

## **FÜR EINE SANFTERE PSYCHIATRIE – ZUM MENSCHEN- UND KRANKHEITSVERSTÄNDNIS DER AFFEKTLOGIK**

von Luc Ciompi, vormaliger Direktor der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern, Schweiz

### **Zusammenfassung**

**Auf der Grundlage des vom Autor entwickelten, vermehrt emotionszentrierten Krankheits- und Menschenverständnisses der Affektlogik werden Wege zu einer "sanfteren Psychiatrie" als bisher üblich aufgezeigt. Zunächst werden einige Grundthesen der Affektlogik zusammengefasst und mehrere schwere Krankheitsbilder aus dieser Perspektive analysiert. Als Beispiel für eine sanftere Psychiatrie wird anschliessend über 18 Jahre laufende Erfahrungen mit dem Pilotprojekt "Soteria Bern" zur vorwiegend milieu- und psychotherapeutischen Behandlung von akut Schizophrenen berichtet. Auch in gewöhnlichen, für Patienten aller diagnostischen Gruppen bestimmten psychiatrischen Krankenhausabteilungen, die durch Einführung von sog. "Soteria-Elementen" teilmgestaltet wurden, konnte eine viel gewaltärmere therapeutische Atmosphäre geschaffen werden. Insgesamt zeigt sich, dass eine sanftere Psychiatrie ohne grössere Kosten realisierbar ist, wenn Wechselwirkungen zwischen Fühlen, Denken und Verhalten besser verstanden und beachtet werden. Das Modell der Affektlogik liefert hierfür eine praxiserprobte theoretische Grundlage.**

### **Summary**

**Toward a "Softer" Psychiatry – on the base of the concept of Affect LogicIllness**  
**On the base of the more emotion-centered understanding of normal and psychopathological phenomena developed by the author in the framework of his concept of "affect logic", new ways toward a "softer" psychiatry than usual are shown. In a first section, some basic theses of the model of affect-logic are summarized, and several severe psychiatric illnesses are analysed from this perspective. As an example of a "softer psychiatry" over 18 years experiences with the pilot project "Soteria Bern" – a predominantly milieutherapeutic and psychotherapeutic treatment for acute schizophrenic patients - are then reported. In normal**

psychiatric hospital wards with all diagnostic types of patients, too, a much less violent therapeutic atmosphere was created through the introduction of specific elements of the Soteria- approach. In summary, it is shown that by better understanding and observing ongoing interactions between feeling, thinking and behavior, a softer psychiatry can be realized without greater costs. For this, the model of affect logic provides a practically validated theoretic basis. of

Psychiatrie wird von Laien wie Professionellen immer wieder mit Gewalt in Verbindung gebracht. - leider nicht ganz zu Unrecht, jedenfalls was die sog. „schwere“ oder institutionelle Psychiatrie anbetrifft, mit der wir uns hier in erster Linie befassen wollen. Dass das Thema "Gewalt in der Psychiatrie" noch immer, und vielleicht sogar wieder mehr denn je aktuell ist, hat komplexe Ursachen, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Vermerkt sei bloss, dass Gewalt in der Psychiatrie in unterschiedlichsten Formen in Erscheinung tritt, von der offenen Gewalttätigkeit aggressiver Patienten, die die Atmosphäre ganzer Abteilungen verstören, über institutionelle Gegengewalt bis zu subtilen, aber nicht minder destruktiven Weisen der seelischen Vergewaltigung, wie sie zum Teil auch in der Psychiatrie selbst begründet sein können – so zum Beispiel in einer zu grossen, rigiden, kasernen- oder gar gefängnisartigen institutionellen Umgebung, in einem spannungsschaffenden statt spannungslösenden Umgang mit den Kranken, im Zeit- und Personalmangel, oder auch in einem einseitig mechanistischen, biologistischen oder sonst wie reduktionistischen Krankheits- und Menschenverständnis, das die persönliche Geschichte des Kranken und seine besondere Lebenssituation vernachlässigt.

Gerade in solcher Kritik aber liegt, so schmerzlich sie zunächst auch sein mag, ein Verbesserungspotential verborgen, das, wenn richtig genutzt, zu einer gewaltärmeren und ganzheitlicheren - kurz: zu einer "sanfteren Psychiatrie" hinführen vermag. Ein realisierbarer Weg dorthin – der "Königsweg", meine ich – führt über eine vermehrte Beachtung von Gefühlen, oder genauer: von Wechselwirkungen zwischen Fühlen, Denken und Verhalten, wie sie nicht nur in allen psychischen Störungen, sondern auch im gewöhnlichen Leben und Erleben allgegenwärtig sind.

Um dies näher zu erläutern, stütze ich mich auf das Konzept der Affektlogik, einer Theorie über das Zusammenwirken von Emotion, Kognition und Aktion, die ich auf der Grundlage von klinischer Erfahrung und fremder wie eigener Forschung seit über 20 Jahren systematisch entwickelt habe. Zunächst vor allem auf das Problem der Schizophrenie und deren Behandlung ausgerichtet, hat sich die Affektlogik mit der Zeit zu einer allgemeinen Theorie ausgeweitet, die neben rein psychiatrischen Fragen auch für viele weitere psychosoziale Bereiche relevant ist. Die zentrale These, die ich vertrete, besagt, dass Gefühle, Emotionen, Affekte – wir werden auf definitorische Fragen zurückkommen – mit allem Denken und Verhalten untrennbar verbunden sind und dieses dabei viel tiefer beeinflussen, als uns gemeinhin bewusst ist. Unter dem Einfluss der modernen neurobiologischen Grundlagenforschung beginnt sich diese Erkenntnis, die lange Zeit nur von

wenigen Pionieren akzeptiert und auch berücksichtigt wurde, in den letzten Jahren mehr und mehr auch in der grossen Wissenschaft, und darüber hinaus im grossen Publikum, durchzusetzen.

Mein Beitrag gliedert sich in drei Teile:

Zunächst fasse ich einige für die vorliegende Problematik wichtige Konzepte der Affektlogik zusammen.

Im zweiten Teil diskutiere ich einige ihrer psychopathologischen Implikationen

Abschliessend gehe ich auf die Frage ein, wie die gewonnenen Einsichten in eine „sanftere“ psychiatrische Praxis umgesetzt werden können.

Vorauszuschicken ist, dass der komplexe Ansatz der Affektlogik hier nur ganz summarisch skizziert werden kann. Ich greife einige Aspekte heraus, die für die vorliegende Problematik besonders bedeutsam sind. Für alle Einzelheiten muss ich auf andere Veröffentlichungen verweisen - für die klinischen und theoretischen Grundlagen der Affektlogik vor allem auf die Bücher "Affektlogik" [1] und "Die emotionalen Grundlagen des Denkens" [2] und weitere Schriften [3, 4], und für deren Anwendung auf die Behandlung akuter Psychosen auf das Buch "Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch beleuchtet" [5, 6]

### **Grundthesen der Affektlogik**

Der Begriff des Affekts wird in der Affektlogik als Oberbegriff über eine Reihe von breit überlappenden emotionsartigen Phänomenen wie Gefühl, Emotion, Stimmung u.a.m. verstanden. Affekte in diesem Sinn sind globale psychophysische Befindlichkeiten oder Gestimmtheiten von variabler Dauer und Bewusstseinsnähe, die den ganzen Organismus – also sowohl Körper wie Geist und Gehirn - umfassend "affizieren".

Der gewählte Affektbegriff ist zum vornherein eminent psychosomatisch. Hervorzuheben ist ferner, dass selbst Entspannung, "Gelassenheit" oder "Neutralität", so gesehen, noch typisch affektiven Befindlichkeiten gleichkommen. Mit anderen Worten: man kann gar nicht affektfrei sein, denn irgendwie gestimmt ist man schliesslich immer. Und jede solche Stimmung hat, wie noch genauer gezeigt werden soll, tiefgehende Auswirkungen auf das gesamte Denken und Verhalten.

Des weitern können Affekte im gemeinten Sinn vorwiegend bewusst oder auch unbewusst sein. Auch mögen sie bald bloss wenige Sekunden (z.B. im Jähzorn, in einer jähen Freude), bald aber

auch ganze Stunden oder Tage, ja in gewissen pathologischen Zuständen wie in depressiven oder manischen Verstimmungen sogar wochen- oder monatelang andauern.

Bedeutsam ist ferner, dass alle sog. Grundgefühle – dazu gehören nach der Literatur namentlich Neugier/Interesse/Stimulushunger, Angst, Wut, Freude/Lust/Entspannung und Trauer -gerichteten Energien gleichkommen. Jedes solche Energieverteilungsmuster ist mit spezifischen Verhaltensweisen wie Umgebungsexploration, Kampf oder Flucht, Revierverteidigung, Nahrungssuche, Sexualität, Brutpflege, soziale Bindung und Kollaboration bzw. Lösung von dysfunktional gewordenen Bindungen gekoppelt, die sich im Lauf der Evolution als überlebenswichtig herausgebildet haben. Die unabsehbare Zahl von feineren Gefühlsschattierungen dagegen wird allgemein entweder als Mischung und/oder als kulturelle Abwandlung von Grundaffekten aufgefasst. Weit davon entfernt, nichts als im Grunde überflüssige und jedenfalls aus allem "reinen Denken" möglichst vollständig zu verbannende "irrationale Begleiterscheinungen" darzustellen, sind somit Gefühle, Affekte, Emotionen aus dieser Sicht lebenswichtige Energiequellen, die alles Denken und Verhalten aktivieren und zugleich, wie sogleich präzisiert werden soll, organisieren und integrieren.

In sämtlichen psychischen Leistungen sind, so postuliert die Affektlogik weiter, Emotion und Kognition über zirkuläre Wechselwirkungen funktionell untrennbar miteinander verbunden. Einerseits werden – wie auch die moderne Hirnforschung zeigt [7] - sämtliche kognitiven Gestalten, von einfachen Wahrnehmungen bis zu den kompliziertsten Denkmustern und Theorien, aufgrund der Erfahrung mit bestimmten affektiven Wertungen (harmlos/gefährlich, gut/schlecht, vertrauenswürdig / misstrauenswürdig, interessant / uninteressant etc) versehen. Andererseits aber beeinflusst die gerade herrschende Affektstimmung im Verein mit diesen Wertungen auch fortwährend sämtliche kognitiven Leistungen, und zwar auf viel tiefere und vielfältigere Weise als bisher allgemein angenommen.

In der Affektlogik werden diese Einflüsse als sog. Operatorwirkungen auf Denken und Verhalten beschrieben (ein Operator ist eine Variable, die eine andere Variable beeinflusst und verändert): Affekte sind demnach nicht nur die wesentlichen Motoren (und manchmal, z.B. in der Depression, auch Bremser) allen Denkens und Verhaltens. Sie beeinflussen darüber hinaus ständig ebenfalls den Fokus der Aufmerksamkeit und bestimmen damit gleichzeitig die ganze Denkhierarchie. Des weiteren organisieren sie in erheblichem Masse alle Gedächtnisleistungen (sog. zustandsabhängiges

Speichern und Erinnern) und entscheiden auch weitgehend darüber, welche kognitiven Elemente in der Folge zu grösseren "Gedankengebäuden" - d.h. zu einer Logik im weiten Sinn - zusammengebaut werden: Kognitive Elemente, deren affektive Färbung der aktuellen emotionalen Gestimmtheit ähnlich ist, werden bevorzugt erinnert und miteinander kombiniert, affektiv unähnliche dagegen bevorzugt vernachlässigt oder verdrängt. Das Resultat ist, wie man das nennen kann, eine typische "Angstlogik", "Wutlogik", "Hasslogik", "Liebeslogik", "Trauerlogik" etc., die zwar (auch) affektselektioniert ist, im übrigen aber den Gesetzen der formalen Logik nicht zu widersprechen braucht. Gute Beispiele hierfür sind die "schneidend logischen"

Argumentationsketten, die sich die Konfliktparteien in einem Ehezwist oder in einem Rechtshandel an den Kopf zu werfen pflegen, oder im Grossen die ganz unterschiedlichen Denkweisen, die eine "Logik des Kriegs" oder "Logik des Friedens" charakterisieren.

Durchaus Analoges gilt aber ebenfalls, wie die genaue Analyse zeigt, für die sog. Alltagslogik, d.h. für das scheinbar affektarme oder affektfreie Alltagsdenken. Alle (Grund-) Affekte sind in abgeschwächter Form auch im Alltagsdenken und -verhalten enthalten. Nur sind die hier wirksamen Affektoperatoren durch Gewöhnung weitgehend automatisiert, d.h. unbewusst geworden. Zum Alltag wird alles, was sich häufig wiederholt. Anfänglich intensive Gefühle wie Angst oder Lust, die beispielsweise neue Erfindungen und Entdeckungen begleiten, verflachen in der Alltagslogik immer mehr zu unbewussten Automatismen. So sind wir zum Beispiel nur deshalb imstande, uns gefahrlos zu Fuss oder im Auto im Verkehr zu bewegen, weil die ursprünglich intensiven Ängste und Freuden, die im Lernstadium alle solchen Aktivitäten kennzeichnen, auch später unser Denken und Verhalten - z.B. in Form von automatischer Vorsicht in gefährlichen Kurven und automatischer Entspannung auf gefahrlosen Geradestrecken - weiterhin nicht nur begleiten, sondern auch richtiggehend leiten. Analog sind in sämtlichen scheinbaren Selbstverständlichkeiten des Alltags – besonders gut erkennbar in allen sog. "Vorurteilen" - untergründige Affektoperatoren ständig am Werk.

Was "selbstverständlich" oder "ungewöhnlich" ist, ist in hohem Mass nicht nur persönlichkeits-, sondern auch zeit- und kulturabhängig. Jede Alltagslogik entwickelt sich insofern entlang von spezifischen, historisch gewachsenen Fühl-, Denk- und Verhaltensgewohnheiten; gewissermassen entlang von spezifischen affektiv-kognitiven "Leitplanken" oder "Schiene". Dasselbe gilt ebenfalls für alle psychopathologischen Erscheinungen. Jedes psychopathologische Bild stellt eine über spezifische Fühl-Denkschiene entstandene "affektiv-kognitive Eigenwelt" oder Weltsicht dar, bei deren Entstehung die beschriebenen Affektwirkungen eine zentrale Rolle spielen. U. a. tragen sie

dazu bei, dass – um mit Maturana / Varela [8] , Luhmann [9] und anderen systemtheoretisch orientierten Autoren zu reden – jede solche Eigenwelt ein sog. autopoetisches System darstellt, das dazu tendiert, sich über eine Vielzahl von selbstorganisatorischen Mechanismen ständig selber zu bestätigen und zu befestigen. Mutatis mutandis gilt Gleiches auch auf der kollektiven Ebene so namentlich für alle möglichen sektiererischen, fundamentalistisch-extremistischen religiösen oder politischen Bewegungen.

Psychopathologisch von Belang ist ausserdem, dass die affektenergetische Betrachtungsweise ein neues Verständnis ermöglicht für plötzliche sog. Bifurkationen, d.h. für nichtlineare Rösselsprünge, wie sie im gesamten psychosozialen Feld immer wieder vorkommen - so z.B. der Umschlag von Liebe in Hass, von Angst in Wut oder umgekehrt, oder kollektiv auch von der genannten "Logik des Friedens" in eine "Logik des Kriegs". Alle solchen Bifurkationen hängen, was für die Praxis von besonderem Interesse ist, von der Wirkung von bestimmten sog. Kontrollparametern ab, d.h. von wichtigen Umgebungsbedingungen, die, wenn sie einen kritischen Wert erreicht haben, jedes dynamische System zum Umschlag in ein neues Funktionsmuster richtiggehend zwingen [10]. Als kritischer Kontrollparameter funktioniert in physikalischen Systemen meist die Zufuhr von Energie (bei kritisch steigender energetischer Spannung beginnt Wasser zu kochen, explodiert ein Drucktopf, usw.). Ganz analog wirkt in psychosozialen Systemen die Zufuhr von emotionaler Energie: Ein zunächst bloss verbaler Konflikt schlägt, wenn die emotionale Spannung ihren "Siedepunkt" erreicht, plötzlich in offener Gewalttätigkeit um, ein prekärer "kalter " wird zum "heissen Krieg", oder – psychopathologisch besonders relevant – eine gewöhnliche Alltagslogik kann bei verletzlichen Menschen plötzlich in eine "psychotische Logik "überschnappen".

Schliesslich ist auf das erhebliche psycho-somatisch und psycho-sozio-biologisch integrative Potential der Affektlogik hinzuweisen. Innerpsychische, körperlich-biologische und soziale Prozesse folgen zwar einerseits ihren je eigenen, nicht 1:1 aufeinander reduzierbaren Gesetzen. Andererseits aber funktionieren psychische, soziale und biologische Systeme auch nicht unabhängig voneinander, sondern sind über bestimmte sog. Brücken- oder Mediatorphänomene untereinander reziprok strukturell gekoppelt [8, 9, 3, 11, 2]. So übertragen sich z.B. individualpsychische Prozesse von einem bestimmten Schwellenwert an u.a. über das Phänomen der emotionalen Ansteckung auf die soziale Ebene. Zu grossen sozialen Energieströmen gebündelte affektive Kräfte können auch im gesamten mikro- wie makrosozialen Feld als entscheidende Motoren, Organisatoren und Integratoren allen Denkens und Verhaltens wirken. Psychische und soziale Prozesse beeinflussen ihrerseits die neurobiologischen Vorgänge, so etwa über stressbedingte Veränderungen des

Immunsystems oder über das Phänomen der neuronalen Plastizität (die Tatsache, dass psychosoziale Einflüsse die Feinstruktur der neuronalen Assoziationssysteme dauerhaft zu verändern vermögen). Dies wiederum beeinflusst die innerpsychische und soziale Dynamik. Solche Brückenphänomene tragen dazu bei, dass die beschriebenen Operatorwirkungen von Affekten auf Denken und Verhalten auf der psychischen, sozialen und aller Wahrscheinlichkeit nach auch neurobiologischen Ebenen prinzipiell ähnlich (sog. selbstähnlich) strukturiert sind, d.h., chaostheoretisch formuliert, eine sog. selbstähnliche oder fraktale Struktur aufweisen.

### **Zur Phänomenologie von psychischen Störungen im Licht der Affektlogik**

Praktisch alle genannten affektiv-kognitiven Wechselwirkungen treten auch im Bereich der "schweren Psychiatrie" - dort sogar oft mit ganz besonderer Deutlichkeit - in Erscheinung. Speziell in den zwei grossen affektiven Psychosen, d.h. der ***Depression und der Manie***, auf die wir uns zusammen mit der Schizophrenie hier in erster Linie konzentrieren wollen, sind massive Operatorwirkungen von dominierenden emotionalen Gestimmtheiten auf Denken und Verhalten offensichtlich: Bekanntlich erscheint den Kranken die ganze Welt, die eigene Person und ihre gesamte Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in einem völlig gegensätzlichen Licht, je nachdem ob euphorisch exaltierte oder traurig gedrückte Gefühle vorherrschen: durchgehend verdüstert und entwertet in letzteren, ebenso durchgehend überhöht und verklärt in ersteren Zuständen. Auch formal und somatisch-neurovegetativ sind die beiden Krankheitsbilder völlig gegensätzlich: Psychomotorische Hemmung, Verlangsamung und Einengung von Denken wie Sprechen und Handeln sowie Appetitlosigkeit, körperlicher Hypotonie und Hinfälligkeit beherrschen in der Depression das Bild, während allgemeine Beschleunigung und Antriebserhöhung, Hyperaktivität, pathologisch ausufernder Redefluss und übertriebenes körperliches Hochgefühl das typische Bild der Manie charakterisieren.

Allgemein wird angenommen, dass die Affektstörung in den "affektiven Psychosen" das Primäre sei, d.h. dass die inhaltlichen wie formalen Veränderungen von Denken und Verhalten durch die gestörte Affektlage bedingt sind, und nicht etwa umgekehrt. Hervorzuheben ist ausserdem, dass die Störungen des Fühlens und Denkens in den beiden Psychosen - ganz im Gegensatz, wie wir noch sehen werden, zur Schizophrenie - von einer bemerkenswerten Konstanz und Einseitigkeit sind: Nicht selten halten manische oder depressive Verzerrungen des Fühlens, Denkens und Verhaltens ohne wesentliche qualitative oder inhaltliche Schwankungen über Wochen bis Monate gleichsinnig an.

Gerade diese rigide Einseitigkeit der Emotions-Kognitionsdynamik in Manie und Melancholie erscheint aus der Perspektive der Affektlogik als das phänomenologisch Gemeinsame und Besondere der sonst so gegensätzlichen Störungsbilder: Sowohl in der Manie wie in der Melancholie oder Depression bestimmt ein einseitig dominierender Affekt eine Zeit lang alles Denken und Verhalten. Oder anders formuliert: die Bindungen von bestimmten Affekten an bestimmte Kognitionen haben - aus welchen Gründen auch immer - ihre normale Flexibilität und Anpassungsfähigkeit in der Manie und Depression verloren. Ursächlich eine Hauptrolle scheinen dabei genetisch-konstitutionelle Faktoren zu spielen. Gewichtige Indizien sprechen aber auch dafür, dass in manchen Fällen ebenfalls schwere frühkindliche Traumata, insbesondere längere Trennungen von der wichtigsten Bezugsperson (in der Regel die Mutter) eine prägende pathogenetische Rolle spielen könnten.

Ganz andere Erscheinungsbilder, und vor allem auch eine wesentlich andere Affekt-Kognitionsdynamik charakterisiert dagegen, wie bereits angedeutet, die dritte grosse Psychose, *die Schizophrenie*. Nach gängiger Meinung spielen Gefühle zwar hier keinerlei primäre, sondern höchstens eine sekundäre Rolle. Dies muss indes aus affektlogischer Sicht aus vielerlei Gründen hinterfragt werden. Schon die gewöhnliche klinische Beobachtung zeigt nämlich, dass zumindest in den akuten Anfangsstadien der schizophrenen Psychose affektive Störungen mindestens ebenso wichtig sind wie Störungen des Denkens und Verhaltens. Bald sind es psychotische Ängste von manchmal ungeheurem Ausmass, bald wieder glückhaft-ekstatische, depressive oder aggressive Gefühle, die ganz im Vordergrund stehen und dabei – durchaus im Sinn der affektlogischen Thesen - alles Denken und Handeln bestimmen.

Auch im weiteren Verlauf der Psychose spricht manches für die Vermutung, dass entgegen dem gängigen Dogma die Affekte in der Schizophrenie eine möglicherweise zentrale Rolle spielen. Nach allem, was wir mittlerweile über die Operatorwirkungen von Affekten wissen, könnten Affekte sogar auch hier das Primäre, Denk- und Verhaltensstörungen dagegen das Sekundäre sein. Dies legt u.a. die Tatsache nahe, dass sowohl in der akuten wie chronischen Schizophrenie die affektiven und kognitiven Veränderungen in aller Regel parallel laufen: Genau so hochgradig sprunghaft wie die Denkinhalte und das ganze Verhalten sind in der akuten Phase die affektiven Stimmungen, und die Ausschläge beider gehen im allgemeinen durchaus in die gleiche Richtung (in der Tat entsprechen die Inhalte von Wahn, Halluzinationen und anderen typisch kognitiven Veränderungen - ganz gleich

wie das Verhalten - in aller Regel der gerade vorherrschenden Gefühlslage: Psychotische Ängste gehen z.B. mit wahnhaften Verfolgungsideen einher, ekstatische Glücksgefühle mit Grössenideen, aggressive Gefühle mit entsprechenden Gedanken oder Handlungen). Selbst die sogenannten Parathymien – das offenbare Auseinanderklaffen von Affekt und kognitivem Inhalt – erweisen sich bei genauer Analyse nicht selten als affektkongruent: Ein befremdliches Lachen z.B. bei der Mitteilung eines Todesfalls in der Familie kann z.B. mit zwar "unpassenden" aber nicht unverständlichen geheimen Nebengedanken wie etwa der Idee zusammenhängen, dass der Tod einer nahestehenden Person gewissen Erben Freude bereiten wird. Zu diesen Gedanken aber ist der gezeigte Affekt durchaus passend.

In späteren Stadien der Schizophrenie kann sich das typisch affekt- wie kognitionslabile Anfangsbild in verschiedenster Weise wandeln: Es mag sich in einem umfassenden Wahnsystem stabilisieren, es mögen dauerhafte hebephrene oder katatone Bilder entstehen, oder es mag - was besonders häufig der Fall ist - eine chronische sog. Negativsymptomatik (allgemeine Apathie und Abulie, Resignation, Subdepressivität, Rückzug, allgemeine affektive und kognitive Einengung, sozialer Rückzug) das klinische Bild beherrschen. Auch hier aber entsprechen die inhaltlichen und formalen Störungen des Denkens und Verhaltens durchaus der veränderten Affektlage: Genau gleich eintönig und einseitig eingengt wie die Affektivität ist ja ebenfalls das gesamte Denken und Verhalten.

Immer wieder wird allerdings behauptet, dass die Gefühle von chronisch Schizophrenen erloschen oder doch weitgehend "verflacht" seien. Doch jeder Kliniker und vor allem jede Pflegerin, jeder Pfleger, der seine Patienten über längere Zeit persönlich kennt, weiss sehr gut, dass gerade auch scheinbar völlig "verflachte" chronisch Schizophrene höchst empfindlich auf gewisse emotionale Belastungen zu reagieren pflegen, so insbesondere auf Veränderungen ihrer gewohnten Situation, die sie mit allen Zeichen von heftigster Angst oder Wut, mit allgemeiner Spannung und Erregung, und manchmal auch mit plötzlichen aggressiver Ausbrüchen beantworten können. Auch zu vermehrten Halluzinationen und Wahnbildungen, wenn nicht überhaupt zu einem vollen Rückfall in die affektintensive akute - Anfangssymptomatik kommt es bei solchen emotionalen Belastungen nicht selten.

Eigene wie fremde Langzeituntersuchungen haben solche zunächst vorwiegend klinischen Eindrücke immer wieder bestätigt [12, 13, 14, 15, 16]. In methodisch ausgezeichneten Untersuchungen haben Leff und Vaugh [17] , Kavanagh [18] und andere Autoren ausserdem nachweisen können, dass eine erhöhte Rückfallgefahr statistisch immer wieder mit der kritischen

Häufung von emotionalen Belastungen aus der relevanten familiären oder sonstigen Umwelt der Patienten im Sinn der sog. "Expressed Emotions" einhergeht. Wo bleibt angesichts solcher Zusammenhänge also die angebliche "emotionale Verflachung"? Viel eher sprechen alle diese Befunde für eine hinter der Negativsymptomatik untergründig weiterbestehende hochgradige emotionale Empfindlichkeit bzw. Vulnerabilität und Instabilität, gegen welche die scheinbare Gleichgültigkeit und Apathie nichts anderes als einen zwar dicken, aber unter bestimmten Umständen durchbrechbaren Abwehrpanzer darstellen. Diese psycho- und soziodynamische Interpretation spricht keineswegs dagegen, dass ein solcher Abwehrpanzer gleichzeitige neurobiologische Entsprechungen haben kann. Vielmehr impliziert gerade auch die affektlogische Auffassung parallele Erscheinungen auf der biologischen und psychologischen Ebene, womit aber noch nichts über die Richtung von eventuellen Kausalbeziehungen präjudiziert ist.

Praktisch wie theoretisch gleichermaßen von Interesse ist ferner, dass nach der Expressed Emotion - Forschung der Grad der emotionalen Spannung in und um den Patienten herum beim kritischen Umschlag vom Normaldenken und -verhalten zur Psychose, wie schon angedeutet, als wesentlicher Kontrollparameter im oben erklärten Sinn funktioniert. Dies konnte mittels des sog. Camberwell - Interviews sogar recht gut quantifiziert werden. Auf die therapeutischen Konsequenzen dieser Erkenntnis werde ich weiter unten eingehen.

Ganz ähnlich impliziert ebenfalls die heute allgemein anerkannte und auch in unserem eigenen Krankheitsverständnis zentrale Vulnerabilitätshypothese [19, 20, 1, 2, 21] eine recht andere als die vorherrschende Auffassung zum Stellenwert der Affektivität in der Schizophrenie. "Verletzlich" heisst in erster Linie "emotional empfindlich". Auch aus dieser Sicht sind Schizophrene bis in die chronischen Langzeitstadien hinein in erster Linie besonders "dünnhäutige" d.h. emotional übersensible Menschen, welche dazu neigen, auf gewisse emotionale Belastungen entweder mit einem dicken emotionalen Abwehrpanzer, oder aber, wenn dieser durchbrochen wird, mit dem Wiederaufflammen von psychotischen Ängsten und andern emotionalen Auffälligkeiten zu reagieren.

Alles in allem spielen also Affekte aus Sicht der Affektlogik auch in der scheinbar "nicht affektiven" schizophrenen Psychose als Organisatoren des Denkens und Verhaltens eine zentrale Rolle. Ebenfalls die Schizophrenie könnte demnach als eine Art von "affektiver Psychose" verstanden werden, die in mehrerer Hinsicht allerdings von anderer Natur wäre als die Depression oder Manie [2, 21, 22]. Denn die affektiv-kognitiven Bindungen erscheinen ja bei Schizophrenen

primär keineswegs primär als zu rigide, sondern im Gegenteil als viel zu labil. Gerade in dieser Labilität der Affekt - Kognitionsbindungen könnte somit der sowohl phänomenologisch wie auch pathogenetisch wesentliche Unterschied zwischen der Schizophrenie auf der einen und der manischen oder depressiven Psychose auf der anderen Seite bestehen. Nicht nur die beschriebene besondere Verletzlichkeit und Stressempfindlichkeit von Schizophreniegefährdeten, sondern ebenfalls die Unstabilität ihres ganzen Ich- und Weltbildes könnte als Folge dieser ausgesprochenen "Lockerung der Assoziationen", wie seinerzeit schon E. Bleuler [23] formulierte, verstanden werden. Ganz ähnlich lässt sich auch ihre erhöhte Neigung zur Bildung von alternativen (z.B. wahnhaften) "Weltentwürfen" als logische Folge der strukturellen Instabilität ihres ganzen Fühl-, Denk- und Verhaltenssystems interpretieren. Auch schon für Eugen Bleuler [24] stellte die "Schalkraft der Affekte" den wichtigsten Schlüssel zu aller Psychopathologie überhaupt dar. Wie weit eine solche Grundstörung mehr auf genetisch-biologischen oder auf biographischen Faktoren beruht, wäre im übrigen eine grossenteils noch offene Forschungsfrage. Theoretisch könnten sowohl erb- oder (wie heute z.T. vermutet) in der Embryonalentwicklung bedingte Defekte in den neuronalen Verbindungen zwischen affekt- und kognitionsregulierenden Hirnregionen (z.B. zwischen den Mandelkernen und dem präfrontalen Cortex, [25]) zu der beschriebenen Labilität der Fühl-Denkzuordnungen führen. Das gleiche gilt aber auch für schwere biographische Diskontinuitäten in frühkindlich besonders wichtigen Entwicklungsphasen, für deren pathogenetische Bedeutung namentlich die seinerzeit mit Recht berühmten prospektiven Langzeituntersuchungen über mehrere Jahrzehnte von Mednick et al [26] und Parnas et al. [27] sprechen.

Nur ganz cursorisch können wir unseren Blick auch noch auf psychosenahe Störungen vom Borderline-Typ und einige weitere psychiatrische Affektionen richten. ***Borderlinezustände und verwandte Persönlichkeitsstörungen*** zeichnen sich, affektlogisch gesehen, durch eine Mehrzahl von in sich mehr oder weniger geschlossenen affektiv-kognitiven Eigenwelten aus, zwischen denen das "psychische System" – oder, präziser, der aktionsrelevante Bewusstseinsfokus – unstabil hin und her springt. Abwechselnd können zum Beispiel gänzlich unrealistische Idealgefühle, gefolgt von bodenloser Enttäuschung und Wut alles Denken und Verhalten in ihren Bann ziehen. Noch viel unvereinbarer erscheinen die untereinander kaum noch verbundenen Eigenwelten, die – denken wir etwa an das berühmte literarische Beispiel von Mister Jekyll und Mister Hyde – bei den seltenen *Störungen vom Typus der sog. multiplen Persönlichkeit* auftreten. Hier wie dort könnten es

wiederum kritisch steigende emotionale Spannungen zu sein, die im Sinn eines Kontrollparameters den Umschlag vom einen zum andern Zustand provozieren.

**Neurotische, reaktive (inkl. posttraumatische) Störungen sowie Suchtverhalten** dagegen sind durch umschriebene affektiv-kognitive Abwegigkeiten oder Abhängigkeiten bei im übrigen weitgehend normalen Fühl-, Denk- und Verhaltenswelten charakterisiert. Bei Angst- und Zwangsneurosen z. B. sind bestimmte Orte, Situationen oder andere kognitive Gestalten mit übermässiger Angst, Wut, oder auch mit verdrängten erotischen Impulsen besetzt, die ihrerseits zu den umschriebenen Verzerrungen des Denkens und Verhaltens führen. Auch die Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen kann als Auswirkung von besondern affektiven Besetzungen verstanden werden, welche zur Folge haben, dass alles Fühlen, Denken und Verhalten immer wieder in eine "Logik der Sucht" abgeleitet.

Nicht zuletzt lässt sich von der affektlogischen Interpretation von psychopathologischen Störungsbildern auch ein z.T. neuartiger Einblick in die **"normalen" bzw. "gesunden" Fühl-, Denk- und Verhaltensweisen** gewinnen. Sie zeichnen sich nicht nur durch affektiv-kognitive Eigenwelten bzw. Werthaltungen aus, die weitgehend den jetzt und hier (in dieser Familie, Gruppe, Kultur) gerade gültigen Konventionen entsprechen. Als wesentlich erscheint auch eine durchschnittliche Flexibilität der verhaltensregulierenden affektiv-kognitiven Assoziationen zwischen übergrosser Rigidität (wie in der Depression oder Manie) und übergrosser Labilität (wie in der Schizophrenie und gewissen Borderline - Störungen). Desgleichen ist sicher das Fehlen von abgespaltenen, aber periodisch die Oberhand gewinnenden abnormen Eigenwelten, wie sie etwa bei "multiplen Persönlichkeiten" zu finden sind, ein Zeichen von psychischer Gesundheit. Aufgrund der Erkenntnis, dass Bifurkationen der gesamten Fühl-, Denk- und Verhaltensmuster bei einem kritischen Grad der emotionalen Spannung grundsätzlich bei jedermann auftreten können, lässt sich Gesundheit ferner durch einen mittleren emotionalen Spannungspegel unterhalb dieser kritischen Schwelle charakterisieren. Dies aber impliziert auch ein nicht im Übermass spannungserzeugendes soziales Umfeld, von welchem beim Begriff der "psychischen Gesundheit" somit nicht abstrahiert werden kann. Als weiteres Merkmal von psychischer Gesundheit wäre eine flexible Adaptationsfähigkeit an wechselnde Umweltbedingungen, nicht zuletzt an Krisen aller Art, und sicher auch eine ausreichende Kommunikations- und Empathiefähigkeit zu nennen, die uns erlaubt, Belastungen aller Art mit andern zu teilen und damit leichter zu bewältigen.

Ein Wort noch zu einem möglichen "tieferen Sinn" von psychischer Krankheit, und von sozialer Marginalität überhaupt. Randgruppen von der Art der psychisch Kranken erleben Grenzsituationen,

Grenzzustände des Menschlichen, d. h. sie explorieren und markieren Grenzen des gerade noch Lebbaren, welche den Gesunden drastisch vor Augen führen, wo die Gefahrenzonen beginnen. Zuweilen (z.B. in Form von versteckten Wahrheiten im Wahn) zeigen sie auch alternative Möglichkeiten des Fühlens und Denkens auf, die sich unter veränderten Umständen als wertvoll erweisen könnten. Mit anderen Worten, Randgruppen haben, systemtheoretisch gesehen, die Funktion, das soziale Zentrum im Dienst der Autopoiese (der Selbsterhaltung) der Gesellschaft zu stabilisieren und zugleich mögliche Alternativen für Ausnahmesituationen zu erkunden. Sie bezahlen dafür nicht selten mit dem Leben. Deshalb müsste die Gesellschaft ihnen eigentlich dankbar sein, statt sie zu verachten und verständnislos immer weiter auszugrenzen.

### **Therapeutische Konsequenzen**

Im Zentrum aller Psycho-Therapie im weitesten Sinn, die sich aus der Perspektive der Affektlogik ergibt, steht die affektive Dimension von psychischen Störungen jeder Art, bzw. die gebührende Berücksichtigung der beschriebenen Operatorwirkungen von Affekten auf alles Denken und Verhalten. Denn allgegenwärtige affektive Motoren und Organisatoren lassen sich keineswegs nur bei manifest "affektiven" Psychosen gezielt therapeutisch nutzen, sondern prinzipiell bei allen psychopathologischen Störungen überhaupt.

Ein besonders geeignetes, weil seit über 18 Jahren praktisch bewährtes Beispiel für die Anwendung der Affektlogik, über das ich etwas eingehender berichten möchte, ist das von mir 1984 begründete Pilotprojekt "Soteria Bern", in welchem akut schizophrene Patienten in einem gemeindenahen Setting mit neuartigen, vorwiegend milieu- und psychotherapeutischen Methoden behandelt werden. Allerdings kann auch dieses differenzierte Behandlungsmodell hier nicht im Einzelnen vorgestellt werden. Genauere Informationen findet der interessierte Leser in den eingangs zitierten Schriften und weiteren Publikationen [28, 29, 30, 31, 32, 33]. Bedeutungsvoll ist im vorliegenden Kontext vor allem, dass im Soteria - Milieu tatsächlich eine erheblich "sanftere" Psychosenbehandlung möglich wird als sonst üblich.

Eine zentrale Rolle spielt dabei die Erkenntnis, dass der Grad der emotionalen Spannung rund um einen schizophreniegefährdeten Menschen einen der wichtigsten Kontrollparameter darstellt, die den Umschlag in psychotische Fühl-, Denk- und Verhaltensweisen auslösen. Deshalb ist in der Soteria alles, vom alltäglichen Umgang mit den Kranken bis zu der ganzen Umgebungsgestaltung, systematisch darauf angelegt, primär milieu- und psychotherapeutisch, und erst subsidiär auch mittels eingreifenden Psychopharmaka, emotionale Spannungen abzubauen, bzw. eine nachhaltige Entspannung zu befördern: Anstelle einer grossen, für viele Kranke zum vornherein angst- und

spannungseinflössenden spitalartigen Institution mit undurchsichtigen Abläufen und häufigem Personal- und Umgebungswechsel tritt deshalb ein möglichst normales, kleinräumiges, offenes, Gefühle von Vertrauen und Geborgenheit vermittelndes Behandlungssetting in Form eines mitten in der Gemeinschaft gelegenen freundlichen Hauses mit schönem Garten, das maximal acht Patienten und jeweils mindestens zwei Tag und Nacht anwesenden Betreuern Platz bietet. Hochgradig gespannte oder psychotisch verwirrte Patienten werden in einem besonders angenehmen und beruhigenden Raum, dem sog. "weichen Zimmer", von einer ständig anwesenden Bezugsperson wenn nötig rund um die Uhr betreut bzw. "begleitet", d.h. mit allen verfügbaren natürlichen Mitteln (Gespräch oder ruhiges Schweigen, Spiele oder andere Aktivitäten, Fussmassage, kleine Spaziergänge usw.) so weit wie nur möglich emotional entspannt. Grösster Wert wird – u.a. über ein Bezugspersonensystem - auf den Aufbau von kontinuierlichen, vertrauens- und respektvollen persönlichen Beziehungen zwischen den Betreuern einerseits, und dem Patienten und seinen Angehörigen andererseits gelegt. Auch möglichste Klarheit und Transparenz von Rollen, Kommunikationen und therapeutischen Massnahmen tragen zur angestrebten emotionalen Entspannung bei. Gerade auch ganz alltägliche, aber lebensnotwendige Aktivitäten wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Freizeitgestaltung usw. werden gezielt als Elemente der Behandlung – so z.B. als Mittel zur Wiedergewinnung eines normalen Realitätsbezugs - eingesetzt.

Auch neuroleptische Medikamente werden, anders als in der radikal medikamentenfeindlichen Praxis einer ersten, von Loren Mosher anfangs der Siebzigerjahre in Kalifornien begründeten Soteria - Einrichtung, in "Soteria Bern" durchaus verwendet, allerdings nur in vollem, vorher ausgehandeltem Einvernehmen mit dem Patienten und in vergleichsweise niedrigerer Dosierung: Insgesamt konnten in Soteria Bern mit 3-5 mal geringeren Gesamt - Neuroleptikadosen psychopathologisch und sozial ebenso gute Zweijahresergebnisse wie in einer Kontrollpopulation erzielt werden, die mit gewöhnlichen Methoden behandelt worden waren [28, 29]. Zwischen medikamentösen und milieu- oder psychotherapeutischen Zugängen liessen sich dabei insofern immer wieder interessante Synergien und Komplementaritäten beobachten, als günstigere Umgebungsbedingungen die Psychopharmaka mitsamt ihren unerwünschten Nebenwirkungen deutlich zu reduzieren und vereinzelt sogar zu ersetzen vermochten. (Die wichtige Variable der emotionalen Behandlungsatmosphäre wird, ausser in der EE Forschung, bisher praktisch in keinen Medikamentenuntersuchungen gebührend kontrolliert. Deren Ergebnisse, - und ebenfalls die darauf gegründeten "Konsensusvorschriften" - erscheinen insofern als methodologisch lückenhaft. Solange die emotionale Behandlungsatmosphäre bei der Effizienzuntersuchung von

medikamentöser und anderen Therapieverfahren nicht systematisch mitberücksichtigt wird, stehen auf solchen Grundlagentypen Vorbehalte gegen alternative Behandlungsansätze vom Soteria-Typ v auf schwachen Füßen). Selbst hochgradig aggressive Patienten beruhigten sich im Soteria-Setting häufig innerhalb von Stunden oder Tagen. Auch die Tages- und Gesamtkosten bewegen sich, nachdem nötige konzeptuelle Anpassungen nach einer ersten teureren Versuchsperiode vorgenommen worden waren, auf einem mit anderen regionalen Akutbehandlungsstationen gut vergleichbaren Niveau.

Auch Kranke aus anderen Diagnosengruppen kamen, wiederum entgegen anderslautenden Informationen, in "Soteria Bern" zeitweilig versuchsweise zur Aufnahme. Obwohl auch sie offensichtlich vom besonderen Soteria - Milieu in vieler Weise profitieren konnten, erschien es uns u.a. aus Forschungsgründen alles in allem doch sinnvoller, die wenigen verfügbaren Plätze für diejenigen Patienten zu reservieren, für welche die Institution in erster Linie konzipiert war. Ich bin im übrigen – um ein aktuelles Problem kurz zu streifen – der Meinung, dass gerade bei einer persönlich, familiär und auch volkswirtschaftlich derartig gravierenden Erkrankung wie der Schizophrenie sich Spezialabteilungen, die gezielt auf die Bedürfnisse dieser besonders vulnerablen Kranken eingehen können, mindestens so sehr rechtfertigen wie etwa im Drogen- und Alkoholbereich, bei der Depressionsbehandlung oder, im somatischen Feld, bei der Intensivbehandlung von Herzinfarkten, Unfällen und anderen Sonderaffektionen.

In verwandtem Zusammenhang ist ferner das viel diskutierte Selektionsproblem zu erwähnen. Gewiss ist einzuräumen, dass gerichtliche Zwangshospitalisationen im offenen Setting von "Soteria Bern" nicht möglich waren, und auch dass gewisse Patienten in den ersten 10 Tagen wegen dort nicht mehr verkraftbarer Selbst- oder Fremdgefährdung in eine konventionelle psychiatrische Klinik versetzt werden mussten. Für insgesamt rund 15% aller akut Psychosekranken erwies sich somit ein kleines offenes Setting vom Soteria-Typ nicht als der geeignete Behandlungsort. Das heisst zugleich aber auch, dass ein Grossteil aller Schizophrenen mit den sanfteren Soteria - Methoden erfolgreich behandelt werden können. Die notwendige Voraussetzung ist nur, dass Soteria - artige Kleininstitutionen (wie in Bern der Fall) in ein Netzwerk von regionalen stationären und sozialpsychiatrischen Einrichtungen eingebunden sind. Solche sind in vielen Fällen übrigens auch für die Nachbehandlung und sozio - professionelle Rehabilitation unabdingbar. Umso mehr ist angesichts der erwähnten Beschränkungen hervorzuheben, dass anderswo in den USA, in Schweden und Mitteleuropa auch Versuche erfolgreich verliefen, diagnostisch

durchmischte Patientengruppen mit Soteriaartigen - Methoden zu behandeln - so in Deutschland z.B. eine Zeit lang in Gütersloh, in Giessen und seit einigen Jahren auch in Zwiefalten, wo bestimmte "Soteria - Elemente" (freundliche Umgebungsgestaltung mit Empfangsdesk und gemütlicher Wohnküche, Bezugspersonensystem, viel persönlicherer und respektvollerer Umgang mit den Patienten, mit Fixationen und anderen Zwangsmassnahmen, u.a.m.) ohne vermehrten personellen Aufwand in ganz gewöhnliche Krankenhausabteilungen eingeführt wurden. Eines der spektakulärsten Ergebnisse dieser Versuche war in Gütersloh, nebst einer ausgeprägten Veränderung und Entspannung der ganzen Abteilungsatmosphäre, eine drastische Verminderung der nötigen Zwangsmassnahmen wie Fixationen, Zwangsspritzen usw. [34, 33, 5].

Eine "sanftere Psychiatrie" vom Soteria - Typ ist nach diesen allerdings bisher erst vereinzelt Erfahrungen also auch im gewöhnlichen psychiatrischen Krankenhaus mit völlig unausgelesenen Patientengruppen realisierbar. Wichtigste Voraussetzung dafür ist nach den bisherigen Erfahrungen allerdings, dass nicht nur das Pflegepersonal und das mittlere Kader, sondern vor allem auch die ärztliche und administrative Leitung eine solche Umorientierung vorbehaltlos unterstützt. Genau zum gleichen Schluss kam eine methodisch aufwendige Untersuchung von Shepherd et al [35] in England, in welcher sich die Einstellung des verantwortlichen Leiters unter vielen weiteren Variablen als der wichtigste Einzelfaktor erwies, der die Qualität der Behandlung bestimmte.

### **Zusammenfassende Schlussfolgerungen**

Insgesamt zeigt sich, dass eine sanftere Psychiatrie sowohl im Rahmen von neuartigen, in ein Netz von gemeindenahen Übergangseinrichtungen eingebundenen Kleininstitutionen vom Soteria - Typus wie auch von traditionellen psychiatrischen Krankenhausabteilungen realisierbar ist, die durch Einführung von sog. Soteria-Elementen mit relativ geringem Aufwand teilumgestaltet werden. Dem Stellenwert von Gefühlen und ihren Wechselwirkungen mit Denken und Verhalten kommt dabei zentrale Bedeutung zu.

Das Konzept der Affektlogik liefert hierfür eine praxiserprobte theoretische Grundlage. Emotionale Operatorwirkungen beeinflussen demnach nicht nur das normale Denken und Verhalten in viel höherem Ausmass, als allgemein angenommen. Auch und gerade in psychiatrischen Störungen aller Art (und keineswegs bloss in den sog. "affektiven Störungen") sind einerseits pathogene, andererseits aber auch salutogene (gesundmachende) affektive Einflüsse allgegenwärtig. Allein schon durch eine gezielte Verkleinerung, Normalisierung und Personalisierung des Behandlungsmilieus lässt sich eine emotionale Entspannung erreichen, die nicht nur bei den

verletzlichen Schizophrenen, sondern auch bei Patienten anderer Diagnosegruppen positive therapeutische Wirkungen entfaltet. Eine affektenergetische Betrachtung der Entwicklungsdynamik von psychischen Störungen aller Art spricht ausserdem dafür, dass der Pegel der (insbesondere ängstlichen oder aggressiven) emotionalen Spannungen weit über den Bereich der Schizophrenie hinaus auch für manche anderen psychopathologischen Erscheinungen als kritische Schwelle bzw. Kontrollvariable funktioniert, deren Überschreiten den Krankheitsausbruch begünstigt. Umgekehrt erweist sich eine "nachhaltige emotionale Entspannung" bei fast allen psychischen Störungen als heilsam.

Das weiter oben kurz skizzierte Konzept der reziproken strukturellen Koppelung zwischen dem innerpsychisch-subjektiven, dem sozialen und dem biologisch-somatischen Phänomenbereich eröffnet darüber hinaus interessante Möglichkeiten des komplementären oder synergistischen Einsatzes von psycho-, milieu- und pharmakotherapeutischen Behandlungsmethoden. Offensichtlich vermögen psycho- und milieutherapeutische Ansätze medikamentöse Wirkungen in gewissem Umfang zu verstärken oder zu ersetzen. Dass solchen "sanften" Methoden überall dort, wo sie einsetzbar sind, prinzipiell der Vorrang gebührt, drängt sich nicht nur aus Gründen der Humanität bzw. des Respekts für die persönliche Integrität und Selbstbestimmung des Patienten auf. Auch die Tatsache, dass psycho- und milieutherapeutische Verfahren wesentlich physiologischer, und deshalb aller Wahrscheinlichkeit nach auch nachhaltiger wirken - von den ungünstigen kurz- und vor allem langfristigen Nebenwirkungen ganz zu schweigen, die auch bei den modernen, erst seit verhältnismässig kurzer Zeit verfügbaren atypischen Psychopharmaka noch keineswegs mit hinreichender Sicherheit auszuschliessen sind - spricht grundsätzlich für eine Bevorzugung der "sanfteren" Methoden.

## **Literatur**

- Ciompi L. Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Klett-Cotta. Stuttgart. 1982
- Ciompi L. Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Vanderhoeck & Ruprecht. Göttingen. 1997
- Ciompi L. Zur Integration von Fühlen und Denken im Licht der "Affektlogik". Die Psyche als Teil eines autopoietischen Systems. In: Psychiatrie der Gegenwart 1986. Bd 1, Springer. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo. S. 373-410
- Ciompi, L.: Gefühle, Affekte, Affektlogik. Wiener Vorlesungen. Picus, Wien 2002

- Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M. Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung – kritisch durchleuchtet. Huber Bern-Stuttgart. 2001
- Ciompi, L.: Soteria: Können die wirksamen Faktoren auch im Klinikalltag realisiert werden? *Nervenheilkunde* 2/2001, p.78/35-83/42
- Roth G. Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Suhrkamp. Frankfurt a. M. 2001
- Maturana H. Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg. Wiesbaden. 1982
- Luhmann N. Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt. 1984
- Haken H. Erfolgsgeheimnisse der Natur. Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken. Deutsche Verlags-Anstalt. Stuttgart. 1991
- Ciompi L. The dynamics of complex biological-psychosocial systems. Four fundamental psychobiological mediators in the long - term evolution of schizophrenia. *Brit. J. Psychiatry* 1989. 155: 15-21
- Ciompi L, Müller C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestic Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin, Heidelberg, New York. 1976
- Harding CM. Long-term outcome functioning of subjects rediagnosed as meeting the DSM III criteria for schizophrenia. Doctoral Dissertation. University of Vermont. 1984
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. I. Methodology study sample, and overall status 32 years later. *Am. J. Psychiatry* 1987a. 144:716-726
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1987b. 144:727-737
- McGlashan TH. A selective review of recent north american long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1988. 14:515-542
- Leff J, Vaugh C. Expressed emotions in families. Its significance for mental illness. Guilford Press 1985. New York, London
- Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 1992. 160:601-620
- Zubin J, Spring B. Vulnerability - a new view on schizophrenia. *J. Abnorm. Psychology* 1977. 86: 103-126
- Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bull* 1984. 10:300-312
- Ciompi L. Is schizophrenia an affective disease? The hypothesis of affect-logic and its implications for psychopathology. In: Flack W.F., Laird J.D. *Emotions In psychopathology: theory and research.* Oxford University Press. New York, Oxford, 1998. pp. 283-297
- Machleidt W, Haltenhof H, Garlipp P. Schizophrenie – eine affektive Erkrankung? Grundlagen, Phänomenologie, Psychodynamik und Therapie. Schattauer. Stuttgart-New York 1999
- Bleuler E. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: *Handbuch der Psychiatrie.* Deuticke. Leipzig. 1911

- Bleuler E. Affektivität, Subjektivität, Paranoia. Carl Marhold Halle. 1926
- Bogerts B. Hirnstrukturelle Untersuchungen an schizophrenen Patienten. In: Lieb, K., Riemann 1995. Biologisch-psychiatrische Forschung. Fischer. Stuttgart, Jena, New York. pp.125-144
- Mednick SA, Schulsinger F, Schulsinger H. Schizophrenia in children of schizophrenic mothers. In: Davis, W. Childhood personality and psychopathology. Current topics 1975. Wiley, New York.
- Parnas J, Teasdale TE, Schulsinger H. Institutional rearing and diagnostic outcome in children of schizophrenic mothers: A prospective high risk study. Arch. Gen. Psychiat. 1985. 42: 762-769
- Ciompi L, Dauwalder HP, Maier Ch, Aebi E. Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. Nervenarzt 1991. 62: 428-435
- Ciompi L, Kupper Z, Aebi E, Dauwalder HP, Hubschmid T, Trütsch K, Rutishauser Ch. Das Pilot-Projekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. Nervenarzt 1993. 64: 440-450
- Aebi E, Ciompi L, Hansen H. Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Psychiatrie-Verlag, Bonn. 1993
- Kroll B. Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie. Jakob van Hoddis. Gütersloh. 1998
- Runte I. Begleitung höchst persönlich. Innovative milieu-therapeutische Projekte für akut psychotische Menschen. Psychiatrie-Verlag. Bonn. 2001
- Wollschläger M. Soteria im Überblick. In: Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. dgvt-Verlag. Tübingen 2001. p. 490-503
- Eickmann, F., Jiko, I.: Soteriaelemente in der psychiatrischen Pflichtversorgung. Möglichkeiten der Gewaltvermeidung. In: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. dgvt-Verlag, Tübingen 2001, p. 521-529
- Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney, M. Redentionoan care in hospital and in the community – quality of care and quality of life. Brit. J. Psychiat 1996. 168:448-456