

6. VORLESUNG:

DIE ENDOGENEN PSYCHOSEN

(GRUPPE DER SCHIZOPHRENEN UND DER ZYKLOTHYMIEN)

3 GRUNDPOSITIONEN DER PSYCHOANALYTISCHEN PSYCHOSENLEHRE:

1. **Psychopathologisches Verhalten** ist immer eine Form der **Reaktion auf und Ausdruck bzw. Konsequenz von unbewußt gewordenen Erfahrungen in der frühesten Kindheit** (gilt auch bei schwersten psychischen Erkrankungen; **Psychosen haben nie eine ausschließlich organische Ursache**)
2. **multikausale Entstehungstheorie** (Psychosen werden durch körperliche, seelische und soziale Inhalte verursacht)
3. Struktur der Psychose, Art des Erlebens und der Verarbeitung wird **durch Psychoanalyse verstehbar und einsichtbar.**

PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOSENLEHRE GEWINNT IHRE ERKENNTNISSE AUS 3 QUELLEN:

1. Rekonstruktion aus **Erwachsenenanalysen**
2. **Kinderanalysen** (Melanie **KLEIN**)
3. direkte **Kinderbeobachtungen** (R. **SPITZ**, J. **BOWLBY**, M. **MAHLER**)

PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOSENLEHRE UNTERSCHIEDET 2 GRUPPEN VON PATHOGEN WIRKSAMEN FAKTOREN:

1. **äußere pathogen wirksame Faktoren:**
milieuabhängig, entsprechen dem „psychosozialen Feld“ (Gestaltung der frühen Mutter-Kind-Dyade, familiäre Interaktionen, weitere später von außen dazukommende von außen einwirkende Traumatisierungen, wie z.B. Verlusterlebnisse, Schicksalsschläge).
2. **innere pathogen wirksame Faktoren:**
 - * sind **hereditär verankert** (Triebstärke, angeborene Ichdefekte, usw.),
 - * **enzymatische Besonderheiten**,
 - * **körperliche Traumata und Noxen** (z.B. intrauterine Noxen, frühkindliche Erkrankungen, Encephalitis und ihre Folgezustände)

FREUDS ERKLÄRUNGSVERSUCHE VON PSYCHOTISCHEN VORGÄNGEN -> 2 UNTERSCHIEDLICHE THEORIEN:

1. eine Theorie, die Entstehung sowohl von Psychose als auch von Neurose erklärt (**grundsätzliche Übereinstimmung von Psychosen und Neurosen**)
2. eine für Psychose spezifische Theorie (**Unterschied zwischen Neurose und Psychose**)

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN NEUROSEN UND PSYCHOSEN:

1. **stärker ausgeprägte Triebregrression**
(Regression ist stärker ausgeprägt, vor allem zu prägenitalen Triebzielen; aber auch schwere Konflikte phallischer Natur)
2. **stärker ausgeprägte aggressive Triebregungen** und in diesen begründete Konflikte
3. **stärker ausgeprägte und ausgedehntere Störungen der Ich- und Überich-Funktionen zum Zweck der Abwehr** gegen auftretende oder entstehende Angst / depressive Affekte in innerpsychischen Konfliktsituationen.

- * Oft kommt es zu **sehr ausgedehnten defensiven Veränderungen der Ich-Funktionen**, daß Verhältnis des Patienten zu seiner Außenwelt empfindlich gestört wird -> **Abkehr von der Realität (Realitätsverlust)**.
- * Sind **mehrere Ich-Funktionen beeinträchtigt** -> **Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit** des Individuums an die gesellschaftlichen Normen seiner Umgebung.
- * Außerdem kann es zu **massiver Schädigung der integrativen Fähigkeiten des Ichs** kommen (Grund = Abwehr) -> Patient kann **keinen sinnvollen, kausalen Zusammenhang mehr herstellen** zwischen dem, was gerade passiert, und dem, was kurz zuvor oder vor Stunden / Tagen geschehen ist => **Kontinuität seelischen Geschehens ist unterbrochen**, um Entstehung von Angst (Gewissensangst) und depressiven Affekten (Schuldgefühle) zu verhindern.
- * **Innere und äußere Erlebnisse werden voneinander getrennt** gehalten, Patient kann **keinen Sinnzusammenhang in seinem Leben oder Denken** entwickeln -> kennt sich mit sich selbst und der Umwelt nicht mehr aus.
- * Daneben gibt es **auch objektive Störungen** (Patient nimmt sich in zeitlicher Aufeinanderfolge widersprüchliche Handlungen vor, ohne deren Widersprüchlichkeit zu bemerken)

BEISPIEL FÜR REALITÄTSVERLUST / RÜCKZUG AUS DER WIRKLICHKEIT:

Psychot. Patientin empfindet ihrem Mann gegenüber Ärger und sadistische Impulse -> Konflikt -> wehrt sich gegen diese Impulse durch Verfallen in trance- oder stuporähnlichen Zustand (bewegt sich nicht und denkt auch nicht mehr) = defensiv motivierter Zerfall bestimmter Ichfunktionen (willkürliche Bewegung, äußere Sinneswahrnehmung, bewußtes Denken)
-> schwerwiegender, vorübergehender Rückzug aus der Wirklichkeit.

BEISPIEL FÜR BEEINTRÄCHTIGUNG DER INTEGRATIVEN FUNKTIONEN (ANPASSUNGSSTÖRUNG IM BEREICH ZWISCHENMENSCHLICHER BEZIEHUNGEN):

Patientin konnte nicht begreifen, warum alle Personen, die sie am meisten liebte, ständig mit ihr stritten oder sie unfreundlich behandelten. Während Analyse schrie sie Analytiker oft eine Stunde lang an, wußte später aber gar nichts davon, weil sie sich im Moment des Schreiens dessen gar nicht bewußt war.
* Grund: ihr Ich konnte propriozeptive und auditive Empfindungen nicht integrieren.
* Motiv dahinter: ubw. Kastrations- und kannibalische Wünsche und Mordgedanken
-> starke Schuldgefühle und Gefühl, besser gleich tot zu sein oder Selbstmord zu begehen.
Wurde sich nicht bewußt, daß sie schrie und zankte
-> konnte so selbstzerstörerische Tendenzen und Schuldgefühle besser abwehren bzw. in Grenzen halten.

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN NEUROSE, SCHIZOPHRENIE UND MELANCHOLIE:

- * **Melancholiker:** sein **Ich** ist mit seinem **Überich** entzweit
- * **Neurotiker:** sein **Ich** ist mit seinem **Es** entzweit
- * **Schizophrener:** sein **Ich** ist mit der **Realität** entzweit

BEITRÄGE MELANIE KLEINS ZUM VERSTÄNDNIS VON PSYCHOSEN:

DIE PARANOID-SCHIZOIDE POSITION:

1946 beschreibt **Melanie KLEIN** diese **früheste Entwicklungsphase des Kindes** (= erste Lebenswochen). Diese Zeit ist gekennzeichnet durch

- * den **Versuch, den Todestrieb dauerhaft abzulenken,**
- * um so **Zuversicht zu erlangen**, durch die Auswirkungen des Todestriebes **nicht in Stücke zu zerfallen.**

Säugling verfügt bereits über **Fähigkeit zu**

- * **primitiven Objektbeziehungen** (innere Objekte),
- * **primitiven Phantasien,**
- * **primitiven Formen von Ängsten** und
- * **primitiven Abwehrmechanismen.**

* **Von Geburt an** ist der **Todestrieb aktiv** -> dadurch entstehen **primitive Ängste**, die allen Ängsten zugrunde liegen (im Inneren droht ein Objekt, das Ich zu vernichten).

* **Ich kämpft gegen die Fragmentierung**, hat diese subjektiv erlebt in der **Erfahrung**, daß das **Innere in Stücke zerfallen** ist, indem es **sich selbst aktiv spaltet.**

* Spaltung führt dazu, daß **Teile des Selbsts oder des Ichs in Objekte projiziert** werden, dabei kann es zur Entleerung des Selbsts kommen. **Ich wird gespalten und in seiner eigenen inneren und in der äußeren Welt zerstreut.**

* In **Außenwelt** gibt es **Objekte, die dem Ich ähneln**, weil sie in der Phantasie die ausgestoßenen Ichanteile enthalten. Wird **Objekt angegriffen** -> Ich wird das Gefühl vermittelt, **eigene Anteile seien gefährdet** -> **angststeigernd.**

* Als **Folge der Fragmentierung** empfindet sich das **Ich als der schwächere Teil. Prozesse** haben zwar **nur in der Phantasie stattgefunden**, werden **aber als real erlebt**, weil Säugling noch unfähig zur Realitätsprüfung ist. In der Phantasie erfolgte Ich-Streuung ist für Säugling Realität.

* **Folge: Ich** wird durch Verlust seiner Anteile **geschwächt**, Introjektionen bereiten größte Schwierigkeiten.

* **Angst der paranoid-schizoiden Position** = Angst vor Fragmentierung und dem Verlust des Ichs.

* Auf engste **verbunden mit dem Schicksal des inneren Objekts:**
= höchst instabiles Partialobjekt, das zwischen gut und böse hin-und herschwankt

-> Objekte werden noch nicht objektiv wahrgenommen, sondern es werden ihnen unnatürlich gute oder unnatürlich böse Eigenschaften zugeschrieben = **Objektspaltung.**

-> Durch **Introjektion des guten und geliebten Objekts** wird ein **gutes inneres Objekt** geschaffen, das dem Ich als Kristallisationspunkt dient.

-> Wenn das **gute äußere Objekt auftaucht und verschwindet => wechselnde Zustände der Integration und Desintegration.**

-> **Verlust des guten inneren Objekts** bewirkt **Frustration**, die nur dadurch **gemildert** werden kann, daß Säugling ein **äußeres gutes Objekt** erlebt, das er **integrieren** kann.

-> **Liebevolle Behandlung des Säuglings** befriedigt sein Bedürfnis nach Behaglichkeit, Liebe, Nahrung, ist aber auch **notwendig, um die schreckliche Verfolgung zu bannen**. **Versagung** bedeutet nicht nur entbehrte Erfüllung, sondern **kann zu drohender Vernichtung durch den Verfolger** werden.

-> **Je massiver die Angst**, je einsamer der Säugling, **desto stärker ist die Idealisierung des idealen Objekts**.

Diese Idealisierung ist **gekoppelt mit einer magischen omnipotenten Leugnung** (Verfolgung wird entweder vollständig geleugnet, **oder**

es kommt zur **Idealisierung der verfolgten Objekte**, die dann als Ideal behandelt werden.

Manchmal kommt es zur **Identifizierung des Ichs mit dem Pseudo-Ideal-Objekt**;

(vgl. Patienten, die angeben, selbst perfekte Babies gewesen zu sein, die nie weinten oder protestierten).

Bei Erwachsenen führen diese Mechanismen zu **mangelnder Unterscheidung von gut und böse** und zur **Fixierung an böse Objekte**, die idealisiert werden müssen und von denen man sich nicht trennen kann.

Für normale Entwicklung wichtig:

In dieser Zeit müssen die **guten Erfahrungen die bösen überwiegen**, damit die bösen nicht idealisiert werden müssen.

DIE DEPRESSIVE POSITION:

Zwischen **4. - 6. Lebensmonat** kann Säugling

-> **fragmentierte Wahrnehmungen von seiner Mutter verbinden** und

-> die **voneinander getrennten guten und bösen Imagines zusammenfügen** zu einer Vorstellung von ein und derselben Person mit guten und schlechten Eigenschaften.

* Kind **anerkennt nun ganzes Objekt und stellt zu diesem eine Beziehung her**

-> Kind erkennt nun Mutter als ganze Person und kann sie nun auch von anderen Personen in seiner Umgebung unterscheiden. Kind bezieht sich nun nicht mehr auf Hände, Gesicht, Brust, Augen der Mutter, sondern auf eine ganze Person, die einmal gut, einmal böse, einmal anwesend, einmal abwesend, einmal geliebt, einmal gehaßt wird.

* **Eigene Hilflosigkeit und eigene Abhängigkeit** wird nun auch **wahrgenommen**.

-> **Hauptangst in dieser Phase:** Destruktive Regungen könnten das geliebte Objekt, von dem man abhängig ist, zerstören oder haben es schon zerstört.

* **Depressive Position beginnt in der oralen Phase**, wenn Kind aus Liebe und Bedürfnis alles verschlingt.

Spürt seine eigenen destruktiven Impulse, die bei ihm Angst auslösen.

* **Neue Gefühle** in der depressiven Position = **Trauer und Sehnsucht**

(Trauer um Verlust des geliebten Objekts -> Kind glaubt, dieses zerstört zu haben

-> Gewissensbisse / Schuldgefühle).

* Gleichzeitig: Es ist nun **möglich, besser zwischen äußerer Realität und Phantasie zu unterscheiden**.

Langsam **entwickelt sich der Wirklichkeitssinn**.

* Kommt es nun **während der depressiven Position zu einer Regression**

-> **Wirklichkeitssinn kann wieder verlorengehen**

-> **Individuum wird psychotisch** (Verlust der Fähigkeit zur Realitätsprüfung).

* Wird **depressive Position erreicht und durchgearbeitet**, kann es **im späteren Leben** zu psychosomatischen, neurotischen, **nicht aber zu psychotischen Schwierigkeiten** kommen.

ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN FÜR DIE ENTWICKLUNG EINER PSYCHOSE:

1. WIRKLICHKEITSERFAHRUNG UND WAHRNEHMUNGSAPPARAT:

- * Wird **Wirklichkeitserfahrung primär als Verfolgung empfunden**
-> jede Wirklichkeitserfahrung zieht heftigen Haß auf sich.
- * **Zersplitterung des Ichs = Versuch, sich jeglicher Wahrnehmung zu entledigen** (angegriffen, zerstört und beseitigt wird in erster Linie der Wahrnehmungsapparat: wenn nichts wahrgenommen werden kann, kann nichts passieren!).
- * Gleichzeitig **Haß gegenüber dem für die Wahrnehmung verantwortlichem Objekt:**
Absplitterung in die zahllosen, in gut und böse gespaltenen Objekte
-> **Schwächung des Ichs; jede Wirklichkeitswahrnehmung wird dadurch zur Qual.**
Folgen bei psychotischen Personen: ungeheure Verletzlichkeit der Wirklichkeit gegenüber
- * Andere **Möglichkeit, wie Wahrnehmungsapparat geschädigt** werden kann:
pathogene Symbiose (Margaret MAHLER):
-> Bedürfnisse des Kindes werden ununterbrochen uminterpretiert, somit ist ihm eine eigene und eigenständige Wahrnehmung nicht möglich.

2. ICHSCHWÄCHE:

- * Exzessive **Spaltung des Ichs** -> Konsequenz = **massive Schwächung.**
Durch **Introjektion und Spaltung** kommt es zur **Flucht zum idealisierten inneren Objekt.**
- * Ist dieser Mechanismus zu stark -> **Beeinträchtigung der Ich-Entwicklung**
(Ich kann völlig abhängig vom inneren Objekt empfunden werden; Ich = gleichsam nur die Schale dafür)
- * **Ich-Schwäche** -> **Fähigkeit, innere Objekte zu assimilieren geht verloren;**
Folge: Gefühl, daß das **Ich von den inneren Objekten beherrscht** wird

-> Ich kann **Teile, die es nach außen projiziert hat, nicht wieder in sich zurücknehmen**
Konsequenz: Tendenz zur **Schizophrenie im späteren Leben**

3. PATHOGENITÄT DES FAMILIÄREN SYSTEMS:

- * **Rollenzuschreibungen** können **Kind in einer irrealen, nach außen völlig abgegrenzten und isolierten Welt** halten.
- * Dazu kommen entweder **Reizdefizite oder überstarke Reize** (z.B. sexuelle Überstimulierung), die **traumatisch erlebt** werden und **für das Ich desintegrierende Folgen** haben können.

DIE GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN: (= DEMENTIA PRAECOX)

DEFINITION:

= Psychosengruppe, die **manchmal chronisch, manchmal in Schüben** verläuft, in jedem Stadium haltmachen oder zurückgehen kann, die aber **keine vollkommene Restitution** erreicht.

Gekennzeichnet durch

- * **typische Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt.**
- * In jedem Fall gibt es eine mehr oder weniger deutliche **Spaltung der psychischen Funktionen. Persönlichkeit verliert ihre Einheit**
-> ein psychischer Komplex beherrscht jeweils die Persönlichkeit, während andere Vorstellungen ganz oder teilweise unwirksam sind.

PHÄNOMENOLOGIE:

1. *Störungen des Denkens*

(Denken folgt den Gesetzen des Primärvorganges;
an der Wirklichkeit orientierte Logik des Denkens geht verloren)

- a) **Zerfahrenheit** (sprunghafte Gedanken, alogisch, „**Wortsalat**“)
- b) **Sperrung des Denkens** (Gedankenabreißen: plötzliche Unterbrechung eines Gedankenganges meist mitten im Satz
-> Schizophrener interpretiert dies oft als „**Gedankenentzug**“)
- c) **Neologismen** (oft unverständlich, eigene Privat- oder Kunstsprache)

2. *Störungen der Affektivität:*

Inadäquatheit der Affekte (PARATHYMIe = Mißverhältnis zwischen Affekt und Denkinhalt)
Affektverflachung

3. *Spaltung:*

unvereinbare Erlebnisqualitäten stehen **zusammenhanglos nebeneinander**, ohne daß diese Gegensätze bewußt als Widersprüchlichkeiten erlebt werden
(Schizophrener lebt in doppelter Welt - in der wirklichen und in der wahnhaften;
TRANSITIVISMUS: Patient glaubt, Personen in seiner Umwelt wären ebenfalls erkrankt)

4. *Autismus:*

Abkehr von zwischenmenschlicher Beziehungsrealität;
Ich-Versunkenheit

5. *Sinnestäuschungen und Wahnideen:*

Stimmenhören (Gedankenlautwerden, Stimmen kommentieren Tun und Denken des Patienten, imperative Stimmen,...);

Halluzinationen: Geruchshalluzinationen, optische Halluzinationen, zönästhetische Halluzinationen (Leibhalluzinationen: Gefühle von Veränderungen an inneren Organen
-> z.B. innerlich verbrannt werden, von ferne vergewaltigt werden,...);

Wahn: Verfolgungswahn, Eifersuchtschwahn, Beziehungswahn, Größenwahn, Vergiftungswahn.

VERLAUF:

- * Beginn entweder **akut oder chronisch**.
- * Verlauf entweder **chronisch-schleichend** oder in **akuten, periodischen Schüben**.
- * **Selten** wird nach Erkrankung wieder der **psychische Ausgangszustand erreicht**.
- * Öfter gelingt eine „**soziale**“ **Heilung**, im Hintergrund bleibt ein **Defekt** (Einengung der Interessen, Kontaktschwächen, Verschrobenheit, Verlust von Aktivität, Initiative, affektiver Lebhaftigkeit).
- * **Endzustand** = Demenz (allgemeine Senkung des Persönlichkeitsniveaus, Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, affektive Verblödung) -> heute selten.

KATATONIE:

- * **im Alter von 25-30** sich manifestierende Form der Schizophrenie;
- * Tendenz zu **akuten Schüben**; zumindest am Anfang Tendenz zu **guter Remission**.
- * Im Vordergrund stehen **motorische Symptome**:
 - > Stupor (Patient steht stundenlang in bizarrer Körperhaltung),
 - > katatoner Erregungssturm,
 - > Negativismus (Patient tut automatisch das Gegenteil von ihm Aufgetragenem)

HEBEPHRENIE:

- * **beginnt** typischerweise bereits in der **Pubertät**.
- * Typisch = **unberechenbares läppisches Verhalten**;
- * chronischer, eher **ungünstiger Verlauf**

SCHIZOPHRENIA SIMPLEX:

- * **Beginn in Pubertät**;
- * **schleichender, symptomarmer Verlauf** mit zunehmender Versandung;
- * häufig nur als **soziales Versagen** erkennbar („Knick in der Lebenslinie“)

3 WESENTLICHE GESICHTSPUNKTE BEIM PSYCHOANALYTISCHEN VERSTÄNDNIS DER SCHIZOPHRENIE:

1. **Konflikt** -> ihm wird **durch Bruch mit der Wirklichkeit ausgewichen** (gelingt am besten durch Unterdrückung / Verleugnung der Wahrnehmung)
2. **Rückzug von enttäuschender Realität durch Regression**
-> Zurücksinken in Entwicklungsstadium **vor Einrichtung der Funktion der Realitätsprüfung** (= Narzißmus)
3. **Denkvorgänge der Schizophrenen sind nicht unlogisch, sondern** es handelt sich bei dieser Logik um **Prälogik** (analog dem magischen Denken)

ad 2) **Regression auf den Narzißmus:**

- * Bei Schizophrenen oft **hypochondrischer Wahn** = Folge des Narzißmus, entspricht Körper-Ich des Säuglings.
- * Häufig sind **Entfremdungsgefühle**, die Kern des Körperschemas (= **Körper-Ich**) betreffen. **Depersonalisation** bedeutet **Verdrängung von narzißtisch überbesetzten Empfindungen**. Voraussetzung der Depersonalisation = Erhöhung der narzißtischen Libido; diese wird vom Ich als unangenehm empfunden -> Abwehrmechanismen treten in Kraft.

- * **Größenwahn** = direkte Äußerung des **reaktiven primitiven Narzißmus** (Allmachtsglaube).
Wesentlicher Inhalt: Sehnsucht des In-sich-selbst-Verliebten, dem eigenen Ich als Objekt in der Außenwelt zu begegnen.

Sinn des Verfolgungswahns:

- * **Homosexuelle Tendenzen** werden grundsätzlich **mit Hilfe von Projektion und Verleugnung abgewehrt**
(Ich liebe ihn nicht, ich hasse ihn -> Er haßt mich [eigener Haß erscheint rationalisiert]
-> Ich liebe ihn nicht, ich hasse ihn, weil er mich verfolgt [eigener Haß wird projiziert, **aber nicht wahllos**, sondern auf jemanden, der Ansatzpunkt bietet, also z.B. eine Person, die den Kranken eventuell haßt, bzw. nicht liebt, ohne sich dessen bewußt zu sein].
- * **Basis für den Verfolgungswahn** = scheinbare **Umwandlung von Liebe und Haß**;
- * **erhöhte Ambivalenz**.
- * **Prägenitale Triebziele** (= orale Wünsche; Ziele der Einverleibung) des Verfolgungswahns

Zur Psychopathologie des Weltuntergangswahns:

- * Patient voll **rasender Wut** möchte **alles um sich herum zerschlagen**.
- * Würde er diesen **Wunsch** aber spüren und **als eigenen anerkennen** müssen
-> **Schuldgefühle und Angst** wären für ihn unerträglich.
- * **Daher** : Überzeugung, die **Welt ist schon zerstört** worden, **ohne sein Verschulden**.
Schuld = Gott, Naturgewalten, Verbrecher, Kommunisten, usw. Eine **verzerrte, wunscherfüllende Phantasie wird als wirklich empfunden** (Patient kann nicht zwischen Phantasie und äußerer Wirklichkeit unterscheiden = Folge der Regression -> diese ist Folge der Abwehr]. Trotzdem kommt es bei vielen dennoch zur Entwicklung von massiver Angst und Schuldgefühlen.

DIE ZYKLOTHYMIEN (DER MANISCH-DEPRESSIVE FORMENKREIS)

DEFINITION:

Zyklothymien = **gekennzeichnet durch:**

- * Antriebsstörungen,
- * Störungen der Befindlichkeit (Grundstimmung, Lust-Unlusttönung des Erlebten, Vitalgefühl) und
- * Störungen der Affizierbarkeit.
- * Gleichzeitig Veränderungen der Biorhythmen (Durchschlafstörungen, frühzeitiges Erwachen,...).

Tagesschwankungen:

Beschwerden am Morgen meist am schwersten (= morgendliches Pessimum),
am Abend am schwächsten (= abendliche Remission)

VERLAUF:

- * **Scheinbar anlaßlos** tritt plötzlich eine Phase auf (selten schleichender Beginn) [vgl. Kafkas „Verwandlung] -> **heilt ohne Defektbildung ab** [= Restitutio ad integrum]
- * Entweder nur **eine Phase oder** mehrere (= **rezidivierend**)
-> **unipolarer Verlauf:** nur depressive oder nur manische Phasen
-> **bipolarer Verlauf:** manische und depressive Phasen wechseln ab

- * Bei **rezidivierendem Verlauf** dazwischen **freie Intervalle** (= Phasen, in denen präorbider Zustand wiedererlangt wird) = symptomfreie Intervalle. **Manisch-Depressive entsprechen in diesen Zeiten den Zwangscharakteren**

[ubw. Triebleben wird beherrscht von analen Wünschen, die aber objektzerstörend sind
= anal/sadistisch; bei Zwangsneurose dagegen objekterhaltend = anal/erotisch]

- * **Manchmal chronischer Verlauf; manisch-depressive Defektzustände**
(leichte Verstimmbarkeit, Antriebsschwäche, verlängertes Verbleiben in bestimmter Stimmung)

- * **Phasendauer:** mehrere Stunden bis Jahre (Durchschnitt = 6 Monate)

- * **Erstmanifestation von Zykllothymien:**

frühestens mit 30 - 40 (manische Phase tritt meist früher auf als depressive)

- * **Gegen Überschätzung des psychogenen Faktors bei Entstehung von Zykllothymie spricht:**

1. strikte **Periodizität** der Phasen (scheinen unabhängig vom äußeren Erleben aufzutreten)
2. **hereditäres Moment** (bei keiner anderen Erkrankung so sicher nachweisbar)
3. auch bei Fällen ohne Periodizität scheinbare Anlaßlosigkeit der Stimmungsschwankungen -> **es gibt keinen psychogenen Charakter.**

Einwände der Psychoanalyse dagegen:

vor allem gegen den 3. Punkt -> **Unterscheidung endogen und reaktiv = unbrauchbar**, wenn man Existenz des Unbewußten akzeptiert (Anlässe der „spontanen“ Manifestationen = dem Patienten häufig nicht bewußt; geringfügiger Anlaß auf den eine großartige Reaktion folgt kann auch auf eine Verschiebung schließen lassen.

=> 3 Hypothesen bei Untersuchung der manisch-depressiven Erkrankungen:

- a) Man kann einen „**organischen**“ Faktor erwarten (z.T. durch Neurotransmitterforschung bestätigt)
- b) **reaktive und endogene Formen sind nur quantitativ** verschieden, nicht aber prinzipiell
- c) Es gibt eine **breite Übergangsphase zwischen Erkrankung und Normalein**
-> „manisch-depressives Irresein“ ist ein Zerrbild normalpsychologischer Probleme
(z.B. Geltungsdrang / Minderwertigkeit; Stimmungsschwankungen; Traurigkeit)

DIE MELANCHOLIE:

PHÄNOMENOLOGIE:

- * „**primäre Verstimmung**“ (tiefe, schmerzliche Verstimmung)
- * **Antriebsverarmung** (Versteinerung, subjektive innere Leere, Verlangsamung aller psych. Vorgänge vor allem der Denkvorgänge)
- * **Aufheben des Interesses für die Außenwelt**
- * **Verlust der Liebesfähigkeit**
- * **allgemeine Hemmung**
- * **Herabsetzung des Selbstwertgefühls** (Selbstvorwürfe, Selbstbeschimpfungen; Versündigungswahn, Verarmungswahn)
- * **körperliche Symptome** (Verstopfung, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Nachlassen der Libido, Mundtrockenheit, Druckgefühl im Herz-Brust-Bereich, hypochondrische Wahnvorstellungen)

4 GRUNDLAGEN JEDER DEPRESSION AUS PSYCHOANALYTISCHER SICHT:

1. **erhöhte Ambivalenz** (verstärkter, ev. oraler Sadismus)
2. Wendung des **Sadismus gegen das eigene Ich**
3. **Regression zum Narzißmus** / Regression von der Objektliebe zur **Identifizierung**
4. **Introjektion des enttäuschenden Objekts** und nachfolgende **totale Identifizierung**

FOLGEN:

- * **Depressiver kann nicht richtig lieben**
 - > entweder gleichzeitiger Haß gegenüber dem Liebesobjekt
 - > oder Lähmung der Liebesfähigkeit, die unterdrücktem Haß entspricht (Ich merke, daß ich nicht lieben kann, also hasse ich mich)
- * **Depressiver behandelt sich selbst mit der gleichen Ambivalenz wie seine Objekte** (Gefühl, ungeliebt zu sein entspringt Haß gegenüber dem eigenen Selbst).
 - > Dem **Objekt gegenüber** ist die **Liebesregung manifest, der Haß aber unbewußt.**
 - > Dem **Ich gegenüber** zeigt sich der **Haß in übertriebenen Selbstvorwürfen** (= primäre narzißtische Liebesüberschätzung des eigenen Ichs)
- * **Depressive verhalten sich oft anmaßend**, verstehen nicht, wie sehr sie sich ihren Objekten aufdrängen. (Triebquelle dieses Sadismus = Oralität). Selbsthaß = Umkehrung des gegen die Objekte gerichteten Sadismus in Masochismus.

PATHOGNOMISCHE INTROJEKTION:

- * **Liebe des Objekts** wird als narzißtische Zufuhr **verlangt**
 - > realer (oder phantasierter) **Verlust des Objekts** (= Enttäuschung) soll **ungeschehen gemacht werden durch psychische Einverleibung des Objekts.**
- * Äußeres Objekt wird so durch ein inneres ersetzt -> Teil des Ichs des Patienten wird zu diesem Objekt => **Einverleibung und narzißtische Identifizierung.**
- * Dann **Kampf um narzißtische Zuwendung auf innerpsychischer Ebene zwischen Ich und Überich:** Sadismus, der zuvor dem Objekt galt, richtet sich nun gegen das Ich -> **Depression.**

RÄTSEL DER SELBSTMORDNEIGUNG:**=> Selbstmordabsichten des Neurotikers:**

stammen von **Mordimpulsen**, die **gegen andere gerichtet** waren und die **nun gegen eigenes Selbst** gerichtet werden.

=> Beim Melancholiker:

- * Selbstmord als **letzter verzweifelter Versuch**, vom äußerst **grausam gewordenen Überich die lebensnotwendige narzißtische Zufuhr zu erzwingen** (Ich führt dem Überich vor, wozu es es getrieben hat und wie sehr es leidet).
- * Selbstmord ist aber auch **Bemühen, den Gewissenqualen ein Ende zu bereiten**, vor allem wenn das Selbstwertgefühl so vollständig verloren gegangen ist, daß sich das Ich keine Wiederherstellung mehr erhofft (Ich fühlt sich von seinem Überich verlassen, läßt sich selbst sterben)
- * **Selbstmord ist aber gleichzeitig ein Mord:**
 - > **an den Objekten** (durch ihre Introjektion ist das Überich entstanden)
 - > **am introjizierten Objekt** (sein äußerer Verlust löste alles aus; es ist jetzt ein Teil des Ichs)

DIE MANIE:

PHÄNOMENOLOGIE:

- * euphorische, **gehobene Grundstimmung**
- * **Antriebssteigerung** (starker Bewegungsdrang, unermüdliche Betriebsamkeit, allgemeine Enthemmung, Verlust jeglichen Schamgefühl)
- * **Ideenflucht** (lose Wort- und Klangassoziationen bestimmen das Denken)
- * **Rededrang**
- * **Selbstüberschätzung** bei **überhöhtem Selbstwertgefühl**

=> Was im Selbstmord der Depression angestrebt wurde (= **Befreiung bzw. Vereinigung mit dem Überich**), **scheint in der Manie erreicht.**

=> Grundsätzlich hat die Manie **dieselben Inhalte wie die Melancholie**. Beide ringen mit demselben

- * in der **Manie** „**bewältigt**“ bzw. auf die Seite geschoben („**manische Abwehr**“)
- * in der **Melancholie** ist das **Ich erlegen**.

=> **Manie ist ein Triumph**, ABER: dem Ich bleibt verborgen, worüber es triumphiert.

Narzißtischer Sieg erzeugt ein **narzißtisches Allmachtsgefühl**

- * **Wegfall aller Hemmungen**. Manisches Ich hat **Verlust des Objekts und die Trauer darüber überwunden** -> psychische Energie ist wieder verfügbar.
- * **Befreiung vom Objekt** -> Heißhunger, mit dem neue Objektbeziehungen angestrebt werden.