

Band 9

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOSENTHERAPIE

herausgegeben von Stavros Mentzos

Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.)

Affektive Psychosen

VANDENHOECK & RUPRECHT \_\_\_\_\_

Thomas Müller/Norbert Matejek (Hg.): Affektive Psychosen

V&R

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter  
Psychoseprojekts e. V. (FPP)

---

Herausgegeben von Stavros Mentzos  
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,  
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

Band 9: Thomas Müller/Norbert Matejek (Hg.)  
Affektive Psychosen

Thomas Müller/Norbert Matejek (Hg.): Affektive Psychosen

Thomas Müller/Norbert Matejek (Hg.)

# Affektive Psychosen

Mit einer Abbildung

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet  
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-525-45110-5

© 2003 Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen. –  
<http://www.vandenhoeck-ruprecht.de>

Printed in Germany. – Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich aller  
seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der  
engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages  
unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,  
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und  
Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Fotosatz 29b, Göttingen

Schrift: Walbaum

Druck und Bindung: Hubert & Co., Göttingen

# Inhalt

Editorial .....	7
■ THEORIE-FORUM	
Stavros Mentzos Depression und Manie – Ein psychodynamisches Modell ....	9
Norbert Matejek Omnipotente Kontrolle in depressiven Zuständen .....	27
Frank Schwarz Manische Phasen während der analytischen Psychotherapie ..	41
■ KLINISCHES FORUM	
Christian Maier Eine andere Stimme. Anmerkungen zur Psychodynamik der Manie .....	58
Jan Malewski Die andere Stimme besser kennen lernen? Ein Kommentar zu dem Beitrag von Christian Maier: »Eine andere Stimme«	68
Viktoria Raabe Das Dilemma der Penthesilea. Zu den Schwierigkeiten eines psychoanalytischen Zugangs zum maniformen Erleben	72
■ INFORMATIONEN	
Rezensionen .....	88
Rezensionsvorschläge .....	97

Die Letzte Seite .....	99
Die Autoren .....	102

## Editorial

In den vergangenen Jahren wurde den affektiven Psychosen auch von psychoanalytischer Seite wieder mehr Aufmerksamkeit zuteil, galten sie doch lange Zeit psychotherapeutisch noch schwerer beeinflussbar als gewisse schizophrene Psychosen. Ablesbar ist diese erfreuliche Entwicklung nicht nur an zahlreichen theoretischen Entwürfen und empirischen Studien, sondern auch an einer Vielzahl klinischer Arbeiten und dem Raum, den das Thema mittlerweile bei Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen einnimmt. Dabei blickt die psychoanalytisch orientierte Behandlung affektiver Psychosen auf eine lange Tradition zurück, beginnend mit den Pionierarbeiten K. Abrahams bis zu den grundlegenden Untersuchungen E. Jacobsons. Heute gilt das Interesse den verschiedenen Facetten der affektiven Psychosen: Diagnose und Differentialdiagnose ebenso wie krankheitsauslösenden Lebensereignissen und dem Zusammenwirken genetischer und psychischer Faktoren bei Ätiopathogenese und Verlauf. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Untersuchung der Dynamik und Struktur, hier besonders der Versuch einer psychodynamisch und strukturell begründeten Differentialdiagnose unterschiedlicher Gruppen von affektiven Psychosen, um eine Gegenposition zu den vorgeblich atheoretischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV zu entwickeln. Der vorliegende Band will dieser Entwicklung Rechnung tragen und die Thematik vertiefen. Er strebt weder eine Synopsis noch eine kritische Diskussion der Forschungsliteratur an, sondern will einzelne bedeutsame Ausschnitte der psychoanalytisch orientierten Theorie und Behandlungstechnik der affektiven Psychosen beleuchten.

Im theoretischen Teil unternimmt S. Mentzos den Versuch einer Integration der Datenfülle aus den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen. Sein integrativer Ansatz verbindet neurobiologische, psy-



chodynamische und soziale (interaktionelle) Aspekte der affektiven Psychosen zu einem heuristisch fruchtbaren Modell. N. Matejeks Arbeit hebt die im Unterschied zur manischen Omnipotenz eher selten thematisierte depressive Allmacht hervor. Mit einem objektbeziehungstheoretischen Ansatz kann er in einer ausführlichen Falldarstellung seine theoretischen Überlegungen darlegen. F. Schwarz diskutiert Dynamik und Struktur der manischen Psychose an zwei Fallbeispielen und kann die Komplexität der manischen Dynamik wie deren Entfaltung in dem Übertragungs-Gegenübertragungsgehehen lebendig vor Augen führen. Alle Arbeiten verdeutlichen den Beitrag der Psychoanalyse zur Theorie und Behandlungstechnik affektiver Psychosen und machen deutlich, dass trotz aller Schwierigkeiten die psychodynamisch begründete Arbeit mit affektiven Erkrankungen einen lohnenswerten Ansatz darstellt.

Im klinischen Teil berichtet V. Raabe in einer ausführlichen Fallvignette über die stationäre psychotherapeutische Arbeit mit einer Patientin, die an einer bipolaren Psychose litt. Der Fallbericht ermöglicht die empathische Teilnahme an der Entwicklung der unterschiedlichen therapeutischen Phasen innerhalb des Behandlungssettings einer psychiatrischen Station. Die Autorin sieht Parallelen zur Figur der Penthesilea aus Kleists gleichnamigen Trauerspiel. Die Falldarstellung von C. Maier über eine manische Psychose wird von J. Malewski diskutiert. Die klinischen Darstellungen bieten die Möglichkeit, Konvergenzen und Divergenzen des ambulanten und stationären Behandlungssettings, ihre spezifischen Möglichkeiten und Grenzen, die Enactments und Verwicklungen sowie der Versuch ihrer Bearbeitung zu betrachten. Rezensionen psychoanalytischer und psychiatrischer Neuerscheinungen, Literatur und »Die letzte Seite« beschließen den Band.

Thomas Müller  
Norbert Matejek

## ■ THEORIE-FORUM

Stavros Mentzos

### **Depression und Manie – Ein psychodynamisches Modell**

#### Operationalisierung und Psychodynamisierung der Diagnose »Depression«

Die seit 15 bis 20 Jahren weltweit durchgesetzte und gültige deskriptiv-operationalisierende Definition depressiver Störungen verdankt ihren triumphalen Siegeszug der Tatsache, dass sie in der Lage war, der davor herrschenden diagnostischen Beliebigkeit entgegenzutreten und die Reliabilität der Diagnose »Depression« erheblich zu verbessern. Das Festhalten an den semiquantitativ feststellbaren und messbaren Phänomen hat sich als nützlich erwiesen.

Dafür wurden aber ätiologische, psychogenetische und insbesondere psychodynamische Aspekte geopfert. Die Beschäftigung mit der Psychodynamik entspricht aber keinem unnötigen und überflüssigen Bemühen um Epiphänomenales, sondern einer dringenden Notwendigkeit sowohl in theoretischer als auch in praktisch-klinischer Hinsicht. Denn die vielleicht zu früh gelobte bloß deskriptiv operationalisierende Betrachtung hat zwar eine Erhöhung der Reliabilität und eine Ordnung geschaffen, jedoch auch gleichzeitig eine erhebliche Verarmung der relevanten Inhalte, eine Verschlechterung der Validität und eine Reduzierung unseres Verständnisses über die hier zu diskutierenden Störungen mit sich gebracht.

Schon bei der psychopharmakologischen Behandlung und, freilich in einem viel höheren Maß, bei der psychotherapeutischen Begegnung mit dem Patienten hilft es dem Therapeuten wenig, eine Diagnose aufzustellen, aus der er lediglich entnehmen kann, dass es sich um eine leichte oder eine schwere, eine periodische oder eine chronische, eine unipolare oder bipolare Störung handelt.

Man könnte selbstverständlich versuchen, wie dies die operationalisierende psychodynamische Diagnostik (OPD) tut, dieses Man-

ko an Informationen durch entsprechende – ebenfalls operationalisierbare – Informationen zur Psychodynamik und Psychogenese zu ergänzen. Dies ist sicher ein sehr nützlicher Vorstoß. Man muss sich aber zunächst darüber einigen, welches denn hier die relevanten Informationen sind und insbesondere wie die dahinter stehenden bewussten und unbewussten motivationalen Kräften miteinander zusammenhängen. Ein psychodynamisches Modell, sei es auch zunächst nur als eine Arbeitshypothese, ist also unentbehrlich.

Wonach soll man sich aber bei der Aufstellung eines solchen Modells richten? Muss es ein Modell sein, welches für alle Depressionen anwendbar und nützlich sein soll? Ist es tatsächlich möglich, die Unzahl von Erscheinungsbildern dieser mit Sicherheit größten diagnostischen Gruppe psychischer Störungen psychodynamisch auf einen Nenner zu bringen? Können die Modelle und Hypothesen der verschiedenen Schulen integriert werden, wo doch schon innerhalb der Psychoanalyse im engeren Sinn mehrere Vorschläge und kein einheitliches Modell der Depression und der Manie existiert?

Noch mehr: Wenn ein solches umfassendes Modell möglich wäre, so müsste es eigentlich in der Lage sein, nicht nur einen großen Teil der wichtigsten Erfahrungen bei psychoanalytischen und sonstigen psychotherapeutischen Behandlungen zu integrieren, sondern gleichzeitig müsste es auch kompatibel mit den zahlreichen gesicherten Ergebnissen der biologischen Psychiatrie, insbesondere auch der Psychopharmakologie sein.

Nun empfiehlt sich bei der Aufstellung von theoretischen Modellen, von systematischen Beobachtungen von Phänomenen und Regelmäßigkeiten auszugehen, welche durch ihre Konsistenz und Wiedererkennbarkeit eine gute Grundlage bilden können und uns vor apriori gefassten Meinungen schützen.

## Drei psychoanalytische Aspekte der Depression

Versuche ich nun meine in über 40 Jahren durchgeführten intensiven und zum Teil auch langjährigen Behandlungen von depressiven Patienten (das heißt, allen diesen klinischen Bildern, bei denen der depressive Affekt im Vordergrund stand) aufgrund solcher sich wiederholenden Regelmäßigkeiten und der dabei als nützlich erwiesenen Arbeitshypothesen zur Psychodynamik zu ordnen, so fällt es auf, dass tatsächlich typische Muster auftauchen, welche sich in ei-

nigen wenigen Gruppierungen einteilen lassen. Um konkreter zu werden: Zwar ist die gemeinsame Klammer, also das Vorherrschen des depressiven Affekts, mehr oder weniger bei allen vorhanden, jedoch wird psychodynamisch betrachtet in einer ersten Gruppe die Psychodynamik von der Schuldproblematik, in einer anderen Gruppe von der anaklitischen, anhänglichen Haltung und in einer dritten von der massiven Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls beherrscht. Eine zusätzliche Gruppe, die der so genannten leeren Depression, wird durch die extreme Antriebslosigkeit charakterisiert.

Hinzu kommen dann entgegengesetzte Bilder, die deskriptiv als manisch zu bezeichnen sind, bei denen wiederum mal das megalomane, mal das hyperkinetische und das Getriebensein oder schließlich drittens die eklatante Vernachlässigung von Über-Ich- und Ich-Aspekten im Vordergrund stehen. In meiner Lehrtätigkeit sowohl bei den Studenten als auch bei den jüngeren Mitarbeitern der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums der Frankfurter Universität stellte mir immer wieder die Frage, wie könnte man auf eine einfache, anschauliche Weise diese Vielfalt (hinter der sich vielleicht auch eine Einheit verstecken könnte) darstellen, so dass sowohl der Anfänger als auch der Fortgeschrittene ein nützliches Instrument in die Hand bekäme, mit Hilfe dessen er seine Erfahrungen in Klinik und Psychotherapie sinnvoll einordnen und somit auch sein Verständnis des Patienten vertiefen könnte. Aus diesem Bedürfnis und der Suche heraus entstand eines Tages das, was ich das Drei-Säulen-Modell der Selbstwertregulation genannt habe (Mentzos 1995) und das weiter unten beschrieben wird.

## Eine historische Zwischenbemerkung

Versucht man die in den letzten 90 Jahren innerhalb der Psychoanalyse formulierten, relativ gut begründeten Hypothesen zur Psychodynamik der Depression in eine gewisse Systematik darzustellen, so merkt man, dass im Wesentlichen einer von drei Aspekten zu verschiedenen Zeiten von verschiedenen Autoren in den Vordergrund gestellt wurde:

- Ein Objektverlust, eine schwerwiegende Trennung sowie die kompensatorische, pathologische Introjektion (Einverleibung) des sogenannten Objekts und ihre Folgen; dies sind die Stichwörter, mit denen man die ursprüngliche Position Freuds (1917) be-

schreiben kann. Nicht sehr weit davon entfernt findet man aber die von Bowlby (1987) unterstrichene und hervorgehobene Bedeutung der affektiven Bindung und ihrer Unterbrechung. Auch noch spätere ethologische Untersuchungen bei Schimpansenkindern, welche ihre Mutter von einem bestimmten Reifungsstadium an verloren, sowie schließlich Tierexperimente bei jungen Tieren, die von der Mutter, wenn auch nur für eine kurze Zeit, in einem sehr frühen Stadium getrennt wurden (vgl. u. a. Kandel 1999), sind nachträgliche empirische Bestätigungen der ursprünglichen freudschen Annahme über die Bedeutung von Verlusten und Trennungen für die spätere Depression.

- Einen anderen Gesichtspunkt hat schon früher Abraham (1912) hervorgehoben, indem er auf die Rolle der Aggressionshemmung bei der Entstehung der Depression aufmerksam machte. In der Nähe dieser Thematik und Problematik liegen auch die Annahmen von Rado (1928), der sehr überzeugend zeigte, dass frühe Erfahrungen des Kindes mit der Sequenz Schuld – Buße – Verzeihung sich als zentrales Muster innerhalb der Depressionsdynamik wiederholen. Auch Melanie Klein hatte Arbeitshypothesen kreiert, die die Rolle der Aggression besonders in den Vordergrund stellten (Todestrieb- und Libido-Konflikt, Neid, Schuld bei nicht gelungener Internalisierung des guten Objekts, depressive Position). In dieser Gruppe von psychodynamischen Annahmen gehört auch der primäre Masochismus nach Freud (1920) oder viel später dann die Über-Ich-Depression nach Benedetti (1987).
- Die Störung der Selbstwertgefühlsregulation (also der dritte Gesichtspunkt) ist zwar schon durch Freud berücksichtigt, jedoch erst durch Bibring (1953) als die zentrale Achse des depressiven Syndroms beschrieben; Sandler und Joffe (1965) oder Kohut und Wolf (1980) (mangelhafte Spiegelung des Kindes) haben ebenfalls die Selbstwertigkeit und ihre Gefährdung oder Störung als einen der Hauptbestandteile der depressiven Psychodynamik hervorgehoben.

Drei Bereiche scheinen also für die Psychodynamik der Depression (übrigens auch der Manie!) maßgebend: der Objektverlust oder auch die fehlende oder mangelhafte oder zusammenbrechende Bindung zum Objekt, zweitens die Unterwerfung unter ein überstrenges Über-Ich (zusammen mit einer übernormierten Leistungsbezogenheit) und drittens, die mangelhafte oder nachträglich erschütterte

Selbstwertgefühlregulation, der Zusammenbruch des narzisstischen Gleichgewichts.

Der gemeinsame Nenner all dieser doch unterscheidbaren Psychodynamiken ist der depressive Affekt, der eindeutig von der Trauer zu unterscheiden ist. Wie schon Freud bemerkt hat, findet man zwischen den beiden viele Ähnlichkeiten, aber in einem Punkt unterscheiden sie sich wesentlich: Bei der Trauer stellt man keine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls fest. Im Gegensatz zur Trauer wird der depressive Affekt von einer Herabsetzung des Selbstwertgefühls begleitet.

Der depressive Affekt ist aber noch nicht die vollständige klinisch manifeste Depression. Er ist wie alle Affekte an erster Stelle ein Signal, er signalisiert Hoffnungslosigkeit und Aussichtslosigkeit aufgrund eines herabgesetzten Selbstwertgefühls oder drohenden Stillstands zukunftsbezogener und zukunftsorientierter kognitiver und emotionaler Prozesse, was im bewussten Erleben als Denkhemmung und Antriebsarmut und insbesondere als eine Gefühlsleere (Gefühl der Gefühllosigkeit) erlebt wird. Ein Teil dieser Symptome kann auch als zunächst gut gemeinte Schutzmechanismen gegen den unerträglichen Schmerz des Objektverlusts und insbesondere gegen die Scham durch die massive Reduzierung des Selbstwertgefühls, der drohenden Selbstwertlosigkeit verstanden werden.

## Drei Circuli vitiosi in der Depression

Diese Schutzmechanismen erweisen sich aber meistens als Bumerang, weil sie fast zwangsläufig in zumindest drei verhängnisvolle Circuli vitiosi einmünden:

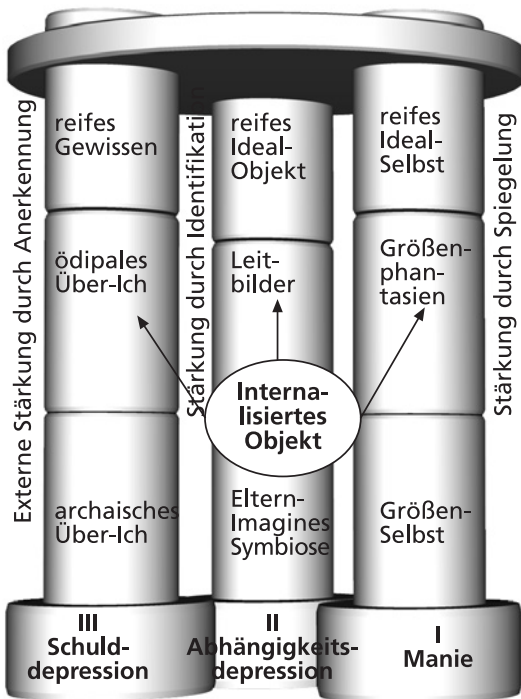
- Der zunächst als Schutz von neuen Reizen und neuen Frustrationen und neuen Schmerzzufügungen gedachte Rückzug vom sozialen Feld wirkt sich nur zunächst als eine gewisse Erleichterung und Beruhigung, jedoch danach sehr ungünstig aus: Durch ihn entfällt nämlich für den Patienten jene, auch für uns alle sehr notwendige, tägliche narzisstische Zufuhr mittels der Bestätigung durch die Umgebung. Es fehlt auch die Befriedigung und Selbst- und Fremdanerkennung durch die Arbeitsleistung. Psychoökonomisch handelt es sich also um einen für die narzisstische Homöostase sehr ungünstigen Prozess, der zu einer Verschlechterung führt.

- Der zunächst verständliche Versuch des Patienten, den erlittenen realen oder symbolischen Objektverlust durch umso stärkere Anklammerung oder Vereinnahmung der zur Verfügung stehenden Ersatzobjekte zu kompensieren, führt ebenfalls zu einem Circulus vitiosus. Entweder wehren sich diese Bezugspersonen auf die Dauer gegen eine solche totale Vereinnahmung und erzeugen somit beim Patienten eine erneute Frustration. Oder sie sind, wie das primäre Objekt selbst, ebenfalls stark ambivalent besetzt und erzeugen deswegen bald nach ihrer Vereinnahmung intrapsychische Komplikationen, sie werden nicht nur geliebt, sondern auch gehasst, es entstehen keine stabilisierenden vertraulichen, sondern problematische spannungsreiche Beziehungen, die den Patienten zusätzlich belasten.
- Der Patient versucht die sowohl ursprüngliche als auch die nachträglich entstehende Frustrationsaggression zu unterdrücken, um die Zuwendung, die Liebe des Objekts und das Wohlwollen des Über-Ich aufrechtzuerhalten. Dieser Verzicht auf Aggressionsentladung oder auf Durchsetzung legitimer Selbstansprüche sowie der Verzicht auf Befriedigung normaler Selbstautonomiebedürfnisse führt zu einer noch stärkeren Aggression, die aber ebenfalls unterdrückt werden muss. Dadurch ist der dritte Circulus vitiosus hergestellt.

Ich kehre auf die oben geschilderte, ebenfalls dreiteilige Psychodynamik der Depression zurück, welche sowohl in der Geschichte der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression im 20. Jahrhundert als auch im psychotherapeutischen Alltag und Umgang mit den depressiven Patienten immer wieder anzutreffen ist. Es geht erstens um den Mangel an primärer positiver Selbsteinschätzung in Zusammenhang mit einer mangelhaften Spiegelung in der frühesten Kindheit und danach. Es geht zweitens um den Mangel oder das Fehlen eines vorwiegend »guten« internalisierten Objekts. Drittens handelt es sich um eine Über-Ich-Problematik. Das Über-Ich ist streng rigid geworden und geblieben. Man kann somit erstens von einer Problematik im Bereich des Ideal-Selbst, zweitens im Bereich des Ideal-Objekts und drittens im Bereich des Über-Ich sprechen. Von Fall zu Fall überwiegt das eine oder das andere beim konkreten depressiven Patienten, wenn auch meistens alle drei Bereiche involviert sind.

## Das Drei-Säulen-Modell

Um diese komplizierten Zusammenhänge übersichtlich und anschaulich, insbesondere auch für Nicht-Psychoanalytiker, darzustellen, benutzte ich das Konzept des Drei-Säulen-Modells, das sich in den letzten Jahren sowohl in der Praxis als auch in der Theorie zum Verständnis des konkreten Falls, aber auch in der Kommunikation zwischen den Experten als sehr nützlich erwiesen hat. Dieser Tripous, dieser Dreifuß, besitzt drei Säulen, welche eine Ebene tragen. Letztere repräsentiert das narzisstische Gleichgewicht, die narzisstische Homöostase, und soll im günstigen Fall stabil und waagrecht auf den drei Säulen ruhen (s. Abb. 1).



Die erste Säule (von rechts nach links gezählt) repräsentiert jenes aus der körperlichen und seelischen Integrität, Lebendigkeit, Funk-



tionalität direkt und unvermittelt entstehende Selbstwertgefühl, welches von Anfang an maßgebend durch die wohlwollende, schätzende oder sogar bewundernde Betrachtung von außen gefestigt und weiter entwickelt wird (Stichwörter: positive Spiegelung oder der »Glanz in den Augen der Mutter« bei Kohut). Diese Erfahrungen und ihre Niederschläge sowie das Größen-Selbst und die Größenphantasien als vorübergehend hilfreiche Strukturen (repräsentiert in den unteren Teilen der ersten Säule) entwickeln sich später zu einem realitätsangemessenen *Ideal-Selbst* und ermöglichen ein gesundes Selbstvertrauen. Schwere Kränkungen, Demütigungen, Misserfolge, Versagen, aber auch körperliche Mängel, schwere körperliche Verletzungen, Amputationen, krankheits- oder altersbedingte Schwächen führen zu gravierenden Erschütterungen des Selbstwertgefühls durch Beeinträchtigung der Statik dieser tragenden Säule, insbesondere dann, wenn solche Belastungen auf einer entwicklungspsychologisch bedingten Brüchigkeit dieser Säule treffen. Man merkt schon hier einen wichtigen Vorteil dieses Modells: Obwohl es zunächst und primär psychoanalytisch orientiert ist und somit vorwiegend die durch einen Konflikt oder durch negative Beziehungserfahrungen bedingte Störungen berücksichtigt, kann es gleichzeitig auch andere, durch Lebensschicksale hervorgerufene Erschütterungen erfassen, die erwiesenermaßen auch zur Depression führen.

Die zweite Säule repräsentiert die bedeutsame Stütze des narzisstischen Gleichgewichts durch die Anwesenheit und Nähe einer bindenden Beziehung zum Objekt, und zwar unabhängig von der Spiegelung und Bewunderung (erste Säule). Hier geht es also zunächst um Symbiose, später um partizipierende Teilnahme an der Größe, Güte und Stabilität des zeitweise auch idealisierten Objekts (zunächst Eltern, später auch andere). Es geht um Festigung der Wertigkeit des Selbst durch Identifikation in den aufeinander folgenden Organisationsstufen in immer reiferen Formen. Während also im Bereich der ersten Säule es das Kind ist, das bewundert wird, kommt es umgekehrt im Bereich der zweiten Säule zu einem Bewundertwerden der Eltern und der Leitbilder durch das Kind. Im günstigen Fall resultiert hier ein realitätsgerechtes Idealobjekt oder, anders ausgedrückt, ein *internalisiertes gutes* Objekt. Ich komme noch darauf zurück.

Die dritte Säule repräsentiert das Über-Ich. Hier steht die Erfüllung von Geboten und Verboten sowie die leistungsbezogene Stabi-

lisierung der narzisstischen Homöostase im Vordergrund. Die Entwicklung dieses Systems beginnt mit dem archaischen Über-Ich und erfährt unter günstigen Bedingungen eine Reifung bis zum regelrechten Gewissen.

### Exkurs: Die zentrale Bedeutung des internalisierten Objekts

Die Stabilität und Funktionalität jeder der drei Säulen ist zwar auch von der Zufuhr von außen, also von der Zuwendung und Bewunderung, vom empathischen Begleiten und Getragenwerden und von der Anerkennung durch wichtige Bezugspersonen und überhaupt vom psychosozialen Feld abhängig. Dennoch besitzt offensichtlich das internalisierte Objekt einen noch höheren Stellenwert. Von dessen Qualität hängt es nämlich ab, ob die naturgemäß immer wieder vorkommenden Erschütterungen und vorübergehenden Schwächen der in den einzelnen Säulen repräsentierten Funktionen kompensiert werden können oder nicht. So lange ein Mensch in der Lage ist, nach einem großen Misserfolg und einem großen Verlust oder bei (subjektiv oder objektiv) grob falschem Verhalten sich selbst zu stützen und trösten – das ist ja, was das »gute« internalisierte Objekt leistet! –, ist die Gefahr einer depressiven Dekompensation sehr gering. Diese psychodynamische Hypothese vermag zu erklären, warum dieselben Enttäuschungen, Niederlagen, Verluste und dasselbe Verlassenwerden trotz der jeweils potentiell implizierten Erschütterungen keineswegs bei allen Menschen zu einer Depression führen. Verfügt aber der Betroffene über kein solches gutes internalisiertes Objekt, welches ja auf überwiegend günstige Beziehungserfahrungen beruht, so ist die Gefahr einer depressiven Dekompensation gegeben. Der depressive Affekt drückt diese intrapsychische Situation aus und mobilisiert dadurch die entsprechenden Abwehr-, Schutz- und Kompensationsmechanismen. Die drei Säulen des Modells repräsentieren übrigens nicht nur die verschiedenen Arten des Versagens, der Dysfunktionalität bei der Aufrechterhaltung des narzisstischen Gleichgewichts, sondern gleichzeitig auch die jeweils dazu gehörigen Abwehr- und Schutzmechanismen. So kann ein drohender Zusammenbruch des natürlichen Selbstvertrauens, also ein Versagen der ersten Säule unter bestimmten psychosozialen, aber wahrscheinlich auch biologischen Bedingungen mittels einer künstlichen Aufblähung, einer regressiven Aktivierung von Größenphan-

tasien und dann auch des Größen-Selbst überkompensiert werden. Klinisch entspricht dies dem Bild der Manie. Und so kann es in der zweiten Säule zur Aktivierung einer übertriebenen Abhängigkeit und Anhänglichkeit kommen oder umgekehrt zu einer Pseudo-Unabhängigkeit, mit vorgetäuschter Verachtung des Objekts und seiner Bedeutung. Und so kann es drittens in der dritten Säule zu einer pathologischen Aktivierung des archaischen, überstrengen Über-Ich und zur Unterwerfung unter das Über-Ich kommen, was dem Bild der Schulddepression entspricht. Dem geht meistens eine Phase der übertriebenen Leistungsbezogenheit voraus, die auch lebenslang andauern kann. Es gibt häufig Menschen, die über sehr lange Zeit Defizite innerhalb der Thematik dieser Säule, aber insbesondere auch Defizite, die die Bedürfnisse der ersten und zweiten Säule betreffen, einigermaßen dadurch kompensieren, dass sie übertrieben viel arbeiten, viel leisten und sich Vorgesetzten oder überhaupt Elternfiguren gegenüber unterwürfig verhalten (dies sind alle Abwehrmechanismen, die in der dritten Säule repräsentiert werden). Diese Menschen werden erst dann manifest depressiv, wenn diese Kompensationen nicht mehr ausreichen.

## Der depressive Konflikt

Trotz der vielen Vorzüge hat das Drei-Säulen-Modell auch Nachteile. Einer davon ist, dass es die maßgebenden Konflikte, die ja sehr häufig ursächlich bei der Erschütterung der drei Säulen involviert sind, nicht direkt und differenziert genug erfasst. Würde man nur das Drei-Säulen-Modell bei der psychodynamischen Analyse der Depressionen zugrunde legen, so würde man den falschen Eindruck gewinnen, als beruhten Depressionen nur auf einen Mangel, ein Fehlen von Zuwendung, von Bindung, von Liebe, von Anerkennung in der frühesten Entwicklung und auch später. In Wirklichkeit ist jedoch die Psychogenese und Psychodynamik der Depressionen viel komplizierter. Vielfach, wenn auch keineswegs immer, sind es tiefer gehende Konflikte – meistens unbewusste Konflikte –, die bei der Entstehung der erwähnten Erschütterungen der drei Säulen und auch bei der Entstehung der ebenfalls erwähnten drei *Circuli vitiosi* maßgebend involviert sind. Wie schon erwähnt, steht zwar keineswegs bei allen Depressionen ein Konflikt im Hintergrund (das ist gerade ein Vorteil des Modells, dass auch nicht konfliktbedingte De-

pressionen mit erfasst). Dennoch ist dies sehr oft der Fall. Um was für Konflikte handelt es sich? Könnte man einen zentralen, einen spezifisch depressiven Konflikt angeben?

Die Frage kann positiv beantwortet werden, wenn man die Thematik des depressiven Konflikts in den geeigneten größeren Bezugsrahmen setzt und ihn insbesondere auch im Vergleich und in Abgrenzung zum schizophrenen Konflikt, besser gesagt Dilemma, betrachtet. Das Problem des Schizophrenen ist die Aufrechterhaltung seiner Selbstidentität und Autonomie, die Aufrechterhaltung seiner Ich-Grenzen trotz des (eigentlich natürlichen, vorgegebenen) eminent großen Sogs und der Sehnsucht nach dem Objekt, nach der Vereinigung und Bindung mit dem Objekt. Diese eigentlich natürliche universelle Bipolarität ist normalerweise dialektisch zu überwinden, sie ist nicht pathologisch, im Gegenteil, sie stellt die Voraussetzung für eine lebendige und dynamische Entwicklung dar. Unter bestimmten psychosozialen und biologischen Bedingungen ist jedoch eine solche Integration nicht möglich, es entsteht ein starres, unüberwindbares Dilemma: Identität versus Fusion.

Anders bei dem depressiven oder dem manisch-depressiven Patienten: Sein Problem ist die Aufrechterhaltung einer autonomen Selbstwertigkeit und Selbstachtung, und dies trotz der ebenfalls intensiven emotionalen Abhängigkeit vom Objekt, also von der Bewunderung, Anerkennung und Liebe, die er vom Objekt braucht. Auch diese Bipolarität ist eine natürlich und allgemein vorgegebene und kann ebenfalls unter normalen Bedingungen dialektisch in fruchtbarer und schöpferischer Weise überwunden werden. Unter bestimmten psychosozialen und biologischen Bedingungen erstarrt jedoch dieser Gegensatz zu einem unüberwindlichen Dilemma. Der Patient neigt nun zu einer pathologischen Pseudolösung: Entweder entwickelt er eine manische oder sonstige Pseudounabhängigkeit vom Objekt bei erheblicher künstlicher Selbstüberhöhung (Manie). Oder er gerät umgekehrt, und viel häufiger, in die Depression: Unterwerfung, Selbstanklage, Selbstverkleinerung, kindliche Anhänglichkeit und Unselbständigkeit, Blockierung aller Gefühle (entsprechend: Schulddepression, anaklitische Depression, leere Depression). Dass dieser Konflikt, dieses Dilemma oft eine sehr starke aggressive Komponente und Dimension erhält, haben wir schon bei der Schilderung der *Circuli vitiosi* erläutert. Das Zurückstellen der eigenen Selbstwertigkeit, um das Objekt nicht zu verlieren, erzeugt Aggression, so dass vielfach der hier entstehende Konflikt sich in einer auf-

begehrenden aggressiven Selbstbehauptung mit manchmal fast mörderischen Phantasien manifestiert – und das gerade gegen ein Objekt, das man am meisten nötig hat (und am meisten liebt und von dem er geliebt werden möchte). Diese häufige und zentrale, unbewusste, aber oft auch bewusste Aggressivität in der Dynamik der Depression hat dazu geführt, dass viele Psychoanalytiker die Aggressivität und ihre Unterdrückung als den Grund der Depression angesehen haben. Ich glaube, dass dies nicht richtig ist. Nach dem bis jetzt Dargestellten ist es offensichtlich, dass diese sehr häufige und eminent wichtige Aggression trotzdem nur ein sekundäres Phänomen ist. Sie begleitet oft den Höhepunkt in dem zentralen Konflikt zwischen einer autonomen Selbstwertigkeit und einer vom Objekt absolut abhängigen Wertigkeit. Sie ist die verständliche Reaktion auf diese Unterdrückung der eigenen Autonomie. Diese Einsicht ist von sehr großer praktischer Relevanz: Weil wenn man die Depression fälschlicherweise auf die Unterdrückung einer primären Aggression zurückführt, gerät man als Therapeut in die irriige Vorstellung und in die gefährliche Versuchung, therapeutisch eine verstärkte Aggressionsentladung zu unterstützen oder sogar zu empfehlen! Dies mag zwar tatsächlich gelegentlich bei aufgetauter Aggression von einem gewissen Nutzen sein, es dient jedoch nicht der Lösung des Konflikts. Es führt den Patienten weg von der Einsicht in den wesentlichen Kern des Konflikts und der hier implizierten Ambivalenz, einem sowohl gehassten, aber auch geliebten Objekt gegenüber.

Es mag sein, dass die Bearbeitung des depressiven Konflikts unter anderem auch von der Aufhebung von Aggressionshemmungen begleitet wird, die bis dahin aus Angst vor dem Über-Ich und aus Angst vor dem Verlust des Objekts bestanden hatten. In diesem Fall würden wir freilich die Aufhebung der Aggressionshemmung als einen positiv zu beurteilenden Indikator für eine Lockerung, für eine beginnende Lösung des Dilemmas begrüßen. Wir sollten aber die aggressive Entladung nicht künstlich herbeiführen oder suggerieren wollen, in der Annahme, dass dadurch die Depression aufzuheben wäre. Die Praxis zeigt, dass eine solche absichtlich verordnete Aggressivität (wie früher bei den Encounter-Groups) keineswegs therapeutisch wirksam ist. Im Gegenteil, sie verhindert die hier erforderliche Trauerarbeit über die Schicksale oder auch die Besonderheiten der primären Bezugsobjekte, die eine glückliche dialektische Aufhebung des Konflikts verhindert haben. Erst durch die neue Beziehungserfahrung des Patienten innerhalb der Therapie und erst

durch die empathische Begleitung bei dem Prozess der notwendigen Trauerarbeit ist es zu erhoffen, dass die sonst meistens sich immer wiederholende Reinszenierung des alten Konflikts in den späteren Beziehungen im Erwachsenenleben des Patienten seltener wird oder auch in günstigen Fällen aufhört – und damit auch die Neigung zu immer neuen depressiven Dekompensationen.

## Das Modell ist kompatibel mit den Ergebnissen der Hirnforschung

Das geschilderte psychodynamische Modell steht nicht im Gegensatz zu den neuesten Ergebnissen der Gehirnforschung bei affektiven Störungen und auch nicht zu den Erfolgen der Psychopharmakologie mit der Anwendung von Antidepressiva. Erstens gibt es offensichtlich bestimmte biologisch vorgegebene Vulnerabilitäten oder Übersensibilitäten, die die Entstehung der geschilderten Konflikte und sonstige Brüchigkeiten auf allen drei Säulen mitbedingen. Noch wichtiger erscheint mir aber die Tatsache (und das wissen wir, seitdem wir durch die Hirnforschung von der Plastizität des Gehirns erfahren konnten), dass die enorme intrapsychische Spannung, unter der die Patienten mit den geschilderten Konflikten über Jahre hindurch leben, nicht ohne Folgen bleiben für das Stresshormonsystem und für die weiteren neuronalen Systeme, die für die Funktion der Affektivität zuständig sind. Die Antidepressiva wirken nicht direkt gegen die geschilderten psychischen Konstellationen, sie können aber offenbar sowohl die vorgegebene Übersensibilität und Übererregbarkeit des limbischen Systems als auch die späteren zusätzlichen psychosomatisch erzeugten Vulnerabilitäten und Übererregbarkeiten günstig – im Sinne einer selektiven Dämpfung oder Anregung – beeinflussen, so dass sie dem Ich Zeit und die Möglichkeit geben, positive, kognitive und affektive Bereiche zu mobilisieren und zu aktivieren, die der Depression entgegenwirken. Ich kann mir kaum vorstellen, dass die Antidepressiva (dasselbe gilt auch für die Neuroleptika) *direkt* gegen solch hoch komplizierte und differenzierte Prozesse wie ein Schuldgefühl, ein Versündigungswahn, eine Unterwerfungstendenz dem Objekt gegenüber etwas anrichten können. Auch wenn wir annehmen müssen, dass diese hochdifferenzierten Prozesse ihre zerebrale Entsprechung haben, so ist es höchst unwahrscheinlich, dass die Antidepressiva auf dieser höhe-

ren Ebene direkt wirksam werden. Viel wahrscheinlicher ist es, dass die Psychopharmaka auf einer elementaren Ebene der Hirntätigkeit therapeutisch relevant werden: einmal durch die Dämpfung des bewusst erlebten depressiven Affekts (oder auch anderer Affekte und Gefühle wie Angst, Wut, Schuld, Scham) und zum Zweiten durch eine selektive Anregung (etwa durch Auffüllung der im Lauf langer Stressreaktion entleerten Serotonin-Speicher). In allen Fällen geht es um eine Beeinflussung der elementaren zerebralen Voraussetzungen des affektiven Erlebens (vgl. auch Nemeroff 1998 und Böker 2002).

## Differentialdiagnose zwischen Major und Minor Depression

Je mehr solche zerebralen Faktoren im konkreten Fall einer Depression beteiligt sind, desto mehr kann man vermuten, dass es sich um eine der früher endogen, heute Major genannten Depressionen handelt. Dennoch, das Drei-Säulen-Modell erlaubt auch schon auf der psychopathologischen Ebene eine solche Differentialdiagnostik. Es eignet sich nämlich zu dieser Unterscheidung zwischen Major (endogen, psychotisch) und Minor (Dysthymia, neurotische, reaktive) Depression: Man kann als Faustregel davon ausgehen, dass bei der ersten Form, also bei der schweren Depression, die in der unteren Hälfte aller drei Säulen repräsentierten unreifen Abwehr- und Kompensationsmechanismen mobilisiert werden, während bei den leichteren (neurotischen) die Mechanismen aus der oberen Hälfte aller Säulen relevant werden. Dagegen sind die in der jeweiligen Säule repräsentierten und eine Depression mitbedingenden Konflikte, Traumata, Mängel qualitativ in etwa dieselben bei beiden Gruppen.

## Die Manie als eine Alternativlösung des depressiven Konflikts

Das Erscheinungsbild der Manie ist so eindeutig, konsistent und eindrucksvoll, dass es auch für den Nichtfachmann leicht zu erkennen ist: Die auffällig gehobene (meistens heitere, gelegentlich aber auch gereizte) Stimmung, der vermehrte Bewegungs- und Rede-

drang, die Beschleunigung und Lockerung der Assoziationen bis hin zur Ideenflucht, die Enthemmung, das verminderte Schlafbedürfnis und die unaufhörliche Betriebsamkeit sind einige der wichtigen formalen Charakteristika. Inhaltlich steht eine maßlose Selbstüberschätzung, ein Überoptimismus, ein spielerischer und bagatellisierender Umgang mit Problemen sowie eine massive Verleugnung der inneren und äußeren Realität im Vordergrund. Die Selbstüberschätzung entwickelt sich gelegentlich zu einem regelrechten Größenwahn (Megalomanie).

So eindeutig das Erscheinungsbild der Manie ist, so unklar und strittig sind jedoch die Ansichten über seine Verursachung und seine Psychodynamik. Warum, bei welchen Menschen und unter welchen Bedingungen treten solche manischen Zustände auf? Handelt es sich um eine primär körperliche Hirnfunktionsstörung, vergleichbar etwa mit der Enthemmung, plumpen Geselligkeit und Heiterkeit sowie Erregung zu Beginn eines Alkoholrausches (somato-psychische Verursachung)? Oder verhält es sich umgekehrt so, dass bestimmte Erlebnisse (Auslöser) zu solch intensiven Gefühlsregungen führen, die ihrerseits eine eigene Dynamik entwickeln und nach eigener Gesetzmäßigkeit mit sekundärer Mobilisierung bestimmter neuronaler Strukturen verlaufen (psycho-somatische Verursachung)?

Das bemerkenswerte an der Manie ist, dass es sich bei den keineswegs seltenen Fällen, bei denen wir einen »Auslöser« feststellen, nicht um ein freudiges, lustvolles, das eigene Selbstwertgefühl erhöhendes, triumphales Erlebnis oder Ereignis handelt, sondern umgekehrt um schmerzliche Verluste, Trennungen und insbesondere das Selbstwertgefühl und seine Regulation erschütternde Anlässe. Wir stehen also vor dem Rätsel, dass diese Auslöser, sofern sie vorhanden oder identifizierbar sind, ziemlich genau dieselben sind wie diejenigen, die eine Depression auslösen! Unabhängig von dieser den Auslöser betreffende Frage ist es eine bemerkenswerte Feststellung, dass Depression und Manie zu einem großen Teil zusammengehören. Diese seit Jahrhunderten vermutete und spätestens seit Kraepelin auch statistisch gesicherte Zusammengehörigkeit gibt uns also Rätsel auf, welche zu gegensätzlichen Antworten, Hypothesen und Theorien geführt haben.

– *Manie als antidepressiver Abwehrmechanismus*: Angesichts der geschilderten Fragestellung hat in der Psychoanalyse ziemlich früh die Vorstellung an Überzeugung gewonnen, dass es sich bei der Manie um eine Abwehr, um eine Verleugnung der Depression



und des in ihr implizierten seelischen Schmerzes, der Kränkung und Erniedrigung, Hoffnungs- und Aussichtslosigkeit handelt. Eine solche Hypothese vermag selbstverständlich sehr gut die Frage beantworten, warum denn manische Phasen, sofern sie ausgelöst werden, nicht durch positive freudige, sondern umgekehrt durch schmerzliche, kränkende, bedrückende Ereignisse erzeugt werden.

Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung mit psychotherapeutischen Behandlungen von manisch-depressiven Patienten meine ich aber, dass die Manie viel mehr als das ist und dass man sie unterschätzt, wenn man hier nur die Funktion der antidepressiven Abwehr berücksichtigt.

- *Manie als eine Alternativlösung*: Man kann die Psychodynamik der Manie in der Gegenüberstellung mit der Depression etwas anders, als eben geschehen, begreifen. Beide können als gleichsam »pathologische« Notlösungen desselben Problems betrachtet werden. Das Vorgehen ist aber ein diametral entgegengesetztes: Der Depressive versucht, die unerträgliche Spannung zwischen (natürlicher) Abhängigkeit vom Objekt einerseits und (ebenfalls natürlicher) selbständiger Wertigkeit seines Selbst andererseits – denn darum geht es – durch eine totale Unterwerfung unter das Objekt, durch eine überangepasste Anstrengung und Leistung sowie durch einen Verzicht auf selbständige Ich-Aktivität, Behauptung und Expansion zu lindern. Der manische Patient dagegen versucht, dasselbe Problem durch eine ebenfalls extreme Aufkündigung des Gehorsams, eine Flucht nach vorn, eine Verleugnung der natürlichen Abhängigkeitswünsche und gleichzeitig durch eine expansive Ich-bezogene Aktivität ohne Rücksicht auf Normen und Realitäten zu lösen.

Die Auffassung der Manie als eines alternativen Modus der Konfliktlösung erscheint mir nicht nur theoretisch treffender, sondern auch praktisch und therapeutisch relevanter. Es ist nämlich therapeutisch günstig, wenn die Patienten spüren, dass der Therapeut ihr Erleben nicht nur als ein Ablenkungsmanöver, als eine Flucht und eine Verleugnung, sondern auch als etwas Positives versteht: dass es also großen Muts bedarf, um das »Über-Ich über Bord zu werfen« (S. Freud über die Manie) und dass die Aufkündigung des langjähri-

gen Gehorsams und der chronischen Selbsteinschränkung wohl berechtigt, wenn auch gefährlich ist.

Man darf sich allerdings nicht zum Missverständnis verleiten lassen, Manien seien psychosozial vollständig zu erfassende befreiende »Revolutionen« und Depressionen resignative Unterwerfungen unter das unausweichliche äußere Schicksal oder bestehende Machtverhältnisse. Hier (bei der Manie und der Depression) geht es in erster Linie um einen innerseelischen, individuellen Konflikt. Außerdem: Bei weitem nicht alle Menschen mit einer auf diese Weise entstandenen Problematik entwickeln eine klinisch relevante Depression oder Manie. Hierzu bedarf es zusätzlich einer entsprechenden Prädisposition, welche im Fall der affektiven Psychosen eine Labilisierung und eine Tendenz zu überschießenden Schwankungen derjenigen neuronalen Systeme des Gehirns impliziert, die Stimmung und Antrieb sowie ihre Regulation mitbestimmen. Ob diese Prädisposition allein in einer vorgegebenen biologischen Vulnerabilität – vielleicht auch nur Sensibilität – besteht oder ob sie auch (oder überwiegend) eine durch psychosoziale Einwirkungen (früher Erfahrungen) *psychosomatisch* entstandene Labilisierung und Bereitschaft zu extremen Reaktionen dieser neuronalen Systeme ist, kann heute noch nicht endgültig beantwortet werden. Vieles spricht auf jeden Fall dafür, dass es sich bei den früher so genannten endogenen Psychosen, somit auch bei den affektiven Psychosen, um »Psychosomatosen des Gehirns« (Mentzos 2000) handelt, also Erkrankungen, welche zwar eine primäre biologische Bereitschaft voraussetzen, die jedoch meistens erst durch die beschriebenen und psychosozial entstandenen dilemmatischen Konstellationen unter Umständen zur Manifestation der Depression oder der Manie gelangen. (Weiterführende Literatur, insbesondere auch die Therapie betreffend, siehe Schwarz u. Maier 2001 und Böker u. Hell 2002.)