

Zur Sache: Psychiatrie

Stefan Weinmann

Die Vermessung der Psychiatrie

Täuschung und Selbsttäuschung
eines Fachgebiets

Stefan Weinmann

Die Vermessung der Psychiatrie

Täuschung und Selbsttäuschung
eines Fachgebiets

Psychiatrie
Verlag 



Stefan Weinmann ist Psychiater und Psychotherapeut mit Abschlüssen in den Gesundheits- und Wirtschaftswissenschaften. Er hat zur psychiatrischen Versorgung geforscht und mehrjährige Erfahrung in Gesundheitssystemen anderer Länder. Derzeit arbeitet er als Psychiater in Berlin.

Stefan Weinmann

Die Vermessung der Psychiatrie

Täuschung und Selbsttäuschung
eines Fachgebiets

Zur Sache: Psychiatrie

Stefan Weinmann

Die Vermessung der Psychiatrie

Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets

Zur Sache: Psychiatrie

1. Auflage 2019

ISBN Print 978-3-88414-931-7

ISBN PDF 978-3-88414-941-6

ISBN ePub 978-3-88414-949-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Psychiatrie Verlag, Köln 2019

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlagkonzeption und -gestaltung: studio goe, Düsseldorf

Lektorat: Uwe Britten, Eisenach

Typografiekonzeption und Satz: Iga Bielejec, Nierstein

Druck und Bindung: MedienHaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Denkmuster und Vor-Urteile – Einleitung	8
Vom therapeutischen Fach zur Selbstdiagnose	8
Methodik des Suchens	13
Erfolge in der Psychiatrie?	17
Moderne Psychiatrie?	22
Selbstkritik als Weg aus dem professionellen Dilemma	23

»Wir« und »sie«: Schemata in der Psychiatrie	27
--	----

Gehirnerkrankungen:

Folgen des Biologismus in der Psychiatrie	38
Das gängige Paradigma	38
Neuroimaging?	43
Befunde der Bildgebung bei der Schizophrenie?	47
Das Bild vom Hirn – Fragen über Fragen	49
Die schöne Welt der akademischen Psychiatrie	51
Biologismus: die Schizophrenie als neuropsychiatrische Erkrankung	55
»Vor-Urteile« und darauf aufbauende Therapien	63
Psychoedukation	66
Zweifel am psychiatrischen Paradigma	70
Erkenntnismethoden in der Psychiatrie	74

Täuschung und Selbsttäuschung

bei der medikamentösen Behandlung	77
Gute und schlechte Drogen	77
Die klinische Bedeutung von Psychopharmaka	79
Konditionierung zur Medikamentengabe	89
Die Dopaminhypothese der Schizophrenie	92
Der verhängnisvolle Reflex: Psychose = Antipsychotika	96
Zur »Wirksamkeit« von Antipsychotika	99
Eine weggetäuschte »Nebenwirkung«:	
Verringerung der Hirnmasse durch Antipsychotika	105
Antipsychotika:	
die Problematik der sich selbst erfüllenden Prophezeiung	108

Bipolare Störung und Antipsychotika – eine problematische Verbindung	110
Zur Erholung von Psychosen ohne Antipsychotika – erste vorsichtige Studien	114
Die Zunahme der Depression in der Moderne	117
Die Vermarktung der Depression	119
Wirkung von Antidepressiva	120
Konsequenzen aus der Antidepressiva-Ernüchterung	131
Warum ein Paradigmenwechsel in der Psychiatrie Medikamente miteinbeziehen muss	133
 Ist Psychiatrie eine Wissenschaft?	 135
Jump-to-Conclusions-Bias bei Patienten und Psychiatern	135
Geschichtliches zum Wunschenken in Psychiatrie und Psychotherapie	142
Ist die Psychiatrie eine Wissenschaft?	153
Evidenzbasierte Psychiatrie – die Lösung?	157
 Psychiatrie und Chronifizierung schwerer psychischer Störungen	 159
Gemeindepsychiatrie – die Zielgruppe	160
<i>Menschen mit »schweren« psychischen Störungen</i>	160
<i>Psychiatrische »Einrichtungen« in der »Gemeinde«</i>	162
<i>Rehabilitation</i>	164
<i>Fortschrittsparadigmen in der Gemeindepsychiatrie</i>	167
<i>Das Ideal der Gemeindepsychiatrie</i>	171
<i>»Erziehung« zum psychisch Kranken</i>	173
<i>Motivation</i>	173
<i>Verantwortung und Chronifizierung</i>	174
<i>Die Public-Health-Perspektive</i>	177
<i>Wege aus der Bevormundung</i>	179
Zwang und Verantwortung in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	181
Die Home-Treatment-Revolution	186

Psychosoziale Determinanten psychischer Erkrankungen.....	189
Warum die Beschäftigung mit dem Sozialen?	189
Soziale Determinanten – was ist damit gemeint?	192
Soziale Determinanten – wie trifft uns Ungleichheit psychisch?	195
Das biopsychosoziale Erbe des Menschen	198
Warum auf soziale Determinanten achten?	201
Depression als psychosoziale Erkrankung	203
Psychose als psychosoziale Erkrankung	205
Psychologische und biologische	
Mechanismen der Psychose-Entwicklung	210
Ansätze und Argumente für die Verringerung von Ungleichheit	212
»Global Mental Health« –	
die Beglückung der Welt mit westlicher Psychiatrie	215
Was ist »Global Mental Health?«	215
Herausforderungen für Global Mental Health	220
Internationale Politik und Global Mental Health	222
Alternativen zum traditionellen medizinischen Modell	225
Die westliche Psychiatrie – ein Exportprodukt?	229
Gegen die Selbsttäuschungen des Fachgebiets	232
Schärfung des Blicks auf uns psychiatrisch Tätige	232
Überwindung dysfunktionaler Handlungsprinzipien	235
Paradigmenwechsel –	
Vorschläge zur Weiterentwicklung der Psychiatrie	242
Transformation der Psychiatrie durch Erfahrungsexperten	248
Die Psychiatrie vom Sozialen aus neu denken	250
Traumasensible Psychiatrie	252
Hinweis zum Buch	257
Danksagung	257
Literatur	258

Denkmuster und Vor-Urteile – Einleitung

Ein Betrunkener kniet längere Zeit suchend auf dem Boden neben einer Straßenlaterne. Kommt ein Passant vorbei und fragt: »Suchen Sie etwas?« – »Ja, ich habe meinen Schlüssel verloren!« Der Passant hilft dem Betrunkenen suchen, doch sie finden den Schlüssel nicht. Nach einer Stunde fragt der Passant: »Sind Sie sich sicher, dass Sie den Schlüssel hier verloren haben?« Der Betrunkene antwortet ihm: »Nein, ich habe ihn wohl irgendwo dahinten verloren, aber hier gibt es einfach mehr Licht!«

Vom therapeutischen Fach zur Selbstdiagnose

Täuschung und Selbsttäuschung prägen die Menschheit seit Jahrtausenden. Beide regeln, erschweren aber auch unser Zusammenleben. Ganze Industrien leben heutzutage von (absichtlicher) Täuschung und (weniger bewusster) Selbsttäuschung. Nicht nur die immer bedeutsamer werdende Welt des Marketings, die uns dazu bewegen möchte, Geld auszugeben, indem Wünsche generiert werden, oder Teile der Politik, in der der Eindruck hervorgerufen wird, dass sich Menschen oder Parteien für *unsere* Belange einsetzen, aber im Grunde Macht anstreben – auch die Medizin, die Forschung und viele andere Bereiche sind voller Täuschungen. Ohne dass Menschen andere über ihre wahren Absichten täuschen, wären viele Leistungen heute oder zu früheren Zeiten nicht möglich. Ohne dass Menschen Illusionen pflegen und weitergeben, wären viele Lebenssituationen schwerer zu ertragen, würden viele von uns resignieren, oder gäbe es weniger Fortschritt im herkömmlichen Sinne.

Vielleicht gibt es aber doch etwas, was heutzutage anders ist als »früher«: Wir kennen die Mechanismen der Täuschung immer besser, da sie auch dem wissenschaftlichen Blick unterworfen wurden. Wir wissen mehr von den sozialen, psychologischen, biologischen und biochemischen Prozessen hinter der Täuschung. Dies bedeutet aber nicht, dass wir uns weniger täuschen lassen. Im Gegenteil: Mittlerweile ist eine Menge interessanter sozialpsychologischer und evolutionsbiologischer Befunde aus den Maschinenräumen der Täuschungs-

und Selbsttäuschungsfabriken bei Menschen und Tieren publiziert worden. Täuschung ist in der Natur und unter uns Menschen allgegenwärtig und zuweilen sogar notwendig, weil sie mit einem Überlebensvorteil für uns (oder für einen Teil von uns) verbunden war (siehe TRIVERS 2011).

Technik und Wissenschaft erweitern aber nicht nur den Kenntnisstand, sondern auch die *Täuschungsmöglichkeiten*. Die Sprache als Mittel, Entferntes und Nicht-Gegenständliches, Symbolisches und Erdachtes sichtbar und kommunizierbar zu machen, hat unser Arsenal an Täuschungsmethoden im Vergleich zu unseren weniger sprachgewandten Vorfahren schon deutlich erweitert. Die kulturelle Entwicklung des Menschen, die Industrialisierung und zuletzt die digitale Revolution tun das Ihrige. Filme und Computerspiele sind so wirklichkeitsnah geworden, dass die Gefühle und die Gedanken ähnlich strömen wie in der konkreten sozialen Realität. Wie sehr wir von Bildern, Videos und Werbung gesteuert werden, kann kaum überschätzt werden. Formal demokratische Wahlen können damit gewonnen werden, dass Gerüchte in (sozialen) Medien verbreitet, Falschmeldungen clever platziert oder Werbung und Hinweise selektiv an Menschen gesendet werden, deren digitale Spuren auf bewusste oder unbewusste Einstellungen und Vorurteile hinweisen. Die basalen Mechanismen aber, und das, was der Mensch mit seinen vielfältigen Arten der Täuschung und Selbsttäuschung erreicht, sind dieselben wie in früheren Zeiten.

Während die *Täuschung* ihrer Sache nach entweder (1) als bewusster Betrug (Vorspiegelung falscher Tatsachen), als Desinformation und als Behauptung einer Lüge, die beim Getäuschten einen Irrtum auslöst, geläufig ist und damit intentional als Manipulation gilt, oder aber (2) als verzerrte Wahrnehmung unbeabsichtigt zu einem Irrtum führend gut nachvollzogen werden kann, ist die *Selbsttäuschung* schon schwerer zu fassen. Widersprüchlich ist die Selbsttäuschung, weil Täuschender und Getäuschter ein und dieselbe Person sind und weil eine Absicht, sich selbst vorsätzlich zu betrügen, schwer vorstellbar ist. Wenn ich lüge, kenne ich als Lügner die Wahrheit, die ich anderen verberge. Muss ich aber, wenn ich mich selbst belüge, wissen, was ich verberge?

Die Psychoanalyse hat schon länger Theorien entwickelt, wie Selbsttäuschung möglich ist, und bringt das Unterbewusste ins Spiel:

»Wir haben ernst zu nehmen, dass Selbsttäuschung durch unbewusste Wünsche und nicht-intendierte Verzerrungen unserer Meinungen bedingt sein kann. Selbsttäuschung kann einem *wishful thinking* entstammen und

in einer *honest lie* resultieren (die sich von der bewussten Lüge unterscheidet und moralisch wie rechtlich anders beurteilt wird als diese). Selbst wenn jemand gegen seine proklamierten Überzeugungen und Präferenzen redet und handelt, agiert er nicht notwendig gegen seine wirklichen Überzeugungen und tragenden Handlungen« (ANGEHRN 2017, S. 37).

Die Selbsttäuschung wird daher in der Psychotherapie als Verdeckung unangenehmer Sachverhalte begriffen, die letztlich seelischen Schmerz vermeiden soll.

Die Evolutionsbiologie bringt eine differenzierte Perspektive ein: Täuschung verschafft uns in bestimmten Situationen einen Überlebensvorteil – ebenso die Selbsttäuschung. Beide sind dem Menschen inhärent und als psychologischer Mechanismus durch Überlebens- und Reproduktionserfordernisse erklärbar. Selbsttäuschung wird als besonders wirksame Form der Täuschung angesehen (TRIVERS 2011). Damit *Täuschungen* glaubwürdig sind, nicht zu Verunsicherungen beim Täuschenden selbst führen und damit rasch durchschaut würden, hat die Natur in der Evolution des Menschen eine besondere Strategie entwickelt: die *Selbsttäuschung*. Eine Selbsttäuschung ist demnach ein unbewusst ablaufender Prozess, der bewirkt, dass der Manipulator von dem, was er vermittelt oder verkündet, den Signalen, die er gibt, den Dingen, die er tut, um andere zu beeinflussen und zu manipulieren, selbst vollkommen überzeugt ist. Wer sich selbst täuscht, hält sich für rational, verhält sich jedoch irrational (DIETZ 2017, S. 224). Die selektive Wahrnehmung blendet die Unwahrheit des Täuschungsinhalts aus dem Bewusstsein des Täuschenden aus. Damit wird vermieden, dass der Täuschende wie bei einer bewussten Lüge oder Manipulation durch sein Auftreten, sein Verhalten und seine körperlichen Reaktionen die entscheidenden Hinweise gibt, die ihn als Lügner entlarven könnten: Nervosität, Aggressivität oder überkompensierte Beschwichtigung (LIBET 2004).

Das Gehirn arbeitet am effizientesten, wenn es sich seiner Widersprüche nicht bewusst ist. Am erfolgreichsten sind diejenigen Manipulatoren, die von ihrer Überlegenheit oder der Wahrheit ihrer Behauptung felsenfest überzeugt sind. Denn bei einer Täuschung sind im Gehirn zwei Wahrheiten gespeichert: die echte und die falsche (oder fantasierte bzw. erwünschte). Wie wir Gedanken und Erinnerungen (die »Evidenz«), die uns verunsichern könnten, ausblenden und ins Unterbewusste verschieben, um der falschen Wahrheit Raum

und Wirkung zu geben, ist beim Menschen gut erforscht. Eine bewusste *aktive* Unterdrückung führt meist dazu, dass der Gedankeninhalt, der unterdrückt werden soll, umso deutlicher und unangenehmer wiederauftaucht («Denken Sie nicht an rosa Elefanten!«). Daher ist die Verschiebung eines Gedankens in andere Bewusstseinschichten viel wirksamer als die bewusste *Unterdrückung*, da sie viel weniger Energie und Aufwand erfordert.

In der Zusammenschau zeigen viele Forschungsergebnisse, dass Täuschung und Selbsttäuschung im Alltag ubiquitär und (bis zu einer bestimmten Grenze) normal und auch sinnvoll sind. Sie dienen dem Überleben und der Reproduktion, der Durchsetzung eigener Interessen, aber auch der Psychohygiene und der Abwehr einer Bedrohung der Integrität des Selbst. Wären die meisten Menschen auf dieser Erde nicht überzeugt davon, dass sie ihr Leben meistern können, würden sie manchmal resignieren angesichts der Herausforderungen, Risiken und Bedrohungen – nicht nur in Krisengebieten und unter schwierigsten materiellen Umständen, sondern auch im relativen Wohlstandsalltag. Würden viele Frauen nicht den Stress und die Schmerzen bei ihrer ersten Geburt vergessen, würden sie sich vermutlich seltener dazu bereit erklären, ein zweites oder drittes Kind zu bekommen. Würden viele Bergsteiger unaufhörlich daran denken, was im Gebirge passieren könnte, gäbe es weniger heroische Gipfelstürme. Sportliche Höchstleistungen wären seltener. Viele künstlerische und berufliche Leistungen sind das Ergebnis von Selbstüberschätzung, die Kreativität und ungeahnte Kräfte verleihen kann.

Außerdem bewahrt Selbsttäuschung vor Verzweiflung, denn wenn sich zu große Zweifel an den eigenen Fähigkeiten einstellen würden, bekäme das Selbstbild Risse und das Selbstwertgefühl würde leiden. Die Leistungsfähigkeit würde sinken. Eine fehlende Selbstverständlichkeit und Verlässlichkeit im Alltag und mangelnder Glaube an uns selbst und unsere Fähigkeiten würden uns zu oft blockieren und verunsichern und uns daran hindern, das zu tun, was gut für uns ist oder uns bzw. unsere Familie und Bezugsgruppe weiterbringt. Daher blenden wir manchmal die harte Realität aus und täuschen uns und andere um der Bewältigung von Problemen und der eigenen Stabilität willen. Aus Selbsttäuschung und Selbstüberschätzung erwächst manchmal die Kraft, Krisen zu meistern, die uns sonst zu Boden geworfen hätten.

Diese Erkenntnisse aus den psychoanalytischen oder sonstigen psychologischen Theorien, der Evolutionsbiologie und Soziologie wurden schon seit

längerer Zeit mit intrapsychischen *pathologischen* Prozessen in Verbindung gebracht und auch auf Menschen mit psychischen Erkrankungen angewendet. Die Mechanismen der (Selbst-)Täuschung beim Wahn oder bei krankhaften und unkorrigierbaren Überzeugungen, die sich von denjenigen der Mehrheit der Menschen einer Region oder kulturellen Referenzgruppe unterscheiden und als unwahr, unlogisch und nicht stimmig angesehen werden, sind der psychologischen Literatur gut bekannt – ebenso wie diejenigen bei der Manie (mit ihrer teils krankhaften Selbstüberschätzung oder Verkennung). Man findet aber in der psychiatrischen Literatur wenig tiefer gehende anthropologisch und psychologisch fundierte Ausführungen hierzu. Sie bleibt in der Darstellung von Menschen mit wahnhaften Überzeugungen oft bei den Begriffen der »Sinnestäuschung« und des Wahns und einer groben, an Äußerlichkeiten orientierten Kategorisierung der Wahnsymptome hängen – natürlich gibt es viele interessante Ausnahmen, die aber oft sehr philosophisch und akademisch bleiben (siehe ANGEHRN & KÜCHENHOFF 2017).

Symptome mit Bezug zu Selbsttäuschung sollen vielmehr nach Ansicht vieler Psychiater vor allem Ausdruck einer angenommenen biologischen »Störung« sein, einer Neurotransmitter-Imbalance, und könnten daher nicht wirklich psychologisch nachvollzogen und verstanden werden.

Auch das Fehlen einer gesunden Selbsttäuschung kann zu Problemen führen, haben Wissenschaftler entdeckt, so zum Beispiel der britische Psychologe Richard BENTALL (2003, S. 233). Er behauptet, dass bei der Depression die Fähigkeit zur Selbsttäuschung ein wenig abhandengekommen sei und der Betroffene deshalb in eine Starre und Aussichtslosigkeit ver falle, weil er *zu* realistisch sei und darüber resigniere. Aber ob dies nur eine Begleiterscheinung der Depression ist oder gar eine ihrer Ursachen, ist schwer zu beantworten und zu erforschen.

Therapie in der Psychiatrie wiederum (vor allem aber in der Psychotherapie) kann immer auch als eine Arbeit an Verzerrungen in Wahrnehmung und Denken und deren emotionaler Bewertung sowie als Korrektur dysfunktionaler (Selbst-)Täuschungen begriffen werden.

Wie sieht es nun mit einer Anwendung der Erkenntnisse zur (Selbst-)Täuschung auf die *Psychiatrie selbst* aus – also auf eben dasjenige Fachgebiet, das die Behandlung und den Umgang mit psychischen Störungen zum Ziel hat? Nicht nur Individuen täuschen andere oder sich selbst, sondern auch

Gruppen und ganze Professionen. Die Psychiatrie als Fachgebiet, das faszinierendste, ungeliebteste und stigmatisierteste aller medizinischen Disziplinen, das auch heute noch immer wieder seine Professionalität erkämpfen und seine Arbeit und Methoden rechtfertigen muss, basiert auf den Erkenntnissen, fachlichen (Vor-)Urteilen und auf von Menschen unterschiedlicher Interessenslage gemachten, mehr oder weniger gut durchdachten Studien. Die klinische Psychiatrie kämpft weiterhin um Anerkennung (und wird dies vermutlich immer tun, wenn sie sich als medizinisches Fachgebiet behaupten möchte). Sie meint sich dabei gegen eine »Übernahme« beispielsweise durch die Neurologie oder die Psychologie schützen zu müssen. Sie ringt um die Überwindung des Vorurteils von der geringen Behandelbarkeit schwerer psychiatrischer Störungen.

Der Stachel einer im Vergleich zu vielen körperlich begründbaren Krankheiten immer noch unzureichenden Aufklärung der *Ursachen* psychischer Störungen trotz jahrzehntelanger und teurer biologisch-psychiatrischer Forschung sitzt weiterhin tief im Fleisch des Fachgebietes. Gleichzeitig muss die klinische Psychiatrie handlungsfähig sein und überzeugen können, um ihre Aufgaben bewältigen und ihre Leistungen abrechnen zu können. Entsprechend intensiv sind die Bemühungen, das Fachgebiet als therapeutisch und erfolgreich darzustellen. Handlungsfähigkeit in der Psychiatrie wird – und dies ist ein Thema dieses Buches – nicht zuletzt mit den Mitteln der Selbsttäuschung erkaufte.

Methodik des Suchens

Das Buch nimmt Bezug auf die schweren psychischen Erkrankungen (Psycho- sen, schwere Depressionen und manisch-depressive Erkrankungen, schwere Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen), nicht die sogenannten *common mental disorders*, die sich in der Breite der Bevölkerung finden lassen. Im Zentrum der Psychiatrie war eine große Zahl psychiatrischer Forscher (Wissenschaftler, welche die neurowissenschaftlichen, psychologischen oder sozialen Aspekte der Psychiatrie beforschen) sowie klinischer und gesellschaftlicher Meinungsführer, Vertreter von Psychotherapieschulen und Medikamentenhersteller erfolgreich darin, Studienergebnisse zu produzieren und zu veröffentlichen, die oft nur der Bestätigung halbwarer oder falscher Hypothesen über die Natur und die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen dien-

ten. Diese Studien versuchen, Licht in die Blackbox unserer Psyche zu bringen und angenommene »Störungen« im Gehirn, angeborene oder erlernte Denk-, emotionale und Verhaltensmuster zu erkennen und zu verändern. Sie bewegen sich jeweils in dem Referenzsystem, das dem Forschenden zur Verfügung steht.

Diese Studien werden als »Evidenz« gehandelt, auch wenn sie manchmal dem widersprechen, was wir als Therapeuten, Angehörige, Betroffene erleben: Viele Studien machen uns beispielsweise glauben, dass die rezidivierende Depression und die Schizophrenie schwere Gehirnerkrankungen auf einer biologischen Grundlage seien, die zu Rückfällen oder Wiedererkrankungen führen, wenn sie nicht über lange Zeit *medikamentös* (oder anderweitig »biologisch«) oder spezifisch *psychotherapeutisch* behandelt würden. Dabei sehen viele Laien psychische Störungen weiterhin als Folge äußerer Lebensumstände und Verletzungen.

Insbesondere die biologische Psychiatrie verlagert den »Defekt« ins Gehirn (und entlastet dadurch vermeintlich diejenigen, die zu den Kranken in Beziehung stehen oder standen). Sie relativiert die »Schläge des Lebens«, indem sie ihnen in der Tragödie der Krankheit lediglich die Nebenrollen von »Triggern« und »Auslösern« zubilligt. Viele Studien lassen uns glauben, dass wir das Leben von Menschen mit psychischen Krisen verbessern, wenn wir ihnen dreimal pro Woche Elektroschocks oder tief ins Gehirn eingreifende Substanzen geben und diese über lange Zeit verabreichen. Andere Studien legen uns nahe, dass die Bearbeitung eines Ödipus-Komplexes, eines dysfunktionalen Denkmusters, einer tiefen Kränkung oder einer »ich-strukturellen Störung« die Bewältigung des Alltags verbessert. Andere argumentieren, dass die Übernahme eines Krankheitsmodells im Rahmen psychoedukativer Sitzungen die Einnahmetreue für Medikamente steigert und damit den Langzeitverlauf von Psychosen günstig beeinflusst. Und wieder andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass wir nur soziale Ungleichheit bekämpfen müssten, um der Epidemie psychischer Erkrankungen Herr zu werden bzw. sie zu verhindern. In vielen dieser Studien steckt vermutlich mal mehr, mal weniger Wahrheit; die meisten liefern allerdings falsche »Ergebnisse«, die später revidiert werden müssen.

Die Zahl und Vielfalt der wissenschaftlichen Befunde zu Gehirn und Geist von Menschen mit seelischen oder ohne seelische Krisen wächst. Die

(biologische) Psychiatrie misst im Gehirn unendlich viele Details. Im Blut psychisch Kranker wird gemessen und gesucht – es wird aber wenig Verwertbares gefunden. Die Zahl der in Studien verwendeten klinischen, psychometrischen, neuropsychologischen und sonstigen Skalen (die meist »validiert«, also auf ihre Sinnhaftigkeit getestet sind) und der darauf basierenden Befunde ist groß und wächst kontinuierlich. Der biologische Blick auf den psychisch Kranken vermisst die Struktur und Funktion seines Gehirns, der psychologische analysiert und vermisst psychische Konstrukte. Befund an Befund wird aneinandergereiht, und je nach Methode kommen gänzlich unterschiedliche, sich teilweise widersprechende Ergebnisse zum Vorschein. Das Fachgebiet der Psychiatrie vereint sie in der Eigenwahrnehmung allesamt. Aber es vermisst sich selbst, da es meist an den falschen Stellen misst und unzureichende, wenn nicht gar zweifelhafte Instrumente verwendet.

Die Psychiatrie ist ver-messen – nicht nur *wie* sie sucht oder neurowissenschaftlich oder psychologisch forscht, sondern vor allem, wenn sie die Halb- oder Unwahrheiten, die sie zutage fördert, für bare Münze nimmt, wenn sie die Ergebnisse als direkt anwendbare wissenschaftliche Erkenntnisse begreift sowie teilweise vermarktet, ohne die Grenzen ihrer Methodik in Rechnung zu stellen. Nicht die Forschung und die Publikationen, vielmehr der damit verbundene Anspruch und die damit einhergehende *Anmaßung* sind das Problem. Die Art der Vermessung des psychisch Kranken kann am sozialen Subjekt vollständig vorbeiziehen und selbst zum schädlichen Agens werden, und zwar vor allem, wenn sie zu biologischen (in der Regel medikamentösen) Therapiever-suchen führt, die wie Schrotflintenschüsse in das Gehirn zielen und den Blick auf die psychischen und sozialen Konflikte hinter den Symptomen verstellen.

Hinter dem tief gehenden Interesse vieler neurobiologisch denkender Forscher und Kliniker an den physiologischen und biochemischen Grundlagen der gestörten Hirnfunktion verbirgt sich sicher die aufrichtige Hoffnung, den »Geheimnissen« psychischer Erkrankungen auf die Spur zu kommen. Viele Forscher wollen einen Durchbruch in der Therapie erreichen, um den »Krankheitsträgern« nachhaltig zu helfen.

Ein wenig anders liegt es mit den Vertretern der analytischen, tiefenpsychologisch fundierten, systemischen, kognitiv-behavioralen oder sonstigen Psychotherapien, die durch eine der jeweiligen Schule entsprechende Herangehensweise eine Korrektur von fehlgeleiteten (dysfunktionalen) Denk-, Ge-

fühls- oder Verhaltensmustern anstreben, die derart zur Entlastung und Auflösung von Knoten im Gehirn führt, dass Symptome nachlassen und Energien für die Bewältigung von Lebensaufgaben frei werden. Der therapeutische Impetus ist mal größer, mal geringer – aber die meisten Therapien haben zumindest den Anspruch, zu lindern oder zu heilen. Keine Therapie kann allerdings die Frage beantworten, wie wir leben sollen und wie ein authentisches und sinnerfülltes Leben erreicht werden kann (KLEINMAN 2006, S. 232 ff.). Aber darum geht es letztendlich in der Psychiatrie – auch bei schweren »psychischen Funktionsstörungen«.

Eine naheliegende Erklärung für die hohe Variabilität in den Krankheitsverläufen und die mäßige Wirksamkeit unserer Therapien bei Menschen mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen wird oft verdrängt, nämlich:

1. dass es gar keine kategorial abgrenzbaren psychiatrischen Erkrankungen gibt (das »medizinische Modell« psychischer Erkrankungen oder die jeweiligen psychologischen Theorien also lediglich Konstrukte sind, die nur manchmal weiter-, im schlimmsten Fall aber in die Irre führen),
2. dass Menschen immer wieder »erkranken«, weil wir keine guten Therapien zur Verfügung haben oder die Therapien selbst krank machen,
3. weil Medikamente überhaupt zu hoch dosiert oder zu lange gegeben und Absetzphänomene fehlinterpretiert werden sowie individualpsychotherapeutische Gespräche nach einer der Psychotherapieschulen bei sozial schwer desintegrierten Menschen nicht den Durchbruch bringen können, wenn diese in ihrem gesamten Beziehungsgeflecht, auf das die Psychotherapien nur begrenzt Einfluss haben, aus der Bahn geworfen wurden.

Fragt man psychiatrische Meinungsführer in Deutschland, den USA, Großbritannien oder anderen Ländern mit Forschungstradition nach den gegenwärtigen Herausforderungen in der Psychiatrie, die den Fortschritt behindern, dann ist es immer wieder die fehlende bessere und ausgefeiltere Technologie, die genannt wird. Dass operationalisierte (standardisierte) Beschreibungen und Definitionen psychischer Krankheitseinheiten, bessere Scanner und versiertere molekularbiologische Methoden denjenigen Patientinnen und Patienten, die keine eindeutige organische Ursache ihrer psychischen Störung aufweisen, jemals weiterbringen, ist mehr als zweifelhaft. Dass die Psychiatrie fünfzig oder gar hundert Jahre der Medizin hinterherhinkt, wie behauptet wird, ist keine psychiatrische Bescheidenheit, sondern eine Selbsttäuschung,

impliziert diese Behauptung doch, dass wir mit naturwissenschaftlichen Methoden irgendwann »aufschließen« können und greifbare und therapie-relevante somatische Korrelate psychischen Krankseins finden werden. Und diese Behauptung geht einher mit einer anderen, nämlich der, dass die medikamentöse Behandlung mit psychotropen Substanzen zwar schon segensreich sei, aber einfach noch besser werden müsse.

Erfolge in der Psychiatrie?

Epidemiologische Studien zu medikamentös und psychotherapeutisch unbehandelten Spontanverläufen, Langzeitstudien, die weniger verfälscht sind als die Studien der Hersteller, Erfinder und Verfechter der Therapien, historische Vergleiche und qualitative Interviews legen hingegen die begrenzte Wirkung unserer »modernen« Therapieverfahren nahe. So waren vor der Antidepressiva-Ära die Verläufe etwa bei der Depression durchaus weniger »rezidivierend« (POSTERNAK 2006).

Aufschlussreich ist eine WHO-Studie zu Psychosen. Die WHO identifizierte in einer großen epidemiologischen Untersuchung Menschen mit einer Schizophrenie und verfolgte sie über viele Jahre. In Ländern, in denen weniger Antipsychotika gegeben wurden, war der Anteil der Menschen mit nur einer psychotischen Episode viel größer als in stärker industrialisierten Ländern mit höheren Psychopharmaka-Behandlungsraten. Nach zwei Jahren lag der Anteil an Patienten mit nur *einer* psychotischen Episode (ohne Rezidiv) bei 75 Prozent der Fälle in Chandigarh (Indien), wohingegen er in Aarhus (Dänemark) nur 28,5 Prozent betrug. Eine einzelne psychotische Episode mit *vollständiger* Remission (Verschwinden der Symptome) hatten zwischen 54 Prozent der Patienten im ländlichen Chandigarh und lediglich 5,7 Prozent der Patienten im reichen Nagasaki (Japan). Einer der konsistentesten Befunde der Studie war der durchgehend bessere Verlauf von Psychosen in sogenannten Entwicklungsländern im Vergleich zu industrialisierten Ländern (JABLENSKY u. a. 1992).

Die WHO-Studie zeigte deutlich, dass in jenen Ländern, in denen die Patientinnen und Patienten einen günstigen Krankheitsverlauf hatten, nur zu einem sehr geringen Teil Antipsychotika verschrieben wurden. Zwischen 2,6 Prozent (Agra, Indien) und 16,5 Prozent (Chandigarh, Indien) der Patienten in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen erhielten während des gesamten oder zumindest zu drei Vierteln des Beobachtungszeitraums

Antipsychotika. Im Unterschied dazu bekamen zwischen 34,5 Prozent (Honolulu) und 87,8 Prozent (Moskau) der Patienten in industrialisierten Ländern eine medikamentöse antipsychotische Therapie während fast der gesamten Beobachtungszeit. In industrialisierten Ländern war ein bedeutend größerer Teil der Betroffenen über längere Zeit hospitalisiert, während im ländlichen Chandigarh weniger als 9 Prozent der Patientinnen und Patienten in der gesamten Beobachtungszeit irgendwann in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden waren.

Diese Befunde waren für die Fachleute so verstörend, dass sie zunächst andere Erklärungen suchten – so beispielsweise, dass die Schizophrenien in Indien und Nigeria gar keine echten Schizophrenien seien, die Gesellschaft weniger »stressig« sei und die Familien und Gemeinschaften »inkluisiver« lebten. Nachdem diese Erklärungen nicht hinreichend plausibel erschienen, verschwand der Befund einfach aus dem kollektiven Gedächtnis der Psychiater.

Die kognitive Dissonanz zum gängigen Paradigma einer pharmazeutischen und auf das psychiatrische Behandlungszentrum oder die Klinik bauenden Psychiatrie in Ländern mit »entwickelten« psychiatrischen Versorgungssystemen wurde verdrängt und aus dem Bewusstsein abgespalten. Und aufgrund der weiten Verbreitung von Antipsychotika, Antidepressiva und (mit Einschränkungen) auch Psychotherapien sowie aufgrund der immer früher beginnenden Behandlung in den westeuropäischen Ländern, den USA oder Australien sehen wir hier bei vielen Fällen von Psychosen oder manisch-depressiven Störungen häufig vor allem Medikations- und Absetzeffekte und kaum noch natürliche Verläufe. Dies wird als Erfolg einer modernen Psychiatrie gesehen: »Help is at hand.« Ein Weiter-so mit besseren Instrumenten wird dadurch ermöglicht, dass wir die fehlende Wirkung der Therapien meist auf die fehlende Therapietreue der Patienten zurückführen.

Mittlerweile häufen sich aber die Hinweise, wie sehr die Entwicklung von Psychosen mit belastenden Erfahrungen und Traumata in der Kindheit verbunden ist (siehe etwa AJNAKINA u. a. 2016). Das Aufwachsen in Familien mit problematischen Kommunikationsmustern oder schwierigen Rahmenbedingungen, Trennung der Eltern, Diskriminierungserfahrungen (aufgrund der Hautfarbe und anderer äußerer Aspekte oder der Religion oder aufgrund von Verhaltensweisen, die zur Viktimisierung führen), Stress und Missbrauch jeder Art sind derart stabile Risikofaktoren für Psychosen, dass eine davon

unabhängige biologische Vulnerabilität deutlich relativiert wird (LONGDON & READ 2016). Die schädlichen Wirkungen von ungünstigen sozialen Faktoren werden von den Forschern immer früher verortet: vom jungen Erwachsenenalter hinein in die Pubertät, in das Schulkind- und Kleinkindalter. Benachteiligungen werden transgenerational »vererbt«, Copingmuster werden weitergegeben und lassen die Betroffenen oft in einer frustrierten Spirale erfolgloser Versuche zurück, Anschluss an »die Gesellschaft« zu bekommen.

Von diesen Befunden kommt jedoch wenig in der klinischen Realität an – oder sie werden zur Kenntnis genommen, ohne dass sich die Behandlung ändert. Und: Wie soll sie sich auch verändern? Was sollen wir auch tun, wenn wir zwar wissen, dass der vor uns stehende junge Mensch mit einer Psychose eines oder mehrere Probleme in seiner Kindheit hatte, aber so psychotisch ist, dass er dies im Gespräch kaum benennen und reflektieren kann, wir seine Biografie nicht rückgängig machen können, die familiären Bande schon schwer belastet sind und das psychische Erleben schon festgefahren ist und zu massiven sozialen Beeinträchtigungen geführt hat? Die Bereitschaft von Psychotherapeuten (siehe etwa den Ausbau der Psychosenpsychotherapie), an der Stärkung der Ressourcen der Betroffenen anzusetzen und nicht beim Defizit, hat zwar erfreulicherweise zugenommen, die Koordinaten der psychiatrischen Akutbehandlung sind jedoch vielerorts die gleichen wie noch vor Dutzenden von Jahren.

In der klinischen Praxis, der »Versorgungspsychiatrie«, ist das Vertrauen in die Innovationsfähigkeit der Psychiatrie als Fachgebiet mittlerweile gesunken (siehe etwa KLEINMAN 2012). Unsere Arbeit geht hingegen weiter, weil Patientinnen und Patienten immer wieder in die Kliniken, Ambulanzen und Praxen kommen oder gebracht werden und nun mal behandelt werden müssen – und weil weiterhin viel Geld verdient wird in der psychiatrisch-therapeutischen Welt, auch wenn wir nicht immer viel bewirken. Medizinisch denkende und forschende Psychiater dominieren mit ihrem wenn auch nicht mehr ganz ungebrochenen Optimismus gegenwärtig noch die Grundrichtung der Psychiatrie und geben ein an der somatischen Medizin orientiertes Bild psychiatrischer Erkrankungen an Hunderte und Tausende junger Psychiater und andere Berufsgruppen weiter. Dieses medizinische Paradigma und die daraus folgende Herangehensweise sowie der Umgang mit den Erkrankungen haben allerdings nicht dazu geführt, dass es vielen, die stationär behandelt und

dann entlassen werden oder die in psychosozialen Einrichtungen leben, langfristig gut geht. Die meisten Betroffenen selbst und ihre Angehörigen konnten bisher nicht von Krankheitsmodellen überzeugt werden, in denen die psychische Krankheit im Wesentlichen als primäre Störung einer biologischen Funktion des Gehirns begriffen wird. *Weil sie nicht stimmen.*

Nur wenige neurobiologische Forschungsergebnisse zu den nicht direkt organisch bedingten psychischen Erkrankungen haben Menschen mit einer schweren psychischen Störung genutzt – im besten Fall wurden schädliche Therapien (etwa hochdosierte Medikamente, die Lobotomie, die Insulinschocktherapie oder die Langzeithospitalisierung) aus dem therapeutischen Arsenal verbannt oder kamen seltener und behutsamer zur Anwendung. Ebenso sind krank machende Faktoren wie traumatische Erfahrungen, welche die Neurobiologie des Gehirns verändern können, Suchtmittel oder bestimmte Stressoren stärker ins Blickfeld geraten und darauf aufbauende psychosoziale Therapien entwickelt worden. Aber das resultierte nur zu einem geringen Teil aus neuen Forschungsergebnissen zur Gehirnfunktion, denn auch vorher schon war bekannt, dass es soziale Beziehungen sind, die sowohl in der Therapie als auch bei der Reintegration in die Gesellschaft eine wesentliche Rolle spielen. Aber die Psychiatrie ist im medizinischen Selbstverständnis weniger ein Vehikel zur Förderung sozialer Beziehungen, sondern muss therapeutischen Ansprüchen genügen und spezifische medizinische Interventionen anbieten. Wobei: *Muss sie dies wirklich?*

Das Problematische an unserer gegenwärtigen Situation in der Psychiatrie ist, dass schlechte Krankheitsverläufe häufig der Biologie und der »Erkrankung« selbst (oder der krankheitsbedingt unzureichenden Therapietreue) und weniger unserem Umgang damit oder gar unseren Therapien angelastet werden. Wer einmal die Definitionsmacht besitzt und es geschafft hat, Forschungstöpfe, Fachgesellschaften, Ausbildungsinhalte für Ärzte und andere psychiatrisch Tätige sowie die klinische Praxis in den Einrichtungen zu prägen, wird wenig grundsätzliche Kritik am eigenen Fachgebiet akzeptieren oder die den eigenen Forschungen und der eigenen klinischen Praxis zugrunde liegenden Annahmen infrage stellen. Auch diese kognitive Strategie ist aus der psychologischen Forschung bekannt: Man nennt sie »self-serving bias«. Wenn wir Positives bewirken und Erfolg haben, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass wir dies *unserem* Handeln zuschreiben. Wenn etwas nicht klappt, ist es

für unser Selbstwertgefühl oder unsere Selbstdarstellung innerhalb unserer Bezugsgruppe oder nach außen besser, wenn andere schuld sind oder der Widerstand im Objekt (hier: im Patienten) liegt.

Dies ist der Grund, warum innovative psychiatrische Versorgung und echte *Veränderung* heutzutage immer seltener aus den Universitätskliniken kommt, denn sie würde konstitutive Paradigmen des eigenen Fachgebietes selbst infrage stellen müssen. Der Wandel wird eher von unten gestaltet, von der Basis, von Betroffenen und von jenen psychiatrisch Tätigen, die in direktem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten stehen, auch ohne auf quantitative Studien zurückgreifen zu müssen. Er wird auch von klinisch arbeitenden Psychiatern und anderen Therapeuten gefördert, die nicht auf Forschungsmittel und die Anerkennung durch die universitäre akademische Psychiatrie angewiesen sind. Zwar gibt es auch in der Gemeindepsychiatrie viele Vor-Urteile gegenüber psychisch Kranken (siehe das Kapitel »Erziehung zum psychisch Kranken«) – aber deutlich weniger wissenschaftlichen »self-serving bias«.

Natürlich liegen den Denk- und Verhaltensmustern bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen biologische Phänomene zugrunde. Beim Stimmenhören passiert etwas im Gehirn, genauso wie wenn wir uns darüber ärgern, dass wir unseren Hausschlüssel vergessen haben oder wenn wir verliebt sind. Aber was ist das »Störungsmuster«, das Symptomkonstellationen wie der sogenannten Schizophrenie oder der schweren Depression oder der Manie zugrunde liegt – Krankheitskonstrukten, die unsere Vorfahren vor mehr als hundert Jahren zu psychiatrischen Diagnosen zusammengefasst und als »Gehirnerkrankungen« den Erkrankungen anderer Organe gleichgestellt haben? Wenn man die gegenwärtige Psychiatrie verstehen will, muss man verstehen, *was in den Köpfen von Psychiatern vor sich geht* – genauso wie man in die Gedankenwelt von Wirtschaftslenkern und -wissenschaftlern eindringen muss, wenn man Wirtschaft, wie wir sie im Zeitalter der Globalisierung betreiben, verstehen will. Deren ökonometrische Gleichungen erscheinen in sich stimmig – aber es steckt eine Vielzahl unbewiesener Annahmen über menschliches Verhalten dahinter, die manchmal erschreckend schlicht sind und zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden können. Manchmal funktionieren die Modelle, wenn sich Menschen erwartungskonform verhalten oder wenn viele ähnlich denken, manchmal gibt es aber auch Brüche und Kata-

strophen – dann wird die Künstlichkeit der Modelle besonders deutlich. Ein Beispiel ist die Finanzkrise nach 2007, deren Ursachen immer noch kontrovers diskutiert werden. Weder die Ökonomie noch die Psychiatrie sind objektive Wissenschaften.

Moderne Psychiatrie?

Auch die moderne Psychiatrie unterliegt manchmal ähnlichen Mechanismen der (Selbst-)Täuschung wie eine schamanische oder sonstige in irgendeiner der vielfältigen Kulturen der Welt verankerte »Psychiatrie«. Sogar Schamanen müssen ihre auf Suggestion beruhenden Heilungsansätze legitimieren, um etwas im Symptomträger zu bewirken. Wie bei der modernen Psychiatrie beruhen Heilungserfolge sehr stark auf dem Glauben an die Wirksamkeit der Maßnahme – diese ist an das Vertrauen und an die Integrität und Kompetenz der Person gebunden, welche die Behandlung vornimmt. Was zählt, ist vor allem die Bedeutungszuschreibung, nicht die Art und biologische Wirkung der durchgeführten (Be-)Handlung. Dies ist vielleicht einer der Gründe, warum manche Psychiater immer noch gerne einen weißen Arztkittel überziehen und sich mit den Insignien des Körpermediziners ausstatten. Die Heilungserfolge der Schamanen bei psychosozialen Problemen werden auch nicht dadurch geschmälert, dass sie auf Täuschung und Selbsttäuschung beruhen: Sie fördern wie idealerweise auch die moderne Psychiatrie Selbstheilungskräfte durch Suggestion und unspezifische (Placebo-)Effekte (siehe schon WARNER 1980). Im ungünstigen Fall fördern sie Chronifizierung und verhindern die Nutzung wirksamerer Therapien.

Zwei wesentliche Unterschiede zwischen moderner und schamanischer Psychiatrie müssen allerdings genannt werden:

1. Dem Schamanen (und vielleicht auch manchem Psychotherapeuten) geht es nicht darum, zu bewerten, wer gesund ist oder nicht, sondern um das Gleichgewicht zwischen Mensch und Gesellschaft und zwischen Mensch und Kosmos überhaupt – dem Heiligen und dem Profanen. Die moderne Psychiatrie hingegen basiert auf diagnostischen Einteilungen und Bewertungen.
2. Die moderne Psychiatrie greift biologisch ins Gehirn ein. Der Ansatzpunkt ist das Individuum, dessen angenommene biologische Fehlfunktion »korrigiert« wird, während die schamanischen Geister als Kräfte von außen durch soziale und symbolische Handlungen wirken – wenn auch nicht selten un-

terstützt durch die Einnahme psychotroper Substanzen. Die moderne Psychiatrie versucht, die Verantwortung für die Störung in der Biologie anzusiedeln und die Schuld im biologisch »Anderen« des kranken Gehirns zu verorten, um die Person dadurch von Schuld zu entlasten. Letzteres kann aber nicht funktionieren, weil das Gehirn die Person ja ausmacht und nicht zu etwas objektiv »Anderem« gemacht werden kann. Dies ist ein bedeutender Teil der Selbsttäuschung in der modernen Psychiatrie.

Selbsttäuschung und Täuschung gehören zur kognitiven und sozialen *Conditio humana* – was wiederum bedeutet, dass es keinen Sinn hat, in einem Windmühlenkampf alle Täuschung und Selbsttäuschung ausmerzen zu wollen. Wenn wir aber anderen Menschen schaden, die wehrloser sind und weniger Deutungshoheit haben als wir, dann erscheint es sinnvoll, ein Bewusstsein für die Mechanismen der bewussten und unbewussten Manipulation zu schaffen. Auch dies legt uns unsere Humanität nahe. Diese Beschäftigung mit Täuschung und Selbsttäuschung in der Psychiatrie setzt:

1. die Klärung von »Gewissheit« (was stimmt eigentlich an den Studienergebnissen, warum verhält sich der Patient so oder so und was ist der Einfluss der Therapie?) sowie
2. die Fähigkeit zur Trennung von Täuschung und Selbsttäuschung voraus (RADEISKI 2014, S. 71).

Was wird bewusst und was wird unbewusst manipuliert? Hierfür benötigen wir ein Grundverständnis der *Bedingungen* von Selbsttäuschung, also eine Diagnose der Bedeutungszuschreibungen und der Prozesse in der Psychiatrie, wie wir sie kennen und beobachten. Solange wir nichts Genaues über psychische Krankheiten wissen, kann diese Diagnose auch nur bruchstückhaft sein. Es ist vor allem eine soziologische und eine (sozial-)psychologische Diagnose.

Selbstkritik als Weg aus dem professionellen Dilemma

Im vorliegenden Buch geht es nicht um das Ausspielen von »sozialen« gegenüber »biologischen« Theorien und Behandlungsansätzen psychischer Auffälligkeiten. Es geht vielmehr um die in kognitiven Mustern von Therapeuten, Forschern und anderen psychiatrisch Tätigen angesiedelten Gründe für einseitige Entwicklungen in der Psychiatrie und um die Mechanismen und (meist

negative) Auswirkungen einer auf Vor-Urteilen basierenden »Behandlung« und »Versorgung«. Es geht um das Erlernen von Verteidigungsstrategien gegen Manipulationen in der Psychiatrie bzw. um die Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen von Täuschung und Selbsttäuschung. Und es geht um ein Konzept, wie Menschen mit schweren psychosozialen Beeinträchtigungen besser geholfen werden kann als mit einer Langzeitverschreibung von Medikamenten, flankiert von individualpsychotherapeutischen Behandlungsversuchen und einer langfristigen Eingliederung in ein Institutionensystem, das ihnen nicht selten Initiative, Perspektive und positiven Stress wegnimmt und sie im besten Fall auf niedrigstem Niveau »stabilisiert«.

Wenn wir keine Entbiologisierung, Entpsychologisierung und Entinstitutionalisierung in der Psychiatrie erreichen und das Fachgebiet weiterhin als Reparaturbetrieb psychischer Folgen von Verletzungen und Belastungen bei sensiblen Menschen und tief gehender sozialer Veränderungen und Konflikte pflegen und dabei unser Expertentum auf die Handhabung veralteter Werkzeugkästen reduzieren, wird die Zahl der Chronifizierten und vom Versorgungssystem Abhängigen eher größer als kleiner werden. Der Graben zwischen denen, die es geschafft haben und ihr Leben in die Hand nehmen, indem sie entweder nie in die Psychiatrie gekommen sind, eine behutsame psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung nutzen oder die Psychiatrie hinter sich gelassen haben, und jenen, die es nicht geschafft haben und zum Spielball psychiatrischer Interessen oder zum Objekt von mehr oder weniger Behandlungsversuchen geworden sind, scheint tiefer zu werden. Dabei gibt es eine Reihe erfolgreicher Modelle, wie wir helfen können, Chronifizierung zu vermeiden und Anreize für positive Lebensgestaltung trotz Vorliegen von Symptomen zu setzen. Dies zu realisieren erfordert Mut und einen Bruch mit vermeintlichen Gewissheiten. Es erfordert die Akzeptanz des Betroffenen als des Verschiedenen, aber nicht grundsätzlich Anderen.

Dieses Buch handelt von einigen Täuschungen, denen wir als Professionelle und denen die Behandelten in der Psychiatrie ausgesetzt sind. Bewusste Täuschung gibt es sicher seitens der pharmazeutischen Industrie, deren Studiendaten teilweise manipuliert wurden, um Medikamente wirksamer erscheinen zu lassen. Der Mehrzahl der Herangehensweisen in der klassischen Psychiatrie und der neurobiologischen Forschung liegt sicherlich der Wunsch zugrunde, Menschen mit psychischen Problemen zu helfen. Wir haben einiges

erreicht und können einige Betroffene in der Erreichung ihrer Ziele unterstützen, doch die Energie, die wir darauf verwenden, Patienten unsere mäßig wirksamen Therapien zu verkaufen, steht dann oft nicht mehr zur Verfügung, um kritisch zu prüfen, ob wir überhaupt etwas Gutes getan haben. Dies ist ein Teil unserer Selbsttäuschung. Dabei müssen wir uns nicht selbst täuschen, um helfen zu können, wenn wir die menschliche Beziehung in den Mittelpunkt unserer Hilfe stellen. Wir sollten eigentlich die Experten für Täuschung und Selbsttäuschung sein: Psychiater und Psychotherapeuten arbeiten daran, die Fehlwahrnehmungen und dysfunktionalen kognitiven und emotionalen Muster von aus der Bahn geworfenen Menschen bewusst zu machen, aufzubrechen oder zumindest Wege zu zeigen, damit umzugehen oder trotz Beschwerden an sinnstiftenden sozialen Beziehungen teilzuhaben.

In diesem Buch werden nur einige, aber meiner Ansicht nach zentrale Aspekte von Täuschung und Selbsttäuschung in der Psychiatrie als Schlaglichter aufgegriffen. Dies erfolgt nicht systematisch. Die Geschichte der Psychiatrie wird dabei nur hier und da bemüht, obwohl sie eine zentrale Bedeutung hat für die Missverständnisse, denen wir aufsitzen. Zunächst wird erörtert, wie zentrale Paradigmen wirken, etwa das der schweren psychischen Störungen als Gehirnerkrankungen, und warum viele Therapeuten daran festhalten. In einem eigenen Kapitel werden die Verfälschungen in der Wirksamkeitsbeurteilung und der Nutzung unserer zentralen Instrumente in der Psychiatrie dargestellt: den Psychopharmaka. Des Weiteren zeigt sich, dass die Psychiatrie nur begrenzt wissenschaftlich sein kann und dass eine evidenzbasierte Psychiatrie so, wie sie angewendet wird, ein fragwürdiges und oft in die Irre führendes Konzept ist. Im daran anschließenden Kapitel werden zentrale Mechanismen beschrieben, warum nicht nur Entwicklungen in der Geschichte, sondern auch in der heutigen Psychiatrie zur Chronifizierung von Verläufen beitragen können und wieso gut gemeinte Versorgungssysteme zwar Schutzraum und »Versorgung« bieten, aber die Entwicklung und Teilhabe von Menschen mit psychischen Problemen behindern können.

Im darauf folgenden Kapitel werden Befunde und das gegenwärtige Wissen bezüglich psychosozialer Einflussfaktoren auf schwere psychische Erkrankungen dargestellt, das in der Mainstream-Psychiatrie oft stiefmütterlich behandelt und verdrängt wurde. Die Entwicklung von »Global Mental Health« und das Bewusstsein für die Vernachlässigung psychischer Probleme und

deren Behandlung in vielen wirtschaftlich armen Ländern werden begrüßt; über die Schattenseiten lassen wir uns aber gerne täuschen: Beglücken wir die Welt mit unseren eigenen Fehlern moderner Psychiatrie oder haben wir einen ausreichend breiten Blick auf vielfältige soziale und psychosoziale Zusammenhänge? Gegen Ende des Buches wird ein wesentliches Gegenmittel gegen Täuschung und Selbsttäuschung beleuchtet: die Betroffenenkontrolle, der Einbezug oder gar die Gestaltung der Hilfesysteme durch Psychiatererfahrene. Ob die Dynamik dieser Entwicklung »von unten« das verkrustete psychiatrische System aufricht und zur Destigmatisierung beiträgt, hängt davon ab, ob wesentliche Entscheidungsträger der Psychiatrie dies zulassen, welche Rahmenbedingungen und Vergütungsspielräume die Psychiatrie bekommt und wie sich die Machtverhältnisse in dem und um das Fach herum entwickeln.

Aktuell entstehen immer neue »Interventionen« für die Patientinnen und Patienten. Diese sind, wie einige psychotherapeutische Techniken bei ausgewählten Störungen, beispielsweise Zwangs- und Angsterkrankungen, teilweise außergewöhnlich erfolgreich. In anderen Fällen, vor allem bei schweren psychischen Störungen, rufen sie zwar große Erwartungen hervor, führen aber oft zu Enttäuschungen. Dabei sind es auch die psychiatrisch Tätigen, die der »Interventionen« bedürfen. Wir müssen die Art und Weise verändern, wie wir Psychiatrie betreiben. Wir bedürfen einer Reflexionsstrategie gegen Täuschung und Selbsttäuschung. Dies sollte den Hauptteil der psychiatrischen Lehrbücher ausmachen, nicht die Aufzählung zweifelhafter Befunde und das Wiederkäuen diagnostischer Klassifikationen und therapeutischer Instrumente, mit denen sich manche einen Namen gemacht haben.

Den Einbezug von Menschen mit Erfahrungen aus psychischen Krisen in unser Hilfesystem, die Betroffenenkontrolle sowohl in der Behandlung als auch in der Forschung nutzen wir nicht, weil wir Machtverlust und Verunsicherung befürchten. Doch das ist wieder nur ein Trugschluss und eine Selbsttäuschung. Betroffene erinnern uns immer wieder daran, nicht allen vermeintlichen Wahrheiten klinisch oder akademisch tätiger Psychiater anzuhängen, die ihre Erkenntnisse und Erfahrungen direkt umsetzen wollen, sondern den Menschen vor uns möglichst vor-urteilslos zu sehen mit seiner Geschichte, seinem Leiden und seinen meist vielfältigen Versuchen, sich selbst zu helfen. Oft reicht es, diese Versuche zu unterstützen, manchmal müssen wir sie anstoßen.

»Wir« und »sie«: Schemata in der Psychiatrie

Die klinische Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet mit ihren an der somatischen Medizin orientierten Aufgaben, Arbeitsweisen, Ritualen und diagnostischen Ordnungssystemen (die Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-11 und die mittlerweile fünfte Überarbeitung des US-amerikanischen psychiatrischen Systems DSM), mit ihren Paradigmen und den auf sie aufbauenden, als evidenzbasiert beworbenen Therapien hat zunächst einen recht klaren Auftrag, nämlich die Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen. Schaut man aber genauer hin, wird dieser Auftrag von den jeweiligen psychiatrischen Institutionen sehr unterschiedlich wahrgenommen. Trotz des Versuchs, Leitlinien und Standards in der Psychiatrie zu etablieren, ist die Behandlungsvarianz erheblich. Das Schicksal von Menschen mit psychischen Problemen hängt entscheidend davon ab, wo sie behandelt, wohin sie gebracht werden und ob sie in der Lage sind, ihre psychischen Probleme mithilfe oder unabhängig von der Psychiatrie zu bewältigen. Viele Betroffene und Angehörige, die Veränderungen an sich selbst bzw. an den Betroffenen wahrnehmen, sind hilflos und wenden sich (oft im Unterschied zur Inanspruchnahme rein psychotherapeutischer Behandlung) nicht einfach an psychiatrische Institutionen, um Rat oder eine spezifische Therapie zu erhalten. Sie kommen, weil sie endgültig nicht mehr weiterwissen und weil alle bisherigen Lösungsversuche nicht funktioniert haben.

Die Vorgehensweise der Psychiatrie wiederum ist – zumindest was den Umgang mit Menschen mit schweren und schwersten psychischen Problemen angeht – Ausdruck und Versuch eines möglichst professionellen Umgangs mit kaum nachvollziehbarem Verhalten und Erleben, aber ebenso geprägt von Unsicherheiten und Wissenslücken. Die Standards und Regeln des Fachgebietes sind ein Versuch der Bewältigung von (beidseitiger) Hilflosigkeit. Im Großen und Ganzen ist die Gesellschaft froh, dass sich ein Fachgebiet entwickelt hat, das sich für Menschen mit solchen Auffälligkeiten, mit Anpassungsschwierigkeiten, mit teils umfassenden Problemen in der Beziehungsgestaltung und mit vielfältigen, nicht unmittelbar aus dem Zusammenhang erklärbaren Beein-

trächtigungen interessiert und sich für diese Menschen als zuständig erklärt hat. Es entlastet die »normale« Gesellschaft, wenn sich Experten für solche Menschen verantwortlich fühlen und zumindest eine *Beschreibung* psychischer Störungen und Normabweichungen liefern. Die Psychiatrie ist für viele Menschen mit schweren Kommunikations- und Verhaltensproblemen die letzte Wiese. Angehörige dieser zu Psychatriepatienten Gewordenen, ihre Arbeitskollegen, Lehrer, Nachbarn und Freunde werden von einer (Mit-)Verantwortung entbunden oder zumindest entlastet, sobald der Psychiater einen Menschen zum Kranken macht, indem er benennt, was mit ihm nicht stimmt, und eine Therapie dagegen bereithält. Die nach Hilfe und Erklärung suchende Gesellschaft hat für das, was sie anders nicht bewältigen kann oder will, eine professionelle Instanz zur Verfügung, an die sie einen Teil der Last delegieren kann. Die Hilflosigkeit nimmt ein wenig ab.

Aber ebenso wie bei vielen chronischen, nicht heilbaren somatischen Erkrankungen ist damit das Problem noch nicht gelöst. Denn die Psychiatrie hat oft gar keine schlüssige Erklärung für die Verhaltensauffälligkeiten. Zudem wirken die Behandlungsmethoden und insbesondere die Psychopharmaka nicht ursächlich und werden von den Betroffenen in höchst ambivalenter Weise oft lediglich toleriert: Sie sind keine Heilung, helfen nur manchmal und lassen langfristig oft im Dunkeln, ob sie mehr geschadet oder mehr geholfen haben.

Das psychiatrische Hilfesystem ist voller Widersprüchlichkeiten, auch wenn es mit dem ganzen Aufgebot an Forschungsmethoden, theoretischen Gebäuden, Hypothesen, Behauptungen, Befunden, Leitlinien und Therapien den Anschein von Handlungsfähigkeit und Kompetenz im Umgang mit schweren Symptomen aufrechtzuerhalten versucht. Viele Aspekte der klassischen Psychiatrie sind reaktiv und rückwärtsgewandt, selbst wenn viele fortschrittlich Denkende die Hoffnung haben, dass die Zeit der präventiven Psychiatrie und der behutsamen, früh ansetzenden und Chronifizierung verhindernden Therapien angebrochen sei. Die Psychiatrie bleibt ein eigentümlich verunsichertes Geschäft. Diese Hilflosigkeit wurde in den letzten hundert Jahren immer wieder kompensiert durch *Medikalisierung* und *Biologisierung* (das Gehirn sei krank), teilweise auch durch *Gesellschaftskritik* und *Ideologisierung* (die Gesellschaft sei krank und verrückt).

Medikalisierung bedeutet, dass wir die Folgen seelischen Leidens und des Leidausdrucks, wie er am Betroffenen als *Symptom* sichtbar wird, kate-

gorisieren, mit den uns zur Verfügung stehenden Methoden vermessen und ihnen über die Konstruktion eines Zusammenhangs mit Rezeptorstörungen und strukturellen Auffälligkeiten eine professionell definierte Pseudogenauigkeit verpassen, um die Symptomträger den uns zur Verfügung stehenden Therapien zuzuführen. Diese Methode geht im Prinzip auf den deutschen Psychiater Emil Kraepelin zurück und hat sich seither kaum geändert. Wir leben immer noch in Zeiten einer vermessenden Psychiatrie: Uns reichen wenige Gewissheiten, um tief greifende Eingriffe in Gehirn und Psyche zu rechtfertigen und als »state-of-the-art« darzustellen. Die Klassifikation der Erscheinungsformen psychischer und Verhaltensauffälligkeiten und die künstliche Bildung von Gruppen und vermeintlichen Krankheits»einheiten« nennt man »Nosologie«. Heute, da wir wirksame Therapien zur Verfügung haben, suchen wir nach Symptomen und Symptomkonstellationen, die in dasjenige Raster passen, wofür die Therapien beworben werden.

Therapie und Diagnose gehören zusammen. Und Diagnostik war schon immer ein »weites Feld« in der Psychiatrie. Warum ist dies so? Die Äußerungen menschlichen Unwohlseins, innerer und äußerer Konflikte sowie das dazugehörige Verhalten müssen in eine Sprache übersetzt werden, die sowohl Kommunikation zwischen Experten ermöglicht als auch die Abweichungen zwar nicht verstehbar (im Sinne von Karl Jaspers), aber doch beschreibbar und einer Beurteilung zugänglich macht. Diese Übersetzung wurde aus der somatischen Medizin übernommen: *Symptome* zu Symptomkonstellationen, also zu *Syndromen* werden zu lassen und sie zu vermessen, um die zugrunde liegende strukturelle oder funktionelle Störung aufdecken und die Normabweichung mittels chirurgischer oder pharmakologischer Intervention beseitigen oder wenigstens erträglich machen zu können.

Diese ärztliche Übersetzungsleistung, die jede Sekunde im modernen Medizinbetrieb erfolgt, erscheint als Prinzip auch in der Psychiatrie unerlässlich. Die Übersetzung von Symptomen in Krankheitseinheiten (Störungen) erscheint notwendig, um die Illusion störungsspezifischer Therapien aufrechtzuerhalten und biologische oder psychotherapeutische Interventionen zu legitimieren. Damit gewinnt der Therapeut gegenüber den Betroffenen, den Angehörigen und der Öffentlichkeit Professionalität und Sicherheit. Er reduziert die Hilflosigkeit gegenüber dem vor ihm Sitzenden an sich selbst oder anderen (Mit-)Leidenden. Er schafft es dadurch, professionelle Distanz zu wahren und

eine Rolle einzunehmen, die auf seinen Wissensvorsprung zurückgeht und dazu ermächtigt, angenommenes oder tatsächliches psychisches Leiden zu verringern.

Eine Verfeinerung bzw. Erweiterung dieser Beschreibung und Vermessung menschlichen Erlebens und Verhaltens zu therapeutischen Zwecken ist die Aufklärung der »Laien« und (potenziellen) Patienten und Angehörigen in dem Sinne, dass die in Symptomen sicht- und beschreibbaren Auffälligkeiten vom Symptomträger selbst oder von den Angehörigen bereits als psychische Störung *wahrgenommen*, entsprechend *bewertet* und im Kontakt mit dem Behandlungs- und Versorgungssystem *präsentiert* werden. Dies ist ein vor das Urteil des Psychiaters oder Psychotherapeuten geschalteter Mechanismus desjenigen, der seine Symptome schon in einer Weise interpretiert und vorträgt, dass sie zu den verfügbaren Krankheitskonzepten und Therapien passen. Jemand fühlt sich depressiv, weil er die Kategorien für die Erkrankung einer »Depression« über Therapeuten, Psychoedukation und verschiedene Medien in sein Denken eingebaut hat und seine niedergedrückte Stimmung, das Grübeln und die Schlafprobleme *als Depression* wahrnimmt. So wurde die Depression als Erkrankung in ihrer jetzigen Form erst mit der Verfügbarkeit der Antidepressiva »erfunden«, die (in ihrer älteren Version) vor allem Schlaf und Appetit verbessern, Antrieb steigern und Spannung verringern (HEALY 2002).

Vor zweihundert Jahren gab es keine Depression in heutiger Lesart. Die Melancholie hatte nicht immer und nicht überall Krankheitswert. Hinter der sozialen Phobie steckt unleugbar Leidensdruck, aber nicht immer wurden schüchterne, sozial zurückgezogene Personen als »krank« angesehen. Stimmenhören war nicht immer Ausdruck einer (psychotischen) Erkrankung. Stimmungsschwankungen waren nicht immer »bipolar«. Dies ist der Grund, warum so viel über den Verkauf von Psychopharmaka verdientes Geld in die »Aufklärung« der Bevölkerung investiert wird. Wenn ich einen Hammer besitze, sehe ich eine Welt voller Nägel.

Diese angebotsinduzierte Nachfrage gibt und gab es auch bei körperlich begründbaren Erkrankungen. Zwar existierten vor zweihundert Jahren auch noch keine »Herzinsuffizienz«, Leukämie oder Sklerodermie, aber heute kennen wir viele Mechanismen, wie sich diese körperlichen Erkrankungen entwickeln und was bei ihnen im Körper vor sich geht. Wir können also nur noch

darüber diskutieren, *wie viel* Krankheitswert die körperliche Veränderung oder Normvariante hat. Organisch fassbare pathogenetische Mechanismen kennen wir aber nicht von der Depression oder der Schizophrenie, höchstens in Ansätzen bei der Demenz. Niemand weiß, was bei einer Depression oder einer Schizophrenie im Gehirn passiert. Aber wir behaupten, wir wüssten es zumindest zum Teil, und tun so, als handele es sich um Erkrankungen mit nicht nur einem biologischen *Korrelat*, sondern mit einer biologischen *Verursachung* – einer strukturellen oder funktionellen Störung im Gehirn. Dies hat weitreichende Folgen.

Ein wichtiger Schritt in der Psychiatisierung von Normabweichungen des psychischen Erlebens und Verhaltens ist die *Isolation des beobachteten Symptoms vom sozialen Kontext*. Eine Niereninsuffizienz oder ein Oberschenkelhalsbruch sind in ihrer Pathologie immer gleich, ob ich sie in der Wohnung des Patienten oder in der Klinik untersuche, im Urwald oder in der Wüste – auch wenn die geäußerten Schmerzen durchaus davon abhängen, wer anwesend ist und wo und wie ich sie erfasse. Aber die relative Kontextunabhängigkeit medizinischer (Akut-)Erkrankungen trifft nicht für psychische Erkrankungen zu. Wenn ich die Krankheitsäußerungen eines Menschen mit psychischen Problemen kennenlernen und begreifen will, muss ich mich in seinen Kontext, in sein Lebensumfeld begeben, in dem die Abweichung entstanden ist oder sich manifestiert. Psychische Symptome *existieren* nicht ohne sozialen Kontext. Ein Fels, der in einer toten Steinwüste von einem anderen Felsen herunterfällt, produziert keinen Lärm, nur physikalische Phänomene. Es ist nämlich niemand da, dessen Trommelfell die Schallwellen in Töne übersetzt. »Lärm« als Begriff ist sozial konstruiert, genauso wie der Wahn oder die depressive Stimmung.

Paranoia, Beeinträchtigungserleben, Depressivität, Manie und Ängste existieren nur *in Bezug auf andere Menschen*. Alle Wahnhalte von Menschen mit Psychosen haben mit der Stellung des Wahnkranken in einem sozialen Kontext zu tun. Psychiater sind Übersetzer, die aber nicht uneigennützig, sondern mit vielen Vor-»Urteilen« Symptome in eine Sprache übersetzen, die sie selbst geschaffen haben. Damit *bewerten* sie die Symptome, ob sie wollen oder nicht. Wenn ich einen Menschen in eine dyadische Therapeut-Patient-Beziehung oder gar in einen hierarchischen Krankenhauskontext hineinversetze, bekommen seine Symptome, derentwegen die Angehörigen oder er selbst

vorstellig wurden, sofort eine unterschiedliche Bedeutung (siehe immer noch: GOFFMAN 1961). Die Isolation des Symptoms aus dem sozialen Zusammenhang macht dessen eigentliche Bedeutung und »Funktionalität« zunichte. Das Symptom wird zur eigenen Wirklichkeit, an der Therapien ausprobiert werden, bis es verschwindet oder sozialverträglicher wird. Der Weg hin zum Symptom und dessen eigentliche Botschaft spielen keine Rolle mehr, weil das Symptom als derart dysfunktional wahrgenommen wird, dass sich eine inhaltliche Beschäftigung damit kaum lohnt. Das mit dem Symptom verbundene Risiko einer Fehlhandlung oder eines Schadens für den Betroffenen und für sein Umfeld ist so groß, dass die Symptomkontrolle im Vordergrund steht. Dies trifft nicht für leichtere psychische Beschwerden zu, die psychotherapeutisch behandelt werden, denn dort kann man sich den »Luxus« leisten, hinter das Symptom zu schauen, da die Risiken abwägbar sind. Für schwerste psychische Beeinträchtigungen allerdings wird Psychotherapie weiterhin oft nicht als wirksam erachtet.

Die Zuführung der Betroffenen zu einer psychiatrischen Therapie in entsprechenden Kliniken, Ambulanzen, Praxen oder Wohneinrichtungen birgt immer die Gefahr der Entwicklung von Paralleluniversen und Scheinwelten, in denen menschliches Handeln anders funktioniert als im normalen Alltag: hier der Patient, dessen Erleben und Verhalten eigentlich nur in seinem Lebensfeld begriffen werden könnte, und dort die (heutzutage auch nach »draußen« getragene) Klinik mit ihrem Bemühen, den Menschen einzuordnen, um ihn einer »objektiven«, einer »evidenzbasierten« Therapie zu unterziehen, die eine Veränderung von Denk- oder Verhaltensmustern nach sich zieht – oder einfach nur Symptome unterdrückt. Hier der Betroffene, dort die sich kümmernde, aus der Sozialversicherung oder Steuergeldern bezahlte und als Organisation sich selbst erhaltende Klinik oder sonstige Institution.

Daraus resultiert eine recht weit verbreitete Abneigung von Psychiatern, nach draußen ins soziale Umfeld des Patienten zu gehen: Die Furcht vor dem Verlust professioneller Distanz, die Sorge, das wohlvertraute Territorium der erlernten (Lehrbuch-)Psychiatrie mit ihren Hierarchien, Kategorien und Absicherungen zu verlassen und sich in die Sphäre des Patienten zu begeben, die sich sperriger und komplexer darstellt, als es die Schablonen von Diagnostik und Therapie abbilden können. Draußen ist der Sozialraum, der Erklärungsraum, das vermeintliche »Rauschen« neben den Symptomen viel präsenter

und *die Macht des Sozialen* geht uns viel stärker an als in der Klinik, der Einrichtung oder der Praxis. Im Umfeld des Patienten (das wir beispielsweise im Home Treatment, in der aufsuchenden Behandlung erfahren), sind wir weniger Herr oder Frau des Verfahrens, weniger Protagonisten in den Geschichten. Wir sind dann nur noch Gäste und Berater. Und wir können hier weniger soziale Bezüge ausblenden und unser Theoriegebäude pflegen. Wir sind nicht mehr umgeben von Professionellen, die mitarbeiten und uns zuarbeiten, unsere Annahmen teilen und dabei unsere eigenen Vorurteile immer wieder bestätigen. Die Zurückhaltung psychiatrisch Tätiger, den sozialen Kontext der Patienten mit einzubeziehen, ist ein Akt der Vermeidung, aber auch der Vorsicht. Diese Verdrängung entspricht und resultiert aus dem früheren Paradigma psychischer Erkrankungen als Hirnerkrankungen – warum zu sehr auf Beziehungsdynamiken achten, wenn doch das Gehirn im »Ungleichgewicht« ist?

Verdrängung gibt es in allen sozialen Bereichen. So begegnen wir dem Phänomen auch im Umgang mit aus unvertrauten religiösen Kontexten stammenden Migrant*innen, die in Europa nicht selten ausschließlich aufgrund ihrer Religion bewertet werden und deren Denken und Verhalten nicht selten pauschal mit *dem* Islam oder *dem* Katholizismus oder *der* jüdischen Religion »erklärt« wird – ohne den Lebenskontext und die handlungsleitenden Beweggründe gebührend zu berücksichtigen (siehe dazu auch: LAABDALLAOUI & RÜSCHOFF 2017). Ein Schema (so etwa: Islam und konservative Religiosität) schiebt sich wie ein Verzerrungsglas zwischen »uns« und »sie« – und trägt zumindest etwas zur Verringerung von Unsicherheit bei (»Othering« genannt). Aber das Schema verhindert ein tiefer gehendes Verständnis.

Die Denkschablone von »wir« und »sie« ist das folgenschwerste Muster in der Psychiatrie.

Die Trennung zwischen »uns« und »ihnen« wird durch die diagnostische Benennung derjenigen Unterschiede zwischen Psychiatriepatienten und Normalen gerechtfertigt, welche die Fähigkeit betreffen, ein selbstbestimmtes und sozial akzeptables Leben zu führen. So liest man beispielsweise in der Schweizer Zeitschrift *Leading Opinions Neurologie & Psychiatrie*, die mithilfe von Geldern der Pharmaindustrie kostenlos an die Ärzte verteilt wird (auf Seite 43 der Ausgabe 6/2016 nachzulesen): »Die Gehirne von Patienten mit Schizophrenie funktionieren anders als die von Menschen ohne Erkrankung –

aber wie?« Was können wir mit dieser Botschaft anfangen, die sich in unser therapeutisches Denken eingräbt, je öfter wir sie lesen?

Erstens ist sie vermutlich in ihrer Pauschalisierung nicht richtig, zweitens sind ihre Auswirkungen nichts weniger als verheerend: Sie geben die Betroffenen, die eine Diagnose erhalten haben, für Therapien frei, die ein erhebliches Schadenspotenzial bei fraglichem Nutzen haben. Das Gehirn ist »anders« und bedarf einer Korrektur. Genau dies kritisieren Betroffene. Kann man denn einen solchen Diagnoseträger als Objekt der Therapie wirklich noch genauso behandeln wie den eigenen Vater oder die eigene Mutter, den Freund oder die Freundin? Ist ein (Poly-)Pharmazieren nicht wie der Umgang mit einem auf seine vermeintliche Biologie reduziertes Tier, das ich wieder zum Menschen machen will? Ich gebe etwas zu essen und warte, wie sich das Verhalten und das Erleben einer von uns als Norm definierten Vorstellung anpasst, und wenn dies nicht der Fall ist, füttere ich weiter oder gebe etwas anderes hinzu oder wechsele die Nahrung.

Letztlich gibt es durchaus nachvollziehbare Gründe dafür, dass psychiatrische Institutionen so handeln, wie sie handeln: Es entspricht dem ihr von der Gesellschaft übertragenen Auftrag. Wie aber ist zu erklären, dass ein Denkgebäude und eine Institution, die sich über mehr als hundert Jahre entwickelt haben (die »moderne« biologisch orientierte Psychiatrie), immer noch keine schlüssige theoretische Fundierung besitzt? Dass dieses Fach weiterhin zumindest in der westlichen Welt das dominante Modell zum Umgang mit psychischen Problemen zur Verfügung stellt und zunehmend in andere Kulturen exportiert wird (PATEL u. a. 2007)? Dass ihre akademischen Einrichtungen weiterhin ihr Halbwissen den Studenten und jungen Ärzten weitergeben und sie auf diese Weise sozialisieren, ohne den Nachweis erbracht zu haben, ob und wie unsere gegenwärtige psychiatrische Praxis den Patientinnen und Patienten nützt? Dass Proteste gegen die psychiatrischen Paradigmen von »Psychiatriebetroffenen«, »Psychiatrieüberlebenden«, kritischen Therapeuten bis hin zu den »Antipsychiatern« zwar spürbar, aber doch weitgehend wirkungslos sind?

Zwei Gründe bieten sich als Erklärung an:

1. die Etablierung der Psychiatrie als *medizinisches Fachgebiet mit der Lehre von den Hirnerkrankungen als Ausgangspunkt* und

2. die *soziale Funktion der Psychiatrie*, auf welche die Gesellschaft – oder das Fachgebiet – nicht verzichten will oder kann, und die wir mit den Mitteln der Täuschung und Selbsttäuschung mehr oder weniger gut verarbeiten.

Ein interessantes Beispiel für das Unbehagen mit dieser zentralen sozialen Funktion der Psychiatrie ist die »Guidance on improving the image of psychiatry« (MÖLLER-LEIMKÜHLER u. a. 2016) von Mitgliedern der europäischen Psychiatrieorganisation (European Psychiatric Association, EPA). Hier wundern sich etablierte Psychiaterinnen und Psychiater über das bis heute andauernde negative Image der Psychiatrie und machen unter anderem »historically based representations of mental care« (also die historisch bedingten Vorbehalte gegenüber der Psychiatrie) dafür verantwortlich. Es gäbe ein Stereotyp von der Psychiatrie als sozialer Kontrollinstanz, was zu einem Dilemma führe – die Psychiatrie habe im Unterschied zu anderen medizinischen (!) Disziplinen sowohl ein Mandat zur Therapie als auch zur Kontrolle. Autoren wie Thomas Szasz oder Klaus Dörner, die – mit ganz unterschiedlichen Beweggründen – eben dieses Dilemma klar ausgesprochen haben, werden beschuldigt, damit das Problem erst *gefördert* oder zur Stigmatisierung der Psychiatrie *beigetragen* zu haben.

Selbstkritik und Eingeständnis des Unwissens über psychische Erkrankungen sucht man in vielen vergleichbaren Artikeln moderner Psychiater vergebens. Anstatt anzuerkennen, dass viele Menschen einfach aus nachvollziehbaren Gründen vor psychiatrischen Institutionen zurückschrecken, da sie keinen Psychopharmaka und keinem Zwang ausgesetzt sein und auch nicht stigmatisiert werden möchten, und es daher eines sozialen Drucks bedarf, damit sie dort hingehen oder dort bleiben (offensichtlich wirkt die Expertenschaft der Psychiatrie oft nicht überzeugend genug), werden Autoren angegriffen, die eine Trennung dieser Doppelfunktion der Psychiatrie fordern. Mit einer solchen Trennung würde der Psychiatrie dann ein Teil ihrer Patienten abhandenkommen. Und wer »versorgt« sie dann? »Unterversorgung« ist, wie wir später noch sehen, ein gewichtiges Argument in der Psychiatrie. Dass aber auch die Psychiatrie überfordert sein könnte, wenn immer mehr sozial desintegrierte Menschen als »unterversorgt« angesehen werden und in die therapeutische Zuständigkeit der psychiatrischen Versorgung fallen, wird wenig thematisiert, weil das Selbstbild vieler leitender Psychiater davon geprägt ist, eine wirksame und erfolgreiche moderne Psychiatrie anzubieten.

Die Einteilung in »wir« und »sie« hat die Psychiatrie nicht erst seit Kraepelin und Nachfolgern bewegt. Wenn wir aber einen Menschen als von Geistern besessen, fehlgeleitet, schlecht erzogen, unvernünftig oder traumatisiert bezeichnen, kann zwar auch Gewalt ihm gegenüber gerechtfertigt werden. Das ist aber nicht notwendigerweise so. Wenn wir jedoch den Defekt im Gehirn ansiedeln und eine Korrektur des Gehirns fordern sowie gleichzeitig um »Verständnis« für die Betroffenen mit der »Gehirnkrankheit« werben, dann entmündigen wir ihn gleich doppelt und tragen zu nicht weniger Stigmatisierung bei.

Wir unterstellen, dass nicht jeder die »Störung« bekommen kann: »Sie« – dies sind diejenigen, bei denen die Rezeptoren, die Biochemie, die neuronalen Schleifen, die Signaltransduktionsmechanismen in den Nervenzellen und die Proteinstrukturen verändert sind und eine Korrektur oder Kompensation nur von außen möglich ist. »Wir« – das sind diejenigen, die alles unter Kontrolle haben, deren Gehirn normalphysiologisch reagiert und von deren grundsätzlich nachvollziehbarem Denken und Verhalten wir ausgehen können. »Wir« fühlen uns auf der sicheren Seite und bekommen höchstens eine Ahnung von Psychopathologie, wenn wir realisieren, dass wir uns einmal heftig getäuscht haben und unser Denken uns auf eine völlig falsche Fährte geführt wurde, wenn wir einmal durch den Verlust eines Menschen in tiefe Trauer gestürzt sind, wenn eine Hormonwirkung oder ein Suchtstoff uns einmal ganz anders reagieren lässt, als wir es von uns gewohnt sind. Aber im Alltag sind wir *wir selbst*.

»Sie« hingegen sind durch die Symptome gekennzeichnet, die immer wiederkommen können – Symptome, die (mit Ausnahme vielleicht derjenigen bei Angst- und depressiven Erkrankungen oder der Posttraumatischen Belastungsstörung) schwer nachvollziehbar sind und damit im Grunde durch das Gespräch, durch Miteinander, durch Nachdenken und Bewusstmachung und durch menschlichen Austausch anscheinend nicht wesentlich beeinflussbar sind. »Sie« sind diejenigen, deren Verhalten und Erleben alltagspsychologisch nicht erklärbar ist, und damit *anderer* (psycho-)therapeutischer Methoden bedürfen, die wiederum die Störung nicht beheben, sondern nur eine Kompensation oder Erleichterung erzielen – in der Regel zusätzlich zur chemischen Behandlung. Dies wird dann als ganzheitliche Behandlung angepriesen. Fragt man einmal einen Psychiater, ob er glaubt, dass Menschen mit einer Schizophrenie geheilt werden können, und ob er sich einen »Psychoti-

ker« oder »Bipolaren« als Nachbarn vorstellen kann, wird man auf Zurückhaltung stoßen. Denn »sie« sind die anderen (die Kranken und damit immer wieder »von Krankheit Bedrohten«), mit denen eine normale Beziehungsgestaltung (die von den Angehörigen ja trotz Krankheit immer wieder eingefordert wird!) erschwert ist. Selten klaffen Leben und Lehre so auseinander wie in der biologischen Psychiatrie. Und genau diese Spannung registrieren viele Betroffene und ihre Angehörigen sehr genau. Ja, auch Angehörige, denn müssen nicht auch sie irgendwo zwischen »wir« und »sie« angesiedelt werden: als Risikoträger nämlich?

Gehirnerkrankungen: Folgen des Biologismus in der Psychiatrie

»Wir wissen nun mit Sicherheit, dass die Schizophrenie weder allein durch die schizophrenogene Mutter noch durch ein einzelnes Schizophrenie-Gen hervorgerufen wird [...]. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse, auch wenn sie für den Kliniker in der Praxis schon lange ersichtlich waren, haben weitreichende Bedeutung, z. B. bei der Bewertung von Medikamentenstudien [...].« (NICKL-JOCKSCHAT u. a. 2009)

*»L'homme dépasse infiniment l'homme.«
(BLAISE PASCAL)*

Das gängige Paradigma

Die Psychiatrie (als medizinische Spezialität) ist eigentlich ein faszinierendes Fachgebiet. Alfred Döblin sagte einmal sinngemäß in seiner aktiven Zeit als Psychiater, er freue sich, dass er sich den ganzen Tag mit Menschen unterhalten dürfe und dafür auch noch bezahlt werde. »Wenn ich zu einem Kranken gehe und ich habe eine nachdenkliche Viertelstunde mit ihm verlebt, habe vielleicht das Gefühl, ihm wohlgetan zu haben, dann – soll ich mir dafür noch etwas bezahlen lassen?« (DÖBLIN 1985, S. 97) Dennoch ist die Begegnung mit einem Menschen im Rahmen eines professionellen Kontakts in der Psychiatrie so anders als im Alltag. Die Psychiatrie und ihre Rituale sind der eindrucklichste Beleg dafür, wie sehr unsere Kommunikation vom Kontext bestimmt wird.

Aber den Kontext – das eigentlich Interessante – blenden wir bei unserer psychiatrischen Arbeit so oft aus, denn er stört, weil er den Blick auf die Biologie oder zumindest auf die Pathologie erschwert. Wenn ich wissen will, was im Hirn eines Stimmenhörers anders ist als bei anderen, möchte ich am liebsten alle anderen Sinneseindrücke und deren Spuren im Gehirn ausblenden. Genau dies versucht ein Psychiater – und das ist nicht verwerflich. Im Gegenteil: Die Herstellung experimenteller Bedingungen ist notwendig zur Erforschung

ausgewählter Phänomene in der Natur. Aber in den Neurowissenschaften bringt die Isolierung einer Beobachtung die Gefahr einer unzulässigen Vereinfachung mit sich.

Mit Gehirnforschung konnte man sich lange Zeit einen Namen machen. Die Neunzigerjahre waren die Dekade des Gehirns, und Befunde von Hirnforschern haben es immer wieder in die Schlagzeilen geschafft (siehe das »Manifest der Hirnforscher«, www.spektrum.de/thema/das-manifest/852357, Zugriff am 4. Dezember 2018): »Vor allem was die konkreten Anwendungen angeht, stehen uns in den nächsten zehn Jahren enorme Fortschritte ins Haus. Wahrscheinlich werden wir die wichtigsten molekularbiologischen und genetischen Grundlagen neurodegenerativer Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson verstehen und diese Leiden schneller erkennen, vielleicht von vornherein verhindern oder zumindest wesentlich besser behandeln können. Ähnliches gilt für einige psychische Krankheiten wie Schizophrenie und Depression. In absehbarer Zeit wird eine neue Generation von Psychopharmaka entwickelt werden, die selektiv und damit hocheffektiv sowie nebenwirkungsarm in bestimmten Hirnregionen an definierten Nervenzellrezeptoren angreift. Dies könnte die Therapie psychischer Störungen revolutionieren ...«).

Wir haben unsere eigenen Erlebnis- und Verhaltensweisen erklärt bekommen und waren und sind weiterhin erstaunt darüber, wie geistige und soziale Phänomene, die wir einfach hingenommen haben, durch biologische Erkenntnisse zu Nervenzellen, Rezeptoren, Hormonen, neuronalen Verschaltungen »entschlüsselt« werden. Warum Männer anders »ticken« als Frauen, warum man Religion, Ethik und Moral erst verstehen kann, wenn das eigene Frontalhirn entwickelt ist, warum wir Vertrauen aufbauen (nämlich wegen des Hormons Oxytocin ... (beispielhaft: www.zeit.de/2016/15/oxytocin-hormon-gehirn-forschung, Zugriff am 26. März 2018). Wir wissen auch, was im Gehirn passiert, wenn wir Angst haben (die Amygdala, der »Mandelkern«, ist aktiv ...), wenn wir Sex haben oder warum wir jemanden nicht »riechen können« (das liegt am direkten Zugang des Riechorgans zum Stammhirn). Neurowissenschaftler erklären uns nun schon seit Jahren die Welt (HASLER 2012), wobei wir einen Großteil dessen schon vorher verstanden oder zumindest erahnt haben.

Wir wissen aber immer noch nicht, warum jemand depressiv wird oder eine Essstörung entwickelt oder sich von anderen Menschen verfolgt fühlt.

Jener Teil der »Hirnforschung«, der eigentlich den Menschen mit psychischen Problemen, die man mit dem Label »neuropsychiatrische Erkrankungen« versah, gewidmet war, hat diesen am wenigsten geholfen. Keine einzige psychische Erkrankung ist seit dem vermeintlichen Siegeszug der Hirnforschung besser diagnostizierbar oder behandelbar geworden, vielleicht mit der Ausnahme der Alzheimer-Demenz (deren neurologische Ursache seit jeher unstrittig war) und Abhängigkeitserkrankungen, bei denen die Anerkennung der Störanfälligkeit des Belohnungssystems zu mehr Verständnis, zu weniger Schuldvorwürfen und zum Ausbau des Suchthilfesystems geführt haben mag. Kein einziges therapeutisches Prinzip, das auf den Befunden der Hirnforschung beruht, konnte zu einem wirksamen Medikament entwickelt werden, das psychische Erkrankungen wirklich besser behandelbar machte oder gar heilte. Je mehr man in den Bereich psychotherapeutischer Behandlungen kommt, die nach den gängigen Kriterien erfolgreich sind, desto diffuser werden die neurobiologischen Befunde und desto eher basieren die Erfolge der Therapie auf psychodynamischen Mechanismen und der Erfahrung und Feinfühligkeit der Therapeutinnen und Therapeuten. Nach klinischer Anwendung der Hirnforschung aber muss man suchen.

Für die biologische Psychiatrie bleibt bisher der »unspezifische Effekt« von Psychopharmaka. Die Pharmaindustrie wendet sich längst, nachdem sie jahrzehntelang durch (Selbst-)Täuschung vermeintlich besser wirkende und weniger nebenwirkungsreiche Medikamente für schwer psychisch Erkrankte auf den Markt gebracht und damit Gewinne eingefahren hat, von der Melkkuh Psychiatrie ab und wandert in medizinische Bereiche, in denen mehr Innovationen zu erwarten sind: Neurologie, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die pharmazeutische Industrie ist eben keine »ethical industry«, der die Verbesserung der Situation psychisch Erkrankter am Herzen liegt, sondern ein Geschäft wie jedes andere auch, bei dem es vorrangig um das Eine geht: Gewinne.

Allerdings werden schwere psychische »Erkrankungen« in den meisten psychiatrischen Kliniken und Praxen weiterhin nach dem gängigen Paradigma behandelt: Veränderungen des Verhaltens, des Denkens, Fühlens und Wollens werden in psychiatrische Kategorien eingeordnet, welche die Grundlage sind für eine medikamentöse Behandlung mit einzelnen Substanzen oder Cocktails von psychotropen Medikamenten, flankiert von mehr oder weniger verständ-

nisvollen Gesprächen (der »Basispsychotherapie«). Die Medikamente wirken auf bestimmte Hirnrezeptoren, von denen man davon ausgeht, dass sie bei den jeweiligen Störungen eine Rolle spielen. Wir beurteilen Verhalten und Denken unter psychopharmakologischem Einfluss und versuchen sicherzustellen, dass der Betroffene seine Medikamente möglichst konstant und möglichst lange einnimmt. Dafür erfinden wir Strategien wie »Psychoedukation«, Compliance-Management, Depotspritzen und ein Versorgungssystem, das trotz aller Liberalisierung oft auch eine überwachende Funktion hat.

Nur wer sich wehrt oder als introspektionsfähig oder nur leicht erkrankt eingeschätzt wird, wer Angehörige hat, die sich engagieren, oder einen höheren Bildungsgrad besitzt, kommt in den Genuss von tiefer gehenden therapeutischen Gesprächen und Psychotherapien. Bei den anderen werden das Verhalten und die Äußerungen in der Folge vor allem unter dem Aspekt beurteilt, ob die erwünschte »Wirkung« eintritt. Es werden Medikamente verabreicht, die tief in die biologischen Funktionen unseres Gehirns eingreifen, um die Stimmung zu verbessern oder (in manischen Zuständen) Hochstimmung auf ein Mittelmaß zurückzuführen, um Menschen von ihren wahnhaften Überzeugungen zu befreien, um Stimmen im Kopf zu dämpfen, um Ängste und Spannungszustände zu mildern, um Impulse zur Selbstverletzung zu reduzieren, um Zwänge und ihre Umsetzung zu bekämpfen, um das Verlangen nach Drogen oder um aggressives Verhalten zu dämpfen. Der Medikationsreflex in der Psychiatrie ist so groß und so eingeübt, dass kaum ein Patient, der in eine klassische psychiatrische Klinik aufgenommen wird, diese ohne Medikament wieder verlässt.

Bemerkenswert sind die Schnelligkeit und Selbstverständlichkeit, mit der psychiatrisch tätige Ärzte, Psychologen oder Pflegekräfte auf ein Medikament (bzw. meistens mehrere) zurückgreifen oder dieses einfordern, weil sie die Komplexität menschlicher Erfahrung auf einzelne Neurotransmitter reduzieren und bestimmte Symptome fokussieren, die den Aktivitätszustand einer psychischen Krankheit oder einer Krankheitsepisode anzeigen sollen. Die erschütternde Einfachheit dieses täglich gelebten Paradigmas ist vielen Therapeuten gar nicht mehr bewusst – vielleicht wollen sie es auch gar nicht wissen – oder sie sind von der Schwere der Normabweichungen und dem Elend, das sie bei ihren Patienten sehen, so betroffen, dass sie wie selbstverständlich zum Äußersten greifen – dem Eingriff ins Gehirn mit der Schrotflinte Psychopharmaka.

Seit den 1970er-Jahren wird uns die Integration biologischer, psychologischer und sozialer Erklärungen und Therapieansätze im sogenannten bio-psycho-sozialen Modell psychischer Erkrankungen bzw. dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell nahegelegt. Hiernach sollen Stressfaktoren Krankheitsepisoden auslösen – aber eben nur bei jenen Individuen, bei denen eine genetisch-biologische Prädisposition, eine »Vulnerabilität« für die psychische Erkrankung vorliegt. Lebensereignissen wird die Rolle zugemessen, die tickende genetische oder biologische Bombe zu zünden. Leider kann von einer Integration der Methoden oder Sichtweisen nicht die Rede sein, sondern, wie John Read, Loren Mosher und Richard Bentall schreiben (READ u. a. 2013, S. 4), vielmehr von einer Kolonisierung des Psychologischen oder Sozialen durch die Biologie.

Zwar melden sich immer mehr Vertreterinnen und Vertreter für die Aufnahme psychotherapeutischer Interventionen (Psychotherapien) bei schweren psychischen Erkrankungen (siehe beispielsweise die Aktivitäten des Dachverbandes deutschsprachiger Psychosenpsychotherapien DDPP; www.ddpp.eu); diese kommen aber noch selten in der Routine an und sind häufig nur »komplementär« zur medikamentösen Behandlung. In die Psychotherapie wird investiert bei Menschen, die keine schwerwiegenden psychischen Auffälligkeiten aufweisen, sondern mit denen man gut arbeiten kann – früher sprach man dann von »neurotischen« Störungen. Die anderen werden in der Routine als wenig psychotherapiefähig eingestuft, wobei sich dies seit einigen Jahren zu ändern scheint. Aber es bleibt anstrengend, einen Wahn psychotherapeutisch zu »behandeln«.

Im Unterschied zum biomedizinisch-psychiatrischen Mainstream-Paradigma glauben die meisten Laien, einschließlich vieler Betroffener, dass die Schwierigkeiten, die eine schwere psychische Erkrankung nach unseren Diagnosekriterien ausmachen, sehr stark auf die *Lebensumstände* zurückgehen – gegenwärtige und vergangene. Nur der mächtigste Teil des Fachgebiets, die Vertreter der biomedizinischen Psychiatrie, glaubt weiterhin teilweise unbeirrt an die dominante Rolle biologischer Kausalfaktoren und die dazugehörige Interventionslogik, unterstützt von den Herstellern und Anwendern von Medikamenten.

Neuroimaging?

Schon die ersten systematisch klassifizierenden Psychiater wie Emil Kraepelin oder Eugen Bleuler gingen von einer starken genetischen Belastung oder zumindest von einer krankhaften Veränderung des Gehirns als Ursache der Schizophrenie und anderer schwerer psychischer Erkrankungen aus. Die wichtigsten Glieder in der Beweiskette dafür, dass psychische Erkrankungen »Gehirnerkrankungen« und damit medizinische Krankheitseinheiten darstellen, sind Forschungen zur Biochemie und zur Hirnstruktur. Ein Nachweis, dass sich die Gehirne der Menschen mit einer Schizophrenie, einer manisch-depressiven Erkrankung, Sucht-, Angst- oder Zwangserkrankungen von denen der Normalbevölkerung unterscheiden, wäre ein wichtiges Argument dafür, dass wir es mit echten medizinischen Erkrankungen zu tun haben.

Daher füllen die Ergebnisse milliardenschwer finanzierter neurobiologischer, hirnstrukturell-bildgebender oder molekularbiologischer Forschung die psychiatrischen Fachzeitschriften – bisher fast ohne Aussicht auf klinische Verwertbarkeit, so Paolo FUSAR-POLI und Andreas MEYER-LINDENBERG (2016). Die in Expertensprache verpackte, aber eigentlich resignative Haltung dieser zwei Wissenschaftler, die beide neurobiologisch forschen, ist kaum zu überhören: »Vielleicht ist die Zeit gekommen, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass die Hirnstruktur, die sicherlich bei der Mehrheit der Patienten mit einer Psychose verändert sein mag, nie für sich allein ein nützlicher Biomarker für Psychosen sein wird ...« (ebd., S. 220, eigene Übersetzung).

Die Autoren geben also zu, dass die Gehirnstruktur von Menschen mit einer der einschneidendsten psychischen Erkrankungen vermutlich keine klaren Auffälligkeiten zeigt, die als »Biomarker«, also objektivierbares diagnostisches Kriterium dienen könnten. Sie schreiben weiter:

»Zusammenfassend legt der vorliegende kritische Review nahe, dass die strukturelle Bildgebung bei der Forschung zu Psychosen (noch) nicht zu der erwünschten klinischen Anwendung beigetragen hat. Verschiedene Gründe für dieses bisher enttäuschende Ergebnis wurden diskutiert.

Bessere nosologische [Krankheits-]Kriterien, Studien zu Biomarkern mit höheren methodischen Standards und Biomarker mit zusätzlichen Informationen, wie funktionellen und klinischen Daten, könnten möglicherweise dieses Problem beheben. Bis dahin aber, in Abwesenheit solcher

struktureller Biomarker und nach vier Jahrzehnten von Versprechungen, werden Psychiater weiterhin in ihrer täglichen Praxis mit Patienten sprechen, Beobachtungen nutzen, beschreiben und klassifizieren, Hypothesen formulieren und klinische Entscheidungen treffen« (ebd., S. 220, eigene Übersetzung).

Dieses Statement zeigt die ganze traurige Erfolgsbilanz der biologischen Hirnforschung zur Schizophrenie: Immer noch sprechen Psychiater mit ihren Patienten, testen Hypothesen, haben keinerlei objektivierbare Biomarker für die Erkrankung und tappen genauso im Dunkeln wie vor fünfzig Jahren. Dass bessere »Krankheitseinheiten«, also bessere auf Symptomen basierende Definitionen psychischer Erkrankungen und höhere Standards in der Bildgebung zusammen mit funktionellen und klinischen Daten die Lösung darstellen und irgendwann zu besserer Diagnostik führen, ist sehr unwahrscheinlich – hat doch das Paradigma versagt und nicht etwa die Methode zur Überprüfung des Paradigmas.

Immer mehr Forscher, die Bildgebung bei schweren psychischen Erkrankungen anwenden und ihre Untersuchungen publizieren, müssen zugeben, dass sie zwar gut veröffentlichen können, aber wenig dabei herauskommt, was irgendwie klinisch anwendbar sein könnte. So bleibt vielerorts in den Kliniken und Sprechstunden, Wohnheimen, geschützten Werkstätten und Ambulanzen alles beim Alten.

Wie kam es zu dieser Entwicklung, dass vernünftige klinische und forschende Psychiater und Neurowissenschaftler so sehr darauf bauten, mittels Bildern des Gehirns die Lösung zu psychischen Phänomenen wie Psychosen, Depressionen, Angsterkrankungen und Suchterkrankungen finden zu können? Felix Hasler stellt in seinem Buch *Neuromythologie* diesen »Wish Bias« eindrücklich dar und zeigt, wie Magnetresonanztomografie (MRT), Positronen-Emissions-Tomografie (PET) und Einzelphotonen-Emissions-Computer-Tomografie (SPECT) als Evidenzmaschinen zu Kulturikonen und geheiligten Objekten werden konnten – obwohl hinter vielen Befunden das gleiche Prinzip steckt wie beim Voodoo-Zauber (HASLER 2015).

Insbesondere die Verfügbarkeit eines MRT ist in der somatischen Medizin mittlerweile zu einem Qualitätsmerkmal geworden, da trotz technischer Herausforderungen und Artefakte tatsächlich viele Pathologien im Körper besser diagnostiziert werden können. Man denke an kleine Tumore im Bauch-

und Beckenraum, Brustkarzinome, Herde von Multipler Sklerose im Gehirn oder die Ausdehnung von Schlaganfällen. Dem reißerischen Statement jedoch, man könne mittels »funktionellem« MRT (fMRT) »dem Gehirn beim Arbeiten zusehen«, liegt ein Missverständnis zugrunde, dem viele Psycho-Experten in ihrem Eifer unterliegen. Das funktionelle MRT soll verstärkte neuronale Aktivität abbilden, indem es den durch Aktivierung von Neuronenverbänden erhöhten Sauerstoffverbrauch und den erhöhten Blutfluss erkennt. Das nennt man dann ein BOLD-Signal (»blood-oxygen-level-dependent«). Die bunten Flecken, die BOLD-Signale, sind aber nichts anders als das Ergebnis mathematischer Berechnungen, die anschaulich grafisch dargestellt werden – das Bild ist vollständig künstlich hergestellt.

Da die meisten von uns Augenmenschen sind, tappen wir häufig in die Falle und glauben das, was wir sehen. Was wir auf den fMRT-Bildern aber sehen, ist das Ergebnis von unzähligen technischen Verarbeitungsschritten, Interpretationen und inhärenten *Bewertungen*. Komplexe Zusammenhänge werden auf eine Oberflächenbetrachtung reduziert, und das Ganze basiert auf der einfachen Annahme, dass neuronale Aktivität zu einer Erweiterung der Blutgefäße und zu erhöhtem Sauerstoffverbrauch führt. Dabei kann das Gegenteil der Fall sein: Verstärkte Aktivierung kann auch zu einer Verengung von Blutgefäßen führen (DEVOR u. a. 2008).

Die Faszination der bunten Bilder aus oft zweifelhaften »Experimenten« (Versuchsdesigns mit Kontrollbedingungen, die immer auch eine Konstruktion von »normal« und »pathologisch« sind), war teilweise derart stark, dass einige klinisch tätige Forscher schon davon ausgingen, psychisch Kranke relativ sicher über ein bildgebendes Verfahren identifizieren zu können. Ein Beispiel sind potenziell kriminelle, psychisch auffällige Menschen, die im Jargon als »Psychopathen« bezeichnet wurden. Diese sollen anhand eines Aktivierungsmusters im Gehirn mittels fMRT erkennbar sein. So wurden, basierend auf der ja nicht ganz von der Hand zu weisenden Hypothese, dass bei straffälligen Menschen oft weniger Empathiefähigkeit vorhanden ist als bei nicht straffälligen, in einer US-amerikanischen Studie achtzig Straftätern mittels fMRT »ins Gehirn geschaut«. Ziel war es, Veränderungen im sogenannten »Empathie-Netzwerk« nachzuweisen, was dann auch tatsächlich »gelang« (DECETY u. a. 2013).

Mit einem Test wurden vorab Hinweise auf einen antisozialen Lebensstil abgefragt, etwa eine früh beginnende Straftäterkarriere, verantwortungsloses

Verhalten, Impulsivität und schlechte Verhaltenskontrolle. Dann wurden mit Persönlichkeitstests Schuldgefühle und Empathie, eine besondere Gefühlskälte, aber auch ein übertriebenes Selbstwertgefühl, Lügen und manipulatives Verhalten erfasst. Insbesondere wurde erhoben, ob fehlendes Mitgefühl und die Unfähigkeit, sich in die Lage anderer zu versetzen, vorlag. Hiermit wurde das sogenannte »psychopathische« Potenzial« eingeschätzt. Hochpsychopathische Straftäter wurden nun mit solchen mit niedrigen Werten per fMRT untersucht. Die Probanden mussten dazu im MRT 48 Videos mit Situationen ansehen, in denen Menschen andere absichtlich verletzten. Gezeigt wurden etwa Szenen, in denen jemand die Autotür zuschlug, als ein anderer die Hand auf den Türholm legte. Zur Kontrolle wurden 48 Videos mit harmlosen Situationen gezeigt. Gesichter und Köpfe waren in den Videos nicht zu erkennen.

In einer zweiten Serie bekamen die Probanden dann unterschiedliche Gesichter zu sehen, von denen einige die klassische Reaktion auf Schmerz zeigten. Die Forscher fanden nun auffällige »Aktivitätsmuster« bei Straftätern mit hohen Psychopathiewerten. Wie vermutet, fand man eine reduzierte Aktivität im orbitofrontalen und im ventromedial präfrontalen Kortex (eine Gehirnregion, die mit so etwas wie Kontrolle und Gewissen bzw. mit überlegten Entscheidungsprozessen verbunden wird) – und fühlte sich bestätigt. Interessanterweise fanden sich in der Publikation, bei der die wichtigen Tabellen als digitale »eTables« irgendwo im Netz gespeichert sind, wo sie von kaum einem Leser gesehen, geschweige denn interpretiert werden können, ungefähr vierzig Vergleiche zwischen Psychopathen und Nicht-Psychopathen, die aber alle nicht in der Publikation diskutiert wurden. Hier scheint allein der Zufall die statistisch relevanten Befunde zu garantieren. Mal zeigte die eine, mal die andere Gruppe minimale Gruppenunterschiede, wobei die Varianz innerhalb der Gruppe ein Vielfaches betrug im Vergleich zu den Unterschieden *zwischen* den Gruppen, ein gar nicht so seltenes statistisches Phänomen in vielen Studien.

Mittels statistischer Tests wurden dennoch sogenannte »Signifikanzen« gefunden, die dann spekulativ und meist erwartungskonform interpretiert wurden. Dies bedeutet, dass die »Positivbefunde«, bei denen schon frühere Untersuchungen Hinweise erbracht haben sollen, wo die Empathie im Gehirn angesiedelt ist, in der Publikation diskutiert wurden, während die Negativbefunde, bei denen kein verwertbares Ergebnis auftauchte, gar nicht vorkamen.

Nicht alle Forscherinnen und Forscher neigen aber zu derart vorschnellen Schlussfolgerungen. Würde man Forschende in zwei Gruppen einteilen (solche, die anhand eines neuropsychologischen Tests zu vorschnellen Schlussfolgerungen neigen, sogenannte »jumping-to-conclusions«-Forscher, und solche, die skeptischer sind), würde man möglicherweise im Cingulum oder im präfrontalen Cortex gewisse Gruppenunterschiede finden ... Allerdings ist die Therapierelevanz solcher Befunde gering.

Befunde der Bildgebung bei der Schizophrenie?

Die Schizophrenie ist eine hinsichtlich bildgebender Befunde dankbare Erkrankung, auch wenn es schwieriger ist, Menschen mit einer Psychose unters MRT zu bekommen als jene mit einer Depression. Forschungen mittels Bildgebung haben ergeben, dass Patienten mit einer Schizophrenie im Vergleich mit »gesunden« Personen Folgendes aufweisen:

1. eine Vergrößerung der Hirnwasserräume (Ventrikel),
2. eine Reduktion der grauen Substanz in bestimmten Hirnarealen: frontaler Kortex, dorsolateraler präfrontaler Kortex, superiorer temporaler Gyrus, Insula, anteriorer cingulärer Kortex, Amygdala (Mandelkern), Hippocampus und limbisches System (die Lern- und Motivationszentrale), Thalamus und thalamokortikale Areale (nicht konsistent) (GONG u. a. 2016),
3. Störungen der »Konnektivität«, also der Verbindungen zwischen den Nervenzellen, vor allem zwischen limbischem System, Thalamus und Präfrontalkortex (sogenannte »Dyskonnektivität«, ein elegantes Mittel, um durch eine Wortschöpfung einen Krankheitsprozess zu suggerieren, an dem wieder zwanzig Jahre geforscht werden kann, um festzustellen, dass man nicht weiß, was darunter zu verstehen ist).

Diese Befunde sollen, laut Schlussfolgerung vieler Autoren, mit der These der »Hypofrontalität« und der »abnormen« frontotemporalen Netzwerke bei der Schizophrenie konform sein. Es wurde sogar eine Volumenvermehrung bei der Ersterkrankung gefunden, was wiederum auf Störungen der neuronalen Entwicklung zurückgehen soll. Das sind Defizite in der Neurogenese, also dem Auswachsen der Fortsätze der Nervenzellen und der Zellneubildung, wie auch immer diese aussehen mögen. Letztlich soll ein »komplexer pathophysiologi-

scher Prozess« vorliegen, der Entzündungsvorgänge mit Schwellungen etc. beinhaltet, die dann die Anatomie und Funktion des Gehirns negativ beeinflussen.

Angesichts der fehlenden Anwendbarkeit der Befunde der Bildgebung bei Störungen wie der (schizophrenen) Psychose sind Neurobiologen immer häufiger darum bemüht, zu betonen, wie sehr diese Befunde zur Erhellung »pathophysiologischer Mechanismen« bei der jeweiligen Erkrankung beigetragen haben.

Neuroimaging-Studien bei Menschen mit einem hohen Risiko des Übergangs in eine Psychose illustrieren dies: Es wurden offensichtlich Veränderungen im Frontalkortex, im Parietalkortex, im Temporalkortex und im Kleinhirn bei solchen Menschen festgestellt, die später eine Psychose entwickelten (SUN u. a. 2009). Diese »Konverter« sollen im Unterschied zu den »Nicht-Konverttern« über eine reduzierte Gehirnmasse (graue Substanz, also Nervenzellen) temporal, frontal und in der sogenannten Inselregion verfügen.

Schaut man diese Ergebnisse aber genauer an, so zeigt sich, dass die Unterschiede sehr gering waren und oft auch nicht repliziert werden konnten (BOIS u. a. 2015). Catharine Bois und Kollegen schreiben:

»Wir fanden in keiner der untersuchten Regionen signifikante Unterschiede zwischen Kontrollgruppen und solchen Personen, die ein hohes Risiko hatten, oder zwischen denjenigen mit hohem Risiko, die eine Schizophrenie entwickelten, und solchen, denen es gut ging«
(ebd., Seite 45, eigene Übersetzung).

Dass die Befunde aber negativ waren, wird nicht einfach hingenommen, sondern damit erklärt, dass die Schädigung bei der Schizophrenie früh, »sehr früh«, eingetreten sein müsse. Warum gab es aber keine Unterschiede zwischen denjenigen Hochrisikopatienten, die später gesund blieben, und jenen, die krank wurden? Warum sah das Gehirn von gesunden Kontrollpersonen und den Hochrisikogruppen genau gleich aus? Den Autorinnen und Autoren, die dies nicht akzeptieren konnten, blieb nur der Weg, auf methodische Probleme (»possible methodological reasons for these apparent discrepancies«) zu verweisen.