

Psychosen & affektive Störungen

Wiener Psychoanalytische Akademie
POP 19.4.-21.4.2024
Mag. Ortrun Hopf

1

Zum Krankheitsverständnis

Was führt zu einer psychotischen Erkrankung?
Wie verstehe wir das, was bei der Psychose passiert?
Was geschieht innerpsychisch?

2

1) Restitutionsmodell

Die schizophrene Erkrankung beginnt zunächst mit einem völligen Zusammenbruch der Persönlichkeit, das Ich löst sich auf. Nach diesem Zerfall stellt sich die Person mit Hilfe von Wahnbildungen und Halluzinationen wieder her, um den Kontakt zu den Objekten und der äußeren Welt wieder aufzubauen. Theoretischer Hintergrund dieser Vorstellungen ist Freuds Modell vom Abzug der libidinösen Besetzung von den unbewussten Objektrepräsentanzen (1915).

Freud, S. (1915): Triebe und Triebchicksale. GW Bd.X.

3

2) psychotische und nicht-psychotische Anteile

Freud formulierte im „Abriss der PA“ (1940), dass sich selbst in schweren Fällen der Psychose der Patient nicht völlig von der Realität zurückzieht. Man erfährt „durch die Mitteilung der Kranken nach ihrer Genesung, daß damals in einem Winkel ihrer Seele, wie sie sich ausdrücken, eine normale Person sich verborgen hielt, die den Krankheitsspek wie ein unbeteiligter Beobachter an sich vorüberziehen ließ“ (Freud 1940a, S.132).

Innerhalb der Persönlichkeit können demnach verschiedene Persönlichkeitsanteile durch Spaltung voneinander getrennt gehalten werden. Diese Anteile stehen zueinander sowie zu äußeren Objekten in Beziehung.

Bion knüpft an diese Vorstellungen an, wenn er von einem nicht-psychotischen und einem psychotischen Persönlichkeitsanteil spricht.

4

Psychose bei Sigmund Freud

5

Psychose als Abwehr gegen eine unerträgliche Realität (z.B. einen unerträglichen Verlust)

Freud schreibt, in jedem Irrenhaus finden sich Beispiele „der Mutter, die über den Verlust ihres Kindes erkrankt, jetzt unablässig ein Stück Holz im Arm wiegt oder der verschmähten Braut, die seit Jahren im Putz ihren Bräutigam erwartet“ (1894, S.73).

Freud beschreibt weiters die Differenz zwischen Neurose und Psychose mit einer einfachen Formel:

„die Neurose sei der Erfolg eines Konflikts zwischen dem Ich und seinem Es (innere Konflikt), die Psychose aber der analoge Ausgang einer solchen Störung in der Beziehung zwischen Ich und Außenwelt“ (1924, S.387).

6

Unter Bezugnahme auf das Strukturmodell Es, Ich, Über-Ich (1923) lassen sich folgende Konfliktlagen unterscheiden:

- der Konflikt in der Neurose: zwischen Ich und Es
- der Konflikt der narzisstischen Neurose (Freud verwendet den Begriff in seiner Arbeit von 1924 für Affektionen vom melancholischen Typus), des Melancholikers: zwischen Ich und Über-Ich
- der Konflikt in der Psychose: zwischen Ich und Außenwelt



7

Weiters macht Freud für die Psychose eine energischere und erfolgreichere Abwehr geltend.

„Es gibt nun eine weit energischere und erfolgreichere Abwehr, die darin besteht, dass das Ich die unerträgliche Vorstellung samt ihrem Affekt verwirft und sich so benimmt, als ob die Vorstellung nie an das Ich herangetreten wäre. Allein in dem Moment, in dem dies gelungen ist, befindet sich die Person in einer Psychose“ (1894, S. 72).

Abwehrvorgang: Verwerfung
 Freud beschreibt damit den Vorgang, mit dem eine unerträgliche Realität gelöscht, durch eine „negative Halluzination“ (Freud, 1905) annulliert wird. Jegliche Repräsentanz (Vorstellung und Affekt, Wort- und Sachvorstellung) wird aufgehoben.

8

Weitreichende und tiefgreifende Desintegration des Ich:

1) Auflösung seiner synthetischen Funktionen

- Grenze zwischen Ich und Anderem verschwimmt
- Ich-Funktionen und Körperbereiche verlieren den Charakter der Meinhaftigkeit und sind nicht mehr von der Außenwelt unterscheidbar
- das Ich verliert den ordnenden und hierarchisierenden Überblick
- Gedanken drängen und sind nicht mehr zu stoppen
- die Realitätsprüfung ist erschwert
- Vorstellung und Wahrnehmung fallen ineinander
- Unterscheidung von Wort und Ding geht verloren

9

2) Auflösung des Zeitrasters

Damit verliert das Ich die Perspektive, die es erlauben würde, zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu unterscheiden. Die Realität, das identitätsbedrohende Ereignis, das andernfalls Vergangenheit und damit unabänderlich und real geworden wäre, kann jetzt so behandelt werden, als hätte es nie stattgefunden.

Die Auflösung des Ich vollzieht sich, so Freud, „stumm; wir erhalten keine Kunde von ihm, sind genötigt, ihn aus den nachfolgenden Vorgängen zu erschließen. Was sich uns lärmend bemerkbar macht, das ist der Heilungsvorgang“ (Freud 1911, S.193).

10

Im Heilungsvorgang soll nun die Verwerfung rückgängig gemacht und die Libido wieder zu den von ihr verlassen Personen zurückgeführt werden. Das geschieht mit Hilfe der psychotischen Symptome. Vorwiegend Wahn und Halluzination sind also (die lärmenden) Heilungsvorgänge, Versuche der Reorganisation und Rekonstruktion von Ich und Außenwelt. An der Stelle der unerträglichen Realität wird nun z.B. ein Wahn errichtet mit dessen Hilfe, der unerträgliche Verlust dementiert wird.

11

Weshalb reagiert nun der eine auf eine Versagung mit einer Psychose und dem Aufbau einer wahnhaften Welt und der andere nicht?

Freud beantwortet diese Frage mit dem Mechanismus der Regression auf frühere Entwicklungsstufen der Libido. Voraussetzung, psychotisch zu reagieren, ist, laut Freud, eine Fixierung auf der Entwicklungsstufe des Narzissmus bzw. des Autoerotismus.

- Paranoia: Regression auf die Stufe des Narzissmus. Der eigene Körper, das eigene Selbst wird das Objekt der Libido.
- Schizophrenie: die Regression geht noch weiter zurück auf die Stufe des infantilen Autoerotismus. Noch zu keiner Einheit zusammengefasste Körperzonen sind das Objekt der Libido.

Die Regression auf diese so selbstbezüglichen Stufen waren der Grund für Freuds sehr skeptische Haltung, was die psychoanalytische Behandelbarkeit von Psychotikern betrifft: so gänzlich narzisstisch, also um sich selbst kreisend, würden sie keine Übertragung entwickeln.

12

Freud, S. (1894): Die Abwehr-Neuropsychosen. GW.I.
Freud, S. (1905): Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). GW.V.
Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. GW.VIII.
Freud, S. (1924): Neurose und Psychose. GW. XIII.

13

Behandlungsansätze

14

- Sigmund Freud: mit psychotischen Patienten ist keine analytische Arbeit möglich
 - Analytische Arbeit mit dem gesünderen Teil des Ich (Frieda Fromm-Reichmann, Edith Jacobson, Harold Searls)
 - Analytische Arbeit mit der psychotischen Übertragung, massiver projektiver Identifizierung (Melanie Klein, Wilfred R. Bion, Herbert Rosenfeld)
- Modifizierte Behandlung
- Niederfrequent (1/Woche)
 - Arbeit im Sitzen
 - Dauer der Einheit (50 Minuten?)
 - Behandler team

15

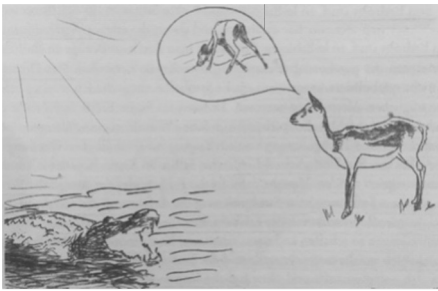
Günter Lempa, Dorothea von Haebler, Christiane Montag:
Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien.
Ein Manual. Psychosozial-Verlag, 2017.



Die Haltung, die in diesem Buch vermittelt wird, ist ein empathisches Verständnis des psychotischen Erlebens, das als konstruktiver Rettungsversuch verstanden wird in die psychische Existenz bedrohenden Situationen. Diese Haltung soll den Raum schaffen, in welchem Menschen mit Psychosen das Setting und die Therapie annehmen können.

Stavros Mentzos liefert mit seinem Dilemmakonzept dafür die theoretische Grundlage.

16



Dilemma: Zerrissen zwischen unlösbaren Alternativen: Verdursten oder gefressen werden?
Lempa, G. et al. (2017): Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien. Ein Manual. S. 49

17

- das psychotische Dilemma, ein unlösbarer Antagonismus zweier Strebungen:
extrem narzisstischer Rückzug, mit der Vernichtung durch völlige Isolation ODER die Auflösung der Ich-Grenzen und die Fusion mit dem Objekt
- Ich-Gefühl und Beziehung schließen sich wechselseitig aus
- kein repräsentierter, symbolisierter und denkbarer „Konflikt“, sondern eine ausweglose existenzielle Bedrohung

das Dilemmakonzept beschreibt zweierlei

- 1) eine Disposition
- 2) einen krisenhaften, akuten Zustand

18

Ein therapeutisches Angebot, das ein Beziehungsangebot ist, kann sehr leicht ein solches Dilemma reaktivieren. Dem geschuldet schlagen die Autoren ein Behandlungskonzept vor, das sich in zwei Phasen gliedert (nicht unbedingt linear):

1. Phase: Reorganisation des Ich und die Ermöglichung gelebter Interpersonalität
2. Phase: einsichtsorientierte Interventionen wie Klärung, Interpretation und Rekonstruktion bauen das Erreichte aus und festigen es

19

Merkmale der spezifischen psychotherapeutischen Haltung

1) Offenheit	2) Festigkeit	3) Authentizität	4) Neugierde	5) Selbstfürsorge
Verzicht auf genaue Pläne und Ziele: Der Therapeut muss offen sein für unerwartete Entwicklungen	Vermindern des Drucks auf den Patienten von außen sowie Einhalten eines Settings	Die Rolle als Wissender verlassen und sich auf den Menschen als Gegenüber einlassen	Vorsichtiges und unaufdringliches Nachfragen auf Äußerungen des Patienten, d.h., signalisieren von Interesse am tatsächlichen Geschehen	Der Therapeut muss der Therapie etwas abgewinnen können: Supervision/ Intervention ist notwendig

Lempa, G. et al. (2017): Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien. Ein Manual. S. 90

20

Unipolare Depression

21

Epidemiologie

- Pro Jahr erkranken 1-2% der Bevölkerung neu an einer unipolaren Depression (Jahresinzidenz).
- Das Risiko, im Laufe eines Lebens an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt bei 15-20%. Jeder 5. Mensch entwickelt im Verlauf seines Lebens eine klinisch fassbare Depression.
- Etwa 8% der Bevölkerung leiden aktuell unter einer depressiven Symptomatik (Punktprävalenz).
- Frauen sind häufiger von depressiven Störungen betroffen, ihr Erkrankungsrisiko für eine unipolare Depression ist fast doppelt so hoch wie das von Männern.
- Depressionen treten in jedem Lebensalter auf.
- 50% aller Patienten erkranken erstmals bereits vor ihrem 31. Lebensjahr.
- Getrennte, geschiedene und verwitwete Personen und solche ohne enge Bezugspersonen haben eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit.
- Unter den sozioökonomischen Faktoren korrelieren ein höheres Bildungsniveau und eine sichere berufliche Anstellung mit niedrigeren Depressionsraten.
- Menschen die in städtischer Umgebung und in Mietwohnungen leben, haben ein höheres Depressionsrisiko als jene, die auf dem Land und in einem Eigenheim wohnen.

22

Deskriptive Psychopathologie der unipolaren Depression

Das ICD-10 unterscheidet Haupt- und Zusatzsymptome der unipolaren Depression:

Hauptsymptome:

- depressive, gedrückte Stimmung; die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, unbeeinflusst von den Umständen
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung

Zusatzsymptome

- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidversuch
- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Schlafstörungen
- verminderter oder gesteigerter Appetit mit Gewichtszunahme

23

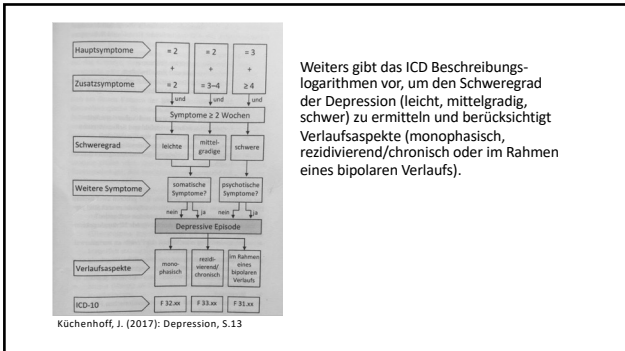
Zur genauen Beschreibung nach dem ICD gehören zwei weitere Differenzierungen:

Ob **1. ein somatisches Syndrom** vorliegt.

Und ob **2. psychotische Erlebnisweisen** mit der Depression verbunden sind:

- Wahnideen im Sinne von Versündigung, Verarmung, Angst vor einer bevorstehenden Katastrophe, Schuld, in Form von hypochondrischem Wahn, in Form eines nihilistischen (Überzeugung, innerlich bereits tot oder teilweise abgestorben zu sein) oder Verkleinerungswahns (Gewissheit, körperlich ständig weiter zu schrumpfen)
- akustische Halluzinationen (selten), Geruchshalluzinationen (Eigengeruchshalluzinationen, Fäulnis des eigenen Körpers oder in der Umgebung)
- Stupor (Starre) als Form einer extrem gesteigerten Handlungshemmung

24



25

Unterscheidung und Abgrenzung „neurotischer“ von „endogener“ Depression
Definition der „neurotischen Depression“ nach Hoffmann:
 „Neurotische Depression ist „ein depressives Verstimmungsbild mit schleichendem Beginn, insgesamt chronischem Verlauf, erhaltener Fähigkeit zu Traurigkeit und Aggressivität, erhaltener Reaktivität auf Umweltsituationen und dem positiven Nachweis aktueller und biographischer Belastungserlebnisse, die akut oder chronisch fehlverarbeitet wurden oder werden“ (Hoffmann, zitiert nach Will 2019, S. 74).
 Patienten mit einer „neurotischen“ Depression werden in der Terminologie des ICD-10 eher die Diagnose „Dysthymia“ erhalten oder „Angst und depressive Störung gemischt“ oder „Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion“.
 Schwerere Formen (Melancholie, vitale oder endogene Depressionen) werden klinisch meist unterteilt in einmalig oder rezidivierend auftretende Depressionen (unipolar), bipolare manisch-depressive Psychosen und Depressionen bei schizoaffektiver Erkrankung.

26

Klinischer Rahmen, innerhalb dessen sich alle psychoanalytischen Theorien über depressive Zustandsbilder bewegen:

1. organisch bedingte, symptomatische Depressionen
2. psychotische Depressionen oder Melancholien (affektive Psychosen, «endogene» bipolare oder monopolare Cyclothymien – mit im psychotischen Zustand desintegrierter Persönlichkeitsstruktur nach OPD-2)
3. Borderline-Depressionen (Depressionen bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit gering integriertem Strukturniveau nach OPD-2)
4. depressive Neurosen und depressive Persönlichkeiten auf mittlerem Strukturniveau (mit mäßig integrierter Persönlichkeitsstruktur nach OPD-2 – z. B. viele narzisstische Depressionen und psychosomatische Depressive)
5. depressive Neurosen und depressive Persönlichkeiten auf ödipal-neurotischem Strukturniveau (mit gut integrierter Struktur nach OPD-2)
6. depressive Reaktionen auf belastende Lebensumstände

Will, G. et al. (2019): Depression. Psychodynamik und Therapie, S.75.
 Zu den „neurotischen Depressionen“ gehören die Gruppen 3 bis 5, in abgeschwächter Form auch 6.
 Gruppe 2 ist der Gegenstand unseres Seminars.

27

Psychodynamische Konzepte

Depression, die Reaktion auf einen Verlust
 Freud: Trauer und Melancholie (1916-17)
Trauer: schmerzhaft aber letztlich gelingende Verarbeitung des Verlusts
Melancholie (Depression): der Hass auf das Objekt verhindert den Lösungsprozess, die Bindung bleibt erhalten, das Objekt wird durch Identifikation in das Ich aufgenommen. Der Hass der eigentlich dem Objekt gilt, richtet sich nun gegen das Ich, das beschimpft, abgewertet, erniedrigt wird.
 kritische Instanz → Über-Ich

28

Gewissenskonflikt: Über-Ich / Ich, Schuld und Strafe
 Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst:
 das Über-Ich wird zum Aggressor, das Ich zum Opfer
 auf der bw Ebene: Selbstanklagen, Gewissensbisse, Selbstvorwürfe, Selbsterniedrigung, Schuldgefühle
 ubw Logik: für die Schuld eine Strafe zu suchen, mit der die Schuld abgetragen werden könnte
 moralischer Masochismus

Die sadistische Aggressivität des Über-Ichs wurde in der Folge von Sándor Radó, Melanie Klein und Edith Jacobson als wichtiger Faktor der Depression weiter erforscht.

29

Melanie Klein: „depressive Position“ und Depression
 die „depressive Position“ zu erreichen und durcharbeiten gehört zu den „normalen“ Entwicklungsaufgaben
 das geliebte Objekt ist gleichzeitig auch das gehasste
 Angst: oral-sadistische Angriffe könnten das geliebte Objekt beschädigt oder zerstört haben → Schuldgefühle und Bedürfnis nach Wiedergutmachung
 depressive Gefühle: Sorge um das Objekt, Sehnsucht, Schuld, Mitleid, Trauer, Verzweiflung
 manische Abwehrmechanismen
 schrittweise Realitätsanpassung und Integration der Selbst- und Objektrepräsentanzen → Internalisierung des guten Objekts
 wird die „depressive Position“ nicht gut durchgearbeitet → eingeschränkte Fähigkeiten sich bei Verlust oder Enttäuschung mit schmerzhaften Gefühlen auseinanderzusetzen und die depressive Angst zu bewältigen
 depressive oder maniforme Entwicklungen können die Folge sein

30

Verschiedene Wege, führen in die Depression

Heute gehen wir nicht mehr von einer einzigen psychogenetischen oder ätiologischen Konstellation aus, die zur Depression führt. Es lassen sich unterschiedliche Wege ausmachen, die zur Entstehung verschiedenartiger depressiver Syndrome führen.

das gemeinsame Element:

ein Zustand von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit bezüglich der Erfüllung zentraler individueller Bedürfnisse

ganz unterschiedliche Wege, die einen depressiven Zustand verursachen und seine Form bestimmen, keiner ist obligatorisch, jeder wird von unterschiedlichen Faktoren und psychodynamischen Konstellationen bestimmt:

folgende Faktoren spielen eine Rolle: Aggression; Schuld und Schuldgefühle; Frustration bei der Verwirklichung narzisstischer Bestrebungen; narzisstische Persönlichkeitsstörungen (entweder mit einem schwachen Selbstwertgefühl oder mit Zügen von Grandiosität und Omnipotenz, die durch die Realität zusammenbrechen); Ich-Defizite, Verfolgungsängste; depressive Eltern, traumatische Erfahrungen.

Diese Faktoren können einzeln, aber auch in Kombination oder Sukzession wirksam sein.

(Hugo Bleichmar, 1996)
