

# Psychologie



Spektrum  
AKADEMISCHER VERLAG

Sachbuch

Adrian Furnham

**50** schlüssel  
ideen

Adrian Furnham

50 Schlüsselideen

# Psychologie



Aus dem Englischen Übersetzt von Karsten Petersen

**Spektrum**  
AKADEMISCHER VERLAG

# Inhalt

Einleitung 3

## **EIN KRANKER GEIST**

01 Abnormes Verhalten 4  
 02 Der Placebo-Effekt 8  
 03 Der Kampf gegen die Sucht 12  
 04 Losgelöst von der Realität 16  
 05 Nicht neurotisch, nur anders 20  
 06 Scheinbar normal 24  
 07 Stress 28

## **ILLUSION UND REALITÄT**

08 Optische Täuschungen 32  
 09 Psychophysik 36  
 10 Halluzinationen 40  
 11 Wahn 44  
 12 Sind Sie bewusst? 48

## **HERZ UND VERSTAND**

13 Positive Psychologie 52  
 14 Emotionale Intelligenz 56  
 15 Welchen Sinn haben Emotionen? 60  
 16 Kognitive Therapie 64

## **INDIVIDUELLE UNTERSCHIEDE**

17 Der Intelligenzquotient 68  
 18 Der Flynn-Effekt 72  
 19 Multiple Intelligenzen 76  
 20 Kognitive Unterschiede 80

## **PERSÖNLICHKEIT UND GESELLSCHAFT**

21 Der Tintenkleckstest nach Rorschach 84  
 22 Lügen aufdecken 88  
 23 Die autoritäre Persönlichkeit 92  
 24 Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität 96  
 25 Sich einfügen 100  
 26 Selbstlosigkeit oder Selbstsucht? 104

27 Kognitive Dissonanz 108  
 28 Der Spielerfehlschluss 112

## **RATIONALITÄT UND PROBLEMLÖSEN**

29 Urteilsfähigkeit und Problemlösen 116  
 30 Zu viel investiert, um aufzugeben 120  
 31 Rationale Entscheidungsfindung 124  
 32 Erinnerungen an Vergangenes 128

## **KOGNITION**

33 Was der Zeuge gesehen hat 132  
 34 Künstliche Intelligenz 136  
 35 Vielleicht auch träumen 140  
 36 Der Versuch, zu vergessen 144  
 37 Es liegt mir auf der Zunge ... 148

## **ENTWICKLUNG**

38 Psychosexuelle Entwicklungsphasen 152  
 39 Kognitive Entwicklungsstadien 156  
 40 Alle meine Entchen ... 160  
 41 Tabula rasa 164

## **LERNEN**

42 Bleib hungrig 168  
 43 Behaviorismus 172  
 44 Verstärkungspläne 176  
 45 Komplexität meistern 180

## **DAS GEHIRN**

46 Phrenologie 184  
 47 Hin- und hergerissen ... 188  
 48 Aphasie 192  
 49 Legasthenie 196  
 50 Wer ist das? 200

Glossar 204

Index 208

# Einleitung

Die Psychologie hat sowohl ihre Anhänger als auch Gegner. Viele Menschen halten sie für die „Königin der Sozialwissenschaften“, deren Fortschritte, Erkenntnisse und Anwendungen Schlüssel für Gesundheit, Lebensglück und persönliche Entwicklung sind. Ihre Gegner halten Psychologen für verblendete, gar gefährliche Täter wider den gesunden Menschenverstand oder infolge falscher Ideen und Behandlungsmethoden.

Offiziell schlug die Geburtsstunde der Psychologie in den 1870er-Jahren. Psychologen wurden seinerzeit als international renommierte Persönlichkeiten mit großem Einfluss angesehen. Man könnte sich auf den Standpunkt stellen, dass Freud neben Darwin und Marx der einflussreichste Denker des 19. Jahrhunderts war. Watson, Skinner, Milgram und andere hatten große Auswirkungen auf den Alltag der Menschen, von Kindererziehung über Bildung bis hin zu Auswahl und Führung von Personal. Und im 21. Jahrhundert wurde – zum zweiten Mal – einem Psychologen der Wirtschaftsnobelpreis verliehen.

Heute begegnen wir der Psychologie in allen Bereichen der Gesellschaft. Kein Krimi, keine Reportage, keine Talkshow oder medizinische Beratung ist vollständig, wenn nicht auch psychologische Aspekte berücksichtigt werden. Das Design Ihres Autos, Ihres Wohnhauses, die Wahl Ihrer Kleidung, Verbrauchsgegenstände und Partner, die Art, wie wir unsere Kinder erziehen – all das ist von der psychologischen Forschung untersucht und beeinflusst worden. Auch in Management, Leistungssport und Werbung spielt sie eine allgemein anerkannte Rolle.

Die Psychologie ist sowohl reine als auch angewandte Wissenschaft. Sie versucht, unser Verhalten und die grundlegenden Mechanismen, die unsere Ideen, Gefühle und Gedanken beeinflussen, zu verstehen. Darüber hinaus versucht sie, menschliche Probleme zu lösen. Sie ist ausgeprägt interdisziplinär, mit engen Querverbindungen zu zahlreichen anderen Wissenschaften, etwa der Anatomie, Medizin, Psychiatrie und Soziologie, aber auch zur Ökonomie, Mathematik und Zoologie.

Psychologie-Neulinge sind häufig überrascht von der Vielfalt der Themen, die Psychologen erforschen – von Träumen über Größenwahn, Computerphobie, Ursachen von Krebs, Gedächtnisfunktion und Entstehung von Überzeugungen bis hin zu Alkoholismus. In wichtiger und nützlicher Weise lehrt die Psychologie den interessierten Menschen ein reichhaltiges Vokabular, das er nutzen kann, um Verhalten zu beschreiben und zu erklären.

Einige psychologische Theorien leuchten nicht ohne Weiteres ein, während andere durchaus dem gesunden Menschenverstand entsprechen. Ich hoffe, dass es mir mit diesem Buch gelungen ist, ersteren Sinn zu verleihen und letztere zu erklären.

# 01 Abnormes Verhalten

**Die Psychologie des Abnormen – die auch als klinische Psychologie bezeichnet wird – ist die Erforschung abnormer Verhaltensweisen. Sie untersucht die Ursprünge, Manifestationen und Therapien gestörter Gewohnheiten, Gedanken und Triebe, die sowohl durch Umgebungseinflüsse als auch kognitive, genetische oder neurologische Faktoren verursacht werden können.**

Klinische Psychologen befassen sich mit der Beurteilung, Diagnose und Behandlung psychischer Probleme. Sie sind sowohl Wissenschaftler als auch Praktiker, die häufig auf die Behandlung verschiedener Störungen, etwa Angststörungen (Ängste, Panikattacken, Phobien, post-traumatische Belastungsstörungen), affektive Störungen (Depressionen, bipolare Störungen, Suizidintendenzen), Drogenabhängigkeiten (Alkohol, Stimulanzien, Halluzinogene) oder auf sehr komplexe Probleme wie Schizophrenie spezialisiert sind. Die klinische Psychologie ist zwar ein Teil der Psychologie, aber keineswegs ihr zentrales Teilgebiet. Gleichwohl wird sie zumeist von Laien als das interessanteste und wichtigste Spezialgebiet der angewandten Psychologie gesehen.

**Definition des Abnormen** Während es relativ einfach ist, Menschen zu finden, die psychisch leiden oder sich seltsam verhalten, ist es sehr viel schwieriger, den Begriff „abnorm“ zu definieren; er bedeutet eine Abweichung von der Norm. So sind zum Beispiel sehr große oder kleine Menschen abnorm, ebenso wie zurückgebliebene oder sehr begabte Menschen. Und so waren genau genommen Einstein und Michelangelo abnorm, ebenso wie Bach und Shakespeare.

In der klinischen Psychologie stellt sich weniger die Frage, ob ein Verhalten abnorm ist, als vielmehr, ob es sich dabei um eine *Fehlanpassung* handelt, die zu Leiden und sozialen Beeinträchtigungen für die betroffene Person führt. Wenn das Verhalten einer Person als irrational oder potenziell schädlich für sie selbst oder andere erscheint, neigen wir dazu, es für abnorm zu halten. Der Psychologe nennt das Psychopathologie; der Laie spricht von Verrücktheit oder Geisteskrankheit.

Wir alle hätten gern die Gewissheit und Klarheit einer präzisen Unterscheidung zwischen normal und abnorm. Wir wissen jedoch, dass Geschichte und Kultur prägen, was für abnorm gehalten wird. Lehrbücher der Psychiatrie reflektieren diesen Umstand. Vor

## Zeitleiste

1600

Erste Kritik am Konzept der Hexerei

1773

Erste „Irrenanstalt“ wird in Williamsburg, USA, eingerichtet

nicht allzu langer Zeit galt Homosexualität als Geisteskrankheit. Noch im 19. Jahrhundert wurde Onanie für abnorm gehalten.

Sozialer und wirtschaftlicher Status, Geschlecht und Rasse stehen allesamt in Beziehung zur Abnormalität. Frauen leiden häufiger unter Magersucht, Bulimie oder Angststörungen als Männer, die wiederum anfälliger für Drogensucht sind. Arme Menschen werden häufiger als schizophren diagnostiziert als reiche. Bei US-amerikanischen Kindern treten durch mangelnde Selbstkontrolle verursachte Störungen des Sozialverhaltens weit häufiger auf als durch übertriebene Selbstkontrolle verursachte emotionale Störungen, während es in vielen asiatischen Ländern genau umgekehrt ist.

In frühen Vorstellungen von Abnormalität wurde seltsames Verhalten als Besessenheit angesehen. Die Menschen waren Anhänger des Animalismus – glaubten also, dass wir Tieren ähneln würden – und hielten Verrücktheit für das Ergebnis unkontrollierter Regression. In der griechischen Antike suchte man die Ursachen von Abnormalität und Krankheiten in „Körpersäften“, den „Humores“. Daher bestanden frühe Therapien für Geisteskranke vorwiegend darin, sie zu isolieren und zu bestrafen; menschenwürdige Behandlungsmethoden kamen eigentlich erst im 19. Jahrhundert auf.

**Allgemein anerkannte Kriterien** Heute drehen sich psychologische Definitionen des Abnormen um eine Reihe allgemein anerkannter Kriterien, die in vier Kategorien eingeteilt sind: Not (*distress*), Abweichung (*deviance*), Funktionsstörung (*dysfunction*) und Gefährdung (*danger*). Abnormalität bringt im Allgemeinen *Schmerz* und *Leid* mit sich, zum Beispiel akutes oder chronisches persönliches Leiden. Ein anderes Kriterium ist *mangelhafte Anpassung* – die Unfähigkeit, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen, etwa einen Beruf auszuüben, zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungen zu führen oder Zukunftspläne zu machen.

Ein sehr verbreitetes Kriterium ist *Irrationalität* – bizarre, unlogische Überzeugungen über die physische, soziale oder auch – sehr häufig – spirituelle Welt.

Häufig ist das Verhalten abnormer Menschen für andere unverständlich. Oft sind sie unberechenbar; sie können sehr unbeständig sein und von einem Extrem ins andere verfallen. Häufig sind sie nicht in der Lage, ihr Verhalten zu steuern, und oft ist ihr Verhalten ausgesprochen unpassend.

Ihre Abnormalität ist fast schon *per definitionem* durch unkonventionelle, in den meisten Fällen seltene, unerwünschte Verhaltensweisen charakterisiert. Sie wird mit Regelverstößen, Übertretung moralischer Standards und Missachtung gesellschaftlicher Normen assoziiert. Illegales, unmoralisches, unerwünschtes Verhalten ist abnorm.

Im Laufe der Jahre ist der Begriff ‚abnorm‘ mit allzu vielen Werturteilen überfrachtet worden, und daher sind ihm eine ganze Reihe von Synonymen vorzuziehen: fehlangepasst, abweichend, deviant, etc. ◀

Arthur S. Reber, 1985

## 1890er-Jahre

Hypnose und Psychoanalyse kommen auf

## 1940er-Jahre

Verhaltenstherapie wird praktiziert

## 1952

Das erste brauchbare Diagnosehandbuch wird veröffentlicht

## Gegensätze zwischen Normalität und Abnormalität

**Subjektiv** Dies ist die vielleicht primitivste Perspektive, bei der die eigene Person, das eigene Verhalten, die eigenen Wertvorstellungen als Kriterien für Normalität angelegt werden. Dies ist der Stoff, aus dem Idiome und Sprichworte gemacht sind („Einmal Dieb, immer Dieb“ [„once a thief, always a thief“], „Nichts ist seltsamer als die Menschen“ [„there's nowt so queer as folk“]). Demnach sind Menschen wie man selbst normal, und die anderen sind es nicht. Diese Einstellung reflektiert ein Denken in simplen, einander ausschließenden Kategorien: normal – abnorm – sehr abnorm.

**Normativ** Dies ist die Vorstellung, es gäbe ein perfektes, erstrebenswertes Ideal für menschliches Denken und Verhalten. Dieses Bild einer perfekten Welt wird häufig von religiösen und politischen Denkern entworfen. Normalität ist Perfektion: Je weiter man von der Normalität entfernt ist, desto abnormer ist man. Es ist ein Daseinszustand, der sich eher daran orientiert, „was sein sollte“ als daran, „was realistisch möglich ist“. Nichts ist normal, da niemand perfekt ist.

**Klinisch** Sozialwissenschaftler und Mediziner versuchen zu beurteilen, wie effektiv, organisiert und angepasst eine Person funktioniert. Viel hängt davon ab, welche Persönlichkeitsdimension beurteilt wird. Kliniker streben zwar eine zuverlässige Diagnose an, akzeptieren aber auch, dass die Unterscheidungskriterien zwischen normal und abnorm fließend verlaufen und zum Teil subjektiv sind. Abnormalität wird zumeist mit mangelhafter Anpassung, Schmerz und seltsamen Verhaltensweisen assoziiert.

**Kulturell** Die Kultur diktiert in allen Lebensbereichen Trends, von Mode und Benehmen bis hin zu Sprache und Liebe. Sie schreibt gewisse Verhaltensweisen vor und verbietet andere. Bestimmte Dinge sind Tabu, andere verboten. Wieder gilt: Je weiter entfernt von kulturellen Normen ein Mensch zu stehen scheint, desto mehr wird er für abnorm gehalten. In dem Maße allerdings, wie kulturelle Überzeugungen und Sitten sich wandeln, ändern sich die Definitionen von Normalität mit ihnen – am Beispiel Homosexualität zeigt sich das sehr deutlich.

**Statistisch** Allen Statistikern ist das Konzept der Normalverteilung (oder Gauß-Verteilung) vertraut. Sie hat bestimmte Eigenschaften und ist am besten aus Intelligenztests bekannt. Ein Intelligenzquotient von 100 ist der Durchschnitt, bei 66 Prozent der Bevölkerung liegt der IQ zwischen 85 und 115 Punkten und bei etwa 97 Prozent zwischen 70 und 130. Wenn Sie also bei einem solchen Test ein Ergebnis von unter 70 oder über 130 Punkten erzielen, sind Sie außergewöhnlich – wenn man auch in diesem Falle das Wort „abnorm“ nicht verwenden würde. Die Schwächen dieses Modells liegen darin, dass ein Verhalten, das häufig zu beobachten ist, deswegen noch nicht unbedingt gesund oder erwünscht sein muss. Zudem mag es für Fähigkeiten, die relativ einfach zu messen sind, brauchbare Ergebnisse liefern, doch funktioniert es weniger gut für subtilere und mehrdimensionale Fragen wie etwa Persönlichkeitsstörungen oder Geisteskrankheiten.

Ein recht interessantes Kriterium für Abnormalität ist das Unbehagen, das bei Menschen entsteht, die Zeugen abnormen Verhaltens werden. Oft sind solche Beobachter peinlich berührt, wenn sich klare Indizien für Abnormalität zeigen.

**Die Schwächen des Konzepts** Die Schwierigkeiten einer jeglichen Definition von Abnormalität liegen auf der Hand. Erstens wird eine gesunde Person in einer ungesunden Gesellschaft häufig als abnorm abgestempelt. Es existieren zahllose Beispiele dafür, dass Gesellschaften zutiefst intolerant mit Menschen umgegangen sind, die deren engen (ungesunden, fehlangepassten) Glaubens- und Verhaltensnormen nicht entsprechen. Zweitens sind sich natürlich die Experten uneins über die Kategorien normal und abnorm. Selbst wenn mehrere Kriterien für Abnormalität aufgestellt werden, bleibt fundamentale Uneinigkeit darüber bestehen, ob eine Person in einem bestimmten Sinne als abnorm eingestuft werden sollte. Drittens gibt es den Unterschied zwischen Akteur und Beobachter: Wer soll die Beurteilung vornehmen? Akteure halten sich selbst nur selten für abnorm: Die meisten Menschen sind relativ selbstsicher und haben in der Tat allen anderen eine Menge Informationen über sich selbst voraus. Dennoch gibt es hinlänglich bekannte Fallstricke und Hindernisse, die einer Selbstdiagnose im Wege stehen. Es ist leichter, als Beobachter andere Menschen als abnorm zu bezeichnen – besonders diejenigen, die anders sind als man selbst oder eine Bedrohung darstellen.

**Selbstdiagnose** Ein vorrangiges Ziel von Beratung, Hilfsangeboten und Therapien besteht darin, Menschen dabei zu helfen, sich selbst besser einzuschätzen. Es liegt auf der Hand, dass viele psychisch gestörte, aber vermeintlich normale Menschen wenig Einsicht in ihre Probleme haben – sie scheinen blind dafür zu sein. Entsprechend behaupten gelegentlich Studenten der klinischen Psychologie nach der Lektüre von Lehrbüchern, sie würden nunmehr erkennen, an gewissen psychischen Störungen zu leiden. Das geschieht, weil viele Menschen ein übersteigertes Gefühl der Einzigartigkeit mancher privaten, geheimen oder gar „verbotenen“ oder „ungehörigen“ Gedanken oder Verhaltensweisen haben. Wir alle verbergen bestimmte Aspekte unserer Persönlichkeit und können plötzlich feststellen, dass solche kleinen Geheimnisse in Lehrbüchern erwähnt werden, die allerlei abnormes Verhalten zum Thema haben.

**» Sie sagt immer, sie schätze das Abnorme nicht – es sei so offensichtlich. Sie sagt, das Normale sei um so viel mehr auf einfache Weise kompliziert und interessant. «**

**Gertrude Stein, 1935**

Worum es geht  
Was ist „normales“ Verhalten?

# 02 Der Placebo-Effekt

Ärzte sind dafür bekannt, folgende Anweisung zu geben: „Nehmen Sie zwei von diesen Tabletten ein und rufen Sie mich morgen früh wieder an.“ Obwohl ein solcher Arzt weiß und anerkennt, dass jegliche (physische) Behandlung aktive Wirkstoffe oder Prozeduren mit sich bringt, die physische Veränderungen in einem Patienten bewirken, weiß er auch um die Macht psychischer Faktoren, allerlei Beschwerden zu heilen. Die Medizin kennt das Konzept, dass der Geist über die Materie siegen kann, seit Jahrhunderten.

**Worum handelt es sich?** Der Begriff „Placebo“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „ich werde gefallen“. Ein Placebo ist schlichtweg definiert als ein Präparat ohne medizinischen Wert und ohne pharmakologische Wirkung. Ein aktives Placebo ahmt die Nebenwirkungen des untersuchten Wirkstoffs nach, ohne seine angenommene spezifische therapeutische Wirkung zu haben.

Der Klang der Flöte heilt Epilepsie und Ischias. 

Theophrastos, 300 v. Chr.

Manche Menschen glauben, Placebo-Effekte seien bei psychischen Beschwerden wirksamer als bei körperlichen. Eine wichtige, vor kurzem durchgeführte Studie zeigt, dass annähernd 60 Prozent von Wartelisten-Patienten, denen Placebos verabreicht wurden, in besserer Verfassung waren als Patienten der Kontrollgruppe, was

sehr deutlich die Macht des Placebo-Effekts zeigt.

**Geschichte** Die moderne Placeboforschung bezieht sich zumeist auf einen Artikel, der vor über 50 Jahren im *American Dental Association Journal* erschien. Sein Autor Henry Beecher schockierte die medizinische Fachwelt durch die Behauptung, dass Placebo-Verfahren wie zum Beispiel die Gabe von Zuckertabletten oder auch nur eine verständnisvolle Untersuchung bei 30 Prozent der Patienten eine Verbesserung ihres Zustandes bewirkten. Heute ist diese Schätzung auf 50 bis 75 Prozent der Patienten erhöht worden, die bei vielfältigen Beschwerden von Asthma bis hin zu Parkinson durch verschiedene Placebo-Behandlungen reale, anhaltende Verbesserungen zeigen.

**Diverse Placebos** Es stellt sich die Frage, welche Art Placebo am besten wirkt. Farbe und Größe von Kapseln und Pillen sind wiederholt in Experimenten variiert worden, ohne dass sich nennenswerte reproduzierbare Auswirkungen gezeigt hätten; sie

## Zeitleiste

1500–1900

Allerlei Substanzen werden therapeutische Eigenschaften zugeschrieben

vor dem 20. Jahrhundert

Die gesamte Medizin bis zur Moderne ist die Geschichte des Placebos

### Heilung für sämtliche Beschwerden?

Es ist gezeigt worden, dass die Gabe von Placebos in einem orthodoxen medizinischen Rahmen bei einem beeindruckend breiten Spektrum von Krankheiten Symptome lindern kann, darunter Allergien, Angina Pectoris, Asthma, Krebs, Hirnschlag, Depres-

sionen, Diabetes, Harninkontinenz, Epilepsie, Schlaflosigkeit, Morbus Menière, Migräne, multiple Sklerose, Neurosen, Augenkrankheiten, Parkinsonsche Krankheit, Prostataerkrankungen, Schizophrenie, Hautkrankheiten, Geschwüre und Warzen.

scheinen keinen großen Unterschied auszumachen. Ein Wissenschaftler berichtete, dass ein Placebo, um größtmögliche Wirkung zu erzielen, sehr groß und entweder braun oder lila sein sollte, oder aber sehr klein und entweder leuchtend rot oder gelb.

Allerdings scheinen schwerwiegendere, „große“ oder invasive Eingriffe einen stärkeren Placebo-Effekt zu haben. Injektionen scheinen generell eine größere Wirkung zu haben als Tabletten, und sogar Placebo-Operationen (bei denen Menschen aufgeschnitten und wieder zugenäht werden, ohne dass tatsächlich etwas operiert wird) haben in vielen Fällen zu positiven Ergebnissen geführt.

Die Art der Behandlung und andere Qualitäten des Therapeuten scheinen erheblich zur Wirkung der Placebo-Behandlung selbst beizutragen. Die Therapeuten, die auch mehr Interesse an ihren Patienten zeigen, größeres Vertrauen in ihre Behandlungsmethoden erzeugen und einen fachkundigeren Status ausstrahlen, scheinen stärkere Placebo-Wirkungen bei ihren Patienten zu fördern.

» **Seelenverwandtschaft ist Heilung: Ein jeder von uns ist des anderen Arzt.** **Oliver Sacks, 1973**

**Wie wirken sie?** Die Faszination des Placebo-Effekts hat zu zahlreichen Ideen und Theorien geführt, um zu erklären, wie er tatsächlich wirkt. Vielfältige Konzepte sind vorgeschlagen worden, darunter operante Konditionierung, klassische Konditionierung, Abbau von Schuldbewusstsein, Übertragung, Suggestion, Überzeugungskraft, Rollenanforderungen, Glaube, Hoffnung, Labelling, selektive Symptombeobachtung, Fehlattribuierung, Abbau kognitiver Dissonanz, Kontrolltheorie, Abbau von Ängsten, Erwartungseffekte und Endorphin-Ausschüttung.

**Randomisierte Doppelblindstudien** Der Placebo-Effekt ist Segen und Fluch zugleich. Er ist ein Segen für alle Therapeuten, unabhängig davon, welche Behandlung sie jeweils verschreiben. Er ist ein Fluch für Wissenschaftler, die die tatsächliche Wir-

#### 1950er-Jahre

Erste Forschungen zum Placebo-Effekt

#### 1960er-Jahre

Klinische Studien unter Verwendung von Placebos

#### 1980er-Jahre

80 Prozent der Ärzte geben nach wie vor an, Placebos einzusetzen

kung einer Intervention einschätzen wollen. Die randomisierte Doppelblindstudie mit Placebos ist zum Goldstandard wissenschaftlicher Forschung geworden, um Therapien unter Berücksichtigung des Placebo-Effekts zu beurteilen.

Die Idee besteht darin, Probanden zufällig in verschiedene Gruppen einzuteilen, von denen einige Kontrollgruppen sind, die keine Behandlung, eine andere Behandlung oder eine Placebo-Behandlung erhalten. Zudem weiß weder der Arzt/Wissenschaftler/Therapeut noch der Klient/Patient, welche Behandlung jeweils angewendet wird.

Die erste randomisierte klinische Studie wurde kurz nach dem Zweiten Weltkrieg durchgeführt, doch erst vor 20 Jahren wurden „Blindstudien“ eingeführt. Es wurde erkannt, dass der Patient „blind“ sein musste für die Art der Behandlung, die ihm zuteil wurde, da psychische Faktoren die Reaktion auf eine Behandlung beeinflussen können. Wenn sowohl der Patient als auch der Kliniker die Art der Behandlung (zum Beispiel Verabreichung eines Wirkstoffs oder Placebos) nicht kennen, wird der Versuch als Doppelblindstudie bezeichnet. Wenn der Kliniker eingeweiht ist, der Patient dagegen nicht, handelt es sich um eine Einfach-Blindstudie.

» **Es ist die Beichte, nicht der Pfarrer, die uns Absolution erteilt.** ◀

**Oscar Wilde, 1890**

**Probleme** Aber auch Placebo-kontrollierte, randomisierte Doppelblindstudien haben ihre Schwierigkeiten. Erstens können Probleme entstehen, weil die zufällig in verschiedene Gruppen eingeteilten Probanden sich begegnen und untereinander über ihre jeweilige Behandlung sprechen könnten. Die Einteilung in natürliche Gruppierungen (etwa der Vergleich zwischen zwei Schulen oder geografischen Regionen) könnte einer Randomisierung vorzuziehen sein. Zweitens können Blindstudien für manche Behandlungen nicht durchführbar sein. Wenngleich weder Arzt noch Patient in der Lage sein mögen, eine wirksame Tablette von einer Placebo-Zuckerpille zu unterscheiden, gibt es bei einigen Behandlungen keine einem Placebo hinreichend ähnliche Darreichungsform. Drittens könnte die Teilnahme an einer Studie das Verhalten der Probanden beeinflussen. Allein die Prozedur, regelmäßig untersucht und beurteilt zu werden, könnte sich bereits positiv auswirken.

Viertens könnten womöglich diejenigen Probanden, die bereit sind, an einer Studie teilzunehmen, nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Patienten mit dem jeweiligen Problem sein. Die Auswahlkriterien für die Probanden einer Studie müssen streng gewählt sein, um die Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen zu gewährleisten und optimale Möglichkeiten zu schaffen, um einen eventuellen Nutzen der Behandlung erkennen zu lassen. Ein weiteres Problem ist eine Missachtung der Behandlungsvorschriften durch Probanden, die wissen, dass sie möglicherweise ein Placebo erhalten. Wenn einem Patienten mitgeteilt wird, dass er womöglich ein Placebo einnimmt, könnte er eher dazu neigen, die Behandlung aufzugeben, wenn er keine sofortige Wirkung feststellen kann.

Sechstens könnte die Standard-Behandlung in der Studie künstlich sein und kaum der klinischen Behandlungspraxis entsprechen. Das könnte ein flexibleres, mehr an den Be-

dürfnissen des Patienten orientiertes Vorgehen behindern. Daher könnte die Studie kein realistischer Test der Behandlung sein, wie sie in der klinischen Praxis eingesetzt wird, und die Bedürfnisse des Patienten könnten mit den wissenschaftlichen Anforderungen der Studie im Widerspruch stehen. Siebtens werden häufig individuelle Unterschiede zwischen den Reaktionen der Patienten außer Acht gelassen, wenn die Auswertung der Ergebnisse lediglich die Durchschnittsergebnisse der Gruppen berücksichtigt. Einzelne Patienten, denen es aufgrund der Behandlung schlechter geht, könnten in den Auswertungsberichten nicht hinreichend berücksichtigt werden, es sei denn, sie hätten besonders auffällige Nebenwirkungen erlitten.

Achtens können in vielerlei Konstellationen ethische Probleme entstehen, insbesondere wenn Placebo-Behandlungen durchgeführt werden oder der Patient oder Arzt eine bestimmte Behandlungsalternative einer anderen entschieden vorzieht. Neuntens könnte das auf der Basis klinischer Beurteilungen und objektiver Tests ermittelte Ergebnis nicht die Vorstellungen des Patienten über eine wichtige und vorteilhafte Veränderung reflektieren. Dem Patienten könnte seine allgemeine Lebensqualität wichtiger sein, die nicht unbedingt mit Veränderungen biochemischer Parameter oder anderer Krankheitsindikatoren in enger Verbindung stehen muss. Und schließlich könnte das Bestreben, den Placebo-Effekt bei der Beurteilung einer Behandlung im Vergleich zu einem vergleichbaren Placebo zu eliminieren, dazu führen, dass wichtige psychologische Variablen vernachlässigt werden. Die persönlichen Eigenschaften des Therapeuten und die Einstellung des Patienten zur Behandlung werden in einem medizinischen Kontext nur selten untersucht, obwohl sie wichtige Faktoren für die Einhaltung der Behandlungsvorschriften durch den Patienten und dessen Einstellung zu Krankheit sein können.

**Der beste aller Heiler ist Zuversicht.**

**Pindar, 500 v. Chr.**

**Die Medizin kuriert den Mann, dem es bestimmt ist, nicht zu sterben.**

**Sprichwort**

# 03 Der Kampf gegen die Sucht

» Jede Form von Süchtigkeit ist von Übel, gleichgültig, ob es sich um Alkohol oder Morphium oder Idealismus handelt. **C. G. Jung, 1960**

Die meisten Menschen denken in Verbindung mit Sucht in erster Linie an Drogen. Es gibt eine lange Liste von Substanzen, nach denen ein Mensch süchtig werden kann. Darunter finden sich Alkohol, Stimulanzien (zum Beispiel Kokain), Opiate, Halluzinogene, Marihuana, Nikotin und Barbiturate.

Sucht bedeutet, einer Erfahrung ausgesetzt zu sein und sich dann so zu verhalten, dass diese Erfahrung möglichst oft wiederholt werden kann. Im Laufe der Zeit wird die Sucht immer dominanter. Es wird regelmäßig und in steigender Dosis konsumiert, wobei der Konsument weiß, dass seine Gewohnheit teuer, ungesund und möglicherweise illegal ist, ohne jedoch in der Lage zu sein, sie aufzugeben. Es ist ein komplexer Prozess, bei dem biologische, psychische und soziale Faktoren eine Rolle spielen.

» Wir stoßen miteinander auf die Gesundheit an und ruinieren dabei die eigene. **Jerome K. Jerome, 1920**

**Jerome K. Jerome, 1920**

Manche Suchtforscher interessieren sich dafür, warum bestimmte Drogen oder Aktivitäten ein so hohes Suchtpotenzial haben. Andere sind fasziniert von der Frage, warum manche Menschen suchtanfälliger als andere zu sein scheinen. Manche Wissenschaftler untersuchen die Bedingungen und Eigenschaften des sozialen Umfelds, die eine Sucht mehr oder weniger wahrscheinlich machen, während wieder andere Entzugsversuche und Rückfallursachen erforschen.

**Abhängigkeit und Missbrauch** In Bezug auf Drogen unterscheidet die Literatur zwischen Drogenabhängigkeit und -missbrauch; beide Begriffe haben eine technische Bedeutung. *Abhängigkeit* hat sehr spezifische Merkmale wie Toleranzveränderung (die Dosis wird immer weiter erhöht, ohne dass die Wirkung intensiver wird); Entzugerscheinungen (wenn die Droge abgesetzt wird); zwanghafte Anstrengungen, Nachschub zu beschaffen; Vernachlässigung sämtlicher sozialen, beruflichen und Freizeitaktivität-

## Zeitleiste

1875

In San Francisco wird Opium verboten

1919–1933

Prohibition in den USA

## Rauchen

Die beiden Abhängigkeiten, die auf das größte öffentliche Interesse stoßen, sind Rauchen und Alkoholkonsum. In den meisten westlichen Ländern sind etwa ein Viertel bis zu einem Drittel der Bevölkerung nach wie vor Raucher, und ein Drittel aller Krebserkrankungen wird auf Rauchen zurückgeführt. Inzwischen ist das Rauchen eine „stigmatisierte Angewohnheit“, die viele Ursachen hat. Die Faktoren, die dazu führen, dass eine Person mit dem Rauchen anfängt (Gruppendruck, soziale Vorbilder), unterscheiden sich häufig von den Gründen, aus denen sie das Rauchen fortsetzt. Nikotin ist ein starkes Stimulans: es beschleunigt den Puls und erhöht den Blutdruck; es senkt die Körpertemperatur; es verändert die Hormonausschüttung durch die Hypophyse, und es bewirkt die Ausschüttung von Adrenalin. Die Ausschüttung von Dopamin im Gehirn verstärkt sein Suchtpotenzial. Doch in erster Linie bleibt der Rau-

cher wegen der unangenehmen Entzugserscheinungen bei seiner Angewohnheit – Verlangen, Kopfschmerz, Gereiztheit und Schlaflosigkeit. Wird das Rauchen aufgegeben, hat das sofortige und langfristige Folgen.

Viele Menschen versuchen, das Rauchen aufzugeben. Die Regierungen vieler Länder setzen Werbeverbote, Einschränkungen für den Verkauf und öffentlichen Konsum, hohe Tabaksteuern sowie Gesundheits- und Aufklärungskampagnen im Kampf gegen das Rauchen ein – mit bescheidenem Erfolg. Entwöhnungswillige Raucher versuchen alles Mögliche, von Nikotinpflastern und -kaugummis über Psychotherapie und Hypnose bis hin zu schlichter Willenskraft; da jedoch viele Reize – visuelle, olfaktorische, physiologische und soziale – das Verlangen nach einer Zigarette auslösen, schaffen viele von ihnen es nicht, vom Nikotin loszukommen.

ten; sowie fortgesetzter Konsum in voller Kenntnis des erheblichen Schadens, der ange richtet wird.

*Missbrauch* bedeutet, eine Droge zu konsumieren, obwohl diverse schulische, häusliche und berufliche Verpflichtungen zu erfüllen sind; Konsum in Gefahrensituationen (beim Autofahren, am Arbeitsplatz); Konsum, obwohl er illegal ist; Konsum trotz anhaltender negativer Nebenwirkungen.

**Die Suchtpersönlichkeit** Die ursprüngliche Idee war, dass manche Menschen ein bestimmtes Profil oder einen Fehler oder eine Schwäche haben, die sie anfällig für bestimmte oder alle Süchte machen; allerdings hat sich das Konzept nicht durchsetzen können. Manche Psychiater sehen Sucht als Folge einer psychischen Erkrankung wie Depression oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung an. Sie vermuten, dass risikofreudige Menschen oder psychisch Kranke anfällig dafür sind, sich auf Drogenkonsum wie auf eine Krücke zu stützen. Sie neigen eher zum Experimentieren, wobei sie potenzielle negative Konsequenzen ignorieren oder herunterspielen.

**1935**

Gründung der Anonymen Alkoholiker

**1960er-Jahre**

Gegenkultur preist psychotrope Drogen an

**ab 2000**

Weitverbreitetes Rauchverbot in der Öffentlichkeit

### Psychiatrische Kriterien für Drogenabhängigkeit

Ein fehlangepasstes Muster von Drogenkonsum, das zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Es manifestiert sich durch mehrere der folgenden Merkmale, die jeweils zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb desselben Zeitraums von 12 Monaten auftreten.

1. Toleranzveränderung, also ein Verlangen nach deutlich erhöhten Dosen der Droge, um einen Rausch oder die erwünschte Wirkung zu erzeugen und/oder eine deutlich reduzierte Wirkung bei gleichbleibender Dosierung.
2. Entzug zeigt sich als Entzugssyndrom, falls nicht durch Einnahme der jeweiligen Droge (oder einer eng verwandten Substanz) die Entzugssymptome gelindert oder vermieden werden.
3. Die Droge wird häufig in höherer Dosierung oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt konsumiert.
4. Ein anhaltender Wunsch oder erfolglose Anstrengungen, den Drogenkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren.
5. Viel Zeit wird für Aktivitäten aufgewandt, die notwendig sind, um die Droge zu beschaffen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
6. Wichtige soziale, familiäre, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden wegen Drogenkonsums aufgegeben oder vernachlässigt.
7. Der Konsum der Droge wird fortgesetzt, obwohl der Abhängige weiß, dass er ein anhaltendes oder wiederkehrendes körperliches oder psychisches Problem hat, das wahrscheinlich von der Droge verursacht oder verschärft wurde.

Therapeuten weisen außerdem darauf hin, dass Süchtige und drogenanfällige Menschen Drogen einsetzen, um Probleme zu kompensieren oder ihr Leben zu bewältigen. Drogen werden eingesetzt, um Gefühle zu betäuben, schmerzhafte emotionale Zustände zu lindern oder innere Konflikte zu reduzieren. Sie können gegen Einsamkeit helfen oder ein Fehlen befriedigender Beziehungen zu anderen Menschen kompensieren. Drogenkonsumenten haben das Gefühl, sie könnten nur mithilfe der Droge sich äußern und Dinge erledigen, und werden daher allmählich immer abhängiger, bis sie nicht mehr effektiv in der Gesellschaft funktionieren können.

**Genetisch bedingte Anfälligkeit** Süchte scheinen häufig in der Familie zu liegen. Daher laufen die Kinder von Alkoholikern ein vierfach höheres Risiko als die Kinder von Nicht-Alkoholikern, selbst zu Alkoholikern zu werden. Zwillingsstudien haben eindeutig gezeigt, dass Drogenmissbrauch auch genetische Determinanten hat. Es ist wahrscheinlich, dass komplexe genetische Faktoren die spezifische biologische Reaktion einer Person auf Drogen beeinflussen, vermutlich im Bereich der Neurotransmitter-Systeme. So ist es denkbar, dass manche Menschen sich selbst mit Drogen „behandeln“, um ein biochemisches Ungleichgewicht in dem Gehirn zu „korrigieren“, das sie geerbt haben.

**Trunkenheit ist ganz einfach freiwilliger Wahnsinn.**

**Seneca, 60 v. Chr.**

**Gegenprozess-Theorie** Diese Theorie besagt, dass Systeme auf Reize reagieren und sich an sie anpassen, indem sie gegen deren anfängliche Wirkungen opponieren. Zuerst ein Bedürfnis und dann ein unwiderstehliches Verlangen nach etwas, was es vor einer Drogenerfahrung nicht gab, verstärkt sich mit zunehmender Exposition. Eine Reihe von Phänomenen ist bei allen Süchten und Abhängigkeiten zu beobachten. Das erste ist *affektive Lust* – ein körperlich und emotional hedonistischer Zustand, der auf den Konsum folgt. Er kann sich als Entspannung oder Stressabbau manifestieren oder einfach als Gefühl plötzlicher Energie. Dann gibt es die *affektive Toleranz*, was bedeutet, dass man immer mehr von der Droge benötigt, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Das dritte Phänomen ist der *affektive Entzug*, der eintritt, wenn die Droge nicht eingenommen wird.

Demnach setzt die Droge einen Prozess in Gang, der eine Oppositionsreaktion auslöst, die mit wiederholter Exposition immer stärker wird. Dieser Vorgang wird als *affektiver Kontrast* bezeichnet. Bei anhaltendem Konsum ist die dominante Reaktion negativ; also braucht der Süchtige die Droge, um einen neutralen Zustand zu erreichen, und es entsteht kaum noch Lustgewinn aus dem Konsum.

» **Kokain macht nicht süchtig. Ich muss es wissen – schließlich nehme ich es seit Jahren.** «

Tallulah Bankhead, 1960

**Theorie der positiven Verstärkung** Drogen können Wohlbefinden, gar Euphorie erzeugen. In den 1960er-Jahren erlaubten Psychologen ihren Versuchsaffen, sich selbst Morphin zu „verabreichen“, woraufhin die Tiere alle Anzeichen einer Sucht zeigten. Heute interessieren Psychologen sich zunehmend für die Drogen-Belohnungsmechanismen im Gehirn, insbesondere für die Hirnregionen und Neurotransmitter, die bei „natürlichen Belohnungen“ wie Nahrung oder Sex eine Rolle spielen, im Vergleich zu künstlichen Stimulanzen wie Drogen oder elektrischer Stimulation des Gehirns. Wir wissen, dass Drogen wie Kokain und Amphetamine die Dopaminausschüttung an den Synapsen einer Hirnregion verstärken, die als Nucleus accumbens bezeichnet wird. Das heißt, dass eine große Dosis Droge einen „prima Kick“ erzeugt, den der Süchtige immer wieder erleben will.

**Lerntheorien** Drogenkonsum und der damit verbundene Lustgewinn werden mit sehr spezifischen Situationen, Eindrücken und Geräuschen assoziiert. Daher verbindet ein Abhängiger die Drogen – vom Alkohol bis hin zu Amphetaminen – mit sehr spezifischen Auslösern oder Erinnerungen. Versetzt man ihn in eine bestimmte Umgebung, entsteht ein unwiderstehliches Verlangen nach der Droge – für den Alkoholiker ist eine Kneipe, für den Nikotinsüchtigen der Geruch von Tabak ein solcher auslösender Reiz. Anzeichen einer unmittelbar bevorstehenden Drogenlieferung können starke Begierden auslösen, die erfüllt werden „müssen“. In vielerlei Hinsicht ist das die altmodische Behaviorismus- und Konditionierungstheorie.

# 04 Losgelöst von der Realität

Die meisten Menschen sind entsetzt bei der Vorstellung, einen schizophrenen Menschen zu treffen. Er wird für geistesgestört, gefährlich und schwachsinnig gehalten, und außerdem für irre, unberechenbar und unkontrollierbar. Spielfilme und Bücher haben vermutlich viel mehr dazu beigetragen, solche Mythen über diesen Geisteszustand zu verbreiten, als ihn zu erklären. Schizophrenie ist eine psychotische Erkrankung, die durch gestörtes Denken und gestörte Wahrnehmungen, Verhaltensweisen und Stimmungen gekennzeichnet ist.

**Häufigkeit** Etwa ein Prozent der Bevölkerung ist von Schizophrenie betroffen; sie ist die schwerste der Geistesstörungen. Bei etwa einem Drittel dieser Menschen ist eine langfristige stationäre Unterbringung erforderlich; bei einem weiteren Drittel klingt die Krankheit so weit ab, dass sie als geheilt angesehen werden kann; das letzte Drittel zeigt

» **Schizophrenie kann nicht verstanden werden, ohne Verzweiflung zu verstehen.** «

Ronald D. Laing, 1955

Phasen krankhafter Symptome, denen Phasen der „Normalität“ folgen. Die Betroffenen unterscheiden sich von normalen Menschen durch Symptome, die sie haben (Positivsymptomatik) und solche, die sie nicht haben (Negativsymptomatik). Sie neigen zu verschiedenen Ausprägungen von Denkstörungen (desorganisiertes, irrationales Denken), Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Tendenziell mangelt es ihnen an Energie, Initiative und sozialen Kontakten. Sie haben ein sehr flaches Gefühlsleben, kaum Freude am Leben

und sind verschlossen.

Schizophrenie führt häufig zu erheblichen sozialen und beruflichen Konsequenzen. Schizophrene „Schübe“ können lange andauern und wiederkehren. Es ist für viele, aber nicht alle Betroffene ein lähmendes und langfristiges Problem.

**Geschichte und Irrtümer** Es gibt viele weitverbreitete Irrtümer über schizophrene Menschen. Der erste ist, dass sie gefährlich, unkontrollierbar und unberechenbar seien; in Wirklichkeit sind die meisten von ihnen eher scheu, verschlossen und mit ihren

## Zeitleiste

1893

Kraepelin beschreibt Schizophrenie

1908

Bleuler verwendet erstmals den Begriff „Schizophrenie“

### Begriffsdebatte

Der diagnostische Begriff „Schizophrenie“ ist unter Psychiatern, in Patientenorganisationen und der breiten Öffentlichkeit weithin umstritten. Der häufigste Einwand dagegen lautet, er sei ein wenig hilfreicher Sammelbegriff, der eine ganze Reihe verschiedener Störungen mit unterschiedlichen Symptomen und Ursachen abdecke, und daher sei die Diagnose

unzuverlässig. Mitunter wird der Begriff *Schizotypie* vorgeschlagen, der sich auf ein Kontinuum von Persönlichkeitseigenschaften und psychotischen Symptomen, insbesondere Schizophrenie, bezieht. Diese Perspektive unterscheidet sich von der kategorischen Sicht, entweder man habe das Problem oder nicht.

eigenen Problemen beschäftigt. Der zweite Irrtum ist, sie hätten eine gespaltene Jekyll-und-Hyde-Persönlichkeit; tatsächlich sind es jedoch der emotionale (affektive) und der kognitive (gedankliche) Aspekt ihrer Persönlichkeit, die gespalten sind. Drittens glauben viele Menschen irrtümlicherweise, dass schizophrene Patienten nicht geheilt werden können – einmal schizophren, immer schizophren.

Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts versuchte der deutsche Psychiater Emil Kraepelin, das erste psychiatrische Klassifikationssystem zu entwickeln. Eine bestimmte Störung nannte er *Dementia praecox*, was „vorzeitiger Verfall“ bedeutet, und er beschrieb diverse Verhaltensauffälligkeiten, die wir heute Schizophrenie nennen würden. Er beeinflusste viele seiner Fachkollegen entsprechend seiner Überzeugung, dass die Ursache der Krankheit und daher die „Kur“ biomedizinischer Art sei. Adolph Meyer, ebenfalls ein Deutscher, vertrat Anfang des 20. Jahrhunderts die Auffassung, es gebe keine physiologische Ursache für die Krankheit, sie sei vielmehr die Folge von Lernschwierigkeiten im Kindesalter sowie unterentwickelter interpersoneller Prozesse.

**Klassifikation** Die Klassifikation von Schizophrenie bleibt wegen der vielfältigen Symptome ein schwieriges Unterfangen; darunter finden sich beispielsweise Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisierte Sprache (Zusammenhanglosigkeit, unklare Assoziationen, Verwendung unsinniger Wörter), desorganisiertes Verhalten (Kleidung, Körperhaltung, Körperhygiene), negative und flache Emotionen, kaum Einsicht in die eigenen Probleme sowie Depression.

Wegen der diagnostischen Komplikationen hat man verschiedene Subtypen definiert. Demnach gibt es *paranoide* und *katatone* Schizophrenie; Katatoniker (aus dem Griechischen, „strecken“ oder „straffen“) nehmen häufig seltsame, starre, lang anhaltende Körperhaltungen ein. Paranoide Schizophrene haben Wahnvorstellungen von Macht, lei-

**1933**

T. S. Eliot spricht von „gespaltener Persönlichkeit“

**1946**

MIND: Die Stiftung für geistige Gesundheit wird gegründet

**1950er-Jahre**

Entwicklung wirksamer antipsychotischer Medikamente

## Psychophrenie: ein erfolgreicher Versuch, sich nicht an pseudo-soziale Realitäten anzupassen.

Ronald D. Laing, 1958

den unter Größen- und Verfolgungswahn und begegnen allen Menschen in ihrer Umgebung mit Misstrauen. *Desorganisierte* (oder *hebephrene*) Schizophrenie manifestiert sich durch gestörtes Denken und Sprechen in Verbindung mit plötzlichen, unpassenden emotionalen Ausbrüchen. Manche Psychiater verwenden die Begriffe *simple* oder *undifferenzierte* Schizophrenie; andere unterscheiden zwischen *akuter* Schizophrenie (die plötzlich und heftig ausbricht) und *chronischer* Schizophrenie (mit ausgedehntem, graduellen Verlauf). Ein weiterer Unterschied wird zwischen Typ I (mit überwiegend positiver Symptomatik) und Typ II (mit überwiegend negativer Symptomatik) gemacht.

Es herrscht noch immer keine vollständige Einigkeit über die Subtypen oder die genauen Funktions-„Defizite“, doch zumeist werden sie in vier Kategorien eingeteilt: Defizite der Kognition (oder des Denkens), der Perzeption (oder Wahrnehmung), der Motorik (oder Bewegung) und der Emotion (oder des Gefühlslebens). Die Wissenschaft sucht weiterhin nach den Ursachen gewisser Bereiche von „Anfälligkeit“, die bei manchen Menschen das Entstehen von Schizophrenie auslösen. So werden zum Beispiel immer raffiniertere genetische Studien durchgeführt, neben anderen, die insbesondere Komplikationen während der Schwangerschaft, traumatische Kindheitserfahrungen, Gehirnfunktion sowie familiäre und kulturelle Einflüsse untersuchen.

Forscher, Mediziner und Laien verfolgen verschiedene Ansätze, um Ursachen und Heilung von Schizophrenie zu erklären. Sie lassen sich im Wesentlichen einteilen in biologische Modelle, die von genetischen oder biochemischen Ursachen oder einer problematischen Gehirnstruktur ausgehen, sowie sozio-psychologische Modelle, die sich auf Probleme von Kommunikation und Bestrafung im Kindesalter konzentrieren. Mit Sicherheit haben Fortschritte der Verhaltensgenetik und Neurowissenschaft zu größerem Interesse an biologischen Erklärungen für Ursachen und Heilung geführt.

**Das medizinische Modell** In diesem Modell werden schizophrene Menschen zumeist „Patienten“ genannt, die in „Einrichtungen“ leben, diagnostiziert werden, eine „Prognose“ erhalten und dann „therapiert“ werden. Das medizinische Modell betrachtet geistige Fehlfunktionen, wie sie bei schizophrenen Patienten auftreten, primär als Folge physischer und chemischer Veränderungen, überwiegend im Gehirn. Aufgrund von Studien mit Zwillingen und adoptierten Kindern sind die meisten Wissenschaftler davon überzeugt, dass auch genetische Faktoren eine Rolle spielen. Andere Forscher haben sich auf die Biochemie des Gehirns konzentriert, und einige vermuten bei schizophrenen Menschen Hirnanomalien, die möglicherweise durch einen Virus verursacht werden. Die Therapie besteht primär aus medizinischen und manchmal operativen Verfahren, überwiegend jedoch aus der Verabreichung von Neuroleptika (antipsychotische Medikamente).

**Das moralisch-behavioristische Modell** Diesem Modell zufolge leiden schizophrene Menschen wegen ihres „sündigen“ oder problematischen Verhaltens in der Vergangenheit. Viele schizophrene Verhaltensweisen verstoßen gegen moralische oder gesetzliche Grundsätze, und dies ist der Schlüssel sowohl zum Verständnis als auch zur Heilung der Krankheit. Die Behandlung ist bei weitem der wichtigste Aspekt des moralisch-behavioristischen Modells, das heute in entwickelten Ländern nur noch eine untergeordnete Rolle spielt. Ob Verhaltensweisen nun als sündig, unverantwortlich, lediglich schlecht angepasst oder sozial abweichend angesehen werden – das entscheidende Problem ist, sie so zu verändern, dass sie gesellschaftlich akzeptabel sind. Die Methoden reichen von simplen moralischen Vorhaltungen bis hin zu komplexen behavioristischen Methoden wie zum Beispiel Wertmarkensystemen (*token economies*) – eine Form von Verhaltensveränderung, verbaler Verhaltenskontrolle und sozialem Training.

» Es gibt die Theorie, dass ein Mensch, der sich in einer Zwickmühle befindet, schizophrene Symptome entwickeln kann.«

Gregory Bateson, 1956

**Das psychoanalytische Modell** Das psychoanalytische Modell unterscheidet sich von den anderen dadurch, dass es interpretierend ist und den Patienten als Akteur sieht, der zu sinnvollen Handlungen befähigt ist. Anstatt Schizophrene als Menschen anzusehen, die verschiedenen, sowohl biologischen als auch Umfeldbedingten Kräften „ausgesetzt sind“ und sie dazu zu bringen, sich auf bestimmte Weise zu verhalten, konzentriert sich das psychoanalytische Konzept auf die Absichten und Motive des Patienten. Dieses Modell geht davon aus, dass ungewöhnliche oder traumatische frühe Erfahrungen oder eine missglückte entscheidende Phase emotionaler Entwicklung die primären Ursachen von Schizophrenie sind. Das Verhalten eines schizophrenen Menschen ist symbolisch zu interpretieren, und es ist die Aufgabe des Therapeuten, es zu entschlüsseln. Nach diesem Modell ist eine langfristige angelegte Einzeltherapie durch einen qualifizierten Psychoanalytiker die wichtigste Form der Therapie.

**Das soziale Modell** In diesem Modell wird eine Geisteskrankheit zumindest teilweise als Symptom einer „kranken“ Gesellschaft verstanden (andere sind zum Beispiel eine hohe Scheidungsrate, Druck am Arbeitsplatz, Jugendkriminalität, vermehrte Drogensucht). Dem Druck des modernen Lebens sind zum großen Teil die Armen und sozial Benachteiligten ausgesetzt, die daher anscheinend häufiger unter etwas zu leiden haben, was als „Krankheit“ bezeichnet wird. Das soziale Modell bietet keine individuelle Therapie an; vielmehr hält es umfassende gesellschaftliche Veränderungen für geboten, um den Druck auf Einzelpersonen und somit das Auftreten von Geisteskrankheiten zu vermindern.

Worum es geht  
Das Konzept der Schizophrenie  
hat sich entwickelt

# 05 Nicht neurotisch, nur anders

„Unser ganzes Leben ist bestimmt von der Sorge um Sicherheit und unser Auskommen, so dass wir eigentlich gar nicht wirklich leben.“ **Leo Tolstoi, 1900**

Seit langem sind Macht, Praxis und Anmaßung von Psychiatern infrage gestellt worden. Kritiker, Dissidenten und Reformer haben zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Ländern die konventionelle akademische und biologische Psychiatrie scharf angegriffen.

**Politik und Psychiatrie** Indem die Psychiatrie sich immer mehr etablierte und institutionalisiert wurde, war es unvermeidlich, dass sich Kritiker zu Wort meldeten, denen weder die Macht der Psychiater noch deren Kategorien behagten. Es existieren vielfältige Berichte von Künstlern und Schriftstellern sowie von Patientenorganisationen, die sich vehement gegen bestimmte Formen der Behandlung (Medikamente, Elektroschocks, Operationen) von „Geisteskrankheiten“ einsetzen. Es gab aufsehenerregende Fälle im Dritten Reich und in der Sowjetunion, die zeigten, wie die Psychiatrie als politisches Unterdrückungsinstrument eingesetzt wurde. In gewissen Situationen scheint die Zunft der Psychiater als ausführendes Organ staatlicher Unterdrückung zu fungieren.

Die anti-psychiatrischen Kritiker stellten drei Dinge infrage: die Vereinnahmung von Verrücktheit durch die Medizin, die Existenz von Geisteskrankheiten sowie die Macht der Psychiater, bestimmte Individuen zwangsweise zu diagnostizieren und zu therapieren. Die Anti-Psychiatrie-Bewegung richtete sich gegen mehr als nur Zwangseinweisungen: Sie drückte häufig eine Anti-Regierungs-Haltung, eine fast anarchische Haltung aus. Sie betrachtete viele staatliche Institutionen, zumal psychiatrische Anstalten, als Instrumente, die der Verfälschung und Unterdrückung humanistischer Ideale und menschlichen Potenzials in verschiedenen Bevölkerungsschichten dienten.

Erst in den 1960er-Jahren wurde der Begriff „Anti-Psychiatrie“ geprägt. Es gab eine Reihe verschiedener Strömungen in den diversen Organisationen, die sich unter diesem Dachbegriff formierten. Und man mag es für paradox halten, dass die schärfsten Kritiker aus den Reihen der Psychiater selbst stammten.

## Zeitleiste

1960

Szasz, *The Myth of Mental Illness*  
(*Geisteskrankheit – ein moderner Mythos?*)

1961

Goffman, *Asylums* (*Asyle: über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*)