

Psychoanalytische Krankheitslehre

Herausgegeben von Wolfgang Mertens

Schwarz, Tabbert-Haugg,

Wendl-Kempmann,

Hering, Kapfhammer

Psychodynamik und Psychotherapie der Psychosen

Kohlhammer

Psychoanalytische Krankheitslehre

Herausgegeben von Wolfgang Mertens

- Will/Grabenstedt/Völkl/Banck
Depression

Frank Schwarz, Christine Tabbert-Haugg,
Gertrud Wendl-Kempmann, Wolfgang Hering,
Hans-Peter Kapfhammer

Psychodynamik und Psychotherapie der Psychosen

Verlag W. Kohlhammer

Die Autorinnen und Autoren

Dr. med. Frank Schwarz, Nervenarzt und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (DGPT, DPG, DAGG), Dozent und Lehranalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München, Leitung der Überregionalen Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie

Dr. med. Christine Tabbert-Haugg, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin (DGPT, DPG, DAGG), Leiterin der psychotherapeutischen und psychosozialen Beratungsstelle des Studentenwerks München, Dozentin und Lehranalytikerin der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München

Gertrud Wendl-Kempmann, Psychoanalytikerin (DGPT), Dozentin und Lehranalytikerin der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München

Dipl.-Psych. Wolfgang Hering, Psychoanalytiker (DGPT), Lehrbeauftragter der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München, Dozent der Überregionalen Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie, Supervisor und Psychologe in einem sozialpsychiatrischen Dienst

o. Univ. Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans-Peter Kapfhammer, Nervenarzt, Psychoanalytiker (DGPT), Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1. Auflage 2006

Alle Rechte vorbehalten

© 2006 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 3-17-017972-1

Inhalt

Vorwort	9
I Psychodynamische Grundlagen	11
1 Psychosentherapie – eine klinische Darstellung auf der Basis psychoanalytischen Verständnisses (Gertrud Wendl-Kempmann)	11
2 Psychodynamische Phänomenologie	19
2.1 Zur Phänomenologie psychotischer Zustände (Hans-Peter Kapfhammer)	19
2.1.1 Einleitung und Begriffsklärung.	19
2.1.2 Das psychodynamische Verständnis von Psychose	21
2.1.3 Zur Psychodynamik der klinischen Phänomenologie schizophrener Psychosen	23
2.1.3.1 Interpersonelle Bindungsschwäche und intrapsychisches Integrations- und Differenzierungsdefizit	27
2.1.3.2 Sensibilität gegenüber intensiven Reizen und Besonderheiten der Reizverarbeitung.	28
2.1.3.3 Mentaler Nihilismus	29
2.1.4 Zur Psychodynamik der akuten Dekompensation bei schizophrenen Psychosen	32
2.1.5 Zur Psychodynamik der klinischen Phänomenologie affektiver Psychosen	37
2.1.5.1 Zur Psychodynamik der depressiven Erkrankung.	39
2.1.5.2 Zur Psychodynamik der manischen Erkrankung	44
2.1.6 Zur Psychodynamik der klinischen Phänomenologie schizoaffektiver Psychosen.	46
2.2 Zur Psychodynamik der schizoaffektiven Psychose (Wolfgang Hering)	50
2.2.1 Einleitung und Begriffsklärung.	50
2.2.2 Die „lauernde“ Fragmentierung des Selbst	51
2.2.3 Schizoaffektive Symptomoszillation	54
2.2.4 Das psychotische und intakte Selbst und die Dynamik der Affekte in der schizoaffektiven Psychose	56
2.2.5 Das schizoaffektive Dilemma	61
2.2.6 Zusammenfassende und ergänzende Anmerkungen	66

2.3	Zum Problem von Konfliktlösungsmodellen bei Psychosepatienten (Gertrud Wendl-Kempmann)	68
2.3.1	Der Begriff der Ambivalenz	68
2.3.2	Intrapsychische Konflikte	69
2.3.3	Interpsychische Konflikte	71
2.3.4	Mischformen intra- und interpsychischer Konflikte.	75
2.3.5	Lösungsmodelle von Gesunden und Kranken	79
2.4	Entstehung und Behandlung von Psychosen unter dem Aspekt spezifischer Reifungsdefizite (Gertrud Wendl-Kempmann)	81
2.4.1	Zur Nicht-Integration von Über-Ich- und Es-Anteilen	82
2.4.2	Zur Nicht-Integration von narzisstischen Anteilen	85
2.4.3	Zur Nicht-Integration von Selbst- und Fremdanteilen	86
2.5	Interpersonelles Verhalten (Frank Schwarz).	91
3	Häufigkeit und Verlauf (Frank Schwarz).	94
3.1	Globale Resultate, Geschlechts-, Altersverteilung und Verlaufsformen	94
3.2	Psychodynamischer Exkurs über Geschlechtsunterschiede bei psychotischen Störungen	98
4	Diagnose und Differentialdiagnose (Hans-Peter Kapfhammer) .	105
4.1	Diagnose und Differentialdiagnose schizophrener Psychosen . .	106
4.1.1	Psychodynamische Aspekte der Diagnostik bei schizophrenen Psychosen	109
4.2	Diagnose und Differentialdiagnose der schizoauffektiven Psychose	111
4.2.1	Psychodynamische Aspekte der Diagnostik bei schizoauffektiven Psychosen.	112
4.3	Diagnose und Differentialdiagnose bei affektiven Psychosen. . .	112
4.3.1	Psychodynamische Aspekte der Diagnostik bei affektiven Psychosen	117
5	Ätiologie	120
5.1	Zur Entwicklungspsychologie psychopathischer Zustände (Hans-Peter Kapfhammer).	120
5.1.1	Einleitung	120
5.1.2	Zur Entwicklungspsychologie schizophrener Psychosen	121
5.1.2.1	Der Einfluss einer besonderen neurobiologischen Vulnerabilität auf die Gestaltung früher Beziehungserfahrungen	121
5.1.2.2	Der Einfluss späterer Entwicklungsabschnitte in der Individualentwicklung sowie der besonderen Familienrealität auf die schizophrene Vulnerabilität.	125
5.1.3	Zur Entwicklungspsychologie affektiver Psychosen	131
5.1.3.1	Affektive Vulnerabilität als Ergebnis gestörter früher Interaktionsprozesse	131
5.1.3.2	Einflüsse aus späteren Entwicklungsabschnitten auf die affektive Vulnerabilität.	137
5.2	Familiendynamische Aspekte (Frank Schwarz)	147

II Behandlungstechnik	153
1 Behandlungstechnische Aspekte – Einleitung (Frank Schwarz) .	153
2 Therapieindikation (Frank Schwarz)	154
3 Spezifisches Beziehungserleben als Grundlage therapeutischen Handelns	156
3.1 Inszenierungen bei ersten Begegnungen – Das psycho- analytische Erstinterview als riskante Schwellensituation für einen psychotischen Menschen (Christine Tabbert-Haugg)	156
3.1.1 Beispiele für Erstkontakte	159
3.1.2 Betroffene Angehörige und das Erstgespräch	179
3.2 Krisen und Verstrickungen bei der psychoanalytischen Langzeittherapie eines Patienten mit einer schizophrenen Psychose (Frank Schwarz)	184
3.3 Zuspitzung der Übertragungspsychose und kritische Wende in der psychoanalytischen Langzeitbehandlung bei einem an einer schizophrenen Psychose erkrankten Patienten (Frank Schwarz)	199
3.4 Zur Behandlungstechnik bei schizoaffektiven Psychosen am Beispiel eines Therapieverlaufs (Wolfgang Hering)	209
3.5 Grandiosität versus Wertlosigkeit und Schuld – Bericht über den Verlauf der analytischen Psychotherapie bei einem Patienten mit manisch-depressiver Psychose (Frank Schwarz)	229
3.6 Reflexionen über die psychoanalytische Behandlung von Psychosepatienten anhand von konkreten Fallvignetten (Gertrud Wendl-Kempmann)	238
3.6.1 Fallvignetten	238
3.6.2 Zusammenfassung	257
3.6.3 Psychosepatienten und „ihre Bilder“	258
3.7 Psychose und Traum (Gertrud Wendl-Kempmann)	262
3.8 Psychosentherapie unter dem Aspekt unterschiedlich erlebter Spannungsbögen (Gertrud Wendl-Kempmann)	274
3.9 Psychodynamik der Medikation in psychotischen Zuständen (Hans-Peter Kapfhammer)	283
3.9.1 Einleitung	283
3.9.2 Allgemeine Aspekte der Psychodynamik von Medikamenten . .	285
3.9.3 Zur Psychodynamik der Medikation bei schizophrenen Psychosen	286
3.9.4 Zur Psychodynamik der Medikation bei affektiven Psychosen .	290
3.9.4.1 Depressive Störungen	290
3.9.4.2 Manische Psychosen	297
3.9.5 Psychodynamische Aspekte einer Kombination von Pharmako- therapie und Psychotherapie im Mehrtherapeutenfeld	299

4	Zusammenfassende Bemerkungen zu Übertragung und Gegenübertragung bei der analytischen Psychotherapie von psychotischen Patienten (Christine Tabbert-Haugg und Frank Schwarz)	301
5	Forschungsaspekte und Behandlungsergebnisse (Frank Schwarz)	309
	Literatur	317
	Stichwortverzeichnis	335

Vorwort

Dieses, von zwei Autorinnen und drei Autoren gemeinsam konzipierte Buch enthält in seinem Ansatz – durch die jeweiligen persönlichen Beiträge geprägt – unterschiedliche Ausführungen zum Thema des derzeitigen Verständnisses von analytischer Psychosentherapie. Unsere Gemeinsamkeit besteht in der psychoanalytischen Haltung gegenüber Patienten, wie sie in den anerkannten Weiterbildungsinstituten der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), der wir als Mitglieder der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München angehören, gelehrt und klinisch angewandt wird. Wir sind im Rahmen der Akademie in der Lehre tätig (drei von uns als LehranalytikerInnen und DozentInnen; Frank Schwarz, Christine Tabbert-Haugg, Gertrud Wendl-Kempmann). Zwei von uns (Wolfgang Hering, Frank Schwarz) sind außerdem Dozenten der ebenfalls der Akademie angegliederten Überregionalen Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie, in der neben der Weiterbildung ein intensiver Austausch über therapeutische Erfahrungen und theoretische Konzepte zwischen Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie mit Gastreferenten aus anderen Ländern stattfindet. Hans-Peter Kapfhammer ist Lehrstuhlinhaber im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie.

Einige Kapitel setzen sich schwerpunktmäßig mit dem theoretischen Verständnis und der einschlägigen Literatur auseinander. Andere Beiträge haben vorwiegend die langjährige klinische Erfahrung mit psychotischen Patienten, einschließlich der Supervisionstätigkeit, die wir alle praktizieren, zum Inhalt. Wir stellen dabei den Umgang mit den schweren psychotischen Ängsten von Menschen dar, die sich einerseits nahe grenzenlos in Kontakt begeben wollen und andererseits vor jeglicher Berührung mit einem bedeutsamen Anderen zurückschrecken bzw. in diesem Dilemma erstarrt sind. Der Erfahrungsschatz, die Belastbarkeit und das klinische wie psychodynamische Wissen sind dabei unerlässlich und es bedarf einer sorgfältigen Gegenübertragungsanalyse, um in den ständig drohenden Verstrickungen und projektiven Identifizierungsvorgängen nicht verloren zu gehen bzw. reflexiv in Bewegung zu bleiben.

Wir zeigen unsere Arbeitsweise konkret und anschaulich an vielen lebendigen Fallbeispielen und fokussieren therapeutische Erstbegegnungen mit psychotischen Menschen, stellen Anfangsphasen von Behandlungen und Langzeitverläufe vor. Konkrete Dialoge zwischen Analytiker und Patient und welche Heilungsschritte sich daraus ergeben, sind uns ein wichtiges Anliegen.

Wenn Psychoanalyse als ein Weg zu sich selbst verstanden werden kann, dann ist auch unsere subjektiv immer etwas unterschiedliche Arbeitsweise die Folge dieses eingeschlagenen Weges. Um einem Irrtum vorzubeugen: „Ein Weg zu sich selbst“ ist nicht als zunehmender Ausschluss der Beziehung zu den Mitmenschen und zur

Umwelt zu verstehen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Möglichkeit, sich auf andere Menschen und objektiv gegebene Situationen einzulassen, entwickelt sich erst zunehmend in dem Maße, in dem für den Betreffenden gleichzeitig die Sicherheit entsteht, dass er sich in der Beziehung zu seinen Mitmenschen nicht selbst und seine Grenzen verlieren muss. Erst dann kann er sich als eigenständigen Menschen erleben, eingebunden in sein soziales Umfeld.

Ein Weg zu sich selbst, unter ständiger Einbeziehung der Mitwelt, ist u. a. auch das Prinzip, mit dem wir dieses Buch konzipieren. Jeder Autor ist für die Sichtweise seiner Beiträge allein verantwortlich. Die Beiträge sind aber aufeinander bezogen und inhaltlich in kritischer und kreativer Auseinandersetzung entstanden.

Wir hoffen, dass unser Ansatz in dem Buch in diesem Sinn wahrgenommen und verstanden werden kann. Wir fühlen uns einerseits im persönlichen Beitrag für die eigene Position zuständig und sind andererseits durch die interaktive und sich wechselseitig ergänzende Gruppenarbeit aufeinander bezogen.

Wolfgang Hering, Hans-Peter Kapfhammer,
Frank Schwarz, Christine Tabbert-Haugg,
Gertrud Wendl-Kempmann

I Psychodynamische Grundlagen

1 Psychosentherapie – eine klinische Darstellung auf der Basis psychoanalytischen Verständnisses

Gertrud Wendl-Kempmann

Die Entstehung von Psychosen und damit auch die Therapie dieser Erkrankung wird derzeit noch kontrovers diskutiert. Ich nehme an, dass weitere Forschungsergebnisse nicht zu einer Vereinheitlichung der Therapie führen werden. Im besten Fall wird es ein Einverständnis darüber geben, dass die Verschiedenheit unserer Patienten und unser eigener Hintergrund sowie die Einmaligkeit jeder Situation zwischen Patient und Therapeut uns zu immer differenzierterer Vorgehensweise veranlassen muss. Auch was sich für einen Patienten als hilfreich erweist, nützt dem anderen manchmal nichts, weil er trotz gleicher Diagnose ganz anderen Bedingungen für seine Heilung unterworfen ist. Deshalb werde ich hier jeweils möglichst nahe am konkreten Beispiel bleibend, meine Arbeit mit Patienten veranschaulichen. Diese Bereitschaft zur Einmaligkeit und damit zur größtmöglichen Differenzierung gehört meiner Erfahrung nach wesentlich zum psychoanalytischen Verständnis von Erkrankung und Heilung, besonders auch bei Psychosepatienten.

In diesem Beitrag werde ich zunächst anhand kurzer Ausschnitte aus drei aufeinander folgenden Therapiestunden und einer etwas späteren Sitzung anschaulich werden lassen, wie ich in einem konkreten Fall die Psychodynamik der Psychose verstanden habe und welche therapeutischen Schritte mir demzufolge durch meine Interventionen angemessen erschienen.

Vorgeschichte

Zunächst zur Vorgeschichte des Falles, aus dem ich kurze Behandlungsausschnitte wiedergeben werde:

Die Patientin, eine ledige 45-jährige Journalistin aus Belgien (Muttersprache Französisch), kam nach einer schweren akuten Psychose mit längerem stationären Aufenthalt zu mir in ambulante psychoanalytische Behandlung. Aufgewachsen als die Älteste von vier Geschwistern, war sie von frühester Kindheit an daran gewöhnt, für alles verantwortlich gemacht zu werden. Auch die „Fehler“ der Geschwister hatte sie als Älteste und damit „Vernünftige“ weitgehend zu verant-

worten. Sie wurde gelobt, wenn alles reibungslos verlief, bestraft mit Beziehungssabbruch („Ich spreche nicht mehr mit dir“), wenn sie es nicht schaffte, elterliche Erwartungen zu erfüllen. Ihre eigenen kindlichen Bedürfnisse blieben so nahezu vollständig übersehen und unbeantwortet.

Als die Patientin zu mir in die ambulante Behandlung kam, stand sie immer noch unter sehr starkem Druck. Sie wusste sicher: „Ich muss meine Mutter töten“. Aber zwischendurch kam dann der andere Gedanke: „Ich will keine Mörderin sein“. Der Auftrag, die Mutter zu töten, wurde zeitweise so zwingend, dass die Patientin sicher war, sie würde ihn schließlich doch ausführen, um allein schon dem unerträglichen Druck zu entkommen.

Diese Gedanken begleiteten zwei Bilder: ein großes Bild von der erschlagenen Mutter, neben der die Patientin selbst „wie Jeanne d'Arc“ als Siegerin stand und ein anderes, kleineres Bild, auf dem die Patientin allein zu sehen war. „Irgendwie war ich auf dem zweiten Bild mit mir selbst zufrieden, aber ich war ganz allein. Es gab sonst keinen Menschen mehr.“ Sie fügte hinzu: „Und die Bilder hatten Rahmen, richtige Bilderrahmen.“ Die Patientin wusste, dass sie mit keinem Menschen über diese Bilder sprechen könnte. Schon der Gedanke an ein Gespräch über die Bilder verursachte ihr körperliche Übelkeit. Als sie mir dann bereits in der ersten Stunde von den Bildern berichtete, wunderte sie sich, dass diese Mitteilung doch aushaltbar war.

Mein vorrangiges Interesse gilt der praktischen Arbeit. Meine Absicht, diese einfache praktische Arbeit unter gleichzeitiger Wahrung größtmöglicher Differenzierung in der aktuellen Behandlungssituation darzustellen, veranlasste mich, die Form der kurzen Verbatim-Protokolle zu wählen.

Erste Stunde

Zuerst nun ein Ausschnitt aus der ersten ambulanten Therapiestunde nach ihrer manifesten Psychose, den ich dann sowohl bezüglich meines Verständnisses von dieser Psychose als auch auf meine Vorgehensweise hin kommentieren werde.

Die Patienten aus den Falldarstellungen sind so weit anonymisiert, dass sie für Außenstehende nicht erkennbar sind. Die kurzen Behandlungsausschnitte wurden von mir jeweils nach Stundenende in der hier wiedergegebenen wörtlichen Rede aufgezeichnet.

Patientin: „In meiner Psychose hatte ich ja den Auftrag, meine Mutter umzubringen. Aber ich wollte keine Mörderin sein. Der Arzt in der Klinik dachte, das sei jetzt ganz weg. Aber er konnte es ja nicht wissen, dass der Auftrag doch immer wieder kommt.“

Ich: „Das ist ein Auftrag, den Sie ausführen müssen?“

Patientin: „Ja. Weil von meiner Mutter Strahlen ausgehen, mit denen sie alles zerstört. Das musste ich verhindern.“

Ich: „Gefährliche Strahlen, die auch Sie zerstört hätten?“

Patientin: „Nicht nur mich. Wie weit sich die Kreise der Zerstörung ausdehnten, das wechselte. Manchmal war es die Zerstörung der ganzen Welt. Deshalb hatte ich ja den Auftrag, die Mutter zu töten.“

Ich: „Das war eine furchtbare Situation: Ein Auftrag, der zur Rettung der Welt führen sollte, aber gleichzeitig enthielt, dass Sie etwas tun muss-

- ten, was Sie nicht wollten, nämlich selbst zur Mörderin zu werden. Ich kann mir vorstellen, was das für einen Druck für Sie bedeutete.“
- Patientin: „Und es wurde dann von Tag zu Tag schlimmer. Ich konnte überhaupt nicht mehr schlafen. Die Gedanken gingen immer im Kreis. Ich konnte das Denken nicht mehr aufhalten. Ich hatte keine Waffe und wie sollte ich dann ...? Zu den immer gleichen Gedanken gehört auch, dass es am besten wäre, wenn ich auch über die tödlichen Strahlen verfügen könnte wie sie. Dann hätte ihr Tod gestimmt. Und dann habe ich keinen Tag länger ausgehalten. Eine Freundin hat mich in die Klinik begleitet. Und immer gleichzeitig war: Ich will meine Mutter nicht töten, aber ich muss. Ohne den Auftrag hätte ich es auch nicht getan.“
- Ich: „Woher kommt der Auftrag?“
- Patientin: „Wenn ich an Gott glauben würde, würde ich sagen: von ihm.“
- Ich: „Er will die Menschheit durch Sie gegen Ihre Mutter retten lassen?“

Und nun meine Überlegungen zu dem hier dargestellten Ausschnitt des Therapieverlaufs: In dieser ersten ambulanten Stunde berichtete die Patientin von einer der schlimmsten Ängste, die sie in ihrer Psychose durchmachen musste und unter denen sie ab und zu jetzt noch litt. Sie ist dann davon überzeugt, dass von ihrer Mutter zerstörerische Strahlen ausgehen, Strahlen, die die ganze Welt vernichten können. Die destruktive Macht der Mutter soll durch die Patientin in Schach gehalten werden. Das kann nur durch eine genauso destruktive Gegenreaktion bewirkt werden. Ich war später froh, dass ich zu dem Zeitpunkt intuitiv gebremst war, die hinter dem „Auftrag“ zum Muttermord spürbare eigene Aggressivität der Patientin ihrer Mutter gegenüber anzusprechen. Es gab eben beide Bilder: das Bild der Siegerin Jeanne d'Arc, die den Auftrag erfüllt hat und das Bild der Patientin, die auf diesen Sieg über die Mutter verzichten will. Wichtig war der Patientin, dass die Bilder Rahmen hatten, dass sie also in sich geschlossen und nach außen abgesichert und isoliert waren. Die in den Bildern enthaltene Ambivalenz (töten oder nicht töten) war zu der Zeit, so nahe an der Psychose, noch nicht durch eine eigene Entscheidung auflösbar. Eine solche Entscheidung würde ein Minimum an Selbstbesetzung und Eigenständigkeit voraussetzen. Zu beidem war die Patientin nicht fähig. So brauchte sie ihren ambivalenten Zustand noch als beruhigenden Schutz. Sie verlangte zu der Zeit auch von sich selbst noch keine Entscheidung.

Die beiden Bilder hielten sich insofern die Waage, als der Muttermord nur etwas abgemildert, als Auftrag, zugelassen war. Diese Art der Polarisierung entsprach der psychischen Spannkraft der Patientin. Wenn ich damals schon die unter dem Auftrag liegende eigene Aggressivität der Patientin aufgedeckt hätte, wäre die Balance der Waage gestört worden. Durch das Aufgreifen jeweils eines Pols der Ambivalenz (töten oder nicht töten) hätte sich die Patientin in jedem Fall missverstanden gefühlt. Das zweite Bild bekam später (siehe eine spätere Sitzung) die gefährliche Variante der Autoaggression (Suizid), die nur deshalb nicht zur endgültigen Ausführung kam, weil sich die Patientin an mich erinnerte und mit mir „vorher“ noch einmal sprechen wollte. Dies war wohl nur möglich gewesen, da sie sich bisher von mir verstanden gefühlt hatte. Ohne diese Voraussetzung, die eine weitgehend gesicherte Beziehung zwischen uns zur Folge hatte, wäre bei dem Zustand dieser Patientin eine ambulante Behandlung nicht zu verantworten gewesen.

Zusätzlich zu dem Grübelzwang über das ausweglose Dilemma (töten oder nicht töten?) kam noch der sich auch zwanghaft wiederholende Gedankenablauf

über die ungelöste Art der Tötung. Wenn die Patientin die gleiche Art der Strahlung gehabt hätte wie ihre Mutter, hätte für sie der Tod der Mutter „gestimmt“. Die Macht der Mutter war also für die Patientin sowohl begehrenswert als auch wegen der Fremdbestimmung, nämlich „des Auftrags“, unbedingt zu bekämpfen. Dieses Thema wird in dem folgenden Stundenausschnitt aufgegriffen.

In dieser ersten Stunde gehe ich nur mit, begleite die Patientin in ihrem Erleben, denn für mich ist spürbar, wie sie auch jetzt noch im Abstand unter dem Eindruck des psychotischen Erlebens steht und leidet. Mir war wichtig, sie damit nicht allein zu lassen.

Zweite Stunde

Die zweite Stunde beginnt mit einer Überlegung der Patientin.

Patientin: „Ich habe die ganze Zeit darüber nachgedacht, warum ich in der Psychose so überzeugt war, dass ich den Auftrag von Gott bekommen habe. Ich bin wirklich nicht religiös. Oder glauben Sie, dass ich im Unbewussten vielleicht doch an Gott glaube?“

Ich: „Das weiß ich nicht. Aber dass dieser Auftraggeber jemand sein musste, dem Sie viel Macht und die Berechtigung zugestehen, Ihnen einen solchen Auftrag zu geben, sogar wenn Ihr eigenes Gefühl eindeutig dagegen steht, ich glaube, das können wir daran schon erkennen.“

Patientin: „Diese Macht hatten meine Eltern immer. Meine Mutter hat sie immer noch.“

Ich: „Sie meinen, das läge an der Macht, die Ihre Mutter von sich aus hat und nicht an der Macht, die Sie ihr geben? Wenn Sie die Macht abgeben, wenn Ihre Mutter für Sie verantwortlich bleibt, können Sie nicht schuldig werden. So könnte verhindert werden, dass Sie sich schuldig fühlen müssen.“

Patientin: (Nach längerer Pause) „Ach so.“

Ich: „In der Psychose war die Macht bei Gott. Sie wären da in Ihrer Rolle als Auftragsempfängerin auch beinahe unschuldig geblieben. Mit der Verschiebung der Macht hat es aber doch nicht ganz geklappt. Sie wussten zwischendurch immer, dass sie nicht zur Mörderin Ihrer Mutter werden wollten.“

Patientin: „Und wie kriege ich die Macht zurück?“

Ich: „Auch das weiß ich nicht. Aber ich glaube, dass Sie durch das Abgeben der Macht daran beteiligt waren, so einen Auftrag bekommen zu können und ihn dann ausführen zu müssen.“

Patientin: „Ja.“

Ich: (Kleine Pause) „Und wenn Sie Ihre Möglichkeit zur Selbstbestimmung so an die Mutter abgegeben haben, dann bekam Ihre Mutter wohl damit auch die Macht, mit Strahlen die Umgebung zu zerstören.“

Patientin: „Sie hätte die Strahlen ja auch für etwas Gutes einsetzen können.“

Ich: „Wünschbar wäre es gewesen.“

Patientin: (Pause) „Ich war ja auch nicht frei. Der Auftrag quälte mich.“

Nun wieder meine Überlegungen zu diesem kleinen Ausschnitt: Die Patientin bleibt bei ihrem Thema. Sie will ihren Zustand während der Psychose verstehen. Wer darf ihr Auftraggeber sein und warum? Unbewusst hatte sie sich wohl schon lange entschlossen, sich wegen der unentrinnbaren Beschuldigungen in ihrer Kindheit durch die Delegation von Macht eine Erleichterung zu verschaffen. Sie blieb Auftragsempfängerin. Dieser Zustand steigerte sich bis in psychotisches Erleben.

Die Patientin glaubt, sie müsse die gleiche Macht (Strahlkraft) haben wie ihre Mutter, nur so würde die Tötung gelingen und „stimmen“. Dieser Gedanke enthält gewissermaßen eine Teilberechtigung insofern, als die Patientin in die ihr als eigenständigem Menschen zustehende Macht, für sich einzutreten, die konstruktive Aggressivität zurückgewinnen müsste. Dass sie als Kind unter den Umständen ihrer Genese nicht dazu in der Lage war, diese gesunde Kraft organisch zu entwickeln, ist nachvollziehbar. Bei ihrer Mutter gab es der Tochter gegenüber keine Trennung zwischen einer konstruktiven und einer destruktiven Form von Machtgebrauch. Die Ausstrahlung der Mutter griff in ihren zwingenden Erwartungen immer schonungslos auf die Tochter über und das Prinzip des Übergriffs enthält die Destruktivität. Erst, wenn die Patientin eine solche Trennung als tragenden und verpflichtenden Wert erleben kann und demzufolge selbst nicht mehr anders handeln möchte, ist der Konflikt in ihr selbst und dann auch in ihrer Beziehung zu ihrer Mutter wirklich auflösbar.

Meiner Erfahrung nach dauert die Verarbeitung einer solchen unbewussten Koppelung von konstruktiver und destruktiver Aggressivität oft lang. Ein auf diesem Weg der Verarbeitung liegender enttäuschender Zwischenschritt heißt: „Wenn ich für mich eintrete, das hilft mir gar nichts. Da ändern sich die anderen kein bisschen.“ In diesem Fall ist die Erwartung, dass durch eine Selbstbesetzung die erwünschte Veränderung des Mitmenschen erzwungen werden könnte, noch wirksam. Es heißt dann „Wenn ich mich ändere (durch Selbstbesetzung) muss ich damit die Macht erhalten, dass du dich in meinem Sinn veränderst.“ Die Zäsur zwischen konstruktiver, sich also selbst bestimmender Aggression und destruktiver, übergreifend die Mitmenschen zwingender, also destruktiver Aggression, ist bei der hier beschriebenen Erwartung noch nicht wirksam geworden. Mit dieser ungelösten Problematik hatte es die hier vorgestellte Patientin in besonders krasser Weise zu tun.

Dritte Stunde

Patientin: „Mir geht die letzte Stunde wieder so nach. Wir haben von der Verschiebung der Macht auf meine Mutter gesprochen. Meinen Sie, dass ich deshalb auch glaubte, meine Mutter umbringen zu müssen?“

Ich: „So lange Sie noch nicht spüren, wie Sie sonst Ihre eigene Macht zurückgewinnen könnten, liegt diese Lösung, der Tod der Mutter, nahe.“

Patientin: „Aber ich wollte das doch nicht.“

Ich: „Ja, aber Sie würden Ihre eigene Entscheidungsfähigkeit gewissermaßen „erben“, weil eine tote Mutter sie nicht mehr festhalten kann. Nur wäre Ihre Abhängigkeit von der Mutter damit noch nicht gelöst. Die Abhängigkeit bestünde weiter darin, dass die Mutter sterben müsste.“

Es folgt eine lange Pause. Dann höre ich, wie die Patientin, offenbar in tief regressivem Zustand auf Französisch, ihrer Muttersprache, sagt: „Mais tant que tu es vivant, je ne le peux pas. Ce n'est pas si facile. On ne peut pas exiger ça de moi.“

Übersetzt: „Aber so lange Du lebst, kann ich das nicht. Das ist nicht so leicht. Das kann man nicht einfach von mir verlangen.“

Ich bin sehr bewegt von diesem kurzen Wechsel in die Sprache der Kindheit. Sie redet ihre Mutter direkt an. Ich verhalte mich still. Auch später habe ich die Patientin nicht auf diesen Vorgang aufmerksam gemacht. Es reichte mir, dass ich sie sowohl sprachlich wie auch inhaltlich verstanden hatte, inhaltlich auch insofern, als ich merkte, dass sie sich gegen einen neuen Auftrag („Das kann man nicht von mir verlangen“) wehrte. Eindrucksvoll war auch zu sehen, dass der unbewusste Anteil der Patientin noch in der irrealen Erlebnisweise gefangen war. Die ungelöste Dynamik zwischen der Patientin und ihrer Mutter hatte also noch Bestand. Diese Dynamik lebte in Tiefenschichten weiter und drängte bei ungenügendem Verdrängungsschutz nach oben bis zu manifest psychotischem Erleben.

Es gab noch einen tief sitzenden Grund, die an die Mutter abgegebene Macht nicht zurücknehmen zu wollen. Unbewusst war an diese Macht die Kraft geknüpft, mit der Ausstrahlung (den Strahlen) der Mutter die Umgebung töten zu können. Die frühe Beziehung der Mutter zur Patientin enthielt gewissermaßen die radikale „Tötung“ der Eigenimpulse dieser Tochter. Die differenzierte Bearbeitung dieser ambivalent erlebten Zusammenhänge erfolgte erst in späteren Stunden.

Nach einer Pause von ca. 10 Minuten sagte die Patientin mit wieder normaler Stimme auf Deutsch,

Patientin: „Das leuchtet mir schon sehr ein. Das stimmt wahrscheinlich, was Sie sagen. Aber woher wissen Sie das?“

Ich: „Sie meinen, wer mir das gesagt hat? Wessen Weisung ich da übernehme? Mit dieser Frage hat sich etwas in Ihnen verändert. Sie übernehmen auch von mir nicht mehr ganz fraglos. Das Übernehmen eines Auftrags ist dann auch nicht mehr selbstverständlich.“

Eine spätere Sitzung

Einige Sitzungen später kommt die Patientin sehr bedrückt in die Stunde.

Patientin: „Ich wohne im Dachgeschoss im sechsten Stockwerk. Ich merkte auf einmal, dass ich im Nachthemd und barfuß aus dem Fenster gestiegen war. Fast eine Stunde lang stand ich in der Dachrinne. Ich wusste, ich sollte hinunterspringen. Es war wieder ein Auftrag.“ (Sie weint.)

Ich: „Ich stelle mir gerade vor, wie das war: Sie klettern durch das enge Fenster, das Dach ist schräg, Sie halten sich an den Dachplatten fest, für die Füße ist nur ganz wenig Platz in der Dachrinne, und dann kommt immer wieder dieser Impuls zu springen. Dabei war die ganze Zeit die furchtbare Angst.“

Patientin: „Ja, genau so war es.“

Ich: „Neulich sagten Sie noch, solche Impulse, sich selbst umbringen zu müssen, hätten sie nicht.“

- Patientin: „Habe ich auch nicht. Es war doch wieder der Auftrag (sie weint wieder verzweifelt). Ich habe so gefroren und dachte immer wieder, wenn ich da unten tot bin, friere ich auch nicht mehr.“
- Ich: „Dann frieren Sie nicht mehr. Aber andere Möglichkeiten, die Sie jetzt in Ihrem Leben haben, wo Sie nicht gesprungen sind, die hätten Sie auch nicht mehr gehabt.“
- Patientin: „Das habe ich ja dann auch gedacht. Ich dachte an Sie, und dass ich doch erst noch einmal mit Ihnen sprechen will. Dann bin ich wieder in mein Bett gegangen.“

Nach einem längeren Dialog, der der Verarbeitung der Ängste diente, die die Patientin in der Nacht durchgestanden hatte, sage ich:

- Ich: „Sie folgten dem Auftrag bis zur Dachrinne.“
- Patientin: „Dabei wusste ich aber die ganze Zeit, ich soll springen.“
- Ich: „Sie sollten sich selbst umbringen. Mit Ihrem Tod hätte sich ein Konflikt gelöst.“
- Patientin: „Welcher Konflikt?“
- Ich: „Ich denke gerade an den mit Ihrer Mutter.“
- Patientin: „Der überkommt mich so richtig wellenweise immer wieder.“
- Ich: „Und Ihre Lösung bestand darin, dass eine von Ihnen beiden weg muss, entweder Ihre Mutter oder jetzt Sie.“
- Patientin: „Ich weiß auch jetzt nicht, wie ich sonst damit fertig werden sollte.“
- Ich: „Da half wieder die Möglichkeit, brav zu sein und nur einem Auftrag zu folgen, den jemand anderer zu verantworten hatte.“
- Patientin: „So war es wieder.“
- Ich: „Wenn Sie taten, was Ihre Eltern wollten, waren Sie gewissermaßen richtig, also oben und nicht auf dem Boden Ihres eigenen Erlebens.“
- Patientin: „Aber ich konnte doch nicht anders, ich musste doch!“
- Ich: „So lange Sie die Bestimmung über sich selbst abgegeben hatten, mussten Sie. Es gibt vielleicht noch einen anderen Aspekt, der heute Nacht unbewusst bei Ihnen mitgeschwungen hat. Irgendwo ahnen Sie, Sie müssen unbedingt hinunter auf den Boden Ihrer eigenen Wirklichkeit. Sie müssen Ihre Rolle als unschuldige Befehlsempfängerin verlassen, einer Befehlsempfängerin, die so gut ist, dass sie die Niederungen des Lebens vermeidet. Sie wollen auf den Boden Ihrer eigenen Realität kommen. Aber vielleicht geht das auch besser nicht so schnell, nicht so tödlich. Dafür gibt es Treppen, die wir hier in der Therapie benutzen können.“

Nun wieder meine Überlegungen zu diesem Ablauf: Kurzzeitig steckt die Patientin noch einmal in einem erschreckenden Wahn, einen Auftrag ausführen zu müssen. Meine erste Reaktion war, mit der Patientin noch einmal erlebnisnah „auf das Dach zu steigen“. So war sie nicht mehr allein mit ihrer Angst. Diesmal soll sie nicht ihre Mutter töten, sondern sich selbst. Deutlich unterscheidet sie zwischen einem Suizidimpuls, den sie ursprünglich wirklich nicht hat, und der Ausführung eines Auftrags. Diesem folgt sie bis in die Dachrinne. Dort erlebt sie so viel Realität, dass sie die Kälte spürt, aber sie ist in dem Wahn noch so weit gefangen, dass sie sich fast eine Stunde lang nicht aus ihm befreien kann. Erst die Erinnerung an mich

und die Möglichkeit „doch noch erst mit Ihnen zu sprechen“ lässt sie gegen ihren Auftrag handeln.

Die Patientin hat noch ein archaisches Konfliktlösungsmuster: Einer der beiden Kontrahenten muss weg, dann ist der Konflikt gelöst. Es brauchte noch viel analytische Arbeit, bis sich dieses Muster löste und differenziertere Lösungsmöglichkeiten an dessen Stelle traten. Erst damit wurde die Dynamik unwirksam, die sowohl für die Entstehung als auch für die Aufrechterhaltung und Wiederholung des psychotischen Erlebens ursächlich war.

Selten wird so anschaulich, wie unsere Psychosepatienten gewissermaßen verschiedene Erlebnisschichten in sich haben, Schichten, die gleichzeitig existieren und doch ganz getrennt voneinander, nacheinander unbewusst wirksam werden. Die tiefste Schicht der Patientin verlangte, dass sie sich in ihrer Muttersprache aufhielt und äußerte. Auch in der Stunde, in der sie von ihrem Auftrag berichtete, vom Dach springen zu müssen, wurde deutlich, dass diese unterste Schicht noch gefährlich mit wahnhaften Inhalten besetzt war, Inhalten, die bis jetzt immer noch auslösbar waren. Für Patienten, die in diesem schichtgebundenen Erleben gefangen sind, entstand in mir das Bild von geologischen Ablagerungen. Unten ist etwa eine Lehmschicht, darüber Kies und dann vielleicht Humus usw. Es handelt sich um Schichten, die in ihrer Substanz ganz unterschiedlich sind und getrennt voneinander bestehen. Auch bei unseren Patienten handelt es sich um Sedimente, die aus verschiedenen Erlebnissen und Erfahrungen stammen und die so „unverdaulich“ waren, dass sie isoliert voneinander liegen blieben. Je nach ihrer Anfangskonstitution und dem Grad der „Unverdaulichkeit“ werden die Patienten dann jeweils mehr oder weniger zur Verarbeitung, der „Verdauung“ fähig sein und so eine gravierendere oder auch geringere Schädigung erleiden.

Anders ist es bei psychisch gesunden Menschen. Sie hatten vielleicht schon auf der Basis einer robusteren Anfangskonstitution weitgehend „verdauliche“ Erfahrungen machen können, Erfahrungen, die also „verdaut“ und so zur eigenen Substanz wurden. Sie können nicht mehr getrennt voneinander abgerufen werden. So bekömmlich verarbeitet, wurden sie zu der Substanz, die auch bei ihnen die Art des späteren Erlebens weitgehend bestimmt.

Ich weiß, dass man die hier aufgezeigten Zusammenhänge unter Zuhilfenahme eines anderen Verstehensmusters, eines anderen Rasters, auch anders sehen kann. Mir half das hier entwickelte Raster für meine konkrete Arbeit am besten.

An den hier mitgeteilten kurzen Behandlungsausschnitten aus vier Therapiestunden kann man vielleicht erkennen, welche Heilungsmöglichkeiten in solchen Dialogen liegen. Bis sich die destruktive Aggressivität der Patientin sowohl ihren Mitmenschen als auch sich selbst gegenüber allmählich in eine stabile Selbstbesetzung und damit in ein konstruktives *ad gredi* entwickelt hatte, vergingen ca. drei Jahre. Weitere Hinweise auf die Art der Behandlung dieser Patientin finden sich unter 3.6.1. Einige Jahre nach Abschluss ihrer Therapie schrieb mir die Patientin, dass sie sicher wäre, nicht mehr zu leben ohne die damalige Behandlung. Sie sei mir dankbar, denn seither ginge es ihr gut.

2 Psychodynamische Phänomenologie

2.1 Zur Phänomenologie psychotischer Zustände

Hans-Peter Kapfhammer

2.1.1 Einleitung und Begriffsklärung

Die psychiatrische Krankheitslehre stützt sich in der Charakterisierung psychischer Störungen auf Erkenntnisse der speziellen Psychopathologie. Diese psychiatrische Grundlagendisziplin weist in ihrer langen Tradition mehrere Entwicklungsabschnitte mit ganz unterschiedlichen theoretischen Zugangsweisen auf. Zuletzt dominierte ein Ansatz, psychische Symptome rein deskriptiv zu erfassen, sie zu operationalisierbaren Kriterien des klinischen Diagnostizierens zu machen. Erlebnisberichte von Patienten werden hierbei vergleichbar mit beobachtbaren Verhaltensweisen konzipiert und als klinische „Phänomene“ objektiviert. Dieser methodologische Zugriff einer weitgehend ätiologie- bzw. theoriefreien Operationalisierung psychischen Erlebens und Verhaltens und ihrer krankheitswertigen Veränderungen hat zweifelsohne große Vorteile. Der psychopathologische Status von Patienten lässt sich reliabler erfassen, eine interkollegiale Verständigung hierüber wird erheblich erleichtert. Es besteht aber berechtigte Sorge, dass diese höhere Reliabilität einer solchen psychopathologischen Zugangsweise auf Kosten ihrer Validität erkaufte wird. Dies ist von klinischer Relevanz, da hiermit nicht nur eine Verarmung psychopathologischer Betrachtungsweisen überhaupt, sondern auch nachteilige Folgen für den Umgang, den ärztlich-therapeutischen Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen einhergehen können. Methodologische Gegenbewegungen zu dieser rein nomothetischen Ausrichtung von Psychopathologie sind vielfältig (Mundt & Spitzer 1999). Eine von ihnen, die phänomenologische Perspektive, nimmt wesentlich die Tradition von Jaspers wieder auf. Sie besinnt sich erneut auf eine differenzierte Untersuchung der „gelebten Erfahrung“ eines Patienten, sie betont also konsequent die subjektive Dimension in psychopathologischen Zuständen. In Fortführung des klassischen phänomenologischen Ansatzes von Jaspers erkennt sie aber eine bedeutsame Erweiterung psychopathologischer Einsichten, indem sie grundlegende interaktionelle Rahmenbedingungen der phänomenologischen Methode berücksichtigt. Sie reflektiert also auf bedeutsame Einflüsse, die aus der Beziehung zwischen Arzt und Patient stammen und den Gegenstand der phänomenologischen Betrachtung mitbestimmen. Im Kontext einer psychotherapeutischen, einer teilnehmenden Einsicht in psychopathologische Phänomene findet dieser Ansatz seine besondere Akzentuierung (Blankenburg 1984). Eine psychodynamische Perspektive ist hiermit gut kompatibel. Im Konzert der unter-

schiedlichen psychopathologischen Zugangsweisen kann psychoanalytisch-psychodynamisches Denken einen eigenständigen methodologischen Standpunkt für eine psychiatrische Psychopathologie behaupten (Kapfhammer 1994).

Psychoanalytisch-psychodynamisches Denken in der Nachfolge von Freud ist nicht auf ein einheitliches Lehrgebäude zu beziehen. Es finden sich eine Reihe von konkurrierenden Theoriemodellen mit separaten historischen Entwicklungslinien. Diese sind keineswegs theoretisch aufeinander reibungsfrei abzubilden. Trotzdem können sie komplementär zum Verständnis der Entwicklung der Persönlichkeit sowie der psychischen Krankengeschichte eines bestimmten Patienten beitragen. Allen psychoanalytischen Modellen liegen aber wesentliche Annahmen zugrunde. Diese betreffen zunächst einen epistemologischen Standpunkt, dem zufolge vielfältige menschliche Verhaltens- und Erlebnisweisen auch auf der Basis von konflikthaftern Motiven und/oder Entwicklungsdefiziten verstanden werden müssen. Diese können teilweise oder ganz dem bewussten Zugriff eines Individuums entzogen sein. Sie finden ihre Prägung in der frühen Lerngeschichte des betreffenden Menschen in der Auseinandersetzung mit sich und den wichtigen Kontaktpersonen seiner sozialen Umwelt. Die Annahme einer anthropologischen Triebstruktur mit grundlegenden sinnlich-sexuellen und aggressiven Antrieben bildete den Ausgang für motivationspsychologische Überlegungen v. a. in der frühen Psychoanalyse. Die Anerkennung eines wesentlich breiteren Motivationsspektrums von zentralen Affektsystemen kennzeichnet hingegen moderne psychoanalytische Theorieansätze.

Die im Laufe der biographischen Entwicklungsjahre gesammelten *Selbst- und Beziehungserfahrungen* lassen sich um *zwei Motivationspole* gruppieren. Sie versammeln zum einen Bestrebungen, zu befriedigenden, intimen zwischenmenschlichen Kontakten zu gelangen, zum anderen aber Bemühungen, eine stabile, realistische und überwiegend positive Identität der eigenen Person zu gewinnen. Es dominieren hier einerseits Themen der Sorge um zwischenmenschliche Kontakte, um die Fähigkeit, anderen Personen nahe und in einem intensiven affektiven Austausch mit ihnen zu sein, ihnen Fürsorge und Liebe zu geben und diese zu empfangen. Es überwiegen andererseits Themen, wie man zu verlässlichen Selbstdefinitionen gelangen, sich kontrollieren und abgrenzen und einen tragfähigen Selbstwert erwerben kann. Das heranwachsende Individuum muss beide Motivationspole im Laufe seiner biographischen Entwicklung ausgewogen aufeinander beziehen und fortlaufend zu kompromisshaften Gleichgewichten finden.

Es zeichnet die psychoanalytische Denkweise aus, dass sie diese Entwicklungsdimension „epigenetisch“ versteht, d. h. sukzessiv aufeinander folgende Entwicklungsstadien mit eigenständigen Herausforderungen, mit einem je typischen Vulnerabilitätsrisiko, aber auch einem eigenen Wachstumspotential postuliert. Diese Entwicklungsstadien sind entlang eines Kontinuums skizzierbar, wobei ontogenetisch frühere Erfahrungen wiederholten affektiv-kognitiven Transformationen unterliegen und mit späterem Lernen integriert werden, so aber ihren motivationalen Einfluss, wenngleich modifiziert, beibehalten können. Störungen sind auf allen Entwicklungsstufen zu konzipieren. Psychoanalytisch charakteristisch ist aber die Erkenntnis, dass biographisch frühere Traumatisierungen in der Regel mit schwerwiegenden Konsequenzen für die Beziehungsfähigkeit einerseits, für die Selbstregulation andererseits einhergehen. Entsprechend der inhaltlichen Qualifizierung der traumatischen Erfahrungen auf den unterschiedlichen Entwicklungsstufen, resultieren vorrangig Konflikte in der Gestaltung und Aufrechterhaltung von

zwischenmenschlichen Beziehungen, oder aber prononcierte Konflikte in den Selbstdefinitionen, der Selbstkontrolle und des Selbstwerts. Versuche des Individuums, mit den je typischen Konflikten konstruktiv umzugehen, können auf Kosten eher des einen bzw. eher des anderen Motivationspols gehen. Sie prägen seinen Wahrnehmungsmodus, seinen kognitiven Stil und besonders seine Kontroll- und Abwehrmechanismen. Sie legen fest, was für das Individuum auf unverwechselbare Weise gefährlich und bedrohlich erscheint, und deswegen aus seinem bewussten Erleben und Verhalten ausgeschlossen werden muss. Andererseits besitzt aber gerade dieses Abgewehrte weiterhin motivationalen Charakter und zeigt die Form unbewusster Wünsche auf.

Der psychoanalytische Denkansatz fokussiert also auf eine *Dimension unbewusster Konflikte* hinter offenkundigen Erlebnis- und Verhaltensweisen eines Individuums. Diese betreffen in den verinnerlichten, zu *Strukturen verdichteten Selbst- und Beziehungserfahrungen* Kernaspekte seiner Persönlichkeit. Vor dem Hintergrund seiner einzigartigen biographischen Entwicklung fließen vielfältige motivationale Bestrebungen und Bedeutungsdeterminanten ein. Die hiermit verknüpfte psychoanalytische Realitätssicht konzentriert sich folglich vorrangig auf die subjektive Innenwelt eines Individuums. In einer klinischen Sicht hat eine betonte Orientierung an psychodynamischen Grundkonflikten zur Folge, dass der manifesten Psychopathologie oft nicht derselbe Stellenwert wie in anderen Perspektiven der klinischen Psychiatrie eingeräumt wird. Dieses Manko kann aber entscheidend verringert werden, wenn die psychodynamisch-motivationale Dimension durch eine sorgfältige psychoanalytische Beschreibung struktureller Aspekte erweitert wird.

In einer psychodynamischen Betrachtung von unterschiedlichen psychotischen Zuständen ist zunächst völlig offen zu halten, in welcher Weise sich psychologische, psychosoziale und neurobiologische Faktoren in der ätiopathogenetischen Relevanz für einen vorliegenden psychotischen Zustand bei einem Patienten grundlegend verschränkt haben. Die psychodynamische Klärung eines definierten psychopathologischen Symptoms innerhalb eines bestimmten psychoanalytischen, z. B. eines trieb-, ich-, objektbeziehungs- oder selbstpsychologischen Theorieansatzes kann zwar Verständnis anleihen aus dem jeweils inhärenten Entwicklungsmodell machen, dies impliziert aber keineswegs, dass auf einer bestimmten biographischen Entwicklungsstufe die entscheidende kausale Verursachung der psychotischen Störung zu suchen sei (Willick 2001).

2.1.2 Das psychodynamische Verständnis von Psychose

Auch innerhalb der deskriptiven Psychopathologie ist es nicht einfach, die klinische Bezeichnung „*Psychose*“ klar zu explizieren. Neben einer vielschichtigen frühen Begriffshistorie gewinnt eine konzeptuelle Bestimmung vor allem durch die freudische Gegenüberstellung von „*Neurose*“ und „*Psychose*“ an Bedeutung. Es sind im Wesentlichen Kriterien des Schweregrads von psychischen Veränderungen, einer fehlenden Krankheitseinsicht, bestimmter Störungen der Kommunikation, einer unterbrochenen Verstehbarkeit und auch einer mangelhaften sozialen Anpassung, die eine allgemeine Begriffsbestimmung von „*Psychose*“ innerhalb eines deskriptiven Ansatzes ausmachen (Peters 1990). In einer näheren, aber keineswegs eindeutigen Charakterisierung wird auf eine *grundlegende Störung des Realitätsurteils* eines Patienten verwiesen. Diese zeichnet sich einerseits durch halluzinato-

rische oder paranoide Symptome aus, sie kann andererseits aber auch durch die Tiefe, Umfänglichkeit und Eigengesetzlichkeit einer Affekt- bzw. Stimmungsstörung angezeigt werden. In beiden Fällen geht aber das grundlegend gestörte Realitätsurteil mit einer *qualitativen Veränderung des Selbst* einer betroffenen Person einher (Sims 2003). Das psychoanalytische Verständnis Freuds von „Psychose“ geht hiermit Hand in Hand. Es betont einen Verlust des Realitätsbezugs eines Subjekts mit einem triebdynamisch zu verstehenden Rückzug auf sich selbst, einer tiefgreifenden Veränderung der Persönlichkeitsstruktur und möglichen reparativen Symptomleistungen z. B. durch Wahnbildungen (Warsitz 2000). Innerhalb der Entwicklung einer Psychose werden also Abschnitte der psychischen Dekompensation einer präpsychotischen Persönlichkeit, der strukturellen Veränderungen im psychotischen Erleben, mit intrapsychischen Formen der Krankheitsverarbeitung unterschieden. Mentzos (1991) sieht drei traditionelle psychodynamische Ansätze für das Verständnis von Psychosen:

- Psychose als Folge einer triebhaften Konfliktabwehr
- Psychose als Folge einer konstitutionellen oder erworbenen Ich-Schwäche
- Psychose als Folge gestörter basaler Beziehungen

Diese im Wesentlichen an den traditionellen psychoanalytischen Modellen der Trieb- und Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie orientierten Zugangsweisen sind noch um den selbstpsychologischen Ansatz zu erweitern:

- Psychose als Folge einer fragmentierten Selbstkohäsion

Es ist auffällig, dass in diesen psychoanalytischen Zugangsweisen eine stärkere Orientierung an Entwicklungsdefiziten als an einer konflikthaften Motivation vorherrscht. Mentzos (1997) schlägt in einer jüngeren Arbeit ein weiterführendes Modell zur psychodynamischen Differenzierung und Einordnung psychotischer Prozesse vor. Er skizziert einen Klassifikationsraum, der durch drei bipolar ausgerichtete Dimensionen aufgespannt wird. Auf einer Dimension mit *Subjekt-versus Objekt*pol wird die Tendenz zur Bildung eines selbstständigen autonomen Selbst einerseits, der Herstellung und Aufrechterhaltung einer Bindung zum Objekt andererseits abgebildet. Auf einer weiteren Dimension finden sich die Pole einer *Wertigkeit des Selbst versus einer Wertigkeit des Objekts*. Sowohl auf der ersten als auch auf der zweiten Dimension kommen psychodynamische Konfliktkonstellationen zum Ausdruck. Sie stellen in psychotischen Zuständen antinomische *Dilemmata* dar, die keine Bezugnahme mehr auf die natürlich angelegte, in neurotischen Fällen konflikthaft irritierte Balance zwischen den beiden Polen erlauben, in psychotischen Zuständen vielmehr eine kategoriale Entscheidung erzwingen, aber in dem prinzipiell geforderten „Entweder-oder“ gerade zum Scheitern verurteilen. Im Fall *schizophrener Psychosen* imponiert vor allem ein grundlegendes Problem von Nähe und Distanz, mit der unüberwindbaren Konfliktspannung zwischen narzisstischem Rückzug in den objektlosen Autismus und der Fusion mit einem Objekt bei Gefahr der Selbstauslöschung, einem Konflikt dilemma vor dem strukturellen Hintergrund einer nur prekären Unterscheidbarkeit von Selbst und Nicht-Selbst. Im Falle *affektiver Psychosen* geht es um die exzessive Zuspitzung der Selbstwertregulation, die eine ausgewogene Balancierung zwischen Selbstwertigkeit und Objektwertigkeit nicht mehr zulässt. Auf einer dritten Dimension finden

sich wichtige Differenzierungen der jeweils in einem psychotischen Zustand vorherrschenden *Ich-Funktionen*. Sie drückt implizit eine *Polarität von aktiver versus passiver intrapsychischer Verarbeitung* aus und gibt wichtige Anhaltspunkte für die Beurteilung struktureller Auffälligkeiten. Diese ich-funktionalen Aspekte verorten eine Ausrichtung an einer eher vorherrschenden überbordenden Phantasietätigkeit einerseits, einem einengenden, rationalisierenden Ordnungsbestreben andererseits. Sie nimmt also Bezug auf eine qualitativ und quantitativ veränderte Balance zwischen primär- und sekundärprozesshaftem Denken. In diesem dreidimensionalen Modell der Psychosen lassen sich auch vorteilhaft die schizoaffectiven Psychosen einordnen, in denen Konfliktilemmata auf den beiden ersten Achsen gleichzeitig aktiviert erscheinen.

2.1.3 Zur Psychodynamik der klinischen Phänomenologie schizophrener Psychosen

In einer kurzen Übersicht über die klinische Phänomenologie schizophrener Psychosen kann weder die Fülle psychopathologischer Symptome detailliert ausgeführt, noch im Einzelnen eine psychodynamische Explikation der jeweiligen psychotischen Symptombildung versucht werden. Es soll vielmehr der Schwerpunkt auf die psychopathologischen Besonderheiten gelegt werden, die schizophrene Psychosen vorrangig als eine *Störung des Selbst* charakterisieren. Symptombildungen lassen sich als Ausdruck einer primären, d. h. entweder konstitutionellen Übersensibilität bzw. Integrationsschwäche oder einer schon früh erworbenen, eventuell traumatisch bedingten Veränderung der Selbstorganisation verstehen. Psychodynamisch kommt also verzweifelte Versuche, eine, wenngleich auch qualitativ abgewandelte Selbstdefinition und Selbstregulation zu sichern, eine besondere Rolle zu. In diesen Bemühungen können passive Fragmentierung wie auch aktive Abwehr und Entlastung aufscheinen. Zahlreiche dieser Aspekte verweisen bereits auf der Ebene der klinischen Phänomenologie auf eine zugrunde liegende Vulnerabilität der präpsychotischen, zur Schizophrenie prädisponierenden Persönlichkeit, die im entwicklungspsychologischen Abschnitt näher beleuchtet werden soll. Besondere Gefahren und Bedrohungen der schizophrenen Person, aber auch intensive Wünsche und Versuche müssen in ihren realen und phantasierten Bewegungen auf Personen ihrer Lebenswelt hin erwartet werden. In einer psychodynamischen Vertiefung zahlreicher psychopathologischer Symptome der schizophrenen Selbststörung sind also sowohl konflikt-dynamische als auch strukturelle Überlegungen anzustellen.

Die *Klinik schizophrener Psychosen* wird heute oft mit einem dreidimensionalen Modell von *produktiver* und *negativer Symptomatik* sowie dem *Grad der Desorganisation* beschrieben. Diese Dimensionen sind keineswegs orthogonal zueinander zu verstehen, sondern sind vielmehr aufeinander bezogen, ganz ähnlich wie auch die ursprüngliche Bleulersche Unterscheidung von primären und akzessorischen Symptomen in akuten wie chronischen Stadien der schizophrenen Erkrankung sich durchdringen und wechselseitig bedingen können, abhängig vom Grad der aktuell erlebten Selbstgefährdung, aber auch von der Energie und Gestaltungskraft des Erkrankten, sein psychotisches Erleben zu erfassen und zu organisieren.

In einer Lektüre von Arbeiten vieler Autoren, die zur Psychopathologie und Psychodynamik der Schizophrenie beigetragen haben, tritt als ein zentrales Merkmal die *Spaltung* hervor, die grundlegend das Verhältnis des schizophrenen Men-

schen in seiner Beziehung zu seiner mitmenschlichen und physikalischen Umwelt, zu seinem Körper und seiner Innenwelt betrifft, es oft auf eine unheimliche, bizarre, eigentümliche, aber unverwechselbare Art abwandelt. Spaltung ist in vielen Facetten der schizophrenen Psychopathologie nachweisbar. Sie betrifft eine *Verwechslung von Innenwelt und Außenwelt*, wenn wesentliche Aspekte des Selbsterlebens als nicht mehr zum Persönlichkeitskern zugehörig erkannt werden können (Appersonierung), andererseits aber in der sozialen und physikalischen Umwelt als dynamisch wirksame Objektivierungen wieder erscheinen (Transitivismus), oder aber in transzendenten Figuren personifiziert werden. Es handelt sich hierbei um eine entscheidende *Störung des kognitiv-affektiven Grenzschemas zwischen Selbst und Objekt*, bzw. zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen (Blatt 1991), die bereits im Zentrum zahlreicher Psychoanalytiker gestanden hat (Schilder 1925, Nunberg 1939, Fenichel 1941, Federn 1956). Nach Benedetti (1983) gehen hiermit die drei Varianten einer gespaltenen Identitätsbildung, eines Kohärenzverlustes, einer Ich- bzw. Selbstentgrenzung einher. Eng gekoppelt damit ist die große Schwierigkeit oder aber vollständige Unfähigkeit des Kranken, sich in der Begegnung mit einer von Gegensätzen geprägten Welt frei bewegen, sich selbst in eine klare Beziehung mit ihr setzen zu können. *Ambivalenz* und *Ambitendenz* prägen als unmittelbare Korrelate dieser Spaltung seinen Selbstvollzug und seine Objektbegegnung. Und als weitere, unabwendbare Folge ist der häufige Rückzug in eine *autistische Eigenwelt* anzuführen, die das schizophrene Krankheitsgeschehen besonders prägt.

Wenn man die Phänomenologie der normalen Selbsterfahrung kurz skizzieren möchte, dann ist im Jasperschen und Wittgensteinschen Sinne zunächst ein präreflexives Selbstbewusstsein, ein primäres Hintergrundgefühl von sich selbst, eine subjektive Intentionalität auf die Welt hin, eine Selbstverständlichkeit zu benennen. Ihr gegenüber, aber in ihr wesentlich gründend, kann ein reflexives Selbstbewusstsein gestellt werden. James (1890) hat zwischen einem „Selbst als aktiv Handelnden, sich Erlebenden“ („Ich“) und einem „Selbst als Gegenstand einer bewussten Reflexion“ („Mich“) unterschieden. Für den schizophrenen Menschen haben n. a. sowohl Jaspers (1913) in seinen Ausführungen zum „Ich-Bewusstsein“ als auch Schneider (1949) in seiner Arbeit zum „Ich-Erlebnis“ primäre Störungen hervorgehoben. Diese Betrachtungsweise bildet auch die Basis für Scharfetters (1982) differenzierte Analyse der Ich-Pathologie der Schizophrenie (Ich-Vitalität, -Aktivität, -Konsistenz, -Demarkation, -Identität). Es ist zu postulieren, dass die prominenten Symptome des Selbsterlebens vorrangig auf eine Störung schon des basalen, präreflexiven Selbstbewusstseins verweisen. In typischen symptomatischen Äußerungen schizophrener Psychosen tritt häufig geradezu eine unüberbrückbare Divergenz von reaktiv zu verstehender, auf das Selbst bezogener Hyperreflexivität einerseits und pathologisch verändertem, basalen Selbstgefühl andererseits zutage (Sass & Parnass 2003).

In der klinischen Phänomenologie schizophrener Patienten artikuliert sich diese Störung des basalen Selbstgefühls in einem Verlust des Gefühls von Authentizität und Ursprünglichkeit, über die eigenen Gedanken, Gefühle, Impulse, körperlichen Sensationen, außen gerichteten Wahrnehmungen und Handlungen unverwechselbar persönlich zu verfügen, bis hin zu dem Gefühl und der Gewissheit, diese psychischen Akte stünden im Besitz und unter der Kontrolle von Drittpersonen, fremden Mächten und unheimlichen Kräften. Typische Manifestationen sind die sogenannten *Symptome 1. Rangs* nach Schneider, wie Gedankenlautwerden, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung im Fühlen, Streben und Handeln, andere

Gedankenbeeinflussungserlebnisse, leibliche Beeinflussungserlebnisse, kommentierendes und dialogisierendes Stimmenhören sowie Wahnwahrnehmungen. Diese psychotischen Ich- bzw. Selbststörungen werden möglicherweise entscheidend über ein neurophysiologisch bzw. -psychologisch beschreibbares Defizit im Selbst-Monitoringsystem bei intentionalen Handlungen (Gefühle, Vorstellungen, motorische Akte) vermittelt, das selbst wiederum auf eine grundlegendere Schwäche zur Metarepräsentation verweisen könnte, eine beeinträchtigte Fähigkeit, auf eigene mentale Aktivitäten differenzierend zu reflektieren (Frith 1992). Damit korreliert aber auch eine zentrale Störung der Empathie, sich ein korrektes Bild von der Verfassung der psychischen Innenwelt anderer Personen, deren Gefühle, Intentionen und Handlungsmotive zu machen, eine funktionsfähige „theory of the mind“ zu entwickeln (Frith & Gallagher 2002).

Eine phänomenologische Position hebt nun stärker den häufig von schizophrenen Patienten eingenommenen *solipsistischen Standpunkt* im Wahrnehmen ihrer eigenen Innenwelt hervor. Demnach imponiert weniger eine mangelhafte Fähigkeit zur Selbstbeobachtung als solches, sondern es fällt geradezu ein Exzess in der introspektiven Zuwendung auf, eine überanstrengte Reflexion auf den Prozess des Selbstbewusstmachens selbst. In dieser hyperselbstreflexiven Haltung kommt es zu einer Umkehr der impliziten Selbstverständlichkeit, die ein basales Selbstgefühl normalerweise auszeichnet, und rückt es stattdessen explizit ins Zentrum der fokussierten Beachtung. Hiermit geht aber eine weitere bedeutsame Entfremdung von wesentlichen Selbstaspekten einher, die nun objektiviert, fremd und getrennt vom beobachtenden Selbst erscheinen. Diese Haltung ist wesentlich autistisch, verharrend, ohne Interesse für und ohne aktiv handelnde Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt.

Wir haben es also mit einer häufigen Auftrennung der Innen- und Außenwahrnehmung, einer Spaltung zu tun. Diesen komplex gestörten Prozess begleitet nicht nur eine Entfremdung vom basalen Selbst, eine psychotische Depersonalisation mit Konsequenzen, die auch für eine Betrachtung sogenannter Minussymptome der Schizophrenie relevant sind. Diese intrapsychische Abänderung bedingt auch eine für den betroffenen Patienten strukturell nicht mehr verfügbare Unterscheidbarkeit von primären inneren Gefühlen und Vorstellungen, außen gerichteten Beobachtungen, Absichten und Handlungsintentionen. Im Sinne einer Übergangsreihe kann diese basale Entfremdung zum Verlust des Gefühls eines persönlichen Initiative- und Handlungszentrums von sich selbst, hin zur Überzeugung der Fremdbestimmung und Außenbeeinflussung, also zu typischen Symptomen 1. Rangs führen. So können sich auch unbemerkte Innenwahrnehmungen der eigentlich ganz natürlichen „inneren Sprache“ zu einem quasi-halluzinatorischen, nicht mehr als zum Selbst gehörig erlebten Dauerkommentar wandeln, der zunehmend deutlicher in den Außenraum projiziert wird und schließlich die Form charakteristischer akustischer *Halluzinationen* annehmen kann. Werden diese Selbstaspekte nicht nur der Selbstorganisation entfremdet, sondern auch auf Objekte der Außenwelt verschoben, werden diese häufig zum Kern für *wahnhafte Konstruktionen*. Solcherart konkretisiert mag die initial imponierende Schwäche in der Differenzierung von Subjekt und Objekt während akuter schizophrener Zustände vorübergehend sogar einer überzogenen Schärfe in der Trennung von Selbst- und Objektaspekten weichen (Blatt 1991, Auerbach & Blatt 1997).

In einer phänomenologischen Analyse ist aber zu betonen, dass die in dieser Übergangsreihe sich manifestierende typische Störung des schizophrenen Realitäts-

urteils keineswegs immer die Merkmale einer primärprozesshaften, „omnipotenten halluzinatorischen Wunscherfüllung“ tragen muss. Im Gegenteil, in dieser hyperreflexiven Haltung, die häufig für chronische Zustände kennzeichnend ist, kann es aus einem wesentlich solipsistischen Standpunkt heraus zu einer manchmal erstaunlich überpointierten Realitätswahrnehmung und -konstruktion kommen, die für sich stehend eine autistische Wahrheit beanspruchen kann, aber durchaus korrekt im Sinne einer „doppelten Buchführung“ neben eine entrückte, aber sehr wohl korrekt beachtete, übrige soziale Realität treten kann (Parnas & Sass 2001). Sass (1994) belegt diese Sichtweise mit einer beeindruckenden Diskussion der Schreberschen Fallgeschichte. Allerdings dürfte auch zutreffen, was Benedetti (1983) anmerkt: Im *Autismus* ist nicht nur ein Kennzeichen des schizophrenen Prozesses, sondern auch die paradoxe „Rettung der Individualität in eine die Individualität par excellence zerstörende Psychose“ (S. 23) zu erkennen.

Vor diesem Hintergrund überrascht es auch nicht, dass diese im Wesentlichen als *Positivsymptome* beschriebenen psychotischen Phänomene der Ich-Störung, der Halluzinationen und Wahnbildungen Hand in Hand mit zugrunde liegenden *Minussymptomen* einhergehen können. Diese umfassen ein syndromales Spektrum verarmten Sprachverhaltens, affektiver Verflachung, reduzierter Willensleistung, von Apathie und Anhedonie. Obwohl diese erschreckende inhaltliche Leere und formale gedankliche Gestaltungsschwäche, diese erlebnismäßige Ödnis und Freudlosigkeit, die nach außen bekundete Unfähigkeit, Nähe und Intimität verspüren zu können, für einen Außenbeobachter, sei es professioneller Therapeut oder beteiligter Partner und Familienangehöriger, schier unabänderlich erscheinen mögen, so müssen diese Minussymptome keineswegs die subjektiven Erfahrungen der Patienten selbst korrekt widerspiegeln (Selten et al. 1998, Dintino 2002). Diese „Todeslandschaften der Seele“ (Benedetti) sind Ausdruck eines defensiv erzwungenen autistischen Rückzugs. Das nach außen imponierende asoziale Verhalten ist oft begleitet von einer ursprünglichen, höchst gefährlich erlebten, daher verzweifelten Sehnsucht nach zwischenmenschlichem Kontakt. Auf diesen Zusammenhang haben neben Benedetti (1983) speziell auch Arieti (1978) und McGlashan (1982) verwiesen.

Wie lässt sich eine solche phänomenologische und existentielle Untersuchung mit gängigen psychodynamischen Beobachtungen und Konzeptualisierungen der psychotischen Dekompensation und weiteren Entwicklung der schizophrenen Symptombildung näher verbinden? Wie ist vor allem die Rolle von Konfliktdynamik und struktureller Besonderheit bei der Schizophrenie psychoanalytisch zu bestimmen?

Auch wenn zahlreiche Erkenntnisse der modernen Psychiatrie wichtigen neurobiologisch beschreibbaren Prozessen eine Bedeutung für die Entstehung und Auslösung von schizophrenen Psychosen zusprechen, so ist das Krankheitsgeschehen in aller Regel nicht voraussetzungsfrei zu beurteilen. Vielmehr weist bereits die Persönlichkeitsentwicklung wichtige strukturelle und dynamische Kennzeichen einer besonderen Vulnerabilität auf. Eine Reihe von grundlegenden Dimensionen, die wir als *strukturelle Voraussetzungen* verstehen können, lassen sich herausstellen (Robbins 1993).

2.1.3.1 Interpersonelle Bindungsschwäche und intrapsychisches Integrations- und Differenzierungsdefizit

Ein primärer Mangel, sich aktiv in zwischenmenschlichen Beziehungen zu engagieren, kann schon in der frühen psychosozialen Entwicklung vieler, in späteren Lebensabschnitten an Schizophrenie erkrankender Personen festgestellt werden. Rado (1962) spricht von einer „schizotypischen“ prämorbidem Organisation, ähnlich wie auch Meehl (1962) mit seinem Konzept der „Schizotaxie“ eine besondere aversive Haltung gegenüber der mitmenschlichen Umwelt hervorhebt. Es besteht eine eigentümliche Form der Bindung, die oft schon die Beziehungen mit den Eltern charakterisieren kann. Diese Bindung ist heikel und prekär, da sie grundlegende Schwierigkeiten erkennen lässt, in innigen zwischenmenschlichen Kontakten eine sichere Grenze zwischen dem Selbst und dem Anderen zu setzen, zwischen Selbst- und Objektaspekten verlässlich zu unterscheiden, ein kohärentes Bild von sich selbst aufrechterhalten zu können. Hierbei muss nicht unbedingt eine generelle Beziehungslosigkeit wie im Falle eines frühkindlichen Autismus imponieren. Es fällt aber eine globale, überwiegend passive Anpassung an die Objektwelt auf. Es fehlen normalerweise erwartbare kognitive und Verhaltenskompetenzen, eine grundlegende Neugier in der Zuwendung an die menschliche Umwelt, eine adaptive interpersonale Aggressivität, eine Fähigkeit, zwischen Eltern und Geschwistern einerseits und fremden Personen außerhalb der Familie andererseits unterscheiden zu können. Diese globale Anpassungshaltung wirkt oft starr, wenig modifizierbar. Die meist nur in der Kernfamilie ersichtliche zwischenmenschliche Bezogenheit lässt eine sonst große Vielfalt der affektiven Schattierungen vermissen, sowohl lust- und freudvolle Interaktionen wie auch aggressive Selbstbehauptungen sind eher spärlich und wenig geübt. Stets latent ist die Bereitschaft zum Rückzug auf sich selbst. Diese grundlegende, möglicherweise auch konstitutionelle Disposition mag durchaus bereits in frühen Entwicklungsjahren zu geschlechtsdifferentiellen Konsequenzen führen (siehe auch den Beitrag I 3.2 von Schwarz). Eine psychobiologisch und sozialisatorisch stärker auf einen Beziehungskontext hin ausgerichtete Entwicklung eines Mädchens mag diese Disposition unter Umständen bedeutsam abschwächen, die um die per se stärker sozial distanzierenden Emotionen von Durchsetzung und Wettbewerb gruppierten Erziehungserwartungen bei einem Jungen aber das grundlegende Dilemma noch erhöhen und bei ihm eine Entfremdung und Aversion zusätzlich fördern.

Mit diesen schon früh erkennbaren Eigentümlichkeiten der Beziehungsgestaltung geht eine meist weniger offenkundige Schwäche in der Differenzierung und Integration affektiver Beziehungserfahrungen in ein kohärentes Selbst einher, in eine stabil errichtete, sicher gegliederte Welt von inneren Selbst- und Objektbildern. Später in Zuständen psychotischer Dekompensation und personaler Fragmentierung auftretende Symptome von Halluzinationen und Wahnideen verweisen auf diese vorausgehende Störung der intrapsychischen Differenzierung und Integration, ohne dabei aber inhaltlich so ohne weiteres mit bestimmten faktischen Erlebnisschicksalen im Sinne einer ontogenetischen Fixierung korreliert werden zu können. Halluzinatorische und paranoide Symptome stellen inadäquat internalisierte Vorstellungen und Konstruktionen aus sensorischen, perzeptiven, kognitiven und affektiven Elementen von sich selbst dar, besonders wenn es um intensive Gefühle der interpersonalen Zuwendung und Abhängigkeit, aber auch der Wut und Abgrenzung geht. Die psychopathologischen Symptome von Halluzination

und Wahn erscheinen undifferenziert von einer Objektwelt, sie sind aber auch unintegriert mit anderen Aspekten eines kohäsiven Selbst. In Unterscheidung zu schweren Persönlichkeitsstörungen, bei denen abgespaltene, weil bedrohliche Selbst- und Objektanteile immer an bestimmte, in projektiver Identifikation gebundene Partner gerichtet werden, fehlt dieses Merkmal einer grundlegenden Bezogenheit in schizophrenen Psychosen meist. Vielmehr kann sich hier eine Abwehrbewegung nicht nur gegen gesonderte Inhalte, sondern noch tiefer auch gegen den basalen kognitiv-affektiven Prozess der eigentlichen intrapsychischen Repräsentation richten (s.u.).

2.1.3.2 Sensibilität gegenüber intensiven Reizen und Besonderheiten der Reizverarbeitung

Zahlreiche schizophrene Patienten zeichnet eine sich ebenfalls schon in frühen prämorbidem Entwicklungsabschnitten manifestierende Überempfindlichkeit vor allem gegenüber intensiven Reizen aus. Für andere Kinder unproblematische Wahrnehmungs- oder emotionale Stimuli stellen für diese vulnerablen Kinder eine grundlegende Reizüberflutung dar, die eine für sie höchst aversive Konnotation und Irritation trägt. Bergman und Escalona (1949) beschreiben bei psychotischen Kindern diese Wahrnehmungssensibilität, die auf tiefer liegende Defizite einer vermittelnden Regulation und Hemmung schließen lässt. Mehrere psychoanalytische Autoren postulieren in diesem Zusammenhang einen angeborenen Mangel in der primären Reizschranke. So stellt etwa Kernberg (1972) fest: „Schizophrene Patienten zeigen erniedrigte Schwellen für Wahrnehmungsprozesse. Dies bewirkt eine Informationsüberlastung und ein exzessives Arousal, was zu massiven affektiven Reaktionen und sekundär zu einer kognitiven Desorganisation führt. Ein biologisches Ungleichgewicht in der autonomen Reagibilität mag beiden Typen einer erniedrigten Schwelle, sowohl der perzeptiven als auch der affektiven zugrunde liegen“ (S. 237–238).

Kernberg lehnt sich hierbei stark an das Konzept einer primären Neutralisationsschwäche aggressiver Impulse und Affekte nach Hartmann (1953) an. Diese Hypersensibilität ist oft einer generalisierten Natur und nicht unbedingt auf typische oder gar spezifische Konfliktkonstellationen beschränkt. Dieser überzogenen Wahrnehmungsempfindlichkeit haftet ein prinzipiell traumatogenes Potential an. Stets assoziierte Affekte einer Spitzenintensität wirken sich höchst negativ auf eine möglicherweise schon primär heikle Differenzierungs- und Integrationsfähigkeit von affektiven Erfahrungen im Umgang mit der personalen, aber auch der physikalischen Umwelt aus. Es sind insbesondere die stets bei drohender Selbstfragmentierung auftretenden Panik- und vor allem die sekundären Wutaffekte, die eine weitere emotionale Entwicklung fundamental beeinträchtigen (Kapfhammer 1995a). Gerade bei Letzteren polarisiert sich die theoretische Einordnung innerhalb der psychoanalytischen Kommunität: Primärer aggressiver Triebexzess und grundlegende Neutralisierungsschwäche stehen sekundären Aggressionsäußerungen als Reaktionen auf defizitäre Mechanismen einer affektiv-kognitiven Kontrolle und mentalen Repräsentation gegenüber.

Das Thema von Aggression und aggressiver Affekte scheint in manchen halluzinatorischen und paranoiden Symptombildungen schizophrener Patienten auf, es manifestiert sich gelegentlich in ungezügelter Durchbrüchen aggressiver Handlungen und spiegelt sich selbstverständlich auch in der erschreckend hohen Rate an

Suizidversuchen und vollendeten Suiziden im Krankheitsverlauf wieder. Aber bezeichnenderweise ist die offene Psychopathologie hinsichtlich aggressiver Aspekte oft auffällig blande. Nichts desto weniger spielt sich auf einer tieferen Ebene ein höchst (selbst-) destruktiver Prozess ab, der wesentlich auf die Selbstorganisation, auf das Selbst als autonom denkendes und fühlendes Selbst gerichtet ist. Die Destruktion vollzieht sich sowohl für den schizophrenen Patienten als auch für den erfahrenen Arzt meist unbemerkt, weil sie mental nicht repräsentiert und nicht symbolisch-interaktiv, insbesondere nicht sprachlich vermittelt wird. So macht Bion (1959, 1965) darauf aufmerksam, dass sich Hass und Wut des schizophrenen Patienten überwiegend auf die eigene mentale Lebendigkeit beziehen, sowohl einen Angriff auf kohärente Gedanken und Gefühle als auch auf den grundlegenden Prozess der Repräsentation des Denkens und Fühlens, den sensorischen, perzeptiven und mentalen Apparat selbst einschließen. Er betrachtet diese typisch schizophrene Selbstdestruktivität als eine besonders maligne Variante der normalen Prozesse von Spaltung und projektiver Identifikation. In Unterscheidung zu verwandten intrapsychischen und interpersonalen Vorgängen bei Personen mit primitiven Persönlichkeitsstörungen, dient diese Selbstdestruktion aber nicht mehr kommunikativen Zwecken, sondern bedingt vielmehr eine Entleerung und Zerstörung von innerseelischen Inhalten. Ganz im Denken von Bion stehen auch Grotstein (1977) und Ogden (1980), wenn sie bei schizophrenen Patienten einen unbewussten Angriff auf Gedanken und Gefühle als Quelle unerträglichen Schmerzes hervorheben und hierin keine adaptive Verbindung, sondern einen fundamentalen Bruch mit der interpersonalen und sozialen Welt erkennen. Im Erleben des schizophrenen Patienten imponiert so eine auffällige Abwesenheit von Selbstbewusstsein bzw. Selbstreflexivität hinsichtlich zentraler Emotionen. Diese psychodynamische Beobachtung trifft sich einerseits erstaunlich mit der neuropsychologischen Hypothese eines grundlegenden Mangels zur introspektiven Selbstreflexion und differenzierten Metarepräsentation von Frith (1992, s.o.). Sie ist aber andererseits auch mit der phänomenologischen Sicht von Sass (1994, s.o.) auf eine bei schizophrenen Patienten oft auffällige formale Hyperreflexivität vereinbar, die wesentlich angestrengt und zwanghaft ein Gefühl von fortschreitender Selbstentfremdung begleitet. In einem auf diesen drei unterschiedlichen Theorieebenen festgehaltenen psychopathologischen Prozess, hin zu einem halluzinatorischen und paranoiden Erleben, werden Pfade und Muster von Impuls- und Affektausdruck, aber auch von -kontrolle erkennbar. Halluzinationen und Wahnbildungen beschreiben zwar keine Abwehr im engeren Sinne, sie drücken wohl aber eine selbstregulatorische Funktion aus und reflektieren damit Anpassung.

2.1.3.3 Mentaler Nihilismus

Man kann in Verläufen schizophrener Psychosen recht häufig beobachten, welch eigentümliche Attraktivität für Patienten innerseelische Zustände von globaler Schmerzfreiheit besitzen. Diese intendierte Schmerzfreiheit und mentale Anästhesie schließt nicht nur eine Freiheit von negativen, sondern auch von positiven Emotionen und Vorstellungen ein. Diese nirwanaähnliche Verfassung in vor allem chronischen Verläufen, die nicht selten von einer wahnhaften Größenidentität unterlegt ist, kontrastiert auffällig mit den von starker Affektdynamik gekennzeichneten Zuständen eines akuten psychotischen Zusammenbruchs. Hierbei ist aber mit Bion, Grotstein und Ogden zu betonen, dass dieses nihilistische Nirwana

psychodynamisch meist aus einem höchst selbstdestruktiven Prozess resultiert (s.o.). Dieser verweist nicht so sehr darauf, dass von den Patienten die Realität als solche aufgegeben oder gar zerstört würde. Auch ist nicht unbedingt ein „Besetzungszug“ im ursprünglichen freudschen (1911) Verständnis wahrscheinlich zu machen. Es handelt sich vielmehr um die bereits kurz skizzierte selbstdestruktive Auflösung sensorisch-perzeptiver und kognitiver Funktionen und Strukturen, die Realität vermittelnd wahrzunehmen. Eigen (1986) hebt in diesem Zusammenhang bei Personen mit einer Schizophreniedisposition hervor, wie sehr Gedanken und Gefühle an sich, die oft verfolgend, bedrängend und auch körperlich-existentiell belastend sein können, in einem fundamentalen Sinne ausgehalten werden müssen. Bions (1959, 1965) Analyse schizophrenen Denkens und Fühlens betont eine wichtige entwicklungspsychologische Voraussetzung für innerseelische Repräsentationsleistungen ganz generell. Primäre sensorische, perzeptive und affektive Eindrücke im Kontakt mit der Umwelt, aber auch im initialen, vor allem körperlichen Selbsterleben, bedürfen eines grundlegenden „Containing“, um überhaupt zu innerseelisch verfügbaren Elementen zu werden. Es handelt sich hierbei zunächst um eine vorrangig mütterliche Leistung, die im frühen Entwicklungsverlauf des Kindes zu erbringen ist. Erst in der mütterlichen Umfassung und modulierenden Rückvermittlung dieser unmittelbaren Eindrücke der Realität (Bion spricht von sog. Beta-Elementen der Erfahrung) kann für das Kind innerseelisches Wissen (Alpha-Elemente) entstehen. Erst diese Alpha-Elemente können dann sowohl in primär- als auch sekundärprozesshaften Mechanismen weiter transformiert werden und begründen die bewussteinsfähige kognitiv-affektive Landschaft, aber auch die unbewusste Ordnung seines Wissens von sich und der Umwelt. Diese, wesentlich im Umgang mit der Mutter erfahrene und dann später internalisierte Containing-Funktion, erweist sich bei Personen mit Schizophrenierisiko als höchst defizitär. Es ist einerseits entscheidend zu erkennen, dass die in einem phänomenologischen Sinne imponierende Tendenz hin auf einen nirwanaähnlichen Zustand des Erlebens bei vielen schizophrenen Menschen aus einem selbstdestruktiven Vorgang gerade gegen diese Containing- und Holding-Funktion ihres perzeptiven, kognitiven und affektiven Apparates resultiert. Sie führt dann nicht nur zu einer Entleerung und Zerstörung von innerseelischen Inhalten, sondern letztlich auch zu einem Verschwinden des Schizophrenen in seiner personalen Identität als autonom denkendes und fühlendes Subjekt. Es ist andererseits auch hervorzuheben, dass gerade diese Haltung im unmittelbaren Kontakt mit der Umwelt, in den realen und phantasierten Beziehungen die vulnerable Persönlichkeit enorm gefährdet, da sie inneren Impulsen und Wünschen sowie äußeren Anforderungen und Angeboten schutzlos und unvermittelt ausgeliefert erscheint. Grotstein (1995a, b) prägt hierfür die Bezeichnung „Orphans of the real“. Er hat ähnlich wie Lacan (1966) im Auge, dass schizophrene Persönlichkeiten weder in einer sprachlich-symbolisch noch in einer emotional-imaginär strukturierten Realität sicher verankert, sondern den potentiell traumatisierenden, daher oft von Feindseligkeit und Horror begleiteten Eindrücken der Realität an sich ausgesetzt seien.

Aus dem unmittelbaren Ausgeliefertsein an die „Realität an sich“ resultieren zwei wichtige, in schizophrenen Psychosen sehr häufig imponierende Symptomenkomplexe. Es sind dies einerseits typische Veränderungen des Körperselbst und Körperbildes, andererseits merkwürdige Abwandlungen im Denkstil und sprachlichen Duktus. Beide psychopathologische Syndrome sind als Ausdruck der geschilderten, selbstdestruktiv blockierten bzw. zerstörten intrapsychischen

Repräsentationsfähigkeit zu bewerten und stehen auch untereinander in einer dynamischen Beziehung. Mit Pankow (1990) ist eine zentrale Störung in der grundlegenden Funktion des Körperbildes hervorzuheben, nämlich die Relation des Körperganzen zu seinen Teilen selbstverständlich regulieren zu können. Dieses Zusammenspiel vom Ganzen und den Teilen des Körper selbst ist außer Kraft gesetzt. Es artikuliert sich in vielfältigen Entfremdungen und Spaltungen des Körperbildes. Es begründet eine paralysierende Erfahrung des Schizophrenen, einen Körper zu haben, ohne ihn zu bewohnen, zu besitzen. Das Körper selbst ist nicht zuverlässig von der Außenwelt abgegrenzt. Die Haut ist nicht als quasi natürliche Grenze zwischen dem Selbst und dem Anderen verfügbar. Sie ist vielmehr porös, im stetigen osmotischen, aber von einem Selbst nicht steuerbaren Austausch mit der Umwelt, im schlimmsten Fall aber einem fortwährenden feindseligen und zerstörenden Eindringen durch diese Umwelt ausgesetzt. Es herrscht häufig die Überzeugung vor, dass die Haut kein Ort einer liebevollen Kontaktmöglichkeit ist. Sie kann immer wieder zum Fokus hypochondrisch-wahnhafter Besorgnis werden. Ganz analog gibt es auch die paranoide Gewissheit, dass das Körperinnere selbst ein Raum unintegrierter viszeraler Sensationen ist. Das Körperinnere ist vor allem aber auch grundlegend böse, nur mühsam in Zonen bedrohlicher Destruktivität und solchen toter Gefühle aufgetrennt. So verdichten sich in den Körperöffnungen auch nicht primär Erfahrungen mit „libidinösen Partialtrieben“. Triebhafte Regungen sind vielmehr für schizophrene Patienten oft eine Quelle von Unlust, Schmerz, Folter und Zerstörung, und Körperöffnungen stellen dann Pforten dar, diese „bösen“ Selbst- und Objektanteile auszustoßen.

Auch wenn schizophrene Störungen des Denkens und der Sprache eine hohe Komplexität anzeigen und auf theoretisch ganz unterschiedlichen Ebenen Gewinn bringend untersucht werden können (Scharfetter 1986), so ist ein Aspekt herauszugreifen, der vermutlich in einer engen Beziehung zu den geschilderten Störungen der körperlichen Integrität steht. Worte zu gebrauchen, um sich sprachlich einem anderen mitzuteilen, und Worte von diesem Gesprächspartner aufzunehmen besitzt für den schizophrenen Patienten oft eine unabweisbare körperliche Erfahrungsdimension. Mit Worten in Kontakt zu kommen ist für ihn einem körperlichen Kontakt gleichgesetzt. Auffällig ist, dass die in normalen Kommunikationssituationen ausgetauschte metaphorische Bedeutungsdimension dem Schizophrenen vor allem dann abhanden kommt, wenn der metaphorische Gebrauch von Worten sich auf Körperliches bezieht (z. B. „den Kopf verlieren“, „jemanden die Augen verdrehen“). Es scheint, als würden diese Metaphern nicht nur wörtlich verstanden, sondern die mit ihnen ausgedrückte figurative Bedeutung „körperlich empfunden“. Diese Vermengung von Aspekten des Selbst und des Anderen, von Anteilen des eigenen Körpers und dem des Anderen, signalisiert eine höchst fragile Fähigkeit zur Symbolisierung. In der Sprache repräsentierte Vorstellungen besitzen für den Schizophrenen eine bedrückende Erlebnisqualität. So überrascht eine motivierte Tendenz keineswegs, die innere Vorstellungswelt sehr zu beschränken, in sprachlichen Kommunikationen zu verarmen, im Extremfall einen Mutismus zu entwickeln und sich autistisch zurückzuziehen. So wird es auch verständlicher, wie es Bion betont (s.o.), dass sich ein aktiver destruktiver Prozess unmittelbar gegen ein sprachlich strukturiertes Wahrnehmen, Denken und Fühlen richten kann, da diese Repräsentationsleistungen mit körperlichen Missempfindungen, mit Schmerz und Unlust verbunden sind. Der Angriff des Schizophrenen auf sein Denken und Sprechen ist also einer körperlichen Automutilation sehr verwandt, wie auch

umgekehrt die nicht selten praktizierten Selbstverstümmelungen oft mit einer bizarren Logik begründet werden. Betrachtet man die Sprache, wie sie vor allem chronisch schizophrene Patienten benützen, weiter, so scheint die in der psychoanalytischen Theorie hervorgehobene Unterscheidung zwischen vorbewussten Wortvorstellungen und unbewussten Sachvorstellungen und die wechselseitige dynamische Beziehung untereinander qualitativ verändert zu sein (Laplanche & Pontalis 1972). Wortvorstellungen werden von Schizophrenen nicht selten so behandelt, wie während einer normalen Traumaktivität Sachvorstellungen bearbeitet werden. Primärprozesshafte Mechanismen verdichten und verschieben Wortvorstellungen und führen zu Neuschöpfungen (Neologismen). Dabei erscheint die Verbindung zu den körperlich und triebhaft verankerten Sachvorstellungen weitgehend unterbrochen, also die Verbindung zu einem dynamischen Unbewussten gekappt zu sein. Bei Schizophrenen haben Worte daher eine normalerweise inhärente Überdeterminiertheit oft verloren, sind an Bedeutung eher leer. Ein wiederholt beschriebener überinklusiver Gebrauch von Worten durch den schizophrenen Menschen steht hierzu nicht in Widerspruch. „Der Schizophrene fühlt sich heimischer in einem System rein formaler, entkörperlichter Symbole als in Symbolen, die auf seine körperliche Existenz anspielen“ (Moyaert 2003, S. 56).

2.1.4 Zur Psychodynamik der akuten Dekompensation bei schizophrenen Psychosen

Wenn wir in den geschilderten Merkmalen einer grundlegend angelegten Differenzierungs- und Integrationsschwäche, einer extremen Empfindlichkeit gegenüber der Wahrnehmungswelt und eigentümlichen selbstdestruktiven Motiven bei innerseelischen Repräsentationsvorgängen wichtige strukturelle Voraussetzungen in der Entwicklung und im Verlauf schizophrener Erkrankungen auch schon vor und jenseits akut psychotischer Zustände beschreiben können, dann ist die Frage zu stellen, was triggert den manifesten Beginn einer schizophrenen Psychose, und wie ist die weitere Entwicklung in einem akuten Krankheitsschub psychodynamisch darzustellen.

Es erscheint neben bedeutsamen neurobiologischen Reifungsprozessen des Gehirns nicht zufällig, dass die Häufigkeit der psychotischen Ersterkrankungen in einem typischen Übergangsstadium der psychosozialen Entwicklung von Spätadoleszenz und jungem Erwachsenenalter einen ersten Höhepunkt erzielt. Die ange deutete, im entwicklungspsychologischen Abschnitt weiter auszuführende strukturelle Vulnerabilität von schizophrenen Persönlichkeiten erlaubt offenkundig für die Entwicklungsjahre der frühen Sozialisation im Familienverband und in der unmittelbaren sozialen Umwelt eine wenngleich prekäre, doch häufig noch unauffällige Anpassung. In dem normativ geforderten Schritt in eine breitere soziale Öffentlichkeit, mit den impliziten Trennungs- und Individuationsschritten sowie in den alterstypischen Entwicklungsaufgaben von Identität und Intimität, nähert sich diese globale Anpassungshaltung aber einer kritischen Erschütterung. Es ist hierbei wenig wahrscheinlich, dass die akute schizophrene Erkrankung unmittelbar aus einer *spezifischen* Konfliktdynamik oder psychosozialen Herausforderung resultiert. Sowohl die Vielzahl der rekonstruierbaren Auslösesituationen in relevanten psychosozialen Kontexten (Kapfhammer 1995b) als auch die Mannigfaltigkeit nachweisbarer Konfliktvarianten (Kutter & Müller 1999) wenden sich gegen eine oberflächlich konzipierbare *nosologische Spezifitätsannahme* für die Auslö-

sung einer schizophrenen Manifestation. Davon bleibt unberührt, dass sich in einer einzelfallanalytischen Betrachtungsweise oft recht unverwechselbare Kernsituationen ausmachen lassen, denen eine hohe Bedeutung für die Auslösung einer Psychose bei einem betroffenen Individuum zugesprochen werden kann. Und außer Zweifel steht auch, welch herausgehobene Konfliktträchtigkeit den beiden Entwicklungsaufgaben von Identität und Intimität innewohnt, da sie die schizophrene Vulnerabilität in der Unterscheidung von Selbst und Objekt, von Innenwelt und Außenwelt, von körperlichem und psychischem Selbst, von Abhängigkeit und Unabhängigkeit auf das Äußerste zuspitzen können und angesichts grundlegender Symbolisierungs- und Repräsentationsschwächen zu antinomischen Dilemmata werden lassen, worauf Mentzos (1997, 2002) in seinen Arbeiten wiederholt hingewiesen hat.

Der Eintritt in die akute schizophrene Psychose wird von psychoanalytischen Autoren recht unterschiedlich konzeptualisiert. Pao (1979) nimmt etwa in seiner Monographie über die „schizophrenen Störungen“ einen Prozess in fünf formalen Schritten an. Ein Konflikt, der durch unakzeptable sexuelle oder aggressive Triebimpulse verursacht werde, löse eine „organismische Panik“ aus, die wiederum eine Paralyse der integrativen Funktionen des Ichs nach sich ziehe. Parallel zum Versagen der Ich-Abwehr werde eine regressive Bewegung hin auf frühe ontogenetische Stufen libidinöser und aggressiver Modi angestoßen. Im subjektiven Erleben stellten diese intrapsychischen Veränderungen eine „innere Katastrophe“ dar, wie sie Freud (1911) am Fall Schrebers exemplifiziert habe. In einem weiteren Schritt beginne das Ich sich aber allmählich zu erholen und suche nach einer „bestmöglichen Lösung“ für eine existentiell bedrohliche Situation. Die nun erscheinenden psychopathologischen Symptome seien das Ergebnis verfügbarer Verarbeitungsmöglichkeiten der betroffenen Persönlichkeit. Diese aktualgenetische Betrachtungsweise scheint noch weitgehend einem neurosenpsychologisch begründeten Verständnis der Psychose zu folgen. Freeman (1983) stellt hier zu Recht die Frage, ob psychische Konflikte, wie sie Pao annimmt, eine primäre Reaktion auf psychosozialen Stress darstellten oder aber erst im Zuge einer sekundären Entwicklung, eines im Rahmen der akuten psychotischen Exazerbation selbst angestoßenen Regressionsprozesses aufträten. Wenig beachtet in der Perspektive nach Pao ist zunächst die Tatsache, dass aus bereits erfolgten psychotischen Symptombildungen (z. B. projektive Erledigung von homosexuellen Impulsen in diversen paranoiden Vorstellungen) abgeleitete Konfliktkonstellationen durchaus auch in anderen psychischen Störungen wesentlich vorkommen können und nur wenig zum Verständnis ihres besonderen psychotischen Verarbeitungsmodus beitragen. Ferner werden bei Pao die häufig bereits vor der akuten Krankheitsmanifestation imponierenden strukturellen Auffälligkeiten bei schizophrenen Patienten zu wenig thematisiert, insbesondere das Ausmaß der „organismischen Panik“ von ihm nicht so sehr als unmittelbarer Ausdruck des Fragmentationsvorgangs als vielmehr als Ergebnis der initialen Konfliktodynamik gewertet.

Pao (1979) selbst sieht sein pathogenetisches Modell der akuten schizophrenen Psychose vor allem für einen prognostisch günstiger eingestuften Typus (I) und weniger für den primär chronischen Verlaufstypus (III) erfüllt. In vielen Fällen mögen unlösliche Triebkonflikte, vor allem auch aggressive Impulse in der Auslösekonstellation eruierbar sein. Sie besitzen aber oft nur korrelative Bedeutung zu einer gravierender einzustufenden Auflösung der Selbstorganisation und der damit einhergehenden Vernichtungsangst als Ausdruck eben dieser Selbstfragmentierung.