

1 Krankheitslehre

1.1 Der psychiatrische Krankheitsbegriff

Woher nehme ich die Sicherheit, dass der Patient mir gegenüber schizophran ist und ich es nicht selbst bin?

Was ist überhaupt eine psychiatrische Erkrankung? Ein objektiver Gegenstand, eine Realdefinition, oder ein begriffliches Konstrukt, d. h. eine Nominaldefinition, oder nur eine individuelle Reaktion, eine Lebensform, also eine biographische Definition?

Das gegenwärtige Krankheitsverständnis gemäß der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) beruht auf den beiden zuletzt genannten Definitionen. Aber unverändert besteht die Vorstellung, dass »Geisteskrankheiten« nicht medizinisch einzuordnen seien, sondern als begründete Verhaltensweisen in einem konkreten sozialen System anzusehen, sprich höchstens moralische Probleme sind (Szasz 2013).

Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie ist durch die ausgeprägte Verschränkung mit dem gesellschaftlichen und politischen Umfeld bestimmt. Diagnosen werden zum Teil stigmatisierend verwandt, was zu Kontroversen und Entwicklung einer »Anti-Psychiatrie«-Haltung führte. Demgegenüber ist eine »Anti-Somatik-Bewegung« in der Bevölkerung wenig vorstellbar. In Japan wird darüber diskutiert, die Schizophrenie in eine Störung der Einheit des Selbst umzubenennen (Umehara et al. 2011), oder als Spektrum zu sehen (Guloksuz und van Os 2018) und darüber den Begriff ganz abzuschaffen. Ist die Schizophrenie überhaupt eine Erkrankung (Read et al. 2004), d. h. gibt es eine

Kernerkrankung (Parnas 2011) im Sinne Kraepplins? Von Dr. Knock aus dem Bühnenstück von Jules Romain (Uraufführung 1923) wissen wir, dass einige Erkrankungen nicht bestehen, bis wir sie akzeptieren, wahrnehmen, benennen und behandeln bzw. mit ihnen Geld verdienen (Romain 2001). Vielleicht benötigt es ein neues Verständnis für psychische Erkrankungen (Heinz 2017), soziale Neurowissenschaften, die Symptome erforschen statt Krankheiten? Die klassische Psychopathologie nach Jaspers scheint ausgedient zu haben. Kritikern zu Folge wird sie dem Subjekt nicht gerecht, ist zu vage, nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert, trägt zu Pathologisierung und Medikalisierung bei und ist zudem manipulations- und missbrauchsgefährdet.

Das National Institut of Mental Health hat im Jahr 2009 in den Vereinigten Staaten das Research Domain Criteria (RDoc) Projekt gestartet, um Befunde aus der neurobiologischen Forschung mehr zu berücksichtigen und Grundlagenforschung und klinische Forschung wieder stärker zusammenzuführen (Jäger 2015). Dieser neue datengetriebene Ansatz könnte anstelle einer nosologischen Einteilung wie bislang zu einer diagnostisch nutzbaren Clusterung aus integrierenden Daten zu Genetik, Neurobiologie, Hirnaktivität, Immunologie, Verhaltensprozesse und Lebenserfahrungen führen (Insel und Cuthbert 2015; Clementz et al. 2016; Clementz 2016; Strik et al. 2017). Gehirnmorphologische Biomarker können z. B. zw-

schen einer unipolaren und bipolaren Depression unterscheiden (Redlich et al. 2014) oder zur Vorhersagbarkeit von therapeutischen Verfahren genutzt werden (Redlich et al. 2016; Hahn et al. 2015; 2017; Lueken et al. 2013).

Das menschliche Gehirn ist über Areale organisiert. Diese sind Teile eines großen Netzwerkes mit eigener Dynamik und komplexen Effekten. Die zugehörigen Funktionen lassen sich nicht in psychologische Termini fassen. Einfache Begrifflichkeiten wie Aufmerksamkeit, Emotionen oder Halluzinationen kommen dem Verständnis der Hirnfunktion nicht nahe. Mittlerweile besteht eine deutliche Divergenz zwischen der Grundlagenforschung und der klinischen Psychiatrie, so dass es an der Zeit ist, eine gemeinsame Sprache zu finden. Wir sollten nicht vergessen, dass das Gehirn ein Beziehungsorgan ist (Fuchs 2016). Psychiatrische Diagnostik und Therapie sind somit nicht

nur Technik, sondern immer eingebunden in eine Beziehung. Die Psychiatrie ist eine Abschätzung der Behandlungsmöglichkeiten. Der (RDoC)-Ansatz einschließlich einer sozialen Neurowissenschaft stellt eine zukunftsweisende diagnostische Option dar.

Merke

Die Natur kennt keine Sprünge. Der Übergang zwischen pathologisch und physiologisch ist stets fließend. Eine Hirnfunktion ist Netzwerkstruktur und -dynamik, d.h. immer reduktionistisch zu sehen. Psychiatrische Diagnosen sind gegenwärtig begriffliche Konventionen. Die psychiatrische Diagnostik erfordert eine Multiperspektive. In einem wissenschaftlichen Diskurs sollten die Methoden miteinander und nicht gegeneinander reden.

1.2 Definition einer »Psychose«

Der Begriff »Psychose« ist unspezifisch, vergleichbar »HerzKreislaufproblemen« in der somatischen Medizin. Hierunter können sich dann sehr unterschiedliche Krankheitszustände wie Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckentgleisungen oder nur einfache orthostatisch bedingte Synkopen verbergen. Psychose ist eine sehr allgemeine Bezeichnung für viele Formen psychischen Andersseins und psychischer Krankheit, die teils durch erkennbare Organ- oder Gehirnerkrankungen hervorgerufen werden oder deren organische Grundlagen hypothetisch sind (z. B. sog. endogene Psychosen) (Peters 1990). Mit Begründung der Psychoanalyse wurde eine Trennung zur »Neurose« vorgenommen, wobei in einzelnen Fällen die Abgrenzung schwierig sein kann. Als Unter-

scheidungskriterien dienen Schweregrad der psychischen Auffälligkeiten, z. B. in den USA lange die Notwendigkeit einer stationären Unterbringung, Besonderheiten in der Symptomatik wie bizarre Verhaltensweisen, fehlende Nachvollziehbarkeit des Erlebens, Kommunikationsstörungen oder mangelnde Krankheitseinsicht. In der deutschen Psychiatrie bestand die Vorstellung einer krankhaften hirnorganischen Veränderung als Ursache, welche sich in Zeit- und Verlaufskriterien zur diagnostischen Klassifikation niederschlägt (Dilling et al. 2005).

Insbesondere Wahn, aber auch Halluzinationen und formale Denkstörungen werden oft als Merkmal einer Psychose benannt. Letztendlich können alle psychotischen Ausgestaltungen den Bereichen »Sprache«, »Af-

fekte« und »Motorik« zugeordnet werden, welche als gemeinsame Basis der zwischenmenschlichen Kommunikation dienen. In einer weit gefassten Definition kann eine Psychose als eine Störung der Realitätsbezüge verstanden werden. Der Charme dieser Auslegung besteht in der Annahme eines Kontinuums seelischen Erlebens, von normalen Reaktionsformen des Gehirns zu funktionellen und weiter strukturellen Veränderungen, die gegebenenfalls auch morphologisch als Defekt nachweisbar sind.

Psychotisches Erleben findet sich somit auch bei psychisch gesunden Menschen, z. B. optische Halluzinationen nach Schlafentzug, bei Migräne, Epilepsie, hohem Fieber, Überdosierung gewisser Medikamente, bei Drogenkonsum, oder Depersonalisations- und Derealisationserleben bei Schlaftrunkenheit, Verliebtsein, Liebeskummer, Stress oder auch Deprivation und Reizentzug. Psychoti-

sches Erleben von Gesunden unterscheidet sich nicht grundlegend von dem schizophrener Menschen, auch diese sind in der Lage, Trugwahrnehmungen als unreal zu erkennen. Im Gegensatz zu Gesunden benötigen sie jedoch hierfür Unterstützung.

Psychotisches Erleben kommt weiterhin bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen, affektiven, schizophrenen und wahnhaften sowie hirnorganisch bedingten Störungen vor.

Merke

Eine Psychose ist eine Störung der Realitätsbezüge. Psychotisches Erleben ist eine relativ eingeschränkte, unspezifische Reaktionsform des Gehirns auf unterschiedliche innere oder äußere Reize. Psychotisches Erleben findet sich auch bei Gesunden.

1.3 Entstehung von Psychosen und psychotischer Symptome

Unter einer Psychose werden diagnostisch heterogene Störungsbilder verstanden. Der Psychose-Begriff findet zumeist Anwendung für das Auftreten von Halluzinationen und Wahn, mitunter werden auch Ich-Störungen und formale Denkstörungen umfasst. Die ätiopathogenetischen Grundlagen sind unklar, es wird aber von einem Zusammenwirken organischer Krankheitsursachen mit psychosozialen Faktoren ausgegangen. Die Gewichtung, mehr zu einem neurobiologischen oder psychosozialen Pol hin, ist nicht nur akademischer Natur, sondern beschreibt unterschiedliche Erkrankungen mit unterschiedlichen Anforderungen an den Therapeuten. Mit fließendem Übergang lassen sich organisch/hirnorganisch bedingte Psychosen, strukturbedingte Psychosen, konfliktbedingte Psychosen, reaktivbedingte und traumabedingte Psychosen abgren-

zen. Die Plastizität des Gehirns beinhaltet nicht nur, dass bestehende Defizite teilweise von anderen Hirnregionen abgedeckt werden können, sondern auch, dass durch eine gezielte Beeinflussung selbst strukturelle Veränderungen möglich sind.

Für die schizophrenen, die schizoauffektiven und die bipolar affektiven Störungen ist eine genetische Beteiligung bekannt (Glessner et al. 2017; Charney et al. 2017; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium 2014). Obwohl mittlerweile eine Vielzahl von Risikogenen identifiziert werden konnte, haben einzelne Gene nur einen geringen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko. Die hohe Heritabilität ist somit nicht hinreichend, eine solche Erkrankung zu entwickeln. Verschiedene Umweltfaktoren sind vermutlich

ebenfalls von Bedeutung. Möglicherweise verändern sie durch DNA-Methylierung (Montano et al. 2016) und Histonacetylierung die Ableserate der beteiligten Gene. Die abgeänderte epigenetische Regulation könnte eine Modifikation der neuronalen Entwicklung und darüber auch der Neurotransmission verursachen. Das Auftreten psychopathologischer Symptome wäre letztendlich die Konsequenz (Buchholz et al. 2013).

Daneben könnten Umweltfaktoren über hormonelle, entzündliche, immunologische oder neurotoxische Prozesse direkt die Hirnentwicklung und damit auch die neuronale Informationsverarbeitung beeinflussen. So ist bei Patienten mit einer Schizophrenie oder anderen Psychosen eine Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) als Folge von chronischem Stress, Cannabiskonsum oder im Rahmen entzündlicher Reaktionen bekannt (Walker et al. 2013). Eine Dysregulation des Immunsystems und oxidativer Stress scheinen ebenfalls pathophysiologisch bedeutsam zu sein (Haller et al. 2014; Goldsmith et al. 2016; Jordan et al. 2016; Black et al. 2015; Flatow et al. 2013; Michel et al. 2012; Miller et al. 2011; Palta et al. 2014; Popa-Wagner et al. 2013), weiterhin besteht zumindest für eine Untergruppe von Patienten ein Zusammenhang mit Antikörpern gegen den N-Methyl-D-Aspartat glutamatergen Rezeptor (NMDA-Rezeptor) (Steiner et al. 2013; Kovac et al. 2018).

Zahlreiche himnmorphologische und -funktionelle Veränderungen sind mittlerweile für Psychosen bei schizophrenen, schizoaffektiven und bipolaren Patienten beschrieben (Andreasen et al. 2008; Lefort-Besnard et al. 2018; Pezzoli et al. 2018; Walton et al. 2018; 2017; Altamura et al. 2017; Egging et al. 2018; Wise et al. 2017). Es benötigt jedoch die Analyse großer Datensätze, um Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten, was sicherlich auch am gegenwärtigen Klassifikationssystem und der Heterogenität der DSM- oder ICD-Diagnosen liegt.

Die Identifikation klar unterscheidbarer »Biotype für Psychose« mit Hilfe ZNS-basierter Biomarker gibt Aufschluss darüber, dass mehrere pathophysiologische Wege zur Manifestation einer klinisch ähnlichen Psychose führen können (Clementz et al. 2016).

Möglicherweise ist der Einfluss ungünstiger Umweltfaktoren umso größer, je früher sie in der Entwicklung auftreten. Für Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen, Viruserkrankungen und Mangelernährung der Mutter während der Schwangerschaft, aber auch körperlichen und psychischen Störungen in der frühkindlichen Entwicklung sowie psychosozialen Belastungen in der Kindheit konnte ein erhöhtes Risiko gefunden werden (Belbasis et al. 2018; Dean und Murray 2005; Mäki et al. 2005). Es ist davon auszugehen, dass die negative frühkindliche Einwirkung zu funktionellen Störungen führen kann und auch mit diskreten Hirnschädigungen einhergeht. Die Auswirkungen tragen zu einer gestörten neuronalen Entwicklung bei, die dann mit der Hirnreifung in der Adoleszenz offensichtlich wird. Da belastende Lebensumstände aus der frühen Kindheit oft bis in das Erwachsenenalter reichen, stellen sie eine Potenzierung einer möglichen Fehlentwicklung der Persönlichkeit dar, wobei es dann zu einer wechselseitigen Beeinflussung kommen kann. Oder Traumata wie sexueller Missbrauch, körperliche Gewalt oder schwere Vernachlässigung in der Kindheit verändern selbst die Epigenetik, wie am Beispiel der Regulation des Glukokortikoidrezeptors gezeigt werden konnte (McGowan et al. 2009).

Hieraus leitet sich die Notwendigkeit ab, nicht nur ausreichend psychosoziale Unterstützungsangebote für werdende Eltern vorzuhalten, sondern auch präventiv wirksam zu intervenieren, insbesondere wenn diese selbst psychisch erkrankt sind (Jordan et al. 2012; Jordan 2018). Unabhängige Risikofaktoren in der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter scheinen im Wesentlichen durch einen Missbrauch von Stimulantien

und Cannabis begründet (Belbasis et al. 2018), wahrscheinlich über eine Sensibilisierung des dopaminergen Systems (Dean und Murray 2005; Mäki et al. 2005).

Die Dichotomie der Schizophrenie zeigt, dass es unterschiedliche Phänotypen des Verlaufs gibt (Craddock und Owen 2010). Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass viele Verbindungen zwischen kindlichen Traumatisierungen und der Entwicklung einer Psychose bestehen (Hardy et al. 2016; Isvoranu et al. 2017), insbesondere affektive mit Angst als dem wesentlichen Bestandteil, aber auch Impulskontrollstörungen und körperliche Retardierung scheinen von Bedeutung zu sein und stehen in Beziehung zu anderen psychopathologischen Symptomen. Sexueller Missbrauch in der Kindheit könnte das Risiko für akustische Halluzinationen erhöhen, wohingegen ein emotionaler Missbrauch in Zusammenhang mit der Entwicklung von Wahnvorstellungen gesehen wird (Hardy et al. 2016).

Vom psychosozialen Pol aus betrachtet liegt die Ätiologie psychogener, auch psychotischer Störungen in ungünstigen Umwelteinflüssen, die nicht bewältigt werden können. Sie treffen auf eine gesunde Persönlichkeit oder auf jemanden mit unterschiedlich ausgeprägten strukturellen Einschränkungen, d. h. einer verminderten Bewältigungsfähigkeit.

Auch im gesunden Leben finden sich reaktive Störungen. Sie treten als Reaktionen auf übermäßige Belastungen auf, wobei bei dem Betroffenen keine besondere Disposition besteht. Psychosen sind bei reaktiven Störungen selten und zumeist nur kurz andauernd, können aber durchaus vorkommen.

Posttraumatische Belastungsstörungen entstehen durch einmalige oder anhaltende Traumatisierungen in verschiedenen Lebensabschnitten. Anhaltende frühe Traumatisierungen sind als ungünstiger für die Entwicklung einer Psychose anzusehen.

In der psychoanalytischen Lehre wird zwischen Konflikt und Struktur unterschied-

den. Konflikte bezeichnen unlösbare Gegensätze widersprüchlicher Motivationen. Misslungene Konfliktlösungen stellen ein Risiko für die Entstehung einer Konfliktpathologie dar (Ermann 2016). Konfliktstörungen beruhen auf fixierten, unbewussten Konflikten, die ihren Ursprung in der Kindheitsentwicklung nehmen. Psychotisches Erleben ist eher selten, allenfalls passager, eingebunden z. B. in eine narzisstische oder depressive Persönlichkeitsstörung.

Unter einer Struktur wird ein überdauerndes Muster, mit denen der Mensch sich zu sich selbst und seinen Objekten in Beziehung setzt, verstanden. Sie äußert sich in basalen Fähigkeiten wie der Regulation von Beziehungen, Affekten, Impulsen und im Selbstwertgefühl (Ermann 2016). Strukturstörungen liegt eine Entwicklungspathologie zugrunde, die durch Mangel Erfahrungen in den vulnerablen Phasen der frühkindlichen Entwicklung bedingt wurde. Psychotische Zustände können im Rahmen der für diese Konstellation typischen Persönlichkeitsstörungen, z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, schizoide, paranoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung auftreten. Der Übergang zu Psychosen i. e. S. ist fließend.

Die frühkindliche Entwicklung ist von Abstimmungsprozessen zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson, z. B. der Mutter, abhängig. Gelingen diese nicht, kann es im weiteren Verlauf zu psychischen Auffälligkeiten kommen. Deren Ausprägung steht im engen Zusammenhang mit der Entwicklungsphase, die ungünstig durchlaufen wurde.

Im ersten Lebensjahr steht die sensorische Entwicklung im Vordergrund. Innere und äußere Reize werden die ersten drei Monate zunächst als Wahrnehmungen des Selbst verstanden. Allmählich bilden sich einfache Verhaltensmuster aus und die primäre Betreuungsperson wird bevorzugt. Das Kind ist darauf angewiesen, in Beziehung zu gehen und eine Kommunikation herzustellen. Das zentrale Beziehungsthema ist Bindung. Nach

Rudolf (2013) besteht ein Grundkonflikt der Nähe, welcher gekennzeichnet ist durch den Wunsch nach Nähe und der zugehörigen Angst vor Überwältigung. Die Ich-Organisation ist fragil. Objekte werden zur Spiegelung des eigenen, auftauchenden Selbst benötigt, die Beziehungsstruktur ist noch symbiotisch angelegt. Das Trieberleben ist auf die Versorgung intentionaler Grundbedürfnisse ausgerichtet. Dabei wird die versorgende Person in Teilobjekte mit unterschiedlichen Funktionen entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse erlebt. Die zugehörigen Kernängste sind dementsprechend Verschmelzungs- und Fragmentierungsangst, später auch Verfolgungsangst. Bei noch unzureichend ausgebildeter Ich-Funktion können widersprüchliche Wahrnehmungen und Einstellungen noch nicht integriert werden, wodurch gespaltene Repräsentanzen und Identitätsdiffusion entstehen. Spaltung ist der vorherrschende Abwehrmechanismus. Der Gedächtnismodus funktioniert noch prozedural-implizit, d. h. sensorische Reize und basale Beziehungserfahrungen werden ohne zugehörige Begrifflichkeit präsemantisch als prozedurales Wissen abgespeichert. Störungen in dieser sensiblen Phase durch Vernachlässigungen, emotionale Mangelserfahrungen oder psychische Erkrankungen der Bezugspersonen ziehen schwere Entwicklungsschäden nach sich. Sie zeigen sich in defizitären strukturellen Fähigkeiten hinsichtlich der Selbstregulation, der Nähe-Distanz-Regulation und einem gestörten Körpergefühl. Im weiteren Verlauf können Strukturstörungen, vornehmlich schizoide Persönlichkeitsstörungen entstehen. Es wird angenommen, dass solche Störungen in der frühen Entwicklung auch den psychischen Anteil bei der Entstehung von Psychosen ausmachen (Ermann 2016).

Mit einem halben bis anderthalb Jahren setzt die Individuationsentwicklung ein. Das Trieberleben ist auf die Befriedigung oraler Bedürfnisse ausgerichtet. Die Realisierung des eigenen Getrenntseins von der Umgebung löst den Grundkonflikt der Bindung (Depressiver

Grundkonflikt) (Rudolf 2013) aus. Der Säugling beginnt zu realisieren, dass versorgende Bezugspersonen, Objekte, nicht permanent verfügbar sind. Es entstehen Verlassensängste und ggf. auch Verfolgungsängste, wenn die eigene nicht aushaltbare Wut in die Bezugsperson projiziert wird. Die innere Befindlichkeit und die Umwelt werden polarisiert, als schwarz/weiß oder gut/schlecht, wahrgenommen, wodurch das Abbild einer gespaltenen Welt entstehen kann. Paranoid-schizoide Persönlichkeitsentwicklungen sind typisch für diese frühe Individuationsphase. Mit Beginn des Spracherwerbs zum Ende dieser Phase hin kann das Erleben sprachlich symbolisiert werden, der Gedächtnismodus wird deklarativ-explicit. Erlebnisse werden nun bewusst erinnert, Erfahrungen, explizites Wissen, wird darüber abrufbar und kann berichtet, deklariert, werden. Das Spaltungserleben nimmt ab, wodurch das eigene Selbst und die Anderen, Objekte, sowie die Umwelt realistischer wahrgenommen werden. Die ursprüngliche Verfolgungsangst kehrt sich um in die Angst, verlassen zu werden. Wenn die Individuation nicht sicher bewältigt werden kann, bleiben die genannten Auffälligkeiten wie Spaltungserleben, Fragmentierungsängste und Objektangewiesenheit bestehen, was in eine Persönlichkeitsorganisation auf niederem Strukturniveau, z. B. eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, münden kann.

Merke

Das angeborene frühkindliche Bindungsverhalten soll die Beziehung zu emotional verfügbaren zuverlässigen Betreuungspersonen sichern, auf die der Säugling existenziell angewiesen ist. Es gerät in Gegensatz zu dem sich später entwickelnden kindlichen Explorationsverhalten. Je früher Abweichungen in der vulnerablen Phase der frühkindlichen Entwicklung auftreten, umso größer können deren Folgen sein.

Die Autonomieentwicklung vollzieht sich zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr. Sie geht mit einer Zunahme der neurologischen Funktionen, der Sphinkterkontrolle für Ausscheidungsvorgänge und Reifung der Motorik, einher. Das Kleinkind kann sich aus der passiven Versorgung entziehen und eigene selbstbehauptende oder expansive Bedürfnisse verfolgen, z. B. trotziges Stuhlverhalten, aggressives Einnässen oder Weglaufen. Das Trieberleben ist oralaggressiv und analaggressiv bestimmt. Aus dem Zuwachs an Möglichkeiten ergibt sich der Grundkonflikt der Autonomie (Rudolf 2013). Autonomiewünsche stehen der Angst vor Objektverlust entgegen. Trennungs-, Objektzugs- und Verlustangst bilden sich als Kernängste heraus. Zu dem Abwehrtyp der Spaltung tritt die Verdrängung hinzu. Mit der Zunahme kognitiver Funktionen erwirbt das Kind auch die Fähigkeit, eigene Befindlichkeiten und Absichten zu reflektieren und sich in andere hineinzusetzen, sich ein Bild von ihren Intentionen, Gedanken und Gefühlen zu machen, eine Theory of Mind entsteht (Fonagy et al. 2002). Wenn der Autonomiekonflikt nur unzulänglich gelöst werden kann, finden eine Fixierung auf der Entwicklungsstufe und eine Regression statt. Der Betreffende wird sich später an die Bedürfnisse des Anderen anpassen und eigene expansive Bestrebungen selbstverleugern. Die eigene Identität kann nicht ausreichend entwickelt werden, es bilden sich eine typische Objektabhängigkeit und ein falsches Selbst aus. Hierdurch ergibt sich die Disposition für eine depressive oder narzisstische Pathologie auf dem mittleren Strukturniveau. Klinische Manifestationen sind narzisstische und depressive Persönlichkeitsstörungen, Ess- und Verhaltensstörungen sowie funktionelle Störungen (Ermann 2016).

Die präödipale Entwicklungsphase reicht vom dritten bis zum fünften Lebensjahr und wird von der ödipalen Entwicklung zwischen dem vierten und siebten Jahr abgelöst. Die Ausbildung einer psychosexuellen Identität

ist für beide Phasen das zentrale Entwicklungsthema. Ist die Beziehungsgestaltung präödipal noch triadisch zwischen dem Selbst und zwei sich ablösenden Liebesobjekten, Mutter und Vater, angelegt, so beginnt ödipal eine ausgewogene Dreiecksbeziehung. Der Prozess der Triangulierung ist in Zusammenhang mit dem Grundkonflikt der Identität zu sehen (Rudolf 2013). Ein Scheitern führt zur Fixierung von Liebesverlust- und Trennungsängsten. In der ödipalen Entwicklung kommt es zu einem libidinösen Rivalitätskonflikt, üblicherweise zunächst mit der gleichgeschlechtlichen Bezugsperson, später auch zu anderen Personen in der familiären Konstellation. Hieraus ergibt sich eine Angst vor Bestrafung, welche in der unbewussten kindlichen Vorstellung auch die Kastration beinhaltet. Mit der weiteren Verinnerlichung konkreter strafender Bezugspersonen wird sie von der Gewissensangst abgelöst. Fixierungen in der präödipalen oder ödipalen Entwicklung stellen eine Disposition zur Entstehung von Konfliktstörungen auf höherem Strukturniveau dar. Hierunter können psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen vornehmlich mit hysterischen oder zwanghaften Zügen fallen (Ermann 2016).

Merke

Die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbst- und Affektregulation erfolgt durch Spiegelung und frühe Interaktionserfahrungen in einer sicheren Bindung. Ein guter Therapeut benötigt hinreichende Kenntnisse über entwicklungspsychologische Grundlagen und Gesetzmäßigkeiten im Ablauf, um Störungsmuster erkennen zu können.

Für das Verständnis zur Entwicklung psychotischer Störungen ist es wichtig sich zu verdeutlichen, dass die neurobiologische Reifung einer erfahrungsbedingten Ausgestalt-

tung unterliegt. Dabei sind die frühkindlichen Erfahrungen zu den wesentlichen Bezugspersonen besonders bedeutsam. Die Qualität der Bindung entscheidet über spätere Fähigkeiten zur Affektregulierung und Mentalisierung. Bindung umfasst dabei die Gewissheit, dass die Bezugspersonen verfügbar sind, und, dass die Art ihrer Zuwendung den Bedürfnissen, d.h. dem Entwicklungsstand des Kindes, angemessen ist. Die ersten anderthalb bis zwei Jahre, in denen die Grundstruktur der Persönlichkeit, des eigenen Selbst, angelegt wird, gelten als ausnehmend vulnerabel. Störungen können auf der kindlichen Seite durch angeborene oder erworbene neurobiologische Funktionsstörungen bestehen, durch die Bezugspersonen bedingt sind hingegen Vernachlässigung, Trennung, Missbrauch, eigene Krankheit, Konflikte oder ungünstige Lebensumstände zu nennen.

Merke

Physische und psychische Gewalt kann Kinder dauerhaft prägen. Gewalterlebnisse und fehlende emotionale Zuwendung nehmen z. B. Einfluss auf die Genaktivität im Hippocampus und verändern darüber Stressgene. Solche »epigenetische« Veränderungen können an die nachfolgende Generation vererbt, also von den Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden.

Eine unzureichende Unterstützung der Bezugsperson, z. B. eine inadäquate Spiegelung eigener Affekte, bewirkt, dass physiologische Abläufe und Emotionen zwar stattfinden, aber im eigenen Erleben nicht bewusst integriert werden können. Kausale Zusammenhänge zwischen körperlichen Prozessen und eigenen Vorstellungen bzw. zwischen eigenen und in der Umwelt ablaufenden Prozessen können nicht hergestellt werden, der »Sense of Agency«, die Wahrnehmung einer Handlungsvollmacht ist beeinträchtigt. Die

Bezugsperson, der Gegenüber, übernimmt somit eine strukturbildende Funktion. In Abhängigkeit von der Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung einwickelt sich die Fähigkeit des Kindes, ein positives, kompetentes Selbstbild aufzubauen, eine eigene Identität zu finden, Affekte zu regulieren und ausreichend über sich und andere mentalisieren zu können.

Einigen Theorien zu Folge könnte die Ausbildung einer paranoiden Symptomatik in Zusammenhang mit einem Theory-of-Mind-Defizit stehen (Brune 2005; Kronbichler et al. 2017; Knorr und Hoffmann 2018). Dysfunktionale Einstellungen zur eigenen Person und Umwelt, erhöhte Kränkbarkeit in sozialen Interaktionen und Insuffizienzerleben gehen mit einem ängstlich gefärbten, misstrauischen Denkstil einher. Wenn die Fähigkeit zur Mentalisierung vermindert ist, kommt es zu vorzeitigen oder verzerrten Schlussfolgerungen (Garety und Freeman 1999; Freeman und Garety 2014). Diese können auch auftreten, wenn der Betreffende Schwierigkeiten hat, Ungewissheit, Unsicherheit und kulturelle Unterschiede auszuhalten (Colbert und Peters 2002). Die Wahrnehmung der Realität wird subjektzentriert, d.h. Veränderungen der Umwelt werden auf sich selbst bezogen. Die Umgebung nimmt einen feindlich-bedrohlichen Charakter an. Aber auch anderweitige strukturelle Hirnveränderungen können zur gestörten Mentalisierung beitragen, so ist bei schizophrenen Patienten eine Veränderung der Areale für Gesichtserkennung beschrieben (Caspers et al. 2015). Möglicherweise liegt hier auch eine neurobiologische Basis für das Capgras-Syndrom. Jedenfalls wird der Betroffene zum Schutz seines Selbst sich zurückziehen und dabei in eine passive Haltung geraten. Diese wird eine korrigierende Erfahrung verhindern und zur Festigung der Defizite beitragen.

Patienten mit akustischen Halluzinationen zeigen Veränderungen in den Areas für Akustik und Sprache (Kompus et al. 2011).

Akustische Halluzinationen stehen möglicherweise in Zusammenhang mit einer motorisch unterschwelligen Sprachaktivierung, wobei die »innere« Stimme fälschlicherweise auf eine externe Quelle zurückgeführt wird, also eine Störung des Sense of Agency besteht (de Sousa et al. 2016). Weiterhin konnte im primär auditorischen Cortex eine Aktivierung von Heschl's Gyrus gefunden werden (Dierks et al. 1999).

Wenn eigene Anteile, Gedanken und Handlungen, in dem Gegenüber externalisiert werden, kann es zur Ausbildung von Ich-Störungen kommen. Neben einem projektiven Abwehrmechanismus zur Stabilisierung des eigenen fragilen Selbstwertgefühls scheinen auch neurobiologische Regulationsstörungen mit einem verminderten Sense of Agency beteiligt zu sein (Frith 2005; Postmes et al. 2014). Inwieweit auch dysfunktionale Überzeugungen bezüglich des eigenen Denkens (Metakognitionen) an der Entstehung von Wahn, Halluzination und Ich-Störungen involviert sind, ist noch nicht abschließend geklärt.

Auch für das Auftreten der typischen formalen Denkstörungen finden sich neurobiologische Korrelate (Kircher et al. 2018). Bei Patienten mit einer Schizophrenie scheint die funktionelle Konnektivität unter Einbezug der unteren frontalen Gyri (Broca's Area) und des Frontallappens verändert. Auffälligkeiten im frontalen Sprachnetzwerk bestehen bereits zu Beginn der Erkrankung (Li et al. 2017). Der Schweregrad positiver formaler Denkstörungen zeigte zudem eine inverse Korrelation mit der Aktivität in der Wernicke Area (Kircher et al. 2001; 2002). Eine Minderung der Dicke des Cortex, v. a. im linken Temporallappen, soll ebenfalls in Zusammenhang mit der Ausbildung formaler Denkstörungen stehen (Horn et al. 2010; Palaniyappan et al. 2015), wobei als Folge einer synaptischen Rarifizierung die glutamerge Transmission gestört sein könnte (Nagels et al. 2017). Weiterhin ließen sich ein Genlocus und eine Störung eines Transkriptions-

faktors als Risiko für formale Denkstörungen identifizieren (Thygesen et al. 2015). Eine Metaanalyse zu formalen Denkstörungen bei schizophrenen und bipolar affektiven Patienten konnte keinen Unterschied für positive formale Denkstörungen im akuten Stadium finden, lediglich im stabilen Stadium gab es mehr positive Denkstörungen bei schizophrenen Patienten, die auch stärkere negative Denkstörungen aufwiesen (Yalincetin et al. 2017). So ist davon auszugehen, dass formale Denkstörungen unspezifisch sind und auch bei anderen Spektrumerkrankungen auftreten, zumal eine Abhängigkeit zur neuropsychologischen Leistungsfähigkeit besteht (Docherty 2012).

»Die Psychose ist ein Kunstwerk der Verzweiflung« (Jakob Klaesi). Diese Aussage verdeutlicht, dass eine Psychose nicht nur eine rein passive Reaktionsform eines strukturell gestörten Gehirns darstellt, sondern dass es eine Subjektivität im psychotischen Erleben gibt. Die Psychose wäre dann eine aktive Abwehrleistung einer existenziell wahrgenommenen Bedrohung mit einem klar lebensgeschichtlichen Bezug. Der Patient konnte sich zu einem Zeitpunkt nur so und nicht anders entwickeln.

Merke

Die Betrachtung psychotischen Erlebens als eine kreative Abwehrleistung betont ein vorsichtiges Vorgehen, dieses nicht nur zu beseitigen, sondern auch eine alternative Gegenwelt aufbauen zu müssen.

Nach Mentzos (2005) sind die meisten psychotischen Symptome Teile und Komponenten von Abwehr- und Kompensationsmechanismen, die sich gegen eine unerträgliche innere Spannung richten. Die Spannung ist die Folge einer intrapsychischen Gegensätzlichkeit, also eines Konfliktes oder eines

Dilemmas. In seinem Bipolaritätsmodell beschreibt er das Dilemma, ein selbständiges autonomes Selbst zu bilden und sich gleichzeitig dem Objekt anzunähern. Unter bestimmten ungünstigen psychosozialen und zum Teil auch biologischen Bedingungen ist dieser eigentlich normale Prozess nicht möglich. Die Psychose übernimmt in der weiteren Entwicklung eine Lösungsfunktion, wobei ein Teil der Persönlichkeit Krankheitssymptome mitgestaltet. Letztendlich stellt die Psychose eine kreative Leistung dar. Wenn innerhalb der Bipolarität zwischen Selbst- und Objektbezogenheit die Selbstidentität verteidigt wird, entstehen autistische und katatone Zustände. Eine Abwehr von zu großer Nähe bis hin zur Verschmelzung mit dem Objekt führt auf Kosten der Selbstidentität zu hebephrenen bzw. fusionellen psychotischen Zuständen. Auch im Verfolgungswahn bildet sich eine entsprechende Kompromisslösung ab, seine starke feindliche Komponente garantiert die Distanz, während die Beziehung, die Bindung zum Objekt in der Verfolger-Verfolgter-Beziehung enthalten ist. Vergleichbar können Halluzinationen durch Abspaltung und anschließender Externalisierung von negativen, »bösen« oder anders nicht erwünschten Introjekten entstehen, wodurch der Konflikt nach außen transportiert wird, ohne den Bezug zu verlieren. Selbst eine psychotische Negativsymptomatik könnte eine verzweifte Kompromissbildung darstellen. Wenn ein Kranker in einer Beziehungswelt aufgewachsen ist, in der keine Grenzen gewahrt wurden, dann können der Verlust der Phantasie und die Verwerfung vieler Gedanken wie ein Schutzschild durch Sprachlosigkeit erscheinen, wo andere Abgrenzungen versagt haben (Küchenhoff 2015).

In Abhängigkeit des jeweiligen psychodynamischen Ansatzes können sich Psychosen

- bei defizitär ausgebildeten Selbst- und Objektvorstellungen auf basale Störungen der Beziehungsregulation zwischen

Selbst und Objekt begründen (Objektbeziehungstheorie mit verdrängten konflikthaften Objektbeziehungen),

- eine Folge von narzisstischen Ungleichgewichten sein, z. B. bei unbewussten konflikthaften Bedürfnissen der Selbst-Eltern-Kind-Interaktion mit Einfluss auf die Organisation des Selbst (Selbst-Psychologie),
- Symptome einer Kompromissbildung bei einer angeborenen oder erworbenen Ich-Schwäche darstellen (Ich-Psychologie) oder
- als intrapsychische Reaktion einer Konfliktverarbeitung (Konfliktabwehr-Konzept) auftreten.

Schizophrene Psychosen sind Ausdruck schwerer Entwicklungsstörungen. Sie gehen mit existenziellen Ängsten, zu fragmentieren oder die eigene Identität zu verlieren, einher. Entsprechende Ängste sind entwicklungspsychologisch für die frühen Phasen der sensorischen und der Individuationsentwicklung beschrieben und werden auch in Zusammenhang mit schizotypischen, schizoiden oder paranoiden Persönlichkeitsstörungen gesehen. In depressiven Psychosen wird eine tiefe Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zum Ausdruck gebracht, oft handelt es sich um Reaktionen auf Verlassenheit und damit einhergehendem Verlust des Selbstwertgefühls. Manische Psychosen sind durch megalomane Größenphantasien und Umtrieblichkeit gekennzeichnet.

Psychopathologische Symptome bilden nicht nur komplexe neuronale Funktionsstörungen ab, welche eine diagnostische Eingrenzung ermöglichen. Wird die Gestaltung der psychopathologischen Symptomatik in Bezug zur Lebensgeschichte gesetzt, können ebenso Sinngehalt einzelner Symptome und die Subjektivität des Patienten Ausdruck finden. Manchmal stellen einzelne Symptome auch eine Metapher für die Beschreibung der therapeutischen Beziehung dar, z. B. wenn während der Therapie plötzlich ein Vergiftungswahn aufgetreten ist.