

# Psychotische Störungen

Wiener Psychoanalytische Akademie

POP 19.-21.4.2024

Victor Blüml

# SE-Ablauf

- Freitag:
  - 17-18:30: Einführung Psychose
- Samstag:
  - 9:30-11:00: Psychose: Psychoanalytische Theorie
  - 11:30-13:00: Psychose Fallbeispiele
  - Mittagspause
  - 14:00-15:30: Psychose: Differentialdiagnose; Behandlungstechniken
  - 16:00-17:30: Depression
- Sonntag:
  - 9:30-11:00: Depression Fallbeispiel; Bipolare Störung
  - 11:30-13:00: Bipolare Störung Fallbeispiel; Abschlussrunde

# **DIAGNOSTIK UND PHÄNOMENOLOGIE**

# Symptome der Schizophrenie

Positivsymptome

Negativsymptome

Affektive  
Symptome

Kognitive  
Symptome

# Symptome der Schizophrenie

## + „Plus“-(Positiv-)Symptome:

Etwas kommt zum “Normalzustand“ dazu; „übersteigertes Realitätserleben“

Wahn, Halluzinationen, Sinnestäuschungen, veränderte Realitätswahrnehmung, bizarre Gedanken usw.

# Positivsymptomatik/ „Plus“- Symptome

## Halluzinationen

Sinneswahrnehmung ohne realem Stimulus

- **akustisch:** kommentierend, imperativ, dialogisierend, Akoasmen
- **optisch:** Trugwahrnehmungen,
- **olfaktorisch:** „Phantosmien“
- **gustatorisch:** zB übelschmeckend oder andersschmeckend
- **taktil:** Vibration, Temperatur, Schmerz, Berührung
- **zoenästhetisch:** Körperwahrnehmung, zB Spüren von Bewegungen im Bauch, Kribbeln, Schrumpfen von Gliedmaßen,..

# Positivsymptomatik/ „Plus“- Symptome

## Wahn

### **Definition: Jaspersche Trias:**

- Unmöglichkeit des Inhaltes
- subjektive Gewissheit
- Unkorrigierbarkeit

**Inhalte:** Beziehungswahn, Liebeswahn, Schuldwahn, Verarmungswahn, Größenwahn, Vergiftungswahn, religiöser Wahn usw.

# Positivsymptomatik/ „Plus“- Symptome

## Ich-Störungen

Grenze zwischen dem „Ich“ & der Umwelt wird als „fließend“ wahrgenommen

- **Derealisation:** *Umwelt wird als fremd wahrgenommen*
- **Depersonalisation:** *Entfremdung von Identität, dem Selbst & Körper*
- **Gedankenausbreitung:** *eigene Gedanken übertragen sich auf andere*
- **Gedankenentzug:** *eigene Gedanken werden von außen entzogen*
- **Gedankeneingebung:** *fremde Gedanken werden von außen eingegeben*
- **andere Fremdbeeinflussungserlebnisse:** *Fremdsteuerung,..*



# Positivsymptomatik/ „Plus“- Symptome

## Denkstörungen

**Formale Denkstörungen:** Denkhemmung, Verlangsamung, eingeeengtes Denken, Grübeln, umständliches Denken, Perseveration, Ideenflucht, Gedankendrängen, Gedankenabreißen/Sperrungen, Inkohärenz bzw. Zerfahrenheit, Neologismen, Konkretismus (fehlende Abstraktionsfähigkeit)

**Inhaltliche Denkstörungen:** Irreales, pathologische Abweichen des Denkinhaltes zB überwertige Ideen (Beziehungsideen,..)

# Negativsymptomatik/ „Minus“- Symptome

— **„Minus“(Negativ-)-Symptome:** Etwas fehlt im Vergleich zum „Normalzustand“; „eingeschränktes Realitätserleben“

Mangel an Energie, Motivation, Freude, Interesse; Sozialer Rückzug

# Negativsymptomatik/ „Minus“- Symptome

- ↓ **bzw. Verarmung von:**
  - Affekt: eingeschränkte emotionale Erlebnisfähigkeit, Anhedonie, Apathie, Affektverflachung,..
  - Antrieb: Amotivation, Interessenslosigkeit, Energielosigkeit,..
  - Psychomotorik: reduzierte Mimik & Gestik, reduzierte Stimmmodulation,..
  - Denken: weniger Denkinhalt, „Leere“, Abulie, Alogie (Sprachverarmung, Antwortlatenz),..

# Kognitive Symptome

## Störungen von

- Aufmerksamkeit
- Gedächtnis
- Konzentration
- Exekutivfunktionen
- sozialen Kognitionen



# Affektive Symptome



Die Stimmung, den Affekt, die Emotionalität betreffend.

- Depressive Stimmung
- Affektverflachung
- Parathymie
- Angst

# Schizophrenie- Diagnosekriterien ICD 10

- 1) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- 2) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen
- 3) Akustische Halluzinationen in Form kommentierender, dialogischer oder anderer Stimmen
- 4) Anhaltender, kulturell unangemessener bizarrer Wahn
- 5) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
- 6) Formale Denkstörungen
- 7) Katatone Symptome (z.B. Haltungstereotypien, Negativismus, Stupor)
- 8) Negativsymptomatik

Mindestens ein Symptom der Gruppe 1-4 oder mind. zwei Symptome der Gruppe 5-8 für einen Zeitraum von mind. einem Monat bestanden haben

# ICD Schizophrenie



- **F20.0 paranoide Schizophrenie:** Wahn, Halluzinationen prägen das klinische Bild
- **F20.1 hebephrene Schizophrenie:** Störung des Affekts/Denkens
- **F20.2 katatone Schizophrenie:** Mutismus, Akinesie, Manierismen, Haltungstereotypien, katatone Erregung (Raptus)
- **F20.3 undifferenzierte Schizophrenie:** keine Zuordnung zu o.g. oder Zuordnung zu mehreren
- **F20.4 postschizophrene Depression**
- **F20.5 schizophrenes Residuum:** chron. Negativsymptomatik >12 Monate
- **F20.6 Schizophrenia simplex:** progrediente Negativsymptomatik, Verhaltensauffälligkeiten, inadäquate Affekte

# Differentialdiagnosen im F2-Spektrum

- F21 Schizotype Störung
- F22 Wahnhafte Störung
- F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen
- F24 Induzierte wahnhaftige Störung (Folie à deux)
- F25 Schizoaffektive Störung



# ICD 11

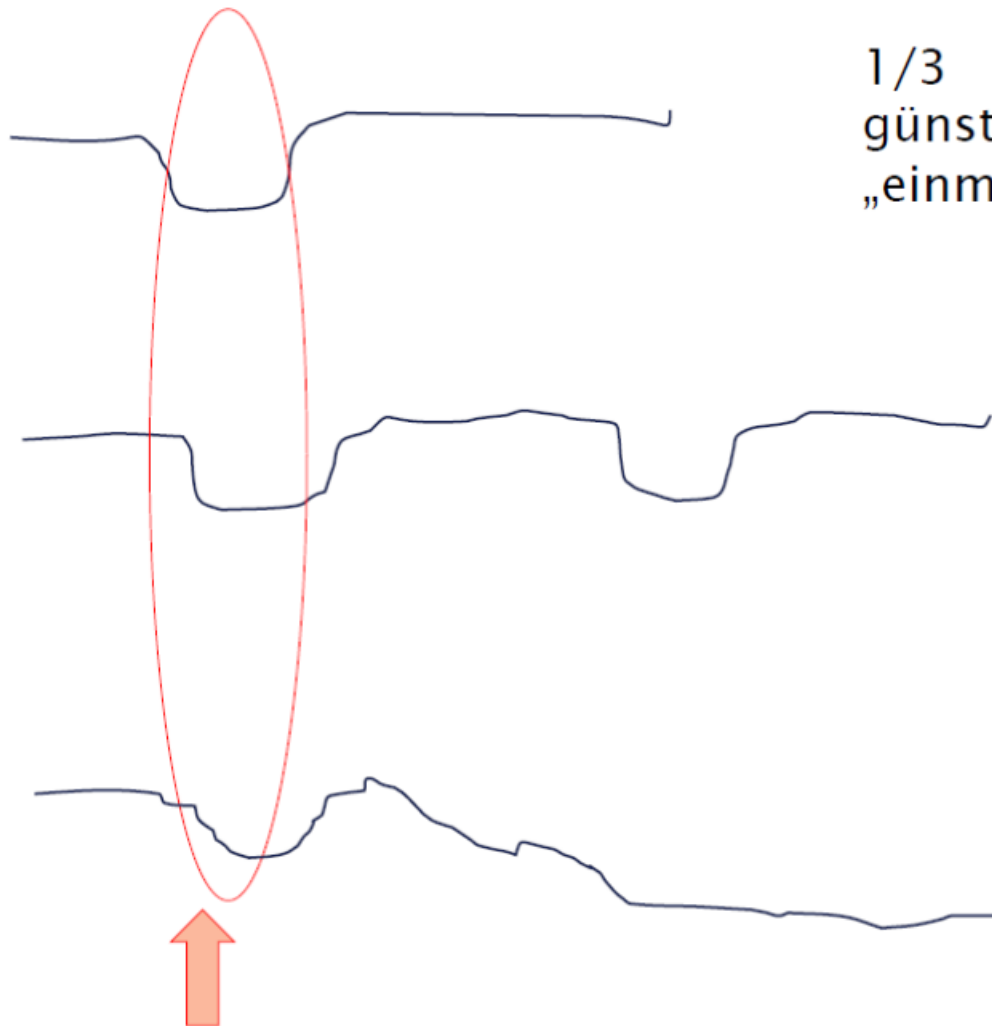
## „Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen“

- Abschaffung der Subtypen der Schizophrenie
- Dimensionale Einschätzung des Schweregrads:
  - positiver
  - negativer
  - depressiver
  - manischer
  - psychomotorischer
  - und kognitiver Symptome
- Wegfall der Schneider'schen Erstrangsymptome: mind. 2 Symptome gefordert, davon 1 Positivsymptom

# Epidemiologie

- Prävalenz der schizophrenen Psychosen: 0,5 – 2%
- Erstmanifestationsalter: Adoleszenz/junges Erwachsenenalter (15 - 30. Lebensjahr); Männer ca. 5 Jahre früher
- Gering erhöhte Erkrankungsrate für Männer
- Mortalität: 15 - 25 Jahre verminderte Lebenserwartung
  - Suizidrisiko 10fach erhöht
  - Somatische Comorbiditäten

# Krankheitsverlauf – „Drittelregel“



1/3  
günstig, wieder ganz gesund,  
„einmal und nie wieder“

1/3  
episodisch, wiederkehrend,  
dazwischen weitgehend gesund

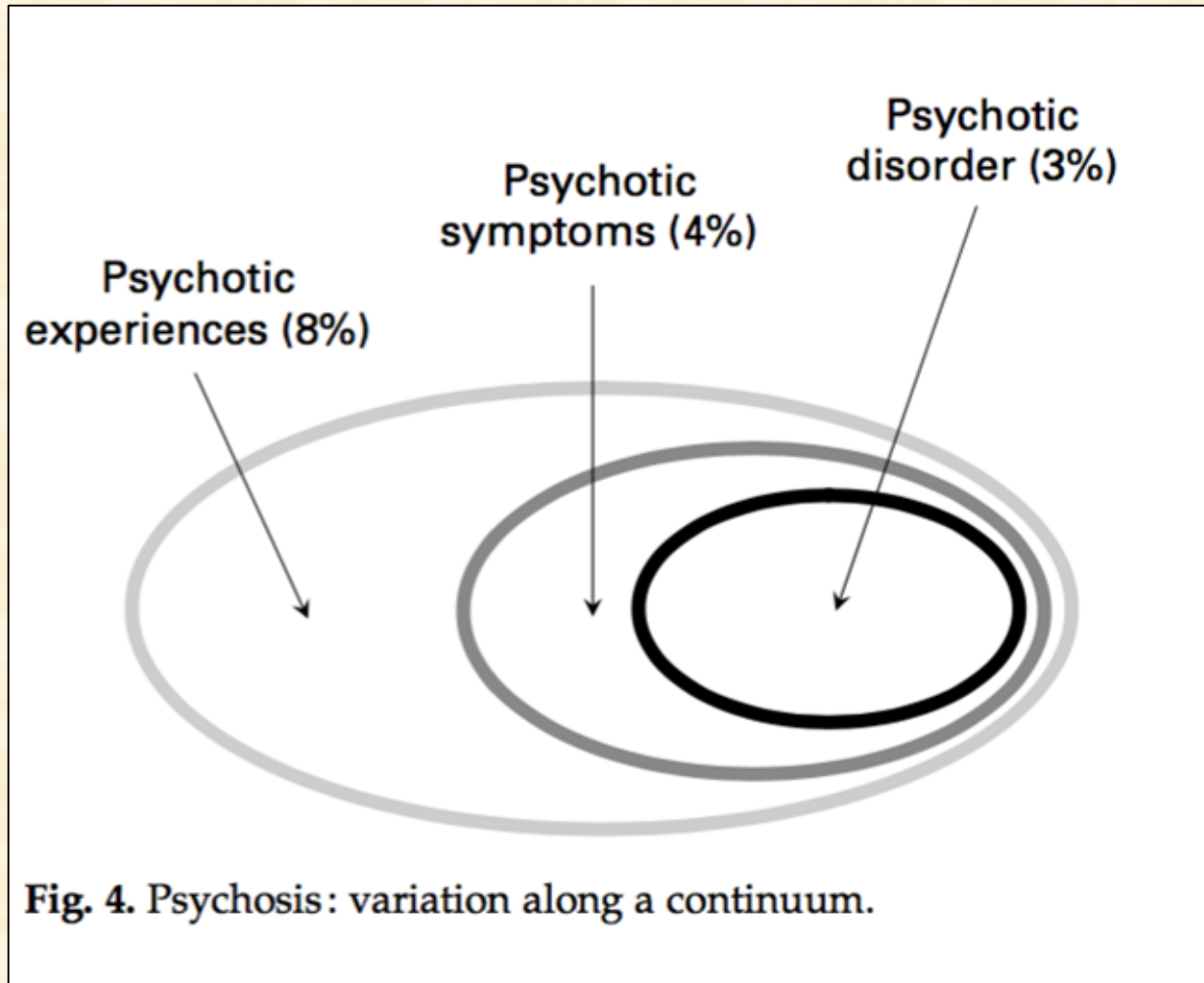
1/3  
chronischer Verlauf,  
„nicht mehr so wie früher“

Am Anfang nicht zu unterscheiden!

# Verlauf

- Drittelregel betrifft gesamtes Psychose-Spektrum
- Schizophrenie im engeren Sinn (ca. 30%) zumeist mit chronischem Verlauf und dauerhafter Einschränkung des psychosozialen Funktionierens
  - 10 % Suizid nach 10 Jahren (Bromet et al. 2005).
- Der Ausgang schizophrener Psychosen ist deutlich ungünstiger als der affektiver Psychosen (Möller et al. 2000).

# Psychose-Kontinuum



# Ätiologie – multifaktorielle Genese!

- Biologische Faktoren: Geburtskomplikationen, virale Infektionen,...
- Genetische Faktoren: ca. 50% Konkordanz bei eineiigen Zwillingen
- Neurotransmitter-Dysbalance (Dopamin)
- Drogen
- Soziale Faktoren: Urbanizität, Migration,...
- Psychodynamische Faktoren: Traumatisierungen,...

Some environmental risk factors for psychosis supported by meta-analytical level of evidence in the current literature

Type of environmental risk factor	Meta-analytical association with psychosis	Association measure type: mean (95% CI)
Parental risk factors	Parental psychosis <sup>29</sup>	RR: 7.87 (4.14-14.94)
	Parental affective disorder <sup>29</sup>	RR: 6.42 (2.20-18.78)
	Old paternal age <sup>30</sup>	RR: 2.22 (1.46-3.37) <sup>[Link]</sup>
Perinatal risk factors	Complications of pregnancy <sup>31, 32, 33</sup>	OR: 2.44 (1.13-5.26) <sup>b</sup>
	Abnormal foetal growth and development <sup>31, 32</sup>	OR: 3.89 (1.40-10.84) <sup>c</sup>
	Complications of delivery <sup>31, 32</sup>	OR: 2.21 (1.38-3.54) <sup>d</sup>
	Gestational influenza <sup>33</sup>	RR: 1.56 (1.05-2.32)
	Season of birth <sup>34</sup>	OR: 1.07 (1.05, 1.08)
Social risk factors	Ethnic minority <sup>35, 36, 37</sup>	RR: 4.7 (3.3-6.8) <sup>e</sup>
	First and second generation immigrant status <sup>38</sup>	IRR: 2.3 (2.0-2.7) <sup>f</sup>
	Urbanicity <sup>39</sup>	OR: 2.37 (2.01-2.81)
Later risk factors	Infections <sup>40, 41, 42</sup>	OR: 2.70 (1.34-4.42) <sup>g</sup>
	Traumatic brain injury <sup>43</sup>	OR: 1.65 (1.17-2.32)
	Vitamin D deficiency <sup>44</sup>	OR: 2.16 (1.32-3.56)
	Daily tobacco use <sup>45</sup>	OR: 2.18 (1.23-3.85)
	Cannabis heavy abuse <sup>46</sup>	OR: 3.90 (2.84-5.34)
	Childhood trauma and adversity <sup>47</sup>	OR: 2.75 (2.17-3.47)
	Adult life events <sup>48</sup>	OR: 3.19 (2.15-4.75)
	Premorbid IQ <sup>49, 50</sup>	OR: 4.78 (3.19-7.13) <sup>h</sup>

Fusar-Poli et al. 2017, World Psychiatry

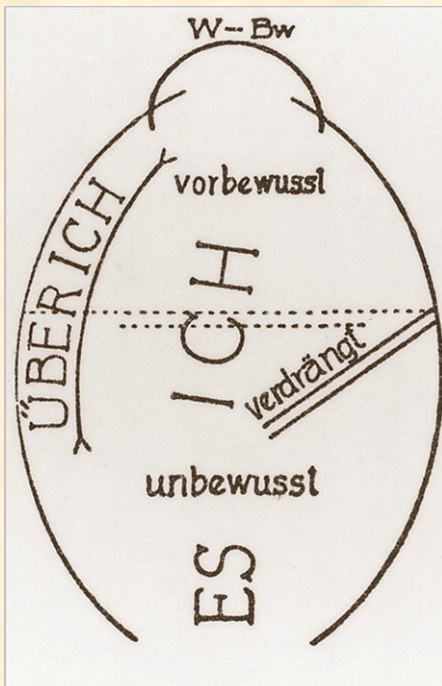
RR – risk ratio, OR – odds ratio, IRR – incidence rate ratio

<sup>a</sup>age >55, <sup>b</sup>gestational age <37 weeks, <sup>c</sup>birth weight <2000g, <sup>d</sup>incubator or resuscitator, <sup>e</sup>Black African vs. White British, <sup>f</sup>first generation migrants, <sup>g</sup>Toxoplasma gondii, <sup>h</sup>IQ<70. Some of these risk factors may also include a genetic component.

**PSYCHOANALYTISCHE  
PSYCHOSEN THEORIE**



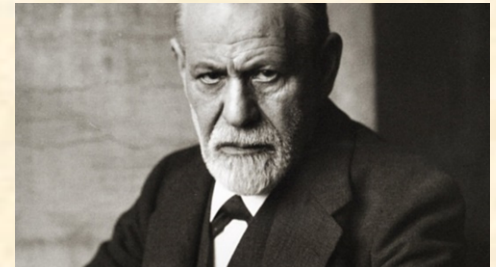
# Grundkonflikt der Psychose



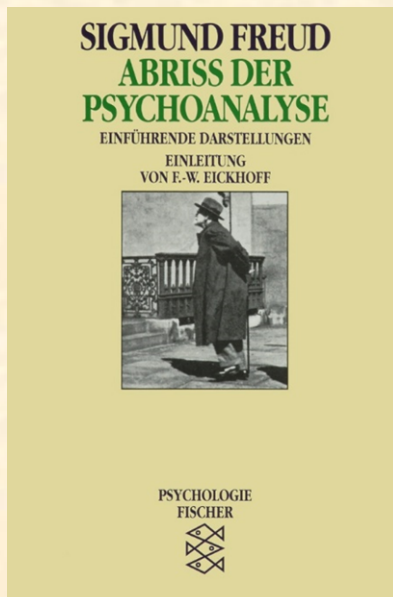
- „Die gemeinsame Ätiologie für den Ausbruch einer Psychoneurose oder Psychose bleibt immer die **Versagung**, die Nichterfüllung eines jener ewig unbezwungenen Kindheitswünsche...“ (Freud 1924, 390)
- 2 Reaktionsmöglichkeiten für das Ich:
  - Außenwelt treu bleiben & Es knebeln → Neurose
  - Von Außenwelt losreißen & Es folgen → **Psychose**

# Psychose und Realität

- Einem Konflikt wird durch Bruch mit der Wirklichkeit ausgewichen: die den Wünschen entgegengesetzten Wahrnehmungen werden unterdrückt/verleugnet.
- Rückzug von der enttäuschenden/ frustrierenden Realität durch Regression auf Entwicklungsstadium (Narzissmus) vor der Errichtung der Funktion der Realitätsprüfung.
- Ersatzbildungen (Wahn, Halluzinationen) werden an Stelle der Realität gesetzt



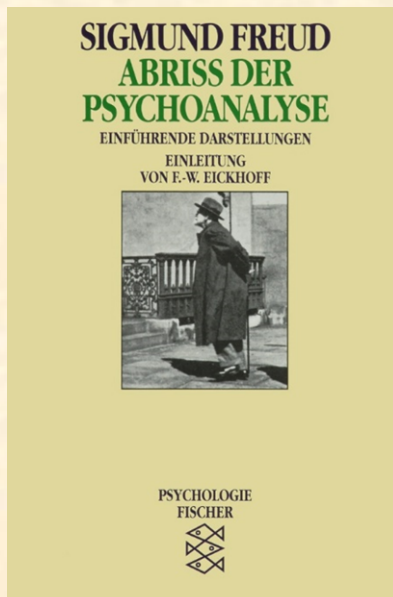
# Einheit der psychotischen Persönlichkeit?



„Das Problem der Psychose wäre einfach und durchsichtig, wenn die Ablösung des Ichs von der Realität restlos durchführbar wäre. Aber das scheint nur selten, vielleicht niemals vorzukommen. Selbst von Zuständen, die sich von der Wirklichkeit der Aussenwelt so weit entfernt haben wie der einer halluzinatorischen Verworrenheit (Amentia), erfährt man 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 Krankheitsspuk wie ein unbeteiligter Beobachter an sich vorüberziehen liess.“

(Freud 1938, 132)

# Psychose und psychische Spaltung



„Wir dürfen wahrscheinlich als allgemein gültig vermuten, was in all solchen Fällen vor sich ginge, sei eine **psychische Spaltung**. Es bildeten sich **zwei psychische Einstellungen** anstatt einer einzigen, **die eine, die der Realität Rechnung trägt, die normale, und eine andere, die unter Triebeneinfluss das Ich von der Realität ablöst**. Die beiden bestehen nebeneinander. Der Ausgang hängt von ihrer relativen Stärke ab. Ist oder wird die letztere die stärkere, so ist damit die Bedingung der Psychose gegeben. Kehrt sich das Verhältnis um, so ergibt sich eine anscheinende Heilung der Wahnkrankheit.“

(Freud 1938, 132-133)

**POSTFREUDIANISCHE PSYCHOANALYTISCHE  
PSYCHOSENTHEORIE**

# Melanie Klein - Grundlagen



- Triebdualismus: Eros und Todestrieb von Beginn des Lebens an wirksam
- Objektbeziehungen ebenfalls von Beginn des Lebens an  
→ Triebe werden unmittelbar in Objektbeziehungen erlebt
- Rudimentäres Ich oszilliert zwischen Zuständen relativer Integriertheit und Desintegration

# Klein - Entwicklungsmodell



2 fundamentale „Positionen“ bzw. psychische Funktionsniveaus

- **Paranoid-schizoide Position**

- Innere Verfolgungssituation; Angst um das eigene Selbst; gespaltene innere Welt: Verfolger und idealisierte Retter; Partialobjekte

- **Depressive Position**

- Benignere innere Welt; ganze Objekte; Sorge ums Objekt; Schuldgefühle

- Keine Phasen, sondern lebenslanges Oszillieren:

**PS ↔ D**

# Frühe / psychotische Ängste



- Verwandtschaft zwischen frühen Ängsten im Säuglingsalter und psychotischen Ängsten
- Angstbewältigung als zentrale Aufgabe des Ich
- Primäre Angstquelle: Todestrieb
  - Angst vor Fragmentierung und Ich-Verlust
  - Als Verfolgungsangst erlebt
- Einsatz massiver Abwehrmechanismen:
  - Spaltung
  - Projektion nach Außen / Projektive Identifizierung



# Spaltung



- Binäre Spaltung in gut und böse notwendig für Entwicklung
  - Aufrichtung eines inneren guten Objekts als Kristallisationspunkt für ein kohärentes Ich
  - Idealisierung als Abwehr der paranoiden Ängste
- Scheitern der binären Spaltung als Folge von übermäßiger Aggression, Frustration, Neid → Verwirrtheitszustände
- Exzessive Spaltung → Fragmentierung und Desintegration
  - Pat. empfinden manifest keine Angst – Gefühle sind fragmentiert. Gefühl der Desintegriertheit bzw. Gefühlslosigkeit eigentlich ein Angstäquivalent.

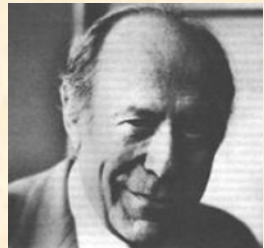
# Projektive Identifizierung



- Beständiger Kreislauf von Projektion und Introjektion ein notwendiger Bestandteil jeglicher Entwicklung. Introjektion des guten Objekts ist Voraussetzung für normale Ich-Entwicklung.
- Übermaß an Aggression/Destruktion erzwingt die Ausstoßung von Ich-Anteilen → Projektive Identifizierung
  - Entleerung und Schwächung des Ichs für weitere Entwicklungsaufgaben

# Funktionen der Projektiven Identifizierung

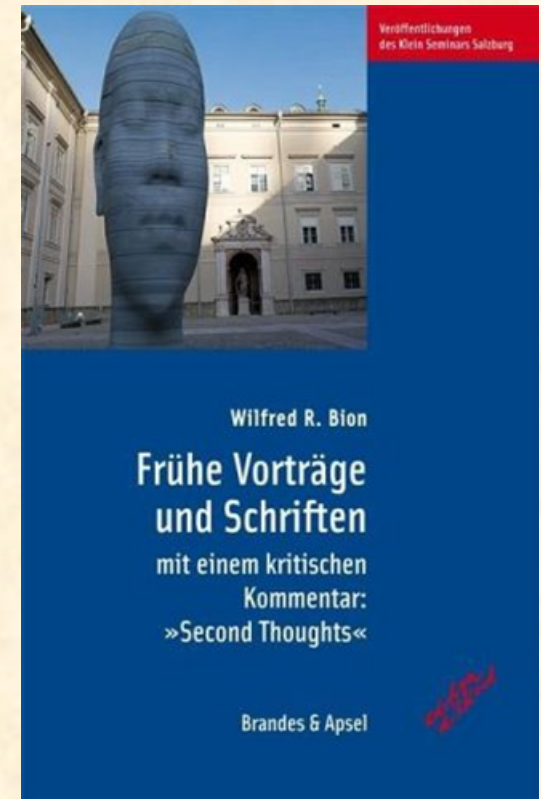
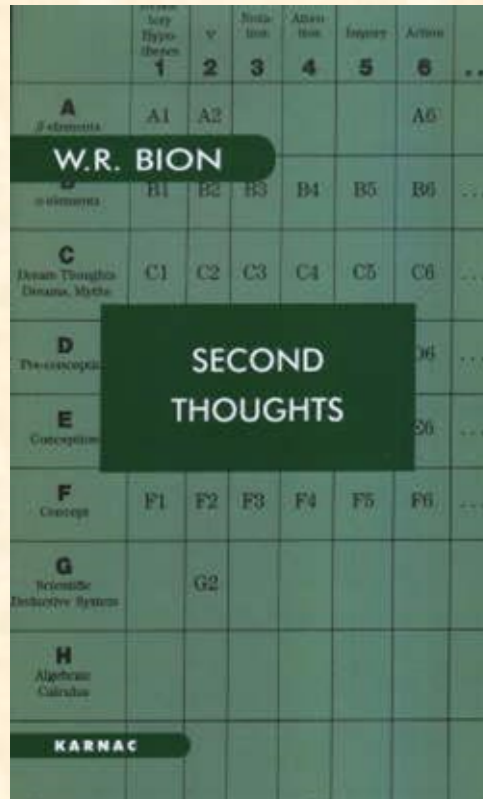
- **Ausstoßung:** unerträgliche innere Gefühle sollen ausgestoßen werden, Objekt soll dadurch angeeignet und kontrolliert werden.
  - **Kommunikation:** wenn Containment möglich ist, öffnet sich Weg für Transformation der unerträglichen Gefühle, sie können Bedeutung annehmen, an Bedrohlichkeit verlieren.
    - Wesentliche Voraussetzung: **Fähigkeit zu Containment auf Seiten des Analytikers:**
    - „Annehmen“ der PI notwendigerweise verknüpft mit **emotionaler Erfahrung auf Seiten des Analytikers;** andererseits keine vollständige Transformation, denn sonst als Analytiker unwirksam
- **Kommunikation und Ausstoßung können gleichzeitig bzw. alternierend zum Einsatz kommen – Unterscheidung essentiell!**



# PS $\leftrightarrow$ D

- Schrittweise Integration; Beziehung zu ganzem Objekt  $\rightarrow$  **depressive Position:**
  - Klein betont Wichtigkeit der realen, äußeren Mutter für Durcharbeitung der paranoiden Ängste
  - Notwendigkeit der Anerkennung der psychischen und äußeren Realität (Liebe und Hass gilt gleichem Objekt, Beziehung zwischen innerem und äußerem Objekt)
  - Zunahme an Schuldgefühl und Trauer
  - Hauptangst: Sorge um Objekt, das in PS beschädigt wurde
- Gefahr: zu starke Verfolgungsängste behindern Durcharbeitung von PS und beeinflussen D
- Regression auf PS bei Nichtaushalten der depressiven Ängste.
  - $\rightarrow$  Psychose als Abwehr depressiver Gefühle

# Wilfred Bion (1897 – 1979)



# Psychotischer und nicht-psychotischer Persönlichkeitsanteil



- Ausgangspunkt: katastrophische Ängste: Vernichtung, „nameless dread“
- Containment:
  - „Good enough“: ernste Situation
  - Mangelhaft: Katastrophe
- „Psychotische Disposition“:
  - (Konstitutionelle) Frustrationsintoleranz
  - Erhöhte Destruktivität („Hass auf die Realität“)

# Psychotischer Persönlichkeitsanteil



- Einsatz reiferer Abwehrmechanismen (Verdrängung) scheitert → Rückgriff auf primitivere Mechanismen:
  - kleinteilige Spaltung bzw. Fragmentierung
  - Ausstoßung bzw. projektive Identifizierung
- Angriff auf Wahrnehmungsapparat für innere und äußere Wirklichkeit
  - Das Bewusstsein für Sinneseindrücke, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Urteilsfällung und Denken wird in winzigste Teilchen fragmentiert und ausgestoßen → „bizarre Objekte“

# Psychotischer Persönlichkeitsanteil



- Omnipotenz und Allwissenheit
- Projektion bzw. projektive Identifizierung
- Verleugnung der inneren und äußeren Realität

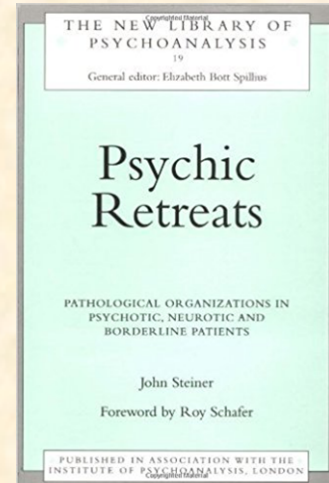


# Nicht-psychotischer Persönlichkeitsanteil

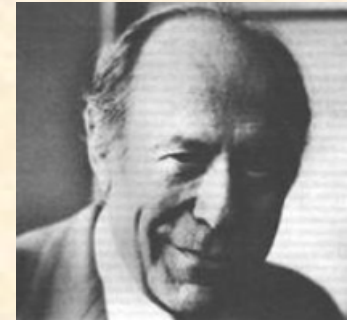
- Wahrt Kontakt mit Realität
- Keine Allmachtsgefühle
- Verspürt Bedürftigkeit nach hilfreichen Objekt
- Wahrnehmung der Ängste vor Vernichtung

# Psychotische Organisation

- „Die psychotische Organisation schützt den Patienten vor den Schrecken psychotischer Fragmentierung.“  
(Steiner 1993, 104)
- Wahnwelt als seelischer Rückzugsort
  - „Was wir für die Krankheitsproduktion halten, die Wahnbildung ist in Wirklichkeit der Heilungsversuch, die Rekonstruktion.“ (Freud 1911, 308)
- Oft jedoch hoher Preis: „Landverlust“, Entwicklungsstillstand, Omnipotente Isolation



# Psychotische Verführung



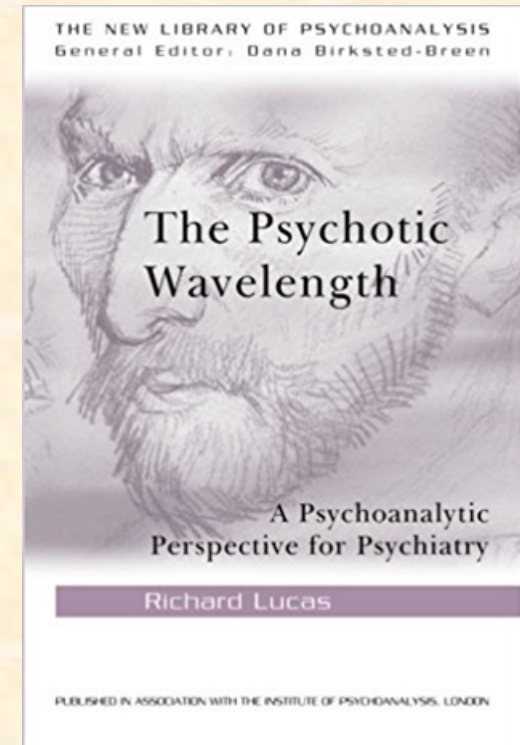
- Psychotischer Persönlichkeitsanteil tritt als wohlwollender Lebensretter auf
  - Verspricht Angst- und Schmerzlosigkeit innerhalb der Wahnwelt
- Nützt Propaganda und falsche Versprechungen, um nicht-psychotischen Anteil abhängig zu machen und in die Wahnstruktur zu locken und dort gefangen zu halten
  - Schnelle, ideale Lösungen werden propagiert → Sucht

# Psychotische Dynamik

- Grausam und unerbittlich gegenüber Infragestellung (innere Mafia): bis hin zu Suizid
- Nicht-psychotischer Persönlichkeitsanteil benötigt Unterstützung und Stärkung; Entschlossenheit gegenüber psychotischem Persönlichkeitsanteil
- Psychotische Organisation durch Behandler bedroht → Bekämpfung und Sabotage der Behandlung
  - NPPA oft in Analytiker projiziert
  - Umgekehrt: PPA in Analytiker untergebracht, Pat. muss sich vor verrücktem Analytiker schützen

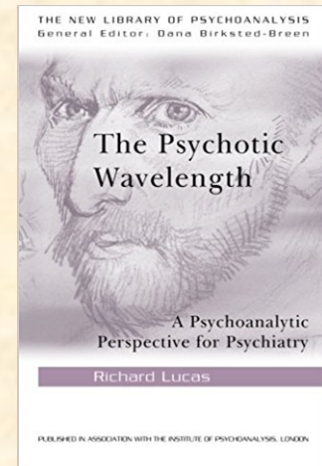
# Die psychotische Wellenlänge

- Zu jedem Moment muss man wissen, mit welchem Persönlichkeitsanteil man zu tun hat.
  - Einschwingen auf psychotische Wellenlänge notwendig.
- Rationalisierung und Verleugnung als häufigste psychotische Symptome
  - Scheinbar „vernünftige“ Präsentation verdeckt mörderische Frustrationsintoleranz des psychotischen Persönlichkeitsanteils.



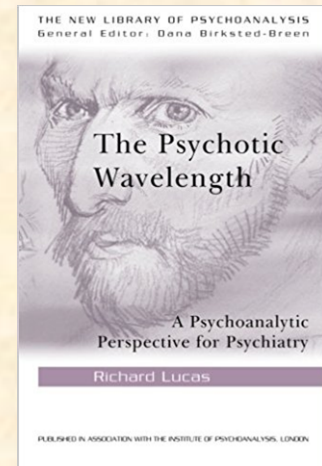
# Bedeutung der Gegenübertragung

- Vorrangiger Einsatz von projektiven Mechanismen in Psychose
- Verwirrung, Ängste auf Seiten der Betreuer
- Propaganda wird verwendet, um den anderen von der Rationalität des psychotischen PS zu überzeugen.
  - Betreuer sollen in psychotisches System hineingezogen werden
  - Anekdote Bions zu Hitlers Radio-Ansprachen

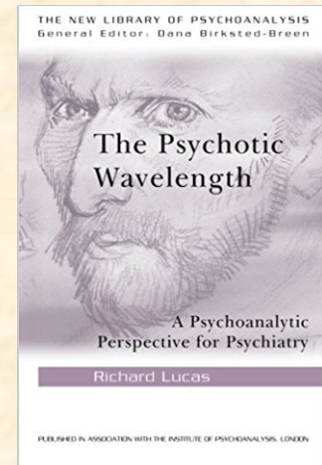


# Fallbeispiel – Frau B.

- Adoleszente schizophrene Pat.
- Stationäre Aufnahme: zurückgezogen, keine Hilfsappelle
- Überraschender Suizidversuch durch Springen aus dem Fenster bei Nachtausgang.
- Dann einmalig angsterfüllte Konsultation mit Psychiater und Wunsch nach erneuter stationärer Aufnahme.
- Auf der Station wiederum zurückgezogen und vage, so als ob nichts vorgefallen wäre.



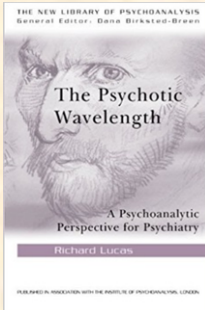
- Nach Bion: kein Suizidversuch aus Verzweiflung, sondern Mordanschlag
- Ein Teil fühlt sich emotional nicht bereit für eigenständiges Leben, braucht Hilfe, ist verängstigt; ein anderer – der psychotische PS – möchte diesen hilfsbedürftigen Anteil aus dem Weg schaffen
- Drastische Veränderung: der psychotische, destruktive Anteil der Pat. tritt deutlicher im Stationsgeschehen zu Tage: propagiert religiöse Überzeugungen und möchte statt Therapie auf Urlaub gehen.



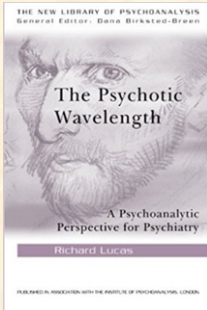


# Fallbeispiel - Herr K.

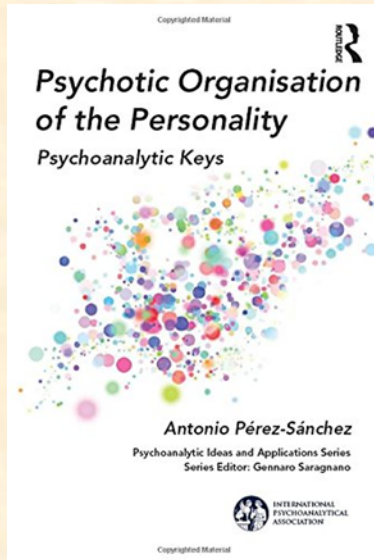
- Schizoaffektiver Patient; Diabetes
- Betreutes Wohnsetting: gut führbar, jedoch bei Absetzen der Medikamente oft sehr schwierig zu containen
- Zuletzt in Sitzung mit Psychologen entkleidet und Absetzen der antipsychotischen Medikation sowie unregelmäßiges Spritzen von Insulin.
- Bei Gespräch mit Arzt entspannt und gesprächig: Er verbringe seine Tage in der Bibliothek und hatte sich die ganze Nacht lang auf das Interview vorbereitet.
- Spricht viel über Jugend in Australien und über die Formen der Eukalyptus Blätter sowie über Erinnerungen an seine Mutter. Soweit habe er derzeit keine Probleme, außer dass sein Wecker gerade kaputt sei und er jemand benötige, der ihn in der Früh weckt.



- Interpretation entlang der Unterscheidung von psychotischem und nicht-psychotischem Persönlichkeitsanteil:
- Aktuell hat der psychotische Anteil übernommen: er sabotiert die psychologischen Sitzungen und setzt die Medikamente ab.
- Der psychotische Anteil hat sich die ganze Nacht lang wie ein Anwalt vorbereitet auf das Gespräch, um alle von seiner Unschuld zu überzeugen.
- Nicht-psychotischer Anteil mit Einsicht und Realitätsbezug zeigt sich in dem kaputten Wecker – er benötigt jemand, der ihn aus dem verleugnenden Schlummer aufweckt, da sonst der Rauswurf aus dem betreuten Wohnheim droht.

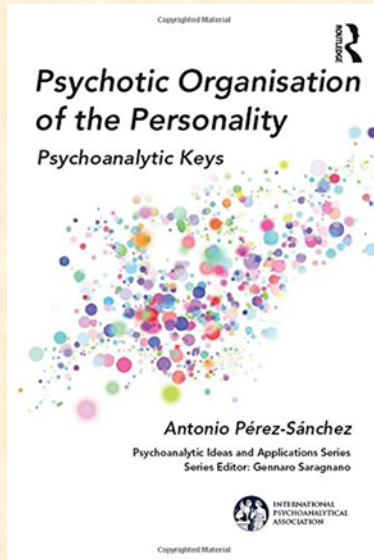


# Psychotische Persönlichkeitsorganisation



- **Universalität von psychotischen Ängsten:** quantitativer Aspekt entscheidend (intolerabel).
- **Psychischer Schmerz** als fundamentales Element der Persönlichkeit: größere bzw. geringere Toleranz sind mit den verschiedenen psychischen Störungen verknüpft.
  - Psychotische Abwehr gegen Wahrnehmung von Schmerz-auslösender Realität gerichtet – Erschaffung von Wahnwelten.
- **Ko-Existenz von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeitsanteilen (PPA & NPPA)** in jeglichem Subjekt.

# Psychotische Dynamik



- **Pathologische Spaltung:** Fragmentierung; „attacks on linking“
- **Exzessive projektive Identifizierung:** psychische Entleerung & anschließend pathologisches Wiederauffüllen (Wahn, bizarre Objekte):
  - Flucht vor Objekt, in den negative Selbstanteile projiziert wurden
  - Verschmelzung mit idealisiertem Objekt
- Normale Projektions- und Introjektionsmechanismen gestört. Introjektion erlebt als Anhäufung konkreter materieller Dinge: **reverse PI**.
- NPPA zunehmend marginalisiert – Kluft zwischen PPA und NPPA wird größer.

# Symbolisierungsstörungen



Unterscheidung zwischen Symbol und „symbolischer Gleichsetzung“:

Im ersten Fall *repräsentiert* das Symbol das Objekt, im anderen Fall *ist* es das Objekt.

Um ein sehr einfaches Beispiel von zwei Patienten zu geben: bei dem einen – den ich A nennen werde – handelte es sich um einen jungen Schizophrenen in einer psychiatrischen Klinik. Er wurde einmal von seinem Arzt gefragt, woran es läge, daß er seit seiner Krankheit aufgehört habe, Geige zu spielen. Ziemlich heftig antwortete er: „Warum? Soll ich vielleicht öffentlich masturbieren?“

Ein anderer Patient, B, träumte eines Nachts, daß er und ein junges Mädchen ein Violinduo spielten. Er hatte Assoziationen zum Geigenspiel, zum Masturbieren usw., aus denen klar hervorging, daß die Geige sein Genitale und das Spielen auf der Geige die Masturbationsphantasie von einer Beziehung mit dem Mädchen repräsentierte.

# Symbolische Gleichsetzung

- Melanie Klein: Betont Bedeutung der Angst für Symbolentwicklung (vgl. Jones: Lust). Bsp. Dick.
- Segal: Symbolbildung aufs engste mit Objektbeziehung verknüpft:
  - Anerkennung der Getrenntheit von Selbst und Objekt entscheidend für genuine Symbolbildung (i.e. Differenzierung von Symbol und Symbolisiertem)
  - Übermaß an Projektiver Identifizierung führt zu Nicht-Unterscheidbarkeit von Selbst und Objekt → Symbol, als Produkt des Ichs, wird mit Objekt vertauscht → konkretistischer Symbolgebrauch (symbolische Gleichsetzung)

# Symbolische Gleichsetzung

- Zusammenhang mit Trauer und depressiver Position:
  - Eigenständigkeit des Symbols nicht anerkannt. Symbolische Gleichsetzung soll Trauer und Verlust verleugnen (Objekt muss nicht aufgegeben werden)
  - Genuines Symbol wird durch Trauer erschaffen [vgl. „Das Wort ist der Tod des Dings“].
- Funktionen der Symbolverwendung
  - Angstbewältigung
  - Innere Kommunikation
  - Symbol als „Container“ für emotionale Erfahrungen
  - Wiedergutmachung

# Halluzinationen – Bions „bizarre Objekte“

- Hass auf die Realität → Angriff auf jenen Teil der Ichs, der mit Wahrnehmung verknüpft ist → kleinteilige Spaltung in Fragmente → Basis für spätere Symbolisierung bzw. Denkfähigkeit vernichtet.
- Die Fragmente (die eigenen Persönlichkeitsanteile) werden wiederum in Objekte projiziert, die dort dann eine eigenständige Existenz führen → bizarre Objekte.
  - Konglomerat aus realem Objekt und dem ausgestoßenen Persönlichkeitsanteil
- Beispiel: Grammophon
  - Sehen → Grammophon beobachtet ihn
  - Hören → Grammophon belauscht ihn

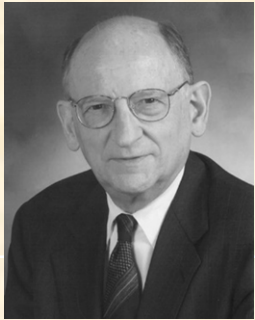




# Halluzinationen – Bions „bizarre Objekte“

- Persönlichkeitsanteile werden vom Objekt „überschwemmt“, sie werden konkret zum Ding, sie stehen nicht mehr als Grundlage für ein rudimentäres Denken zur Verfügung
- Hasserfüllte Angriffe schlagen in Verfolgungsgefühle um → Psychotiker fühlt sich von bizarren Objekten umringt
- In Analyse Versuch des Rückgewinns der derart verlorenen Objekte, um das Ich zu reparieren.
  - Müssen über denselben Weg zurückgewonnen werden, über den sie ursprünglich ausgestoßen wurden – dies wird wiederum als Angriff empfunden, sehr schmerzhafter Prozess der Re-Integration.

# Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg



	Neurotisch	Borderline	Psychotisch
Identität	Integriert	Identitätsdiffusion	Fragmentiert; keine klaren Selbst-/Objektgrenzen
Abwehrmechanismen	Reif: Verdrängung	Unreif: Spaltung, Idealisierung & Entwertung, PI	Unreif: Schutz vor Desintegration/Verschmelzung
Realitätsprüfung	Intakt	Intakt; unter Druck paranoide Reaktionen	Gestört

# Realitätsprüfung

- Wesentliche Funktion, die die Unterscheidung von psychotischem und nicht-psychotischem Funktionieren ermöglicht
- Fähigkeit, das Selbst von einem Nicht-Selbst zu unterscheiden, die intrapsychischen von externen Stimuli zu unterscheiden und Empathie für die alltägliche soziale Realität aufrechtzuerhalten.
- Realitätsprüfung muss von der Erfahrung der Realität und von der Beziehung zur Realität unterschieden werden.

# Realitätsprüfung II

- Verlust der Realitätsprüfung entspricht Verlust der Grenzen zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen (E. Jacobson)
  - (Wieder-)Verschmelzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen im Bereich idealisierter ebenso wie verfolgender internalisierter Objektbeziehungen
- DD: schwere Persönlichkeitsstörungen:
  - primitive Abwehrmechanismen (PI, Spaltung) aktiv, schneller Rollentausch
  - Deutung / Konfrontation führt zu Besserung / Wiederherstellung des Realitätsbezugs

# Störungsbilder mit PPO

- Manifeste psychotische Störung:
  - Schizophrenie, schwere psychotische Depressionen, manische Syndrome, paranoide Psychosen und medikamenteninduzierte Psychosen
- „Latente“ psychotische Störung:
  - Hypochondrie, körperdysmorphe Syndrome und schweren Fälle von Anorexia nervosa

# DD: Psychotische Übertragung / Übertragungspsychose / chronische Psychose

- Chronische Psychose: psychotisches Funktionieren innerhalb und außerhalb der Therapie
- Übertragungspsychose: Psychose, die eindeutig aus Übertragungsentwicklungen entsteht, aber nicht mittels Übertragungsdeutungen aufgelöst werden kann. Eventuell mit dem Ende der psychoanalytischen Behandlung auflösbar.
- Psychotische Übertragung: kann in der Übertragung behandelt werden und dehnt sich nicht auf das äußere Leben und die gesamten Lebenserfahrungen des Patienten aus.

**TABLE 1. Personality Structure, Transference, and Outcome**

<b>Personality Organization</b>	<b>Structural Interview</b>	<b>Psychoanalysis or Transference Focused Psychotherapy</b>	<b>Outcome</b>
Neurotic	Normal identity; excellent reality testing	No psychotic regression	Characterological improvement
Borderline	Identity diffusion; reality testing maintained but restricted	Possible psychotic transference	Probable resolution of identity diffusion, and excellent reality testing
Psychotic	Identity diffusion; loss of reality testing	Possible transference psychosis	Slow reduction of transference psychosis with treatment suspension
Chronic schizophrenia	Overtly positive and negative psychotic symptoms	Permanent psychotic transference and psychotic functioning in social reality	Improvement in social functioning