

Fachübergreifender Erklärungsansatz für Schizophrenie

April 2010

Ansgar Feist

E-Mail: ansgar_feist@hotmail.com

Zusammenfassung: Schizophrene Störungen gelten auch heute als rätselhaft, und es besteht Unzufriedenheit mit der vorwiegend pharmakologischen Behandlung, die nur Symptome überdecken, aber nicht heilen kann. Neue Untersuchungen stellen zudem in Frage, ob die pharmakologische Behandlung innerhalb der letzten 50 Jahre verbessert wurde, da das bei den neuen Neuroleptika häufig auftretende metabolische Syndrom Lebensqualität vermindert und Lebenszeit verkürzt. Über Ursachen für das erstmalige Auftreten dieser seelischen Störungen wird nach wie vor spekuliert, während das Fortbestehen von schizophrenen Störungen weitgehend durch das *Expressed-Emotion*-Konzept (EE) erklärt werden kann – allerdings wird das *Expressed-Emotion*-Konzept im klinischen Alltag nicht ausreichend gewürdigt. Bei dem hier dargelegten phänomenologischen Erklärungsansatz für die Ursachen von schizophrenen Störungen wird versucht, epidemiologische, psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und neurophysiologische Erkenntnisse zu berücksichtigen, um Anregungen für Prävention und Behandlung zu geben.

Schlüsselwörter: Abwehrmechanismen, Ambivalenz, Depression, double-bind theory, Epidemiologie, Expressed Emotion, Lügen, Neuroleptika, paradoxe Intervention, Phänomenologie, Sozialdarwinismus, Stressimpfungstraining

Title: An interdisciplinary approach to schizophrenia

Abstract: Schizophrenic disorders are also puzzling today and there is discontent with the mainly pharmacological treatment, which can only cover symptoms, but can not heal. Moreover new investigations ask whether the pharmacological treatment was improved within the last 50 years, because the metabolic syndrome, which often appears with the new antipsychotics, decreases quality of life and shortens lifetime. It is still speculated about the causes for the first-time occurrence of these mental disorders, while the continued existence of schizophrenic disorders can be explained to a great extent by the Expressed Emotion concept (EE). But the Expressed Emotion concept is not appreciated enough in the clinical everyday life. The here demonstrated phenomenological explanation for the causes of schizophrenic disorders tries to include knowledge of epidemiology, psychoanalysis, cognitive behavioral therapies and neurophysiology with the aim to give suggestions for prevention and treatment.

Key words: defence mechanism, ambivalence, major depressive disorder, double-bind theory, epidemiology, expressed emotion, lie, antipsychotics, paradoxical intervention, phenomenology, social darwinism, stress inoculation training

Historische Perspektive und Bedeutung des aktuellen Zeitgeistes

Der Begriff „*Schizophrenie*“ ist aus dem Griechischen abgeleitet von *schizein* = *abspalten* und *phrēn* = *Seele, Zwerchfell*. Die Schizophrenie hat jedoch nichts mit einer Spaltung der Persönlichkeit zu tun, wie die wörtliche Herleitung des Begriffs vermuten lassen könnte – zum Beispiel in der Weise, dass es eine gute und eine böse Person in einem Menschen gibt, die aber nichts voneinander wissen. Die Annahme, es gäbe „*Dr. Jekyll und Mr. Hyde*“ in einem Menschen, wie in der Erzählung des schottischen Schriftstellers Robert Louis Stevenson, ist falsch. Der Begriff „*Schizophrenie*“ wurde von dem schweizerischen Psychiater Eugen Bleuler im Jahr 1908 geprägt (Hell, Scharfetter & Möller, 2001) und im Jahr 1911 ausführlich in dem Buch „*Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*“ dargestellt. Mit diesem neuen Begriff löste Bleuler den von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin eingeführten Begriff „*Dementia praecox*“ ab. Kraepelin glaubte bei diesen

Erklärungsansatz für Schizophrenie 3

seelischen Störungen einen fortschreitenden und vorzeitigen (lateinisch: *praecox*) Abbau geistiger Fähigkeiten (lateinisch: *dementia*) zu erkennen – diese Annahme widersprach allerdings den meisten klinischen Beobachtungen. Auf Eugen Bleuler geht auch der – aus seiner Sicht – zentrale Begriff zum Verstehen der Schizophrenie zurück: die sogenannte „Ambivalenz“. Ambivalenz könnte mit „Doppelwertigkeit“ übersetzt werden – abgeleitet von den lateinischen Wörtern *ambo* = *beide* und *valere* = *gelten*. Damit ist gemeint, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen, bevor sie erkranken, vor allem darunter leiden, dass sie keine Entscheidungen treffen können, da sie im selben Augenblick gleichwertige und sich widersprechende Beurteilungen („*intellektuelle Ambivalenz*“) und/oder Gefühle („*affektive Ambivalenz*“) und/oder Wünsche („*voluntäre Ambivalenz*“) erleben. Die während einer akuten Erkrankungszeit gezeigten Krankheitsmerkmale sind daher als ein missglückter Versuch zu sehen, Ambivalenz zu bewältigen, daher wäre als Bezeichnung für diese Erkrankung vielleicht besser „*Ambivalenzfolgeerkrankung*“ geeignet.

Die Beschreibung der Schizophrenie zeigt große Ähnlichkeit mit Depressionen, denn wesentliches Merkmal von Depressionen ist die Unfähigkeit, Entscheidungen treffen zu können. Diese Beschreibung konnte Bleuler vermutlich nur geben, da er seelisch erkrankte Menschen über längere Zeiträume beobachten konnte. Auf diese Weise konnte er Menschen auch in Zeiten sehen, in denen besonders auffällige Merkmale von schizophrenen Störungen – wie zum Beispiel Halluzinationen und Verfolgungsängste – nicht den wahrscheinlichen Ausgangspunkt der Störung überdecken oder die Beobachtungen durch die Einnahme von Medikamenten beeinträchtigt sind. Bleuler vertrat die Auffassung, dass seelische Störungen nicht im blinden Aktionismus zu behandeln sind, sondern der natürliche Ablauf der Krankheiten abzuwarten wäre und auf diese Weise oft Heilung erreicht werden kann. Durch Besserung des allgemeinen Gesundheitszustands und persönliche Zuwendung bewirkte Bleuler häufig eine deutliche Steigerung der seelischen Gesundheit, wobei er bemüht war, die wahnhaften Gedanken seiner Patienten in einen Zusammenhang mit der Wirklichkeit zu stellen und auszulegen. Allerdings war auch Bleuler ein Kind des Zeitgeistes und sperrte schließlich seinen Verstand in die engen Grenzen eines starren Weltbildes, was er in jungen Jahren stets abgelehnt hatte. Bei Bleuler zeigte sich dies in der bedingungslosen Gläubigkeit an den sogenannten „*Sozialdarwinismus*“ (Möller & Hell, 2003). Der Sozialdarwinismus versucht, die Annahmen der Evolutionstheorie von Charles Darwin auf gesellschaftliche,

Erklärungsansatz für Schizophrenie 4

wirtschaftliche und politische Bereiche zu übertragen. Kern der Evolutionstheorie ist die Annahme, dass sich zufällig das Erbgut der belebten Natur verändert und die belebte Natur, die am besten an die Umgebung angepasst ist, weiterlebt und dieses Erbgut weitergibt. Der britische Philosoph Herbert Spencer prägte die für den Sozialdarwinismus bezeichnende Annahme von dem sogenannten „*survival of the fittest*“, womit auch das *Überleben* (englisch: *survival*) der *tauglichsten* (englisch: *fittest*) gesellschaftlichen Ordnungen gemeint ist. Der zweite Kerngedanke des Sozialdarwinismus ist der sogenannte „*Struggle for Life*“ – zu Deutsch: „*Kampf um das Dasein*“. Dieser Gedanke soll den Verzicht auf menschliche und metaphysische Werte rechtfertigen. Bei einer Befragung von 60.000 Wissenschaftlern in Nordamerika gaben 29% der Anthropologen und 33% der Psychologen an, der Metaphysik in ihrem Leben Raum zu gewähren – dies waren die niedrigsten Werte in der Untersuchung. Im Unterschied dazu wenden sich in den Naturwissenschaften die Mehrheit der Forscher dem Metaphysischen zu. Dieser Sachverhalt kommt nach Auffassung der Untersuchungsleiter Stark und Finke (2000) dadurch zustande, dass Humanwissenschaften unausgereifte Wissenschaften sind, die nicht ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen kennen, während in den Naturwissenschaften nach zweieinhalbtausend Jahren Forschung Einigkeit darüber besteht, dass zwar die Frage, wie die Natur beschaffen ist, zu klären ist, aber keineswegs warum sie da ist. Es ist fraglich, ob Humanwissenschaften zu dieser Erkenntnis gelangen werden, denn Humanwissenschaften zeigen sich häufig geradezu besessen von der Vorstellung, kulturelle Phänomene unter naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten und Gesetzmäßigkeiten aufdecken zu können. Dies zeigt sich in der Fachsprache, so wird in der Psychologie häufig von „*Lerngesetzen*“ gesprochen, als ob ein bestimmtes Verhalten unter bestimmten Bedingungen mit einer naturwissenschaftlichen Präzision vorhergesagt werden könnte, was jeder, der z. B. tierexperimentell gearbeitet hat, als Wunschdenken klassifizieren kann. Oder, wenn es beispielsweise in Pressemitteilungen heißt, „*Antidepressiva verringern signifikant Depressionen*“, so bleibt meist unausgesprochen, dass nur bei wenigen Probanden überhaupt eine Besserung der depressiven Symptome eintritt, die allerdings häufig weder eine praktische Bedeutung hat noch das Auftreten der ernstesten Nebenwirkungen von Antidepressiva rechtfertigen könnte (Kirsch et al. 2008). So wird im Tierversuch deutlich, dass durch Antidepressiva dauerhafte Schädigungen des Gehirns ausgelöst werden. Dies

zeigt die Entwicklung neuer Psychopharmaka, bei der häufig Untersuchungen mit Ratten durchgeführt werden, da im Gehirn dieser Säugetiere ähnliche biochemische Vorgänge ablaufen wie beim Menschen. Normalerweise neigen Ratten allerdings nicht zu Depressionen. Damit erwachsene Ratten depressive Merkmale zeigen – wie wenig Sex und schlechten Schlaf –, bekommen diese Tiere in den ersten drei Wochen nach der Geburt ein Antidepressivum (Vogel et al., 1990). Dabei handelt es sich um den heute noch verschriebenen Wirkstoff „*Clomipramin*“, welcher in den 1960er Jahren von dem Schweizer Pharmaunternehmen „*Geigy*“ entwickelt wurde und unter dem Handelsnamen Anafranil® angeboten wird. Ein neuer antidepressiv wirkender Stoff gilt als gefunden, wenn bei den durch Anafranil® krank gewordenen Tieren die depressiven Merkmale zurückgehen. Hinsichtlich der Neuroleptika ist Vergleichbares zu bemerken. Zwar kann die Verabreichung von Neuroleptika Krankheitssymptome verringern, allerdings führen Neuroleptika auf mindestens drei Wegen zur Steigerung der Dopamin-Wirkung bzw. Dopamin-Ausschüttung:

- Durch Vermehrung von Dopamin-Rezeptoren (Silvestri et al., 2000)
- Durch Sensibilisierung von Dopamin-Rezeptoren (Seeman et al., 2006)
- Und durch Blockade präsynaptischer Dopamin-Autorezeptoren (Howes & Kapur, 2009)

Eine vorhandene neuronale Störung wird also nicht direkt behandelt, sondern die Erkrankung wird mit der Inkaufnahme einer zukünftigen Verschlechterung überdeckt (Howes & Kapur, 2009). Diese durch Psychopharmaka bewirkten Störungen müssen dann oft mit einer lebenslangen Medikamentengabe behandelt werden. Der Einsatz von Psychopharmaka erscheint umso grotesker in Anbetracht der Tatsache, dass allein die Anwendung von Yoga-Praktiken den gleichen antidepressiven Effekt bei schweren Depressionen haben kann wie ein handelsübliches Antidepressivum (Janakiramaiah et al., 2000).

Viele Menschen sind beeindruckt von Berichten in sogenannten „*Wissenschaftssendungen*“. Häufig wird hier behauptet, dass bildgebende Verfahren seelische Störungen im Gehirn sichtbar machen können. Allerdings wird dabei verschwiegen, dass auf diese Weise keine Diagnose im Einzelfall möglich wird. Außerdem sagen Gehirnaufnahmen nur etwas über den gegenwärtigen Zustand aus, aber sie erklären nicht, wie es zu diesem Zustand kommen konnte. Dennoch prägt dieses scheinbare Wissen den Zeitgeist und fördert den Glauben, dass

der Mensch vorhersagbar wie ein Computer arbeitet und damit auch beliebig steuerbar und ersetzbar ist.

Es ist äußerst fraglich, ob Annahmen des Sozialdarwinismus in irgendeiner Weise zutreffend sein können, denn Kultur unterscheidet sich in sehr vielfältiger Weise von rein natürlichen Abläufen. So kommt es vor, dass in einer von Menschen gemachten Umwelt – einer Kultur – kurzfristig zwar die stärksten und aggressivsten Tiere überleben, aber langfristig alles Leben vernichtet wird. Konrad Lorenz (1963) beschreibt dies anhand des Verhaltens der sehr aggressiven Buntbarsche:

In ihrem natürlichen Lebensraum verteidigen diese Fische nur ihr Revier gegen eindringende andere männliche Buntbarsche und lassen andere Fische und auch weibliche Buntbarsche in Frieden. Wenn der Mensch nun eine künstliche Welt durch keine männlichen Buntbarsche als Gegner für einen männlichen Buntbarsch schafft, so tötet der einzelne Buntbarsch männliche Fische anderer Arten. Bereits dieses Verhalten ist sinnlos. Völlig grotesk wird das Verhalten des einzelnen Buntbarsches aber, wenn alle männlichen Fische anderer Arten vernichtet sind, denn dann tötet er seine Artgenossinnen und beraubt sich somit jeder Möglichkeit der Fortpflanzung.

Im gegenwärtigen Zeitgeist stellt das unbegründete übermäßige Streben nach Geld häufig das stärkste Handlungsmotiv dar, auch weil der Eindruck erweckt wird mit genügend Geld wäre alles möglich. Dieser Eindruck basiert auf der seit den Zeiten Herbert Spencers immer vorhandenen blinden Fortschrittsgläubigkeit. Diese blinde Fortschrittsgläubigkeit schafft eine Kultur der Vernichtung, die dem von Lorenz beschriebenen Verhalten von Buntbarschen gleicht. So heißt es in dem so genannten „*Futuristischen Manifest*“ des späteren Faschisten Filippo Tommaso Marinetti, welches am 20. Februar 1909 in der französischen Zeitung *Le Figaro* veröffentlicht wurde:

Wir wollen den Krieg verherrlichen – diese einzige Hygiene der Welt – den Militarismus, den Patriotismus, die Vernichtungstat der Anarchisten, die schönen Ideen, für die man stirbt, und die Verachtung des Weibes.

Da der blinde Glaube an Fortschritt den Zeitgeist in den letzten Jahren zunehmend bestimmt hat, war auch eine Zunahme an Sinnverlust zu bemerken, unter der insbesondere verletzbare

Erklärungsansatz für Schizophrenie 7

Menschen zu leiden hatten. So ist bezeichnend, dass die Ausfalltage wegen seelischer Erkrankungen in Deutschland um 62,3% von dem Jahr 1997 bis zum Jahr 2007 zugenommen haben (Quelle: Pressemitteilung vom 10. März 2008 des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse – AOK). Bei Bleuler führte die bedingungslose Gläubigkeit an den Sozialdarwinismus schließlich zu Überlegungen, seelisch erkrankte Menschen zu töten und Ethik auf „*naturwissenschaftliche Grundlagen*“ zu stellen, die unabhängig von Fragen nach dem Sinn der Existenz des Universums und der darin lebenden Individuen sind (Hell, Scharfetter & Möller, 2001).

Die Aufbruchstimmung der 1970er Jahre in der Psychiatrie

Es mag befremden, dass bereits zu Beginn der 1970er Jahre in den USA experimentelle Untersuchungen die Überlegenheit einer weitgehend medikamentenfreien Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Menschen belegen konnten, aber der zugrunde liegende Behandlungsansatz – obwohl kostengünstiger – sich nicht etablieren konnte. Im Rahmen dieser Untersuchungen nahmen nur 24% der Patienten in den Experimentalgruppen Neuroleptika in niedrigen Dosierungen, während in den Kontrollgruppen alle Patienten Neuroleptika in hohen Dosierungen erhielten (Calton et al., 2008). Der damals entwickelte Behandlungsansatz geht auf den US-amerikanischen Psychiater Loren Mosher zurück (Mosher, 1972; Mosher & Menn, 1974; Mosher, Menn & Matthews, 1975). Wissenschaftliche Grundlage des Behandlungsansatzes ist die Phänomenologie ihres Begründers Edmund Husserl (1967) mit der Forderung zu „*zu den Sachen selbst*“ vorzudringen. Mosher (1999, S. 142) beschreibt die Bedeutung von Phänomenologie und des darauf aufbauenden Existenzialismus für seinen Ansatz wie folgt:

I concluded that their open minded, noncategorizing, no preconceptions approach was a breath of fresh air in the era of rationalistic theory driven approaches (such as psychoanalysis) to disturbed and disturbing persons.

Mosher war entsetzt von der Psychiatrie der 1960er Jahre, welche bei den Patienten meist eine lebenslange Hilflosigkeit erzeugte, und er nannte seinen Gegenentwurf nach dem griechischen Wort für Geborgenheit: „*Soteria*“. Das Wort „*Soteria*“ wird von Mosher sowohl für die Methode selbst, „*Soteria Method*“, bzw. das Projekt, „*Soteria Project*“, als

auch für die Behandlungsörtlichkeit, „*Soteria House*“, verwendet. Das ursprüngliche *Soteria-Haus* war ein kleines und ruhig gelegenes Haus, in dem eine behagliche und friedliche Atmosphäre bestand. Eine Besonderheit an seinem Konzept war, dass keine professionellen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter mit den Patienten zusammenlebten, sondern sorgfältig ausgewählte junge Menschen, die psychologisch belastbar (englisch: „*psychologically tough*“), tolerant und flexibel waren und die Erwartung hatten, dass die *Soteria-Methode* zum Erfolg führt. Üblicherweise lebten zwei seelisch gesunde Menschen mit sechs bis acht seelisch erkrankten Menschen in einem *Soteria-Haus* zusammen. Die Aufgabe der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter bestand in erster Linie darin, ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln und die Patienten vor Reizüberflutung zu schützen – es wurden keine im engeren Sinne psychotherapeutischen Gespräche geführt. Gerade der Schutz vor Reizüberflutung durch die *Soteria-Methode* steht im Gegensatz zu der starken Reizüberflutung auf den oftmals überbelegten geschlossenen Stationen in Deutschland – diese Reizüberflutung führt in der Regel zur Verstärkung von schizophrenen Symptomen. Konkret bat Mosher die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich zur Vorbereitung auf ihre Arbeit vorzustellen, sie würden die Patienten auf einem LSD-Trip begleiten (englisch: „*being an LSD trip guide*“). Diese Vorstellung war in Kalifornien zu Beginn der Siebziger Jahre keineswegs abwegig. So bestand die Aufgabe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin, die Wahrnehmung der Patienten von ihrer sozialen Umgebung zu teilen und zu besprechen, was eine Rückkehr in die soziale Umgebung, die sie erkrankt verlassen hatten, ermöglichen könnte. Ein weiterer Bestandteil der gemeinsam verbrachten Zeit war die Ermutigung der seelisch erkrankten Menschen, eigene Entscheidungen zu treffen und Abhängigkeiten zu vermeiden. Rückblickend auf seine Arbeit stellte Mosher (1999) fest, dass die *Soteria-Methode* zu einem höheren beruflichen Erfolg, größerer Unabhängigkeit, weniger Krankenhausaufnahmen und geringerem Gebrauch von Neuroleptika führte. Der italienische Psychiater Lorenzo Burti beschrieb seine Erlebnisse im Jahr 1976, als er erstmalig ein *Soteria-Haus* besuchte, folgendermaßen (Mosher & Burti, 1994, S. 17):

Ich fühlte mich von der phänomenologischen Bewegung angezogen und war auf der Suche nach einem humanistischen Ansatz in der Psychiatrie. Das Soteria-Projekt verkörperte die Ideen, die mich seit langem faszinierten. Ich war besonders von dem Ausmaß an Freiheit beeindruckt, die ein freizügiges

familienähnliches Milieu selbst sehr gestörten Patienten ohne Medikation ermöglichte.

Die Aufbruchstimmung in der Psychiatrie der 1970er Jahre konnte sich auch wegen der zunehmenden kritischen Darstellung der Psychiatrie in den Medien entwickeln. Ein Beispiel ist hier der Roman „*Einer flog über das Kuckucksnest*“ von Ken Kesey, der im Jahr 1962 unter dem englischen Titel „*One Flew Over The Cuckoo's Nest*“ erschienen ist. Der Roman wurde später Grundlage für ein Theaterstück, welches schließlich im Jahr 1975 von Miloš Forman verfilmt wurde. Der Film zeigt das Leben in der Psychiatrie, wo eigenwilliges Verhalten der Patienten mit Elektroschocks bestraft wird. Als Extremform der „*psychiatrischen Behandlung*“ war in diesem Film auch das Ergebnis einer sogenannten „*Lobotomie*“ zu sehen. Ziel der Lobotomie ist ein „*roboterähnliches, kontrollierbares Individuum*“ (Breggin, 1980, S. 175). Zu diesem Zweck werden Nervenbahnen im Gehirn durchtrennt – diese Operation ist nicht rückgängig zu machen und führt häufig, wie bei Rosemary Kennedy, einer Schwester des gleichnamigen US-amerikanischen Präsidenten, zu einer starken Behinderung (Davis, 1987). Ähnliche Missstände – teilweise sogar schlimmer als im Film – traf im Jahr 1961 der italienische Psychiater Franco Basaglia an, als er die Leitung einer Psychiatrischen Klinik übernahm. Basaglia war so entsetzt über dieses Übel, dass er sein ganzes weiteres Leben dagegen kämpfte (Basaglia, 2002) und im Jahr 1978 das italienische Parlament überzeugen konnte, psychiatrische Kliniken zu verbieten. Heute gibt es in Italien keine psychiatrischen Kliniken mehr, und seelisch erkrankte Menschen werden in herkömmlichen Krankenhäusern behandelt, wobei nicht mehr als insgesamt 15 seelisch erkrankte Menschen gleichzeitig stationär in einem Krankenhaus behandelt werden dürfen. Im Jahr 1968 waren in Italien 100.000 Patienten in psychiatrischen Kliniken untergebracht, heute befinden sich 10.000 Patienten in Abteilungen für Psychiatrie innerhalb von herkömmlichen Krankenhäusern. Damit gehört Italien zu den Ländern in Europa mit den wenigsten stationär behandelten seelisch erkrankten Menschen. Gleichzeitig gibt es eine große Anzahl an örtlichen Anlaufstellen für Menschen mit seelischen Problemen, die rund um die Uhr geöffnet sind (De Girolamo et al., 2007). Diese Veränderungen haben in Italien auch dazugeführt, dass Menschen in der Psychiatrie nicht mehr gefesselt werden – in Deutschland sind diese „*Fixierungen*“ genannten Fesselungen hingegen an der Tagesordnung, und es gibt kaum eine geschlossene Station, auf der nicht mindestens ein

Patient gefesselt ist. Eine mit Italien vergleichbare Veränderung gab es weltweit nicht, doch auch in anderen Ländern wurden Auswüchse der Psychiatrie beseitigt. So gab es in Deutschland erkennbare Verbesserungen, nachdem im Jahr 1975 von der *Psychiatrie-Enquete-Kommission* der „*Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*“ vorgelegt wurde. Von der Aufbruchstimmung der 1970er Jahre in der Psychiatrie ist heute nicht viel übrig geblieben, und es sind Rückwärtsbewegungen zu den Anfängen einer ausschließlich medikamentös betriebenen Psychiatrie festzustellen. Vermutlich auch wegen des Bestehens einer großen Angst vor seelisch erkrankten Menschen, von der auch viele Psychiaterinnen bzw. Psychiater ergriffen sind. Diese unbegründete Angst beruht auf dem Nicht-Verstehen von seelisch erkrankten Menschen. Zudem werden in Spielfilmen Verbrechen häufig von seelisch erkrankt wirkenden Figuren begangen – das bekannteste Beispiel ist vermutlich das Morden der Filmgestalt „*Norman Bates*“ in dem Film „*Psycho*“. Allerdings ist im wirklichen Leben Angst vor seelisch erkrankten Menschen unbegründet (Taylor, 2008).

Das *Expressed-Emotion-Konzept (EE)* erklärt das Fortbestehen von schizophrenen Störungen

Die international gebräuchliche wissenschaftliche Bezeichnung für die Stimmung in Familien mit einem seelisch erkrankten Mitglied lautet: „*Expressed Emotion*“. Diese Bezeichnung stammt aus dem Englischen und bedeutet wörtlich übersetzt „*Ausgedrücktes Gefühl*“. Auch in der deutschsprachigen Literatur wird meist die Bezeichnung „*Expressed Emotion*“ oder die Abkürzung „*EE*“ verwendet (Müller et al., 1992). Ausgangspunkt der *Expressed Emotion*-Forschung ist das Gespräch mit einem Familienangehörigen. In einem solchen Gespräch schildert ein Familienmitglied die Entwicklung der seelischen Störung bei dem verletzbaren Menschen. Als ungünstig gelten folgende Äußerungen im Gespräch: Beschreibung der Geschehnisse in einem wütenden Tonfall, ein hohes Maß an Besorgnis, zu stark beschützendes Verhalten und/oder Selbstanklagen der Angehörigen. In ihrem Artikel aus dem Jahr 1981 beschreiben die britischen Psychiater Christine Vaughn und Julian Leff detailliert Verhaltensweisen von Angehörigen, die zu einer guten oder schlechten Stimmung in Familien mit einem seelisch erkrankten Mitglied beitragen. Demnach bleiben zuvor seelisch erkrankte Menschen in Familien gesund, in denen der Wunsch nach Freiräumen und

Abstand respektiert wird und einmischendes Verhalten unterbleibt. Die Angehörigen in Gesundheit förderlichen Familien verhalten sich ruhig, gelassen und interessiert. Diese Angehörigen haben keine Angst vor seelischen Störungen und wirken beruhigend auf das erkrankte Familienmitglied, wenn Stress aufkommt. In Gesundheit förderlichen Familien wird erkannt, dass seelische Erkrankungen echte Erkrankungen sind. Ungewöhnliches Verhalten, geringe Leistungsfähigkeit und eingeschränkte Lebensweise der erkrankten Menschen werden in Gesundheit förderlichen Familien toleriert. Im Unterschied dazu erkranken Menschen häufig erneut, wenn sie keine persönlichen Freiräume erleben, Kontakte geradezu erzwungen werden, ihnen unerwünschte Ratschläge gegeben werden und ihre Eigenständigkeit in Frage gestellt wird. In krankmachenden Familien verhalten sich Angehörige übermäßig besorgt, aufdringlich, ärgerlich und ungeduldig. Wenn der seelisch erkrankte Mensch nicht schnell genug spricht, so wird seine Rede unterbrochen – womit die Wiederherstellung einer geordneten Denktätigkeit behindert wird. Hier wird der verletzbare Mensch getadelt und für Fehlverhalten oder die Folgen von Fehlverhalten verantwortlich gemacht, wie zum Beispiel für starkes Rauchen und hohes Körpergewicht, auch wenn er für Übergewicht und starkes Rauchen wegen der Einnahme von Medikamenten nicht verantwortlich zu machen ist. In Familien mit einer ungünstigen Stimmung ist der Druck auf den seelisch erkrankten Menschen hoch, sich „normal“ zu verhalten. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Familie ohne Feindseligkeit, Gereiztheit und Überbehütung eine gute Grundlage für eine Gesundung der Seele ist, während Dominanzverhalten der Angehörigen eine Gesundung meist verhindert. Menschen bleiben nach einer akuten Erkrankungsphase mit größerer Wahrscheinlichkeit gesund, wenn sie in einer Familie mit ungünstiger Stimmung wenig Zeit mit ihren Angehörigen verbringen (Vaughn & Leff, 1976). So wurde ermittelt, dass in Familien mit einer ungünstigen Stimmung und viel gemeinsam verbrachter Zeit (mehr als 35 Stunden in der Woche) 92% der zuvor an Schizophrenie erkrankten Menschen innerhalb von neun Monaten einen Rückfall erleiden, wenn keine Medikamente genommen werden. Bei einer medikamentösen Behandlung erleiden in diesen Familien 53% der Patienten einen Rückfall. In Familien mit einer ungünstigen Stimmung und wenig gemeinsam verbrachter Zeit (weniger als 35 Stunden in der Woche) erkrankten 42% der Patienten erneut. Dies bedeutet, dass allein weniger gemeinsam mit dominanten Verwandten verbrachte Zeit wirksamer ist als Neuroleptika. Wenn weniger als 35 Stunden

gemeinsam mit dominanten Verwandten verbracht wird und Neuroleptika genommen werden, erkranken 15% der Patienten innerhalb von neun Monaten erneut. In Familien mit einer günstigen Stimmung erkranken ebenfalls 15% der Patienten erneut, wobei eine Medikamenteneinnahme die Rückfallhäufigkeit nicht weiter senken kann. Ziel einer psychotherapeutischen Intervention wäre daher, eine ungünstige familiäre Stimmung zu verbessern. Der Nutzen einer solchen Therapie konnte durch die sogenannte „*Pittsburgh-Gruppe*“ um Gerard Hogarty nachgewiesen werden (Hogarty et al., 1986 & 1991). Hier deuten die Ergebnisse daraufhin, dass möglichst lange ein therapeutischer Kontakt aufrechterhalten werden sollte, da Familien mit ursprünglich ungünstiger Stimmung offenbar eine fortdauernde Erinnerung an den Wert eines weitgehend stressfreien Umgangs miteinander benötigen. Wenn in Familien mit ungünstiger Stimmung keine Veränderung in Richtung Stressfreiheit zu erreichen ist, dann wäre an eine Reduzierung der gemeinsam verbrachten Zeit zu denken. Ein Verlassen der Familie stellt für seelisch verletzbare Menschen allerdings selten eine Verbesserung dar, denn an die Stelle von ungünstigen familiären Beziehungen treten meist ungünstige Beziehungen zu anderen Personen (Held, 2000).

Der pharmakologische Behandlungsansatz: Stand der Forschung

Häufig wird gegen die dargestellte Bedeutung der *Expressed Emotion*-Forschung eingewendet, dass die „*neuen*“ Neuroleptika besser wirken würden als die in 1970er Jahren verfügbaren Substanzen und daher die Ergebnisse von Vaughn und Leff eher historischen Wert haben. Tatsächlich ist aber in den letzten Jahren immer deutlicher geworden, dass „*neue*“ Neuroleptika nicht generell besser wirken und weniger Nebenwirkungen haben als die Neuroleptika der ersten Generation (Johnsen & Jørgensen, 2008). Häufig tritt bei den meisten der „*neuen*“ Neuroleptika das metabolische Syndrom auf (Scheen & De Hert, 2007). Diese „*neuen*“ Neuroleptika werden häufig auch als „*Atypika*“ bezeichnet. Dieser Sammelbegriff ist jedoch fragwürdig, denn vielmehr handelt es sich bei den „*neuen*“ Neuroleptika um sehr verschiedene Stoffe. So ähneln sich in ihrem chemischen Aufbau zwar *Clozapin* und *Olanzapin*, aber sie sind sehr verschieden von *Ziprasidon* oder *Aripiprazol*. Es gibt nur wenige Studien, die unabhängig von Geldern der Industrie durchgeführt werden (De Hert, Correll & Cohen, 2010). In der britischen CUtLASS (Cost Utility of the Latest

Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study) konnten hinsichtlich der Lebensqualität und der Abnahme von Krankheitssymptomen keine Unterschiede zwischen Neuroleptika der ersten Generation (am häufigsten wurde der Wirkstoff *Sulpirid* verschrieben) und Neuroleptika der zweiten Generation (*Amisulprid*, *Olanzapin*, *Quetiapin* oder *Risperidon*) festgestellt werden. Das häufig gegen die Neuroleptika der ersten Generation vorgebrachte Argument des vermehrten Auftretens von extrapyramidal-motorischen Störungen konnte nicht bestätigt werden (Jones et al., 2006). Vermutlich sind die angeblichen Vorteile hinsichtlich des Auftretens von extrapyramidal-motorischen Störungen bei – daher auch „atypisch“ genannten – neuen Neuroleptika in der Regel auf zu hohe Dosierungen von Neuroleptika der ersten Generation zurückzuführen. Auch wurde bislang zu wenig Beachtung der Anwendung von älteren sogenannten „mittelpotenten“ Wirkstoffen gegeben, die nur in einem geringen Umfang Bewegungsstörungen auslösen und selten extreme Gewichtszunahmen bewirken. In den US-amerikanischen CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) werden ein Vergleich zwischen einem Neuroleptikum der ersten Generation, *Perphenazin*, und vier Neuroleptika der zweiten Generation, *Olanzapin*, *Quetiapin*, *Risperidon* oder *Ziprasidon*, durchgeführt. *Perphenazin* wurde nur Patienten gegeben, die keine ausgeprägte Anfälligkeit für Bewegungsstörungen aufgrund der Einnahme von Neuroleptika erkennen ließen. Insgesamt betrachtet, erzielte *Perphenazin* eine vergleichbare Wirksamkeit wie *Quetiapin*, *Risperidon* und *Ziprasidon*. Jedoch wurde eine Behandlung mit *Perphenazin* häufiger als eine Behandlung mit *Olanzapin* abgebrochen, wobei zu bedenken ist, dass *Olanzapin* zu erheblichen Gewichtszunahmen führte. Bei den Denkleistungen und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gab es keine Unterschiede in Bezug zu der Einnahme der verschiedenen Neuroleptika nach zwei Monaten. Nach 18 Monaten Einnahme war *Perphenazin* im Bereich der Denkleistungen *Olanzapin* und *Risperidon* überlegen (Swartz et al., 2008). Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu den oft beworbenen angeblichen Eigenschaften von Neuroleptika der zweiten Generation, bei sogenannten „Negativsymptomen“ besser zu wirken als die erste Generation. Seelisch erkrankten Menschen, bei denen die genannten Neuroleptika keine Verringerung der Krankheitssymptome bewirkten, wurde in den CATIE das atypische Neuroleptikum *Clozapin* gegeben. Mit *Clozapin* konnten im Allgemeinen die Symptome von schizophrenen Störungen verringert werden. Diese Wirksamkeit von *Clozapin* hat allerdings einen hohen

Preis, denn Clozapin zählt zu den tödlichsten Medikamenten. Im freiwilligen Meldesystem der US-amerikanischen Arzneimittelzulassungsbehörde, der *Food and Drug Administration (FDA)*, steht auf der Liste der tödlich wirkenden Medikamente *Clozapin* auf Rang 3 – nur die Opiode *Oxycodon* und *Fentanyl* stehen häufiger mit dem Tod in Zusammenhang. Auf der Todesliste stehen mit *Risperidon* auf Rang 9 und *Olanzapin* auf Rang 13 noch zwei weitere Neuroleptika – auf Rang 15 folgt erstmals ein Antidepressivum, das *Paroxetin* (Moore, Cohen & Furberg, 2007). Bei erstmals an Schizophrenie erkrankten Menschen wird in 14 europäischen Ländern der EUFEST (European First-Episode Schizophrenia Trial) durchgeführt. In dieser Studie wird die Wirksamkeit von niedrig dosierten *Haloperidol*-Medikationen (1 bis 4 mg pro Tag) mit Medikationen von Neuroleptika der zweiten Generation, *Amisulprid* (200 bis 800 mg pro Tag), *Olanzapin* (5 bis 20 mg pro Tag), *Quetiapin* (200 bis 750 mg pro Tag) oder *Ziprasidon* (40 bis 160 mg pro Tag), verglichen. Nach einem Jahr wurde ermittelt, dass eine Behandlung mit Haloperidol häufiger abgebrochen wird als eine Behandlung mit den Neuroleptika der zweiten Generation. Allerdings ist die Wirksamkeit in der Verringerung von Krankheitsmerkmalen bei allen Medikamenten nahezu gleich (Kahn et al., 2008). Eine zusammenfassende Analyse von CUtLASS, CATIE und EUFEST kommt zu dem Ergebnis, dass die Neuroleptika der zweiten Generation keinen Durchbruch in der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Menschen darstellen, auch wenn dies von der Industrie so beworben wird und teilweise auch jahrelang von den psychiatrischen Fachgesellschaften und Meinungsbildenden weitergetragen wurde. Daher lautet die Empfehlung der Analyse, im ärztlichen Gespräch jedem Patienten die Eigenschaften von Neuroleptika der ersten Generation vergleichend mit den Eigenschaften der zweiten Generation darzustellen und gemeinsam eine Behandlung zu planen (Leucht, Kissling & Davis, 2009). Die gegenwärtig auf den Markt kommende sogenannte „dritte“ Generation der Neuroleptika bringt offenbar keine Verbesserungen gegenüber der ersten und zweiten Generation (El-Sayeh, Morganti & Adams, 2006). Vor dem Hintergrund dieser unabhängigen pharmakologischen Studien ist das *Expressed-Emotion*-Konzept von Vaughn und Leff (1976 & 1981) nach wie vor als zukunftsweisend einzuschätzen, zumal 50 Jahre nach der Entwicklung von Haloperidol und Clozapin kein Fortschritt in der medikamentösen Behandlung von schizophrenen Störungen erkennbar ist. Dies steht im Gegensatz zu den teils erheblichen Fortschritten der universitären Medizin in

der Behandlung von eindeutig körperlichen Störungen. Diese negative Bilanz der psychopharmakologischen Forschung kann als ein Hinweis gedeutet werden, dass die Schizophrenie vielmehr eine seelische als eine körperliche Störung ist. Daher wäre eine neue Ausrichtung der Forschung auf psychologische Modelle zu fordern. Diese Auffassung wurde auch in einem „*Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. – DGSP – zur Anwendung von Antipsychotika*“ anlässlich der Tagung „*Richtig eingestellt? Gratwanderung Neuroleptika!*“ am 24. September 2009 in Berlin veröffentlicht (das Memorandum ist über die Geschäftsstelle der DGSP in Köln unter der E-Mail Adresse: dgsp@netcologne.de erhältlich).

Denkvorgänge als Ursache schizophrener Störungen – eine psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Perspektive

Über die Ursachen von schweren seelischen Störungen wurde und wird vor dem Hintergrund des jeweiligen Zeitgeistes spekuliert. Früher wurde oft geglaubt, Dämonen hätten Besitz von einer Seele ergriffen. Heute wird oft geglaubt, dass die Tätigkeit von Genen seelische Störungen bewirkt. Es ist auffällig, dass viele Menschen vor allem im jungen Erwachsenenalter erstmals erkranken. Im jungen Erwachsenenalter steht der Mensch vor vielen neuen Herausforderungen, die von ihm Durchsetzungskraft erfordern. Gleichzeitig möchten sich viele junge Menschen von ihren Eltern unterscheiden. Diesen Unterschied versuchen manche junge Menschen durch eine vorbildlichere Lebensführung als ihre Eltern zu erreichen. Dies kann dazu führen, dass diese jungen Menschen innerlich zerrissen werden von dem Wunsch nach vorbildlicherer Lebensführung und der Notwendigkeit sich durchzusetzen. Der Wunsch nach besonders vorbildlicher Lebensführung bei an Schizophrenie erkrankten Menschen ist mit dem „*Fragebogen zur Einschätzung moralischer Gebote*“ nachgewiesen worden. Demnach möchten an Schizophrenie erkrankte Menschen höflicher, einfühlsamer, hilfsbereiter und ehrlicher sein als seelisch gesunde Menschen – zudem ist es für an Schizophrenie erkrankte Menschen im Vergleich zu seelisch gesunden Menschen wichtiger, Streit mit anderen Menschen zu vermeiden und Gefühle von Wut und Angst und Gedanken an Sex zu unterdrücken (Hesse, 2001). Wie sehr das normale Denken bei seelisch erkrankten Menschen gestört ist, lässt sich anhand der überwiegenden Zustimmung zu folgender Aussage erahnen: „*Man sollte anderen Menschen nicht*

hinterhersehen, die betont weiblich oder männlich gekleidet sind.“ Diesen übersteigerten moralischen Geboten kann ein Mensch praktisch nicht gerecht werden. Die daraus folgende mangelnde Bestätigung des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns kann die Belohnungsstrukturen des Gehirns verändern und so Verletzbarkeit für seelische Störungen bedingen. Vielleicht kommt es sogar zu einem weitgehenden Abschalten des Belohnungssystems, damit die Möglichkeit, Frustrationen zu erfahren, gedämpft wird. Dies hätte aber auch zur Folge, dass angenehme Ereignisse ebenfalls kaum noch erlebt werden können (Davey, Yücel & Allen, 2008). Neurophysiologische Untersuchungen deuten daraufhin, dass eine mangelnde Bestätigung des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns zu Schmerzen führt (Abler, Walter & Erk, 2005). Diese Schmerzen sind offenbar eng mit der Übertragung von Dopamin verknüpft (Siegrist et al., 2005). Es erscheint denkbar, dass Wahngedanken entwickelt werden, um von diesen Schmerzen abzulenken. Vermutlich lenken besonders gut Denkinhalte, die mit negativen Gefühlen (zum Beispiel: Verfolgungsängsten) verbunden sind, von Schmerzen ab. Daher wären Wahngedanken als Bewältigungsstrategien zu betrachten. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung wäre mit dem Klienten allerdings zu besprechen, dass Schmerzwahrnehmung trotz der mit ihr verbundenen Schwierigkeiten und Probleme zum Schutz des Menschen erforderlich ist, denn eine völlige Schmerzunempfindlichkeit führt in der Regel zu einem frühen Tod, da das Interesse an der Verhinderung von Körperverletzungen gering ist (Baxter & Olszewski, 1960). Ziel einer psychotherapeutischen Intervention wäre daher, Vorstellungen zu erarbeiten, die besser geeignet sind, im normalen Leben zu bestehen und Schmerzen zu bewältigen, wobei Ergebnisse der Schmerzforschung berücksichtigt werden können. In einer Untersuchung aus der Zahnmedizin (Corah, Gale & Illig, 1979) wurden drei Möglichkeiten zur Bewältigung von Stress während der Zahnbehandlung untersucht. Eine Gruppe der Versuchspersonen durfte sich mit Hilfe einer Tonbandaufnahme entspannen, eine andere Gruppe konnte die Behandlung durch Drücken eines Knopfes unterbrechen, und eine weitere Gruppe durfte ein interessantes Videospiel spielen. Während bei Entspannung und Videospiel der Stress während der Behandlung gleichermaßen niedrig war, zeigte sich hoher Stress in der Gruppe, welche den Bohrer abschalten vermochte. Eine Erklärung wäre folgende: Wenn die Möglichkeit besteht, einen Schmerz bei zu starker Ausprägung zu beenden, dann wird auch besonders darauf geachtet, wie groß der Schmerz im Moment ist

und durch diese erhöhte Aufmerksamkeit wird der Schmerz stärker wahrgenommen. In einer Untersuchung von vielen Arbeiten zur Verringerung von Schmerzen haben Fernandez und Turk (1989) festgestellt, dass neutrale Vorstellungen, wie einen Vortrag zu halten, besonders erfolgreich sind, die Wahrnehmung von Schmerzen zu verringern. Die Vorstellung, einen Vortrag zu halten, erwies sich als erfolgreicher als die Vorstellung, sich in einer angenehmen Situation zu befinden, und wesentlich erfolgreicher als Ablenkungen, wie Fernsehen, Rückwärtszählen oder Umdeuten von Schmerzen. Es sei angemerkt, dass die Vorstellung, einen Vortrag zu halten, für viele Menschen vermutlich – im Unterschied zu der Einschätzung von Fernandez und Turk – eher eine unangenehme als neutrale Bedeutung hat. Die Möglichkeit der Schmerzverringerung durch die Vorstellung von wirklich gefährlichen Situationen wurde allerdings bislang nicht systematisch untersucht. Dennoch gibt es ein Beispiel hierfür, welches der Hypnosetherapeut Milton Erickson ausprobiert hat und bei einer krebskranken Frau die Schmerzen beseitigte, bei der Medikamente wirkungslos geblieben waren (Grinder & Bandler, 1989, S. 251):

Wenn jetzt diese Tür da drüben plötzlich aufspringen würde ... und Sie sähen hinüber und sähen einen großen, riesigen Tiger ... der sich hungrig die Lefzen leckt ... und nur auf Sie starrt ... was glauben Sie, was würden Sie noch von den Schmerzen spüren?

Heute werden im Einflussbereich der universitären Psychiatrie nahezu alle an Schizophrenie erkrankten Menschen mit Neuroleptika behandelt. Psychiater haben daher kaum Gelegenheit, eine unbehandelte zur Ruhe gekommene schizophrene Störung zu sehen. Oft zeigen sich in einer akuten Störungsphase geradezu gegenteilige Verhaltensweisen als in Zeiten einer zur Ruhe gekommenen Störung. Zu Verhaltensweisen in einer akuten Störungsphase gehört überhebliches Verhalten, welches Ausdruck von Allmachtsphantasien ist. Doch dieses Verhalten ist vermutlich Folge eines Bewältigungsversuchs, bei dem, die von Anna Freud (2006) beschriebenen seelischen Abwehrmechanismen, die Kontrolle über Stressoren verloren haben. Erregung – beziehungsweise Aktivierung - gehört normalerweise zu den ersten Schritten der seelischen Abwehr mit dem Ziel, eine Anpassungsleistung an neue Herausforderungen zu erbringen, aber Erregung ist nicht die Anpassungsleistung selbst. Dennoch identifiziert sich offenbar die seelische Abwehr mit der Erregung und verteidigt sie

daher gegen jeden Angriff. Zu dieser Identifikation kommt es vermutlich, weil die hohe Erregung den Menschen überhaupt erst wieder in die Lage versetzt, Entscheidungen treffen zu können (diese Annahme wird später anhand der Physiologie des Gyrus cinguli weiter belegt werden) und um sich vorzuspielen, Erregung selbst kontrollieren zu können – auch indem Erregung durch den Konsum von Wirkstoffen, wie koffeinhaltigen Getränken, verstärkt wird. Die andauernde hohe Erregung führt schließlich zum Zusammenbruch des seelischen Immunsystems. Insofern könnte Schizophrenie auch als eine Art „*Autoimmunerkrankung*“ des Seelischen bezeichnet werden, denn es werden durch die Abwehr nicht die in das Seelische eingedrungenen „*Krankheitserreger*“ – die Stressoren – bekämpft, sondern die Abwehr bekämpft sich selbst, indem sie Erregung ziellos steigert. Der Vergleich des seelischen Abwehrsystems mit dem körperlichen Abwehrsystem erinnert an Überlegungen des Stressimpfungstrainings von Donald Meichenbaum (2002). Vermutlich wären Techniken der Stressimpfung auch in der Therapie von schweren seelischen Störungen nützlich, damit der seelisch verletzbare Mensch darin trainiert wird, Erniedrigungen an sich abprallen zu lassen. Aufgabe wäre hier, dem seelisch erkrankten Menschen Bewältigungsstrategien zu vermitteln, auch in der Weise, dass die Erregungsstärke an den jeweiligen Stressor angepasst wird und so das bei schizophrenen Störungen anzutreffende *Alles-oder-Nichts-Prinzip* der Erregung aufgegeben wird. Denkbar wäre auch durch Atemtechniken, das Wiederholen von Mantras (Bernardi et al., 2001) oder Biofeedback zu lernen, die Erregungsstärke anzupassen. Dies würde bedeuten, nicht nur zu lernen, wie eine optimale Entspannung zu erreichen ist, sondern auch zu lernen, Erregung maximal zu steigern und schließlich, einen jeweils gewünschten Grad an Erregung zu erreichen. Vermutlich würde hier als Rückmeldeinstrument bereits eine handelsübliche Pulsuhr ausreichen. Besser als die Rückmeldung der Herzrate wäre die Rückmeldung des Blutdrucks oder der damit im engen Zusammenhang stehenden Pulswellenlaufzeit, da diese kardiovaskulären Variablen besonders sensibel auf soziale Reize reagieren (Feist, 2004). Offenbar unterscheidet das vegetative Nervensystem zwischen verschiedenen Reizen – ein seit langem bekannter Befund (Darrow, 1929). So zeigen sich große Hautwiderstandsveränderungen und nur geringe Blutdruckveränderungen bei plötzlichem Lärm, während bei emotional belastenden Fragen, wie z. B. „*Haben Sie einen Minderwertigkeitskomplex?*“, es zu starken Blutdruckanstiegen und nur geringen

Hautwiderstandsveränderungen kommt. Im Rahmen eines Stressimpfungstrainings könnten auch paradoxe Anweisungen, wie sie Selvini Palazzoli und Kollegen (1978) vorgeschlagen haben, eingesetzt werden. Da sich der Mensch mit seiner überschäumenden Erregung identifiziert, werden die ablehnenden Reaktionen seiner Umgebung auf sein ungewöhnliches Verhalten als Angriff auf die Identität erlebt, und der erkrankte Mensch verteidigt sich dagegen – wodurch die ablehnenden Reaktionen zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Wird hingegen das ungewöhnliche Denken, Fühlen und Verhalten des seelisch erkrankten Menschen toleriert oder wird er sogar – paradoxer Weise - dazu aufgefordert es zu zeigen, wird die überschäumende Erregung nicht mehr benötigt, da es keine Gegner für diesen erlebten Schutzmechanismus gibt. Auf diese Weise kann die Sensibilität des seelischen Abwehrsystems gegenüber erlebten Angriffen auf die Identität dauerhaft abnehmen. Auch Bestätigungen können zu einem Abbau der Identifizierung mit der überschäumenden Erregung beitragen. Ein Beispiel wäre:

Ich sehe Sie als einen herzensguten Menschen an. Mir müssen Sie nicht beweisen, was Sie alles können und welche große Bedeutung Sie für die Welt haben. Wie sehen Sie das?

Ergebnisse aus epidemiologischen Untersuchungen und ihre Bedeutung für psychotherapeutische Interventionen

Menschen, die einmal an Schizophrenie erkrankt waren, erkrankten mit hoher Wahrscheinlichkeit erneut. Durch zwei unabhängige Forscherteams der WHO konnte ermittelt werden, dass in einem „fortschrittlichen“ Land wie Dänemark 6% aller an Schizophrenie erkrankten Menschen innerhalb eines Beobachtungszeitraums von fünf Jahren geheilt werden, während in einem „Entwicklungsland“ wie Nigeria 58% geheilt werden (Jablensky, 1987). Dieser Sachverhalt war lange Zeit ein Rätsel, doch schließlich konnte festgestellt werden, dass die Möglichkeit, auf eine Vielfalt von Behandlungsansätzen zurückgreifen zu können, entscheidend zur Heilung bei seelischen Störungen beiträgt. Während in den Industriestaaten bei schweren seelischen Störungen nahezu ausschließlich die universitäre Medizin Anwendung findet, gibt es in Entwicklungsländern eine große Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten. In Indien gibt es für die Behandlung von seelisch

erkrankten Menschen die universitäre Psychiatrie sowie die ayurvedische Psychiatrie und zudem christliche, moslemische und hinduistische Andachtsorte, die auf die Behandlung von seelischen Störungen vorbereitet sind. Aus dieser Vielfalt kann ein seelisch erkrankter Mensch eine Behandlungsmöglichkeit wählen oder Behandlungsmöglichkeiten zusammenstellen, die ihm geeignet erscheinen, wobei die besten Heilungschancen offenbar die seelisch erkrankten Menschen haben, denen die Sicht der universitären Psychiatrie auf ihre Störung weitgehend unbekannt ist (Halliburton, 2004). Dies erscheint folgerichtig, denn die Betrachtung der seelischen Abläufe im Gehirn als chemisch einstellbar entwertet den Menschen. Ein Mensch dem diese Betrachtung fremd ist, kann daher mit Hilfe eines größeren Selbstwertgefühls eher gesund werden.

In der Geschichte der Menschheit wurden seelisch erkrankte Menschen manchmal verteufelt oder manchmal verehrt. Weil seelisch erkrankte Menschen nicht verstanden wurden, sind sie aus Angst von anderen Menschen getötet worden. Doch bei nordamerikanischen Indianern und teilweise auch in Indien wurden und werden seelisch erkrankte Menschen als gottgesandt verehrt, und ihre Vorstellungen und Gedanken werden von Medizinern gedeutet. Wegen dieser besonderen Bedeutung brauchen seelisch erkrankte Menschen nicht zu arbeiten und werden von anderen Stammesmitgliedern versorgt. Vor der universitären Psychiatrie haben jedoch viele Menschen Angst und vermeiden daher einen Kontakt. Dies führt dazu, dass die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen in der Bevölkerung – Mediziner nennen diese Zahl „Inzidenz“ – nicht genau ermittelt werden kann. Daher wird die Inzidenz meist als die jährliche Zahl der Menschen angesehen, die erstmals berufsmäßige Hilfe in Anspruch nehmen, unabhängig davon, wie viele Menschen tatsächlich erkrankt sind. Die Inzidenz erscheint als gering und ist daher wenig anschaulich. Aus diesem Grund wird meist die Erkrankungswahrscheinlichkeit bezogen auf die Lebenszeit angegeben – die sogenannte „Morbidity“. Frauen und Männer erkranken gleich häufig an Schizophrenie. Allerdings erkranken Männer meist früher als Frauen. Am häufigsten erkranken Männer mit 21 Jahren, während Frauen am häufigsten mit 26 Jahren erkranken. Die Wahrscheinlichkeit für einen Menschen, mindestens einmal im Leben an Schizophrenie zu erkranken, beträgt weltweit ungefähr 0,7% (Bhugra, 2005; Saha et al., 2005). Im europäischen Vergleich ist die Störungswahrscheinlichkeit in Griechenland besonders niedrig, während sie in Spanien achtmal höher ist (Noaghiul & Hibbeln, 2003) – dies wäre durch eine verschiedene

Ernährung erklärbar (Peet, 2004). Die weltweit niedrigsten bekannten Auftretenswahrscheinlichkeiten für Schizophrenie finden sich in Taiwan, Papua Neu Guinea und in den Dörfern der nordamerikanischen Hutterer (Nimgaonkar et al., 2000). Die Hutterer leben in christlicher Gütergemeinschaft. Besondere Bedeutung hat bei den Hutterern der Bibelvers 44 aus dem zweiten Kapitel der Apostelgeschichte:

Und alle, die da gläubig geworden waren, bildeten eine Gemeinschaft und taten ihren ganzen Besitz zusammen.

Vermutlich ist die Persönlichkeitsentwicklung besonders bei den jungen Menschen behindert, die von ihren Eltern oder älteren Bezugspersonen prahlerisch mit Vorschlägen bombardiert werden, wie ein Mensch zu leben und was er zu glauben hat. Denn so kann es den jungen Menschen unendlich erschwert werden, einzelne vernünftige Eigenschaften der Älteren – wie zum Beispiel eine überlegte Anwendung von Durchsetzungskraft – zu übernehmen, da die jungen Menschen niemals vor sich selbst als ihrem schärfstem Richter behaupten könnten, dass sie ohne fremde Einwirkung eine bestimmte Eigenschaft in ihre Persönlichkeit aufgenommen und ausgebildet haben. Zumal junge Menschen nie den Eindruck erwecken wollen, sie seien eine Kopie ihrer Eltern oder älteren Bezugspersonen. Gerade die Entwicklung der Persönlichkeit ist das Ziel und der Zweck der Jugend und des jungen Erwachsenenalters. Wenn bei der Entwicklung der Persönlichkeit die genannten Schwierigkeiten seelische Störungen verursachen können, dann wäre rechtzeitig aufzuklären und eine angemessene Durchsetzungskraft einzuüben, wobei die individuellen Wünsche zu berücksichtigen wären, sich von den Eltern in der Lebensführung zu unterscheiden oder die Eltern zu übertreffen. Dies schließt auch eine kenntnisreiche und interessierte Betrachtung von metaphysischen Fragen ein. Für die Erforschung der Beweggründe eines Menschen eignet sich im Bereich der Psychotherapie das sogenannte „Assoziationsexperiment“ des schweizerischen Psychiaters Carl Gustav Jung. Bei einem Assoziationsexperiment werden alltägliche Wörter einzeln als Reize vorgegeben – Beispiele wären: „Tod“, „Berg“ und „Brot“. Dann wird die Zeit bis zur Antwort gemessen und die Antwort inhaltlich ausgewertet. Belastendes tritt in der Regel durch verlängerte Reaktionszeiten und ungewöhnliche inhaltliche Antworten in Erscheinung – dies zeigt sich auch, wenn jemand etwas verheimlichen will (Jung, 1963). Um Belastendes angemessen zu untersuchen, ist es

nötig, etwa hundert Wörter vorzugeben, wobei etwa 10 Wörter aus dem vermuteten Problembereich stammen sollten. Dieses Vorgehen kann nötig sein, da häufig die Ursachen für belastendes Fühlen, Denken und Verhalten nicht bewusst sind. Vermutlich haben alle Menschen ein Bedürfnis nach Erklärungen, die nicht in der uns bekannten physikalischen Welt zu finden sind. Dieses Bedürfnis kann allerdings unterdrückt sein, um sich z. B. von den Eltern zu unterscheiden. Sinnvoll wäre, wenn Eltern gegenüber ihrem Kind keine übermäßig redliche Lebensführung vorspielen würden, denn das hieraus resultierende überkompensatorische oder oppositionelle Fühlen, Denken und Verhalten behindert die Ganzwerdung des Menschen (die sogenannte „*Individuation*“ nach Carl Gustav Jung), die es verlangt, auch die dunkle Seite – den Archetyp des Schatten – in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren. Wenn das Kind bei den Eltern auch ungeschminkte Fehler und Schwächen erkennen kann, kann dies die Entwicklung der Persönlichkeit beflügeln. Da bei den Hutterern – die tatsächlich versuchen, gemäß dem christlichen Glauben zu leben – schwere seelische Störungen selten sind, kann in dem Widerspruch zwischen lautstark vertretenen Einstellungen und dem tatsächlich gelebten Leben die Ursache für schwere seelische Störungen erkannt werden. Denn hier leben Eltern den Kindern etwas vor, was verletzbare Kinder unter keinen Umständen möchten, nämlich, ein Leben lang zu lügen. Bei einem lautstark vertretenen Glauben der Eltern, der nicht mit dem gelebten Leben übereinstimmt, kann es dann dazu kommen, dass sich ein Kind in die Überzeugung hineinsteigert, selbst der wiedergeborene Jesus Christus zu sein, um den Glauben der Eltern zu übertreffen und sich auf diese Weise von den Eltern abzugrenzen. Der Gedanke, dass Widersprüche im Verhalten für seelische Störungen verantwortlich sind, mag an die sogenannte „*Doppelbindungstheorie*“ (Bateson et al., 1956) erinnern – häufig wird auch im Deutschen die ursprüngliche englische Bezeichnung „*double-bind theory*“ verwendet. Bei Doppelbindungen widersprechen sich sprachliche mit nicht-sprachlichen Aufforderungen, etwas zu tun. Zur Veranschaulichung wird häufig das folgende Beispiel berichtet:

Eine Mutter besucht ihr seelisch erkranktes Kind in einer Klinik. Das Kind geht auf die Mutter zu und möchte die Mutter zur Begrüßung umarmen. Die Mutter weicht jedoch aus. Daher lässt das Kind von dem Vorhaben ab, die Mutter zu umarmen. Daraufhin sagt die Mutter zu dem Kind: „*Hast Du mich denn nicht mehr lieb?*“ Dies führt dazu, dass sich das Kind schlechter fühlt.

Die Doppelbindungstheorie wurde einige Zeit als Möglichkeit betrachtet, die Entwicklung schizophrener Störungen zu erklären, doch in späteren Untersuchungen konnte die Bedeutung dieser Theorie nicht ausreichend bestätigt werden. Vermutlich sind daher die Dinge, die schwere seelische Störungen verursachen, problematischer als die in der Doppelbindungstheorie dargestellten Unstimmigkeiten innerhalb von einzelnen Mitteilungen. Ein Beispiel für eine besonders problematische Ursache wäre, wenn eine depressive Mutter zu ihrem kleinen Kind sagt: „*Wenn Du Deine Mutter lieben würdest, dann würdest Du ihr helfen zu sterben.*“ Denn hier kommt das Kind in einen unlösbaren Konflikt, der eine existentielle Bedeutung hat. Ein weiteres Beispiel für eine ungünstige Aussage von Eltern wäre: „*Wenn Du nicht artig bist, dann kannst sehen, wie Du allein nach Hause kommst?*“ Eine solche Aussage soll beim Kind Angst und in Folge Wohlverhalten auslösen, doch sie können einem verletzbaren Kind schaden, denn das Kind kann auf diese Weise Angst davor bekommen, selbst die eigenen Geschicke und Wege mit Durchsetzungskraft zu meistern.

Denkvorgänge und Zusammenhänge mit neurophysiologischen Prozessen

Die angenommene verringerte Tätigkeit von Dopamin im Stirnhirn und die angenommene erhöhte Tätigkeit von Dopamin im *Gyrus cinguli* (Köhler, 2005) bei an Schizophrenie erkrankten Menschen stimmen mit Ergebnissen aus Untersuchungen zur Tätigkeit des Gehirns beim Lügen und beim Erinnern überein (Ganis, Morris & Kosslyn, 2008). So wird angenommen, dass bei schizophrenen Störungen in Bereichen des Gehirns, in denen Gefühle entstehen, die Tätigkeit von Dopamin gesteigert ist, während in Bereichen des Gehirns, in denen Entscheidungen getroffen werden, die Tätigkeit von Dopamin verringert ist. Auf die Schwierigkeiten von an Schizophrenie erkrankten Menschen, Entscheidungen zutreffen, hat bereits Eugen Bleuler hingewiesen, und der spanische Jesuit Balthasar Gracian erläuterte im „*Handorakel und Kunst der Weltklugheit*“ –, welches im Jahr 1647 erstmals erschien und später von Arthur Schopenhauer ins Deutsche übersetzt wurde –, dass Ambivalenz zur schwerwiegendsten Beeinträchtigung eines gesunden Denkens führt:

Nicht so verderblich ist die schlechte Ausführung, als die Unentschlossenheit. Flüssigkeiten verderben weniger, solange sie fließen, als wenn sie stocken.

Bei absichtlichem Lügen sind insbesondere die Bereiche des Gehirns, in denen Entscheidungen getroffen werden, in Aktion. Möglicherweise verringern an Schizophrenie erkrankte Menschen in diesen Teilen des Gehirns die Tätigkeit der Nerven, da sie nicht bewusst lügen möchten. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass sie sich vorbildlicher verhalten wollen als ihre Eltern. Ursprünglich versuchten verletzbare Menschen, durch ein sorgfältigeres Abwägen von Entscheidungen als es die Eltern taten, sich vorbildlicher zu verhalten, jedoch ist dies meist nicht möglich, denn der Mensch ist in seinem Leben oft aufgefordert, schnell und aufgrund von zu wenigen Informationen Entscheidungen zu treffen und diese Entscheidungen durchzusetzen, daher sind viele daraus folgende Handlungen fehlerhaft. Wenn ein Mensch eine bestimmte Auffassung innerhalb einer Gruppe durchsetzen möchte, so liegt diesem Sich-Durchsetzen in der Regel ein Lügen zu Grunde, denn er muss Informationen verheimlichen, die andere Menschen von seinem Plan abbringen könnten. Dies können verletzbare Menschen nicht, da sie zu viele Skrupel haben. Doch das Verringern der Tätigkeit der Entscheidungszentrale des Gehirns löst nicht das Problem, dass viele menschliche Entscheidungen fehlerhaft sind, denn auch durch das Unterlassen von Entscheidungen kann sich der Mensch schuldig machen. Außerdem überlassen an schizophrenen Störungen leidende Menschen durch ihre mangelnde Durchsetzungsfähigkeit oder in den Erkrankungsphasen zusätzlich durch ihre schwer nachvollziehbaren Denkprozesse skrupellosen Menschen die Welt. Hier muss ein Psychotherapeut den seelisch erkrankten Menschen sozusagen „aufrütteln“ und ihm begreiflich machen, dass er von seinem hohen Anspruch, immer „das Richtige“ tun zu wollen, ablassen muss, um die Welt besser machen zu können. Zum Beispiel indem er sagt:

*Wollen Sie die Welt skrupellosen Heuschrecken überlassen,
indem Sie keine Entscheidungen mehr treffen möchten?*

&

Der Mensch irrt, solange er lebt. Dieses Recht haben Sie auch!

Der Gyrus cinguli ist besonders dann tätig, wenn Gefühle hervorgebracht werden. Zum Beispiel, wenn neuen Wahrnehmungen und Gedanken ihre gefühlsmäßigen Bedeutungen gegeben werden und so ist die Tätigkeit des Gyrus cinguli auch bei fälschlicherweise für zutreffend gehaltenen Erinnerungen erhöht. Bei akuten schizophrenen Störungen wird im

Gyrus cinguli eine erhöhte Dopamin-Tätigkeit angenommen. Diese angenommene erhöhte Dopamin-Tätigkeit geht mit einer geringeren Anzahl von Andockstellen für Dopamin einher. Eine Erklärung hierfür wäre, dass zunächst versucht wurde, gefühlsmäßige Bedeutung durch den Abbau von Andockstellen für Dopamin zu verringern, um auf diese Weise durch weniger gefühlsmäßige Bedeutung bei Entscheidungen ungestörter zu werden. Diese Anpassungsleistung des Gehirns würde auch die bei psychischen Störungen häufig anzutreffende Freud- und Lustlosigkeit – die sogenannte „Anhedonie“ (Heimann, 1990) – erklären. Vermutlich kann diese Anpassungsleistung des Gehirns nur ohne größeren äußeren Entscheidungsdruck erfolgreich sein und aufrechterhalten werden. Wenn der Entscheidungsdruck – der Stress – jedoch zunimmt, wird bei schizophrenen Störungen die gefühlsmäßige Bedeutung durch vermehrte Ausschüttung von Dopamin gesteigert, um durch größere gefühlsmäßige Bedeutung Entscheidungen zu erzwingen. Dann entstehen Gefühle – wie Ärger und Angst –, die nicht kontrollierbar erscheinen. Während in einer weitgehend symptomfreien Zeit an erster Stelle die Durchsetzungskraft trainiert werden muss, wäre bei einem Sich-Anbahnen einer akuten Erkrankungsphase vor allem Reizabschirmung zu suchen. Gelingt rechtzeitig die Reizabschirmung, so kann eine Erkrankungsphase verhindert werden. Dieser Gedanke wird im *Handorakel und Kunst der Weltklugheit* folgendermaßen dargestellt:

Wer aber Unglück hat, tue nichts mehr; sondern ziehe sich zurück, damit er nicht zu dem Unstern, der schon über ihm steht, einen zweiten heranrufe.

Eine geringe Entwicklung von Durchsetzungsfähigkeit geht einher mit einer geringen Steuerung von Gefühlen und Gedanken, denn Durchsetzungsfähigkeit entwickelt sich oft durch innere Gespräche. In diesen Gesprächen spielt der Mensch Situationen gedanklich durch und vergegenwärtigt sich sein mögliches Handeln und das Handeln anderer Menschen. Als Gradmesser für den Erfolg gedachter Handlungen fungieren Gefühle, welche wiederum die Motivation für weitere innere Gespräche darstellen. Als eine erfolgreiche Methode zur Behandlung von „impulsiv“ oder auch „hyperaktiv“ genannten Kindern hat sich das „Selbstverbalisationstraining“ von Meichenbaum und Goodman (1971) herausgestellt. Bei diesen als übermäßig lebhaft und aktiv geltenden Kindern ist die Planung des eigenen Verhaltens eingeschränkt, da diese Kinder sich nur wenige das Verhalten steuernde

Anweisungen geben. Wenn durch ein Selbstverbalisationstraining die Fähigkeit, sich Anweisungen für Verhalten zu geben, verbessert wird, verschwindet das ungesteuerte Verhalten bei diesen Kindern. Denkbar erscheint, dass bei schizophrenen Störungen die geringe Durchsetzungsfähigkeit auch zu dem Phänomen des Stimmenhörens führt, denn das, was im Bewusstsein normalerweise gegenwärtig ist, ist Figur eines intentionalen Vorgangs, wobei Intention hier praktisch gleichzusetzen wäre mit Durchsetzungsfähigkeit. Ist keine Intention vorhanden, kann Unbewusstes unkontrolliert ins Bewusstsein drängen. Vor diesem Hintergrund wäre zu prüfen, ob das Selbstverbalisationstraining von Meichenbaum und Goodman auch in der Behandlung von schizophrenen Störungen eingesetzt werden kann, um Durchsetzungsfähigkeit und Denkfähigkeit zu verbessern, zumal der verletzbare Mensch sich nicht nur vorbildlich verhalten möchte, sondern er möchte auch vorbildlich denken. Dazu gehören die oft zwanghaften Versuche, schlechtes Denken über andere Menschen zu vermeiden, wobei das Gedächtnis eine entscheidende Rolle spielt, denn die Grundlage von schlechten Beurteilungen anderer Menschen ist das Gedächtnis. Damit ein anderer Mensch als schlecht eingeschätzt werden kann, müssen Bewertungen über das Verhalten dieses Menschen aus vielen Situationen vorliegen. Wenn nur aus einer Situation etwas Nachteiliges über diesen Menschen zu berichten wäre, so könnte dies den Umständen der Situation zu geschrieben werden und wäre somit keine Persönlichkeitseigenschaft dieses Menschen. Der verletzbare Mensch versucht nun, schlechtes Verhalten anderer Menschen so lange umzudeuten, bis es keine Rückschlüsse auf deren Persönlichkeit zulässt. Bei diesem Versuch kann es zu einer Überlastung der geistigen Fähigkeiten eines Menschen kommen. Durch diese Überlastung kann oft im Gedächtnis nichts gespeichert werden, was annähernd wirklichkeitsnah und schnell abrufbar wäre. Dieses Ergebnis ist nicht bewusst gewollt, aber es erfüllt den tiefen Wunsch des verletzbaren Menschen, keine schlechten Gedanken über andere Menschen aufkommen zu lassen. Durch diese Wunscherfüllung lernt der verletzbare Mensch, auch zukünftig wirklichkeitsnahe negative Erinnerungen über andere Menschen zu verhindern. Ohne wirklichkeitsnahe Erinnerungen müssen allerdings auch bereits erlebte ähnliche Situationen neu durchdacht werden – dies führt zu einer weiteren Überlastung der geistigen Fähigkeiten mit dem Ergebnis der völligen geistigen Erschöpfung. Der verletzbare Mensch wäre daher gut beraten, wenn er einen Spruch Konrad Adenauers beherzigen würde, der da lautet:

Was kümmert mich mein dummes Geschwätz von gestern.

Denn in diesem Spruch wird deutlich, dass durchaus etwas erinnerbar sein kann, von dem dennoch schnell und leicht eine Befreiung möglich ist. Dies lässt sich allerdings nicht mit dem Perfektionsanspruch von verletzbaren Menschen vereinbaren, daher ist es erforderlich, mit verletzbaren Menschen den Sinn und zugleich den Unsinn von einem Streben nach Perfektion zu besprechen. Wobei zu berücksichtigen ist, dass bei einem hohen Perfektionsanspruch der Verstand auch durch den ständigen Vergleich des augenblicklichen Denkens und Verhaltens mit den hohen Wertmassstäben überfordert und erschöpft wird. Weniger verletzbaren Menschen ist dieses Streben nach Perfektion meist fremd und daher können sie sich kaum vorstellen, wie sehr eine übermäßige Kontrolle des eigenen Denkens und Verhaltens zu einer weitgehenden Erstarrung und schließlich zu einem Zusammenbruch des vernünftigen Denkens und Verhaltens führen kann. Ein Weg zurück zu einem zweckmäßigen die Gesundheit erhaltenden Denken könnte für einen verletzbaren Menschen darin bestehen, die Welt und die in ihr lebenden Menschen zunächst wieder beschreiben zu lernen, um später Bewertungen vorzunehmen, wobei die Begrenztheit des menschlichen Urteilens bewusst bleibt und so der Anspruch, immer „*das Richtige*“ denken zu wollen, abnehmen kann.

Abschließende Stellungnahme

Die hier dargelegten Überlegungen zur Entstehung von schizophrenen Störungen lassen eine geduldige und menschliche psychotherapeutische Behandlung sinnvoll erscheinen. Das Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung wäre daher nicht allein das Training kognitiver Fähigkeiten, etwa dadurch, dass ein besseres Erkennen von nonverbalen Signalen gelingt usw. (Eack, Schooler & Ganguli, 2007), sondern vorrangig ein Verstehen der Gründe, warum der Denkapparat ausgeschaltet und auf Durchsetzungskraft verzichtet wird. Hier können bei der Analyse der Motivation auch psychodynamische Ansätze hilfreich sein (Gottdiener & Haslam, 2002 & 2003). Der Vorteil des Verstehens der eigenen Motive besteht vor allem darin, dass auf diese Weise Strategien zur Entwicklung von Denk- und Durchsetzungsfähigkeit besser individuell angepasst werden können. Diese Gedanken haben ihre Grundlage in einer Erkenntnis von Friedrich Nietzsche:

Hat man sein *warum?* des Lebens, so verträgt man sich fast mit jedem *wie?*

Die *Expressed Emotion*-Forschung erlaubt eine klare Aussage über die Ursachen für das Fortbestehen von schizophrenen Störungen, die einen Verzicht auf Neuroleptika möglich erscheinen lässt (Vaughn & Leff, 1976 & 1981). Die genannten schweren – oft tödlichen – Nebenwirkungen von Neuroleptika weisen zudem auf ein ungünstiges Verhältnis von Nutzen zu Risiko hin. Zumal die zentrale Wirkung der Neuroleptika, die Reizabschirmung, auch durch eine reizarme und Geborgenheit vermittelnde Umgebung bewirkt werden kann. Die meisten gegenwärtigen psychotherapeutischen Ansätze in der Behandlung von schizophrenen Störungen schreiben allerdings eine Behandlung mit Neuroleptika vor (Falloon et al., 2004). Auch der Name „*Soteria*“ wird heute oft nicht mehr in seiner ursprünglichen Bedeutung verwendet (Ciompi & Hoffmann, 2004), denn es werden Neuroleptika verabreicht, obwohl es hierfür keine zwingenden Gründe gibt. So wird erklärt, dass Neuroleptika die Behandlung kürzer und damit billiger machen würden. Dieser Kostendruck konnte jedoch nur entstehen, weil überwiegend professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden. Das ursprüngliche *Soteria-Projekt* war hingegen deutlich kostengünstiger als der gegenwärtig „*Soteria*“ genannte Ansatz des schweizerischen Psychiaters Luc Ciompi. Ciompi entwickelte auch ein eigenes Konzept von seelischen Störungen, welches er „*Affektlogik*“ nannte. Kern dieses Konzepts sind Annahmen über die Beziehung zwischen Gefühlen und Denkvorgängen, sowie Spekulationen über die Ursachen seelischer Störungen. Dass dieses Konzept offensichtlich zu keiner Verbesserung der Behandlung beiträgt, zeigt die Verwendung der Neuroleptika, die zudem unreflektiert eingesetzt werden (Hoffmann & Leisinger, 2006, S. 1862):

Das ‚Feindbild‘ gegenüber den Neuroleptika besteht nicht mehr. (...) Neuroleptika wurden in ‚Soteria Bern‘ von Beginn an eingesetzt, anfangs noch zurückhaltender als heute. Dafür war die Aufenthaltsdauer deutlich zu lang. Auch wenn die täglichen Kosten denen der Klinik entsprachen, war Soteria ökonomisch betrachtet zu teuer.

Heutzutage ist ein Erkennen der tödlichen Gefahren, die auch von den neuen atypischen Neuroleptika ausgehen, für jeden interessierten Menschen möglich. So prägte das Neuroleptikum *Clozapin* mit dem Handelsnamen *Leponex*[®] Mitte der 1970er Jahre den

Begriff der „*Finnischen Epidemie*“, als viele Menschen kurz nach Einnahme in Finnland, wo das Neuroleptikum vermehrt eingesetzt wurde, starben. Dies führte zu einer Rücknahme von *Leponex*[®] vom finnischen Markt. Auch wurde in allgemein zugänglichen Medien zunächst in den USA und später auch in Europa über die häufig tödlich endende Einnahme des chemisch ähnlichen Wirkstoffs *Olanzapin*, welcher unter dem Handelsnamen *Zyprexa*[®] angeboten wird, berichtet. Opfern und Hinterbliebenen zahlte der Hersteller dieses Neuroleptikums, der US-amerikanische Pharmakonzern „*Eli Lilly*“, einen Milliarden-Dollar-Betrag (Quelle: Bericht in der Sendung *Frontal21* vom 25. September 2007 im Zweiten Deutschen Fernsehen).

Hervorzuheben ist, dass das ursprüngliche von den Grundgedanken der Furchtlosigkeit und Menschlichkeit getragene *Soteria-Projekt* experimentell die Überlegenheit einer weitgehend Neuroleptika-freien Behandlung nachweisen konnte. Demnach werden vor allem furchtlose und menschliche Therapeutinnen und Therapeuten benötigt, um Menschen mit schizophrenen Störungen auf ihren „*LSD-Trips*“ zu begleiten.

Literatur

- Abler, B., Walter, H. & Erk, S. (2005). Neural correlates of frustration. *Neuroreport*, 16, 669-672.
- Basaglia, F. (2002). *Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerkes*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. H. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Baxter, D. W. & Olszewski, J. (1960). Congenital universal insensitivity to pain. *Brain*, 83, 381-393.
- Bernardi, L., Sleight, P., Bandinelli, G., Cencetti, S., Fattorini, L., Wdowczyk-Szulc, J. & Lagi, A. (2001). Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. *British Medical Journal*, 323, 1446-1449.
- Bhugra, D. (2005). The global prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2, 372-373.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- Breggin, P. R. (1980). *Elektroschock ist keine Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.

- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N. & Spandler, H. (2008). A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 181-192.
- Ciompi, L. & Hoffmann, H. (2004). Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*, 3, 140-146.
- Corah, N. L., Gale, E. N. & Illig, S. J. (1979). Psychological Stress Reducing During Dental Procedures. *Journal of Dental Research*, 58, 1347-1351.
- Darrow, C. W. (1929). Electrical and circulatory responses to brief sensory and ideational stimuli. *Journal of Experimental Psychology*, 12, 267-300.
- Davey, C. G., Yücel, M. & Allen, N. B. (2008). The emergence of depression in adolescence: Development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1-19.
- Davis, J. H. (1987). *Siegen! Siegen um jeden Preis. Die Kennedys - ihre wahre Geschichte*. Zürich: Schweizer Verlagshaus.
- De Girolamo, G., Barbato, A., Bracco, R., Gaddini, A., Miglio, R., Morosini, P., Norcio, B., Picardi, A., Rossi, E., Rucci, P., Santone, G. & Dell'Acqua, G. (2007). Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *British Journal of Psychiatry*, 191, 170-177.
- De Hert, M., Correll, C. U. & Cohen D. (2010). Do antipsychotic medications reduce or increase mortality in schizophrenia? A critical appraisal of the FIN-11 study. *Schizophrenia Research*, 117, 68-74.
- Eack, S. M., Schooler, N. R. & Ganguli, R. (2007). Gerard E. Hogarty (1935--2006): Combining Science and Humanism to Improve the Care of Persons with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1056-1062.
- El-Sayeh, H. G., Morganti, C. & Adams, C. E. (2006). Aripiprazole for schizophrenia. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 189, 102-108.
- Falloon, I. R., Montero, I., Sungur, M., Mastroeni, A., Malm, U., Economou, M., Grawe, R., Harangozo, J., Mizuno, M., Murakami, M., Hager, B., Held, T., Veltro, F., Gedy, R. & the OTP Collaborative Group (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of

- optimal treatment. *World Psychiatry*, 3, 104-109.
- Feist, A. (2004). Der Blutdruck als eine zentrale psychophysiologische Variable. In H. Stubbe & W. Follmann (Hrsg.), *Interventionen in der angewandten Psychologie* (S. 1-18). Aachen: Shaker.
- Fernandez, E. & Turk, D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis. *Pain*, 38, 123-135.
- Freud, A. (2006). *Das Ich und die Abwehrmechanismen (19. Auflage)*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Ganis, G., Morris, R. R. & Kosslyn, S. M. (2008). Neural processes underlying self- and other-related lies: An individual difference approach using fMRI. *Social Neuroscience*, 16, 1-15.
- Gottdiener, W. H. & Haslam, N. (2002). The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethical Human Sciences and Services*, 4, 1-25.
- Gottdiener, W. H. & Haslam, N. (2003). A Critique of the Methods and Conclusions in the Patient Outcome Research Team (PORT) Report on Psychological Treatments for Schizophrenia. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 191-208.
- Gracian, B. (2006). *Hand-Orakel und Kunst der Weltklugheit. Aus dem Spanischen von Arthur Schopenhauer*. Zürich: Diogenes Verlag.
- Grinder, J. & Bandler, R. (1989). *Therapie in Trance. Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewußten (4. Auflage)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Halliburton, M. (2004). Finding a Fit: Psychiatric Pluralism in South India and its Implications for WHO Studies of Mental Disorder. *Transcultural Psychiatry*, 41, 80-98.
- Heimann, H. (1990). *Anhedonie. Verlust der Lebensfreude. Ein zentrales Phänomen psychischer Störungen*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Held, T. (2000). Familientherapie der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 68, 46-49.
- Hell, D., Scharfetter, C. & Möller, A. (2001). Eugen Bleulers Seelenverständnis: Fragmente einer künftigen Werkbiographie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*,

152, 232-240.

- Hesse, W. (2001). Die Bedeutung sozial-kognitiver Bewertungsprozesse für die Entwicklung schizophrener Störungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 297-318.
- Hoffmann, H. & Leisinger, S. (2006). Soteria Bern: ein Schrittmacher in der Schizophreniebehandlung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87, 1859-1863.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D. & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F. & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
- Howes, O. D. & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III--The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 549-562.
- Husserl, E. (1967). *The Paris lectures*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Jablensky, A. (1987). Multicultural studies and the nature of schizophrenia: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80, 162-167.
- Janakiramaiah, N., Gangadhar, B. N., Naga Venkatesha Murthy, P. J., Harish, M. G., Subbakrishna, D. K. & Vedamurthachar, A. (2000). Antidepressant efficacy of Sudarshan Kriya Yoga (SKY) in melancholia: a randomized comparison with electroconvulsive therapy (ECT) and imipramine. *Journal of Affective Disorders*, 57, 255-259.
- Johnsen, E. & Jørgensen, H. A. (2008). Effectiveness of second generation antipsychotics: A systematic review of randomized trials. *BMC Psychiatry*. Online in Internet: URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/31> (Stand 19. 01. 2009).
- Jones, P. B., Barnes, T. R., Davies, L., Dunn, G., Lloyd, H., Hayhurst, K. P., Murray, R. M.,

- Markwick, A. & Lewis, S. W. (2006). Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of Second- vs. First-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Archives of General Psychiatry*, 63, 1079-1087.
- Jung, C. G. (1963). *Erinnerungen, Träume, Gedanken. Aufgezeichnet und herausgegeben von Aniela Jaffé*. Zürich: Rascher Verlag.
- Kahn, R. S., Fleischhacker, W. W., Boter, H., Davidson, M., Vergouwe, Y., Keet, I. P., Gheorghe, M. D., Rybakowski, J. K., Galderisi, S., Libiger, J., Hummer, M., Dollfus, S., López-Ibor, J. J., Hranov, L. G., Gaebel, W., Peuskens, J., Lindefors, N., Riecher-Rössler, A. & Grobbee, D. E. (2008). Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet*, 371, 1085-1097.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, 260-268.
- Köhler, T. (2005). *Biologische Grundlagen psychischer Störungen. (2. überarbeitete Auflage)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Leucht, S., Kissling, W. & Davis, J. M. (2009). Second-Generation Antipsychotics for Schizophrenia: Can we resolve the Conflict? *Psychological Medicine, Published online by Cambridge University Press, 01. April*, 1-12.
- Lorenz, K. (1963). *Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression*. Wien: Borotha-Schoeler.
- Meichenbaum, D. H. & Goodman, J. (1971). Training of Impulsive Children to Talk to Themselves. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Meichenbaum, D. H. (2002). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings (2. revidierte und ergänzte Auflage)*. Bern: Huber.
- Möller, A. & Hell, D. (2003). Das Gesellschaftsbild von Eugen Bleuler – Anschauungen jenseits der psychiatrischen Klinik. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 71, 661–666.
- Moore, T. J., Cohen, M. R. & Furberg, C. D. (2007). Serious adverse drug events reported to the Food and Drug Administration, 1998-2005. *Archives of Internal Medicine*, 167,

1752-1759.

- Mosher, L. R. & Burti, L. (1994). *Psychiatrie in der Gemeinde: Grundlagen und Praxis* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mosher, L. R. (1972). Research design to evaluate psychosocial treatments of schizophrenia. In D. Rubenstein & Y. O. Alanen, (Hrsg.), *Psychotherapy of schizophrenia* (S. 251-260). Amsterdam: Excerpta Medica Foundation.
- Mosher, L. R. (1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 142-149.
- Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1974). Soteria: An alternative to hospitalization for schizophrenia. In J. H. Masserman, (Hrsg.), *Current psychiatric therapies, Vol. 14* (S. 287-296). New York: Grune and Stratton.
- Mosher, L. R., Menn, A. Z., & Matthews, S. M. (1975). Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 455-467.
- Müller, U., Hahlweg, K., Feinstein, E., Hank, G., Wiedemann, G. & Dose, M. (1992). Familienklima (Expressed Emotion) und Interaktionsprozesse in Familien mit einem schizophrenen Mitglied. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4, 332-351.
- Nimgaonkar, V. L., Fujiwara, T. M., Dutta, M., Wood, J., Gentry, K., Maendel, S., Morgan, K. & Eaton, J. (2000). Low Prevalence of Psychoses among the Hutterites, an Isolated Religious Community. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1065-1070.
- Noaghiul, S. & Hibbeln, J. R. (2003). Cross-national comparisons of seafood consumption and rates of bipolar disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2222-2227.
- Peet, M. (2004). International variations in the outcome of schizophrenia and the prevalence of depression in relation to national dietary practices: an ecological analysis. *British Journal of Psychiatry*, 184, 404-408.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2, 413-433.
- Scheen, A. J. & De Hert, M. A. (2007). Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. *Diabetes & Metabolism*, 33, 169-175.
- Seeman, P., Schwarz, J., Chen, J. F., Szechtman, H., Perreault, M., McKnight, G. S., Roder, J. C., Quirion, R., Boksa, P., Srivastava, L. K., Yanai, K., Weinshenker, D. &

- Sumiyoshi, T.(2006). Psychosis pathways converge via D2high dopamine receptors. *Synapse*, 60, 319-46.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata G. (1978). *Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung (2. Auflage)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Siegrist, J., Menrath, I., Stöcker, T., Klein, M., Kellermann, T., Shah, N. J., Zilles, K. & Schneider, F. (2005). Differential brain activation according to chronic social reward frustration. *Neuroreport*, 16, 1899-1903.
- Silvestri, S., Seeman, M. V., Negrete, J. C., Houle, S., Shammi, C. M., Remington, G. J., Kapur, S., Zipursky, R. B., Wilson, A. A., Christensen, B. K. & Seeman, P. (2000): Increased dopamine D2 receptor binding after long-term treatment with antipsychotics in humans: a clinical PET study. *Psychopharmacology (Berl.)*. 152, 174-80.
- Stark, R. & Finke, R. (2000). *Acts of Faith: Explaining the Human Side of Religion*. Berkeley: University of California Press.
- Swartz, M. S., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Davis, S. M., Rosenheck, R. A., Keefe, R. S., Hsiao, J. K. & Lieberman, J. A. (2008). What CATIE found: results from the schizophrenia trial. *Psychiatric Services*, 59, 500-506.
- Taylor, P. J. (2008). Psychosis and violence: stories, fears, and reality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 647-659.
- Vaughn, C. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Vaughn, C. & Leff, J. P. (1981). Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenic Patients, *Schizophrenia Bulletin*, 7, 43-44.
- Vogel, G., Neill, D., Hagler, M. & Kors, D. (1990). A new animal model of endogenous depression: a summary of present findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 14, 85-91.