen Krankheitstheorien vorliegen.

Wie nun oben in ein paar Beispielen angedeutet, wird in diesem Zusammenhang der Begriff des Ich vielfältig und in unterschiedlichen Interpretationen verwendet. Er ist nicht immer trennscharf, aber sinnvoll und auch notwendig, z. B. für den ärztlich explorativen und therapeutischen Arbeitsbereich. Dieses Konzept ist auch anschlussfähig mit anderen Konzepten zur Psychopathologie und hat nicht nur eine ordnungsstiftende Funktion, insofern verschiedene Selbstbeschreibungen der Patienten auf ein zentrales / grundlegendes Funktionsdefizit zurückgeführt werden können.

Und auch wenn eine gewisse Notwendigkeit der Vereinheitlichung der speziellen Symptome für neurobiologische Forschung besteht, existiert

aber die große Gefahr von Fehlschlüssen und Missinterpretationen von eben diesen anschließend erhobenen Befunden. Die Reduktion der diversen, teilweise sehr komplizierten Symptome ist nicht nur für das Verständnis und auch den Verlauf der Erkrankung und die Ressourcen für den Patienten sehr wichtig. Es kann vielmehr auch bei unpräziser Verwendung der Symptome oder begrifflichen Darstellung schließlich dann nur ungenau oder gar nicht erforscht werden.

Wichtig wäre vielmehr die enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und theoretischen Untersuchungen im Labor zur Präzisierung für neurobiologische Untersuchbarkeit, sowohl um dem Menschen in seiner Komplexität gerecht zu werden als auch um voreilige und kontraproduktive, unser gesamtes Menschenbild betreffende Schlüsse zu ziehen. Die Einbeziehung der Philosophie in die neurobiologische Forschung mit der Frage nach Form und Inhalt des Erlebens der Person wäre ebenso wieder notwendig. Ein biologischer Reduktionismus stellt letztendlich unser elementares Selbstverständnis unseres Menschseins zunehmend infrage, die weitere Entwicklung bleibt derzeit völlig offen. Die notwendigen Prüfungen der tradierten Bilder des Menschen über sich und seine Welt sind sicher sinnvoll, allerdings ist es notwendig, etwas vorsichtiger mit dem Thema umzugehen. Insbesondere ein sogenannter elementarer Materialismus, der vordergründig das für unser subjektives Erleben Wesentliche eliminiert oder ignoriert, scheint mir kein sehr sinnvoller Ansatz.

Abschließend sei im Sinne dieses Artikels das Zitat von Paul Hoff angeführt:²⁸

„Bewusstseins- und psychiatrischer Krankheitsbegriff haben etwas Wesentliches gemeinsam: Sie widersetzen sich jeder voreiligen Feststellung und Reifizierung. Definiert man ‚Bewusstsein‘ etwa strikt naturalistisch, also ausschließlich als objektiver quantifizierbarer Hirnzustand, so bleibt Entscheidendes auf der Strecke, vor allem der subjektive Bereich von den ‚Qualia‘ bis hin zur personalen Autonomie. Definiert man ‚psychische Krankheit‘ strikt naturalistisch, so geschieht das Gleiche: Das resultierende Krankheits- und damit Therapieverständnis wird zu eng.“

|| DR. MED. UNIV. CHRISTINE GRÜNHUT

Fachärztin für Psychiatrie, Wien

ANMERKUNGEN

- 1 Tretter, F. / Grünhut, C.: Ist das Gehirn der Geist?, Göttingen 2010.
- 2 Siehe an der Heiden, U. in diesem Band.
- 3 Hochschule für Philosophie: Ich und Selbst. Dialog von Philosophie, Psychotherapie und Neurobiologie, München 2013, <http://www.hfph.mwn.de/drittmittelprojekte/philosophie-und-motivation/tagung-ich-und-selbst>
- 4 Roth, G.: Denken Fühlen Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert, Frankfurt a. M. 2001; Roth, G.: Aus Sicht des Gehirns, Frankfurt a. M. 2003; Roth, G. / Grün, K. J. (Hrsg.): Das Gehirn und seine Freiheit, Göttingen 2006; Singer, W.: Der Beobachter im Gehirn. Essays zur Hirnforschung, Frankfurt a. M. 2002; Singer, W.: Verschaltungen legen uns fest. Wir sollten aufhören von Freiheit zu sprechen, in: Hirnforschung und Willensfreiheit, hrsg. von C. Geyer, Frankfurt a. M. 2004, S. 30-65.
- 5 Beckermann, A.: Es gibt kein Ich, doch es gibt mich, in: Gehirne und Personen. Beiträge zum 8. Internationalen Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Philosophie in Graz, hrsg. von M. Fürst, W. Gombocz und C. Hiebaum, Frankfurt a. M. 2009, S. 1-17.
- 6 Payk, T.-R.: Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose, Heidelberg 2010.
- 7 Siehe z. B. Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Bern 2004; Sass, H. / Wittchen, H.-U. / Zaudig, M. (Hrsg.): DSM – IV Diagnostische Kriterien, DSM-IV-TR, Göttingen 2004.
- 8 Locke, J.: Versuch 428 (Hervorh. im Original), Über Identität und Verschiedenheit, 2. Buch, XXVII. Kapitel, S. 428, http://www.Philosophie.uni-muenchen.de/lehreinheiten/philosophie_3
- 9 Kant 1781, zitiert nach Karl Jaspers.
- 10 Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, Heidelberg, 9. Aufl., 1973, S. 101.
- 11 Eisler, R.: Ich. Kantlexikon 1930, Nachschlagewerk zu Immanuel Kant, <http://www.textlog.de/32427.html>, Stand: 10.1.2008.
- 12 Siehe Northoff, G.: Das disziplinlose Gehirn – was nun, Herr Kant? Auf den Spuren unseres Bewusstseins mit der Neurophilosophie, München 2012.
- 13 Newen, A. / Vogeley, K.: Paradigmen der Philosophie des Geistes, in: Zur Zukunft der Philosophie des Geistes, hrsg. von P. Spät, Paderborn 2008, S. 93-124, hier S. 115.
- 14 Hochschule für Philosophie: Ich und Selbst.
- 15 Jaspers: Allgemeine Psychopathologie.
- 16 Scharfetter, C.: Allgemeine Psychopathologie, Stuttgart 2010, S. 71.
- 17 Krüger, H.: Geschichtlicher Abriss der Forschung zum Schizophrenieproblem, in: Die Schizophrenien. Herausforderung für eine Psychiatrie diesseits der Wissenschaftsschranken, hrsg. von H. Krüger, Stuttgart 1981, S. 1-24.
- 18 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Klassifikationsschema ICD-10, F20.0, Auszüge, Schizophrenie, 2009, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kode-suche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-f20-f29.htm>
- 19 Bleuler, E.: Dementia preacox oder die Gruppe der Schizophrenien, Leipzig 1911; Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, 15. Aufl., 1983.
- 20 Ebd., S. 81.
- 21 Ebd., S. 434.
- 22 Möller, H.-J. / Laux, G. / Deister, A.: Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart 2009, S. 55-56, 147, 150.
- 23 Scharfetter: Allgemeine Psychopathologie, S. 73-75.
- 24 Mathalon, D. H. / Ford, J. M.: Neurobiology of schizophrenia – search for the elusive correlation with symptoms, in: Front. Hum. Neurosci., 25.5.2012, doi: 10.3389/fnhum.2012.00136
- 25 Uhlhaas, P. J.: Dysconnectivity, large-scale networks and neuronal dynamics in schizophrenia, in: Current Opinion in Neurobiology 2/2013, S. 283-290.
- 26 Stephan, K. E. / Friston, K. J. / Frith C. D.: Dysconnection in Schizophrenia. From Abnormal Synaptic Plasticity to Failures of Self-monitoring, in: Schizophrenia Bulletin 3/2009, S. 509-527, doi: 10.1093/schbul/sbn176
- 27 Meer, L. van der / Vos, A. E. de / Stiekema, A. P. M. u. a.: Insight in Schizophrenia. Involvement of Self-Reflection Networks?, in: Schizophrenia Bulletin 2012, doi: 10.1093/schbul/sbs122, First published online 27.10.2012.
- 28 Hoff, P.: Über die zukünftige Rolle der Psychopathologie. Grundlagen- oder Hilfswissenschaft, in: Subjektivität und Gehirn, hrsg. von T. Fuchs, K. Vogeley und M. Heinze, Berlin 2007, S. 195-209, hier S. 204.