

Mentzos, Stavros

Begründung des Bipolaritätsmodells der Psychosen und einige Erläuterungen zu deren neurobiologischer Dimension

Mentzos, Stavros / Münch, Alois (Hg.): Reflexionen zu Aspekten einer Theorie der Psychosen, 2012 S. 10-23

urn:nbn:de:bsz-psydok-46265

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)

Reflexionen zu Aspekten einer Theorie der Psychosen

Mit zwei Abbildungen

Vandenhoeck & Ruprecht

Begründung des Bipolaritätsmodells der Psychosen und einige Erläuterungen zu deren neurobiologischer Dimension

Das Postulat der dilemmatischen Dynamik der Psychosen und die erweiterte Anwendung des Bipolaritätsmodells in anderen Gebieten der Psychologie, Psychiatrie und Sozialpsychologie

Die Annahme, dass Psychosen auf dem Hintergrund elementarer intrapsychischer Gegensätzlichkeit entstehen, hat sich in den letzten Jahren als eine in der therapeutischen Praxis nützliche Hypothese erwiesen. Im Gegensatz zu der in der Psychiatrie, zum großen Teil sogar auch in der Psychoanalyse, herrschenden Meinung, dass Psychosen auf biologisch und/oder psychosozial vorgegebenen und bedingten Vulnerabilitäten und strukturellen Störungen basieren, gehen wir bei diesem psychodynamischen Modell der Bipolarität davon aus, dass es vorwiegend elementare intrapsychische (psychosozial oder zum Teil auch biologisch bedingte) Gegensätze sind, welche dem psychotischen Geschehen zugrunde liegen. Die dabei auftretende psychotische Symptomatik und die in ihr deutlich werdende funktionelle »Störung« stellen defensive Mechanismen dar, welche der Abschwächung der durch den genannten inneren Gegensatz entstehenden immensen Spannung, Angst und Erregung und Unlust dienen sollen.

Diese Hypothese erscheint zunächst leicht angreifbar, weil der psychotische Patient keineswegs angst- und spannungsfrei ist, sondern unter einem erheblichen Leidensdruck steht, der oft erst durch den Einsatz von starken, potenten Neuroleptika oder Antidepressiva nachlässt.

Dieser gewichtige Einwand kann allerdings durch folgende zusätzliche Beobachtungen und Überlegungen entkräftet werden. Die extreme, unbändige diffuse Angst kurz vor dem Auftreten der eigentlichen psychotisch genannten Symptomatik (wie Wahnideen und Halluzinationen) bildet sich im Laufe von zwei bis drei Tagen in dem Ausmaß zurück, indem eben diese Wahnbildungen und Wahrnehmungsstö-

rungen auftreten – das ist eine Beobachtung, die in der Zeit vor der Entdeckung der neuen Psychopharmaka, also auch in den 1950er Jahren, immer wieder bestätigt wurde.

Der mögliche Einwand gegen unsere psychodynamische Hypothese, der sich darauf stützt, dass die von uns angenommenen defensiven Mechanismen keineswegs das Auftreten der Psychose verhindern, sondern im Gegenteil gerade den größten Teil der produktiven psychotischen Symptomatik ausmachen, basiert auf einem Missverständnis: Nicht die manifeste psychotische Symptomatik ist das »Hauptübel«, das vermieden werden soll, sondern die davor- und dahinterliegende unerträgliche intrapsychische Gegensätzlichkeit und die dadurch bedrohte Kohärenz, überhaupt die Existenz des Selbst. Selbstverständlich sind wir es aus der Medizin gewohnt, die manifesten Erscheinungen und Symptome, wie das hohe Fieber bei einer Lungenentzündung oder den Husten und die Atembehinderung und die erhebliche Sekretion aus den Bronchien als die »Krankheit« zu betrachten, zumal diese Symptome, obwohl alle sozusagen »gut gemeinte« Reaktionen sind, zum Tode führen können und deswegen etwa mit Aspirin symptomatisch behandelt werden. Trotzdem besteht die eigentliche, die kausale Therapie vorwiegend in der Bekämpfung der Ursachen, nämlich hier der Bakterien.

In ähnlicher Weise können auch psychotische Symptome (als »gut gemeinte« Defensivmechanismen) katastrophale Folgen im sozialen Leben des Patienten haben und über eine Reihe von *Circuli vitiosi* zur Chronifizierung oder Verschlechterung oder sogar zum Tode (febrile Katatonie, Selbstmord etc.) führen. Auch hier, wie bei der Lungenentzündung, ist es deswegen selbstverständlich erforderlich, diese ursprünglich gut gemeinten, aber gefährlich werdenden defensiven Mechanismen direkt, z. B. durch Psychopharmaka, zu kontrollieren. Und dennoch besteht die kausale, das »Hauptübel« betreffende Therapie in dem Versuch, diese zentrale intrapsychische Gegensätzlichkeit zu lindern oder aufzuheben.

Es ist auch bemerkenswert und zu unserer Hypothese passend, dass viele Patienten an ihren Symptomen hängen und sie u. U. »verteidigen« (z. B. manche Wahnideen oder auch Halluzinationen).

Eine tiefer gehende Analyse der psychotischen Dynamik wirft nun viele, allgemeinere, im eigentlichen Sinne philosophische Fragen auf. Denn die hier angesprochene Bipolarität stellt eigentlich nur einen speziellen Fall eines weit verbreiteten »normalen« Phänomens dar: Gegensätzlichkeit und Bipolarität resultieren aus einem universellen

Prinzip, sowohl in der organischen Welt als auch in vielen Bereichen des Psychischen und Psychosozialen.

Die bekannte Gegensätzlichkeit zwischen dem Sympathikus und dem Parasympathikus im Bereich des Vegetativums oder der Gegensatz zwischen dem Agonisten und Antagonisten im Bereich des Muskelsystems sind Beispiele aus dem somatischen Bereich. Der Gegensatz zwischen Introvertiertheit und Extravertiertheit, zwischen Passivität und Aktivität, der Gegensatz zwischen selbstbezogenen (narzisstischen) und objektbezogenen (objektalen) Tendenzen sind geläufige Beispiele aus dem psychischen Bereich. Solche und ähnliche Polaritäten lassen sich bei einer sehr großen Anzahl von biologischen, psychologischen und psychosozialen Prozessen nachweisen und sie sind evolutionstheoretisch leicht zu erklären: Die durch die Polarität erzeugte Dynamik ermöglicht eine schnellere und bessere Anpassung an Veränderungen, sie lässt Neues entstehen, wirkt gegen eine unproduktive, initiativarme statische Rigidität und konnte sich deswegen sowohl in der biologischen als auch in der sozialen Evolution als durchgehendes Prinzip festigen. Nun setzt sich freilich eine solche in der Evolution durch Auslese gefestigte Polarität nur dann durch, wenn es in der Praxis zu einer gelungenen dialektischen Aufhebung des hier implizierten Gegensatzes und zu einer, sei es auch nur vorübergehenden, konstruktiven Synthese oder Integration kommt. Konkret hier: Eine ausgewogene, ausbalancierte Integration zwischen narzisstischen, egoistischen, selbstbezogenen Tendenzen einerseits und sozialen, altruistischen oder kooperationsfördernden Motivationen andererseits wäre ein Beispiel für eine solche gelungene und deswegen im Vergleich zu anderen einseitigen Lösungen überlebensfähigere Konstellation.

Solche gelungenen, dialektisch entstehenden Lösungen setzen aber hierfür günstige Bedingungen voraus. Die gesunde psychische Entwicklung des Kindes besteht aus einer Reihe solcher gelungenen Integrationen zwischen selbstzentrierten bzw. Selbstständigkeit fördernden Vorgängen einerseits und Bindung und Kooperation fördernden Tendenzen andererseits. Sind die dazu erforderlichen Bedingungen während der Sozialisierung des Kindes nicht vorhanden, so besteht die große Gefahr der Ausbildung von Dysbalancen, von Störungen, die auch zu einseitigen und dann auch festgefahrenen Erlebnis- und Verhaltensmustern führen können. Stehen einem dreijährigen Kind keine liebenden, Freiheit gewährenden, positiv spiegelnden und ermutigenden und gleichzeitig strukturierenden, vertrauenswür-

digen und konsequenten Eltern zur Verfügung, so gerät es nicht nur vorübergehend (was sozusagen noch normal wäre), sondern dauerhaft in einen zunehmend unlösbarer werdenden Konflikt: Es muss entweder auf Liebe und positive Spiegelung oder wieder auf seine Autonomie und Freiheit verzichten. Daraus kann unter Umständen entweder ein narzisstischer Charakter oder ein unterwürfig zwanghafter bzw. depressiver Mensch werden. Psychische Störungen entstehen aus solchen Dysbalancen, aus unglücklichen und undialektischen Pseudolösungen der elementaren intrapsychischen Gegensätzlichkeit.

Ich kann hier nicht näher auf die Bedeutung von frühen Traumatisierungen sowie manche biologischen Faktoren eingehen, die im Zusammenhang mit dem geschilderten Grundkonflikt die Pathogenese von vielen Störungen mit bedingen. Ich verweise auf das »Lehrbuch der Psychodynamik« (Mentzos, 2009, Kapitel 2 u. 3).

Trotz der oben beschriebenen Vielfalt und Fülle von möglichen oder auch faktischen Polarisierungen konzentrierte ich mich beim Bipolaritätsmodell auf den Gegensatz oder den Grundkonflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit, zwischen Freiheit und Bindung, letztlich zwischen Selbstbezogenheit und Objektbezogenheit.

Das Favorisieren dieses speziellen Konflikts, dieser Bipolarität, dieses Gegensatzes mag zunächst willkürlich und unbegründet erscheinen, denn es gibt doch viele andere Polaritäten, die ebenfalls zentral und wichtig erscheinen. In der praktischen Anwendung hat sich jedoch gezeigt, dass die Fokussierung auf Selbstbezogenheit versus Objektbezogenheit nicht zufällig und nicht peripher oder willkürlich und beliebig ist. Eine sehr große Anzahl von normalen psychologischen Phänomenen, aber auch als pathologisch oder als gestört bezeichnete Erlebens- und Verhaltensweisen lassen sich mit Hilfe dieser Annahme am besten, am einfachsten und für die therapeutische Praxis am treffendsten erfassen. Es gibt sicher auch andere Annahmen und bipolare Konzepte, so etwa den Gegensatz zwischen Introvertiertheit und Extravertiertheit. Dieses Gegensatzpaar stand in der Mitte des 20. Jahrhunderts ziemlich im Vordergrund der akademisch-psychologischen Forschung und man glaubte, dass mit seiner Hilfe viele diagnostische und therapeutische Probleme zu lösen wären. Heute spricht man nur noch wenig darüber. Jene Erwartung hat sich also offenbar nicht erfüllt.

Eine andere, von Melanie Klein und den Neokleinianern bevorzugte Polarität ist diejenige zwischen Destruktivität und Libido, also zwi-

schen Todestrieb und Eros. Diese Annahme ist heute in analytischen Kreisen relativ weit verbreitet. Die mit Hilfe dieses Modells publizierten Analysen und Erklärungen von bewussten und unbewussten Prozessen erscheinen mir aber unnötig kompliziert und verwickelt, gelegentlich auch unklar oder sogar widersprüchlich; dies alles ungeachtet der Tatsache, dass Therapeuten, die diese Annahmen theoretisch vertreten, in der Praxis erfolgreich sein können. Ich gewinne jedoch den Eindruck, dass viele der in dieser Schule entwickelten praktischen Konzepte auch ohne diese Grundannahme der Polarität zwischen Eros und Todestrieb bestehen können und dass wahrscheinlich die Erfolge in der Therapie nicht *wegen* dieser theoretischen Annahme, sondern *trotz* dieser stattfinden!

Es gibt dann auch eine große Anzahl von Psychiatern, Psychologen und psychoanalytisch und nichtpsychoanalytisch inspirierten Therapeuten, die auf die Berücksichtigung solcher zentraler Polaritäten bzw. Grundkonflikte mehr oder weniger verzichten und den Schwerpunkt ihrer Erklärungen auf vorgegebene oder durch Traumata erzeugte strukturelle Veränderungen mit daraus folgenden Ich-Funktionsstörungen legen.

In dem »Lehrbuch der Psychodynamik« (Mentzos, 2009) versuche ich aber zu zeigen, dass diese sicher sehr gewichtigen genetischen und traumatischen Faktoren vorwiegend erst dadurch für die Pathogenese relevant werden, dass sie die eingangs skizzierte und universell in der Entwicklung des Menschen auftretende intrapsychische Gegensätzlichkeit und deren normale dialektische Lösung und Entwicklung verhindern oder verkomplizieren. Ein schwer misshandeltes Kind wird wohl sehr schwer eine ausbalancierte Lösung zwischen Selbstbezogenheit und Objektbezogenheit erreichen können.

Schließlich gibt es eine sehr große Anzahl von verhaltenstherapeutisch orientierten Psychologen und Psychiatern, die ebenfalls die Zentralität von vorgegebenen Polaritäten verneinen und psychische Störungen auf Lernprozesse zurückführen, welche mehr oder weniger zufällig entstehen, wobei die Hypothese von vorgegebenen Bipolaritäten letztlich als überflüssig betrachtet wird. Obwohl auch ich selbst Lernprozesse der geschilderten Art für eminent wichtig erachte, meine ich, dass der Verzicht auf die Annahme der vorgegebenen Polaritäten, die u. U. zur Entwicklung von Konflikten beitragen, dazu führt, dass viele normale und insbesondere gestörte Erlebens- und Verhaltensweisen nicht adäquat und nicht vollständig verstanden werden können. Wenn psychische Störungen auf zufälligen, akzidentellen Vorkomm-

nissen und daraus sich entwickelnden erlernten Mustern basieren sollten, so wäre es nicht zu erklären, warum sich beim systematischen Studium der psychischen Störungen Regelmäßigkeiten und Typologien aufweisen lassen, wie man dies z. B. bei den Phobien beobachten kann, deren größter Teil ja mit nur einigen wenigen durch griechische oder lateinische Termini bezeichnete Typen beschrieben werden. Da hat die Bipolaritätstheorie bessere Antworten, insbesondere übrigens in Bezug auf das häufigste Paar von Phobien, nämlich die Agoraphobie und die Klaustrophobie. Hier wird sehr deutlich, dass es sich bei ihnen um Reaktionen auf dasselbe Alternativ-Problem handelt, nämlich des Konflikts zwischen Autonomie und Abhängigkeit: Der Klaustrophobe hat Angst, bei einer zu beengenden Nähe seine Autonomie zu verlieren, der Agoraphobe hat Angst, das Objekt und die Bindung zu verlieren.

Des Weiteren zeigt sich in der Praxis der Verhaltenstherapie, dass bestimmte Einstellungen und Verhaltensweisen deswegen so schwer mit den üblichen Techniken der Verhaltenstherapie zu verändern sind, weil die sogenannten Störungen bzw. Symptome Reaktionen auf darunterliegenden Konflikte sind. So kann z. B. eine hartnäckige und verhaltenstherapeutisch schwer korrigierbare Tendenz, sich selbst kleinzumachen, oder zur subdepressiven Unterwerfung nicht ein zufällig erlerntes und schwer wieder zu verlernendes Muster sein, sondern eine Strategie, mit der der Patient, indem er sich als schuldig und klein begreift und erklärt, eine gewisse Erleichterung im Umgang mit seinem Über-Ich, mit dem er sich im Konflikt befindet, »entdeckt« hat.

Es darf auch nicht vergessen werden, dass innerhalb der Psychoanalyse die hier von uns favorisierte Bipolarität zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen vielfach, wenn auch oft in einem andern Rahmen oder mit anderen Benennungen, postuliert und bezeichnet wurde. So hat Sigmund Freud selbst ganz am Anfang, bevor er sich auf den Gegensatz zwischen Eros und Todestrieb konzentrierte, von einem Selbsterhaltungs- und einem Arterhaltungstrieb gesprochen. Balint spricht vom Gegensatz zwischen oknophilen und philobatischen Patienten, also zwischen denjenigen, die die Nähe des Objekts durch ein symbiotisches »Da-Bleiben«, und denjenigen, die die Ferne suchen. Aber auch viele andere Psychoanalytiker haben die Nähe-Distanz-Problematik beschrieben.

Schließlich sei erwähnt, dass im psychosozialen und sozialen Feld die Annahme der Bipolarität sich auch für das Verständnis von inter-

personellen und institutionalisierten Prozessen, so z. B. des Krieges, als sehr fruchtbar erwies (siehe Mentzos, 1993/2002).

Alles in allem erscheint mir das Bipolaritätsmodell, wie ich es oben kurz zu skizzieren versucht habe, ein sehr wertvolles Instrument in Theorie und Praxis, auf das man nicht mehr verzichten kann.

Weitere Anwendungen des Modells

Die Begründung und die indirekte Bestätigung der Nützlichkeit und Validität des Bipolaritätsmodells und der daraus entwickelten weiteren Hypothesen stützt sich also vorwiegend auf deren fruchtbare Anwendung in Theorie und Praxis. Dieses Modell ermöglicht es, manche bis dahin unsichtbaren Zusammenhänge zwischen zuvor untereinander unabhängigen und nebeneinander scheinbar beziehungslos erscheinenden Prozessen und Phänomenen zu erfassen.

Ein Beispiel

Wie schon angedeutet sind Agoraphobie und Klaustrophobie keine begrifflich zueinander beziehungslosen Angstformen; wie schon die in der Deskription vorstellbare Gegensätzlichkeit zeigt, ist die eine die Angst vor offenen, unstrukturierten, keinen Halt bietenden Situationen, die andere ist umgekehrt die Angst vor zu engen, zu starren geschlossenen und eine Flucht verunmöglichenden Räumen oder durch Konstellationen, die eine solche »Enge« symbolisieren. Beide Phobien haben auf einer tieferen, psychodynamische Ebene etwas Gemeinsames: Sie sind Alternativ-Reaktionen, quasi Pseudolösungen des Konflikts zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen.

Ein zweites Beispiel

Sadismus und Masochismus sind rein deskriptiv betrachtet ebenfalls gegensätzliche Erlebnis- und Verhaltensmuster und wurden von Sigmund Freud und vielen der Nachfolger als die Ausläufer von zwei gegensätzlichen Triebarten betrachtet, die oft, wenn auch nicht immer, eine starke sexuelle Komponente enthalten. Hier war also Freud angesichts der sehr häufigen und in ihren Konsequenzen gewichtigen Erlebens- und Verhaltensmuster veranlasst, zwei besondere Triebarten zu postulieren, einmal den aggressiv-destruktiven Todestrieb und dann den masochistischen Trieb. In beiden Fällen handelt es sich nicht nur

um recht hypothetische, sondern auch der Logik der Evolution widersprechende Annahmen: Ein Todestrieb und ein masochistischer Trieb hätten das Überleben nicht fördern und deswegen auch in der Evolution per Selektion nicht entstehen können.

Dennoch, die faktische Verbreitung sadistischer und masochistischer Phänomene verlangt eine Erklärung. Das Bipolaritätsmodell bietet m. E. eine überzeugende Alternativerklärung an.

Zunächst zum nichtsexuellen Sadismus. Die mit einem Gefühl der eigenen Überlegenheit einhergehende sadistische Behandlung des Anderen dient der narzisstischen Pseudostabilisierung, der Stärkung und Absicherung des eigenen Selbst. Dabei entsteht keine Triebbefriedigungslust, sondern ein narzisstischer Triumph, der sich u. U. auch suchartig, immer mehr bis zu der sadistischen Orgie steigern kann; der sadistische Mensch will immer mehr von dieser triumphalen Überlegenheit spüren.

Der nichtsexuelle Masochismus, der moralische Masochismus (dieser Terminus stammt von S. Freud), bezweckt durch die implizierte Unterwerfung und durch die freiwillige Selbsterniedrigung einmal die Versöhnung mit dem Über-Ich, zum zweiten aber den Empfang einer kräftigen, zupackenden »Zuwendung«, sei es auch in Form von Leid hervorrufer Aggression. Hier wiegt also die Vermeidung einer Ignorierung und Ablehnung durch das Objekt mehr, wobei der Betreffende den damit verbundenen seelischen und körperlichen Schmerz in Kauf nimmt. Das liegt in der Nähe dessen, was manche Patienten mit dem Satz: »Lieber eine quälende, als keine Mutter!« meinen.

Sowohl der nichtsexuelle Sadismus als auch der nichtsexuelle Masochismus können also als einseitige pathologische Quasi-Lösungen des Grundkonflikts verstanden werden. Beim sexuellen Sadismus nun ermöglicht die geschilderte Dynamik zusätzlich einen angstfreien sexuellen Genuss, womit der geschilderte narzisstische Triumph durch den damit assoziierten rein sexuellen Genuss verbunden und damit verstärkt wird.

Beim erogenen Masochismus wiederum, dem Pendant zum sexuellen Sadismus, erzeugt ebenfalls die geschilderte Dynamik die Möglichkeit, sich sexuelle Lust zu erlauben und zu genießen, wodurch es auch hier zu einer erheblichen Verstärkung der bereits beim moralischen Masochismus geschilderten »Vorteile« kommt.

Die auf diese Weise, sei es durch den sadistischen oder wiederum durch den masochistischen Modus möglich werdende, relativ angstfreie Sexualität ist der Grund dafür, dass man Sadismus und Maso-

chismus als vorwiegend sexuelles Phänomen beschrieben und verstanden hat. Es ist aber deutlich geworden, dass die dahinter stehende Dynamik ein viel weiteres Gebiet betrifft, was im Fall des moralischen Masochismus ziemlich früh von Freud gesehen wurde, so dass man hier, bei der Erklärung dieser Phänomene, sehr gut auch ohne die fragwürdige Annahme vom Todestrieb oder vom masochistischen Trieb auskommen kann.

Das dritte Beispiel

Eine verwandte Konstellation besteht bei dem Paar gereizte, aggressive versus passiv masochistische Depression. Diese zwei sehr verbreiteten Formen von Depression können ebenfalls als Spezialfälle der Anwendung des Bipolaritätsmodells angesehen werden; hier allerdings nicht in Bezug auf das für die Schizophrenien als typisch entdeckte Dilemma zwischen Identität versus Verschmelzung mit dem Objekt, sondern für das für die affektive Psychose zentrale Dilemma. Dieses Dilemma besteht in einer absolut selbstbezogenen versus absolut objektbezogenen Wertigkeit des Selbst. Oder anders formuliert: Es geht um vorwegnehmende Vermeidung des potenziellen Trennungsschmerzes oder Verlassenwerdens durch Rückzug versus Glück, aber auch Gefahr, durch Bindung und Vereinigung mit dem Objekt; das heißt narzisstische Sicherheit versus Glück, aber auch Gefahr durch Bindung. Oder auch die interessante und nicht seltene Variation: Freiheit (in der Selbstbezogenheit) versus Unfreiheit – aber auch genauso: Sicherheit – in der Bindung!

Es gibt eine große Anzahl von ähnlichen »Paaren«, die sowohl im Bereich des Psychopathologischen als auch im Bereich des Normalen liegen, die ebenfalls die Nützlichkeit des Bipolaritätsmodells bei der vertieften Erfassung einer großen Anzahl von deskriptiv sehr unterschiedlich erscheinenden Zuständen und sogenannten Störungen bezeugen können.

Die neurobiologische Dimension der Psychosen – einige Fakten, Hypothesen und Problematiken

Dass der bewusste und unbewusste psychische Prozess von parallel laufenden, ihm korrespondierenden chemischen und elektrischen Vorgängen im menschlichen Gehirn begleitet wird, war freilich schon länger bekannt. Die stürmische Entwicklung der Neurobiologie, besonders das Brain Imaging (u. a. die funktionelle Magnetresonanztomographie), haben aber in den 1990er Jahren (das sogenannte Jahrzehnt des Gehirns) als auch in den ersten zehn Jahren des 21. Jahrhunderts zum ersten Mal die Möglichkeit eröffnet, viele spontan verlaufende, aber auch experimentell erzeugte kognitive und emotionale Vorgänge gleichzeitig auf den zwei Ebenen – der Psychischen und der Zerebralen – zu verfolgen.

Die Faszination der durch diese Methoden eröffneten neuen Horizonte war sicher zunächst verständlich und berechtigt, denn die dadurch geschaffenen praktischen Möglichkeiten erscheinen so groß und so vielfältig, dass noch heute ihre zukünftigen Auswirkungen nicht vorhersehbar sind.

Es kam bald zu übertriebenen Erwartungen und daraus entstehenden unvermeidlichen Enttäuschungen, welche auch auf Missverständnissen in Bezug auf Bedeutung und Tragweite der neuen Entdeckungen basieren. Das erste grobe Missverständnis bestand darin, dass man die Gesamtheit des Psychischen als ein Produkt der Gehirntätigkeit konzipierte. Diese Annahme beruhte auf der Feststellung, dass erstens alle psychischen, bewussten und unbewussten Erscheinungen von dazu korrespondierenden Veränderungen innerhalb neuronaler Systeme begleitet werden und dass zweitens bei Unterbrechung oder Ausbleiben dieser neuronalen Tätigkeit (durch toxische Einwirkungen, Sauerstoffmangel, Verletzung oder auch den Tod) die dazu korrespondierenden psychischen Prozesse ebenfalls ausblieben. Schließlich war es möglich, durch geeignete Substanzen bzw. Medikamente eindeutige Veränderungen des psychischen Erlebens herbeizuführen, also etwa Dämpfung oder totale Unterdrückung von Angstgefühlen. Umgekehrt war es möglich, mit Hilfe anderer Substanzen vermehrte psychische Erregung und Angst zu erzeugen oder sogar das Auftreten von psychoseähnlichen Erlebnissen wie Wahnideen und Halluzinationen herbeizuführen. Des Weiteren führte der Ausfall der Funktion bestimmter Hirnareale, etwa im frontalen und präfrontalen Gehirn,

zu Veränderungen des psychisch Erlebten und des zur Verfügung stehenden Antriebs oder zu anderen Veränderungen der Persönlichkeit. Schließlich versuchte man experimentell zu zeigen, dass bestimmte lokale Aktivierungen von neuronalen Systemen, die normalerweise manche dazugehörigen Denkvorgänge begleiten, vielfach zeitlich vorgelagert sind, das heißt einige Sekunden früher als die bewusste Intention und Durchführung einer Aufgabe aufgezeichnet wurden. Das Psychische, so die Schlussfolgerung, sei also eine Folge des zerebralen Geschehens und nicht umgekehrt.

Diese letzteren, einen materialistischen Monismus unterstützenden Experimente und Behauptungen wurden allerdings im Laufe der daraufhin angefachten heftigen und noch andauernden Diskussionen in Frage gestellt: Die Behauptung des angeblichen experimentellen Nachweises der zeitlich »nachhinkenden« psychischen Tätigkeit wurde mit Recht zurückgewiesen. Erstens ist schon aus methodologischen Gründen die akribische, präzise zeitliche Einordnung auf den zwei Ebenen (der Psychischen und der Zerebralen) recht problematisch, weil die Feststellung und Registrierung der neuronalen Veränderungen erst mit einer Verzögerung von einigen Sekunden möglich ist. Außerdem bedeutet die sehr wahrscheinlich richtige Feststellung, dass neuronale Tätigkeit eine Sine-qua-non-Bedingung bewusster und unbewusster Vorgänge darstellt, nicht, dass die neuronalen Vorgänge die Ursache des Psychischen sind.

Allerdings weiß man ohnehin nicht, was man beim Brain Imaging eigentlich misst. Gerhard Schüssler (2004, S. 420) weist auf die hier vorliegende Problematik hin, welche in einigen kritischen englischsprachigen Beiträgen mit den drei C bezeichnet wird. Bei jeder Aktivierung neuronaler Systeme, die wir registrieren können, müssen wir zumindest drei verschiedene Möglichkeiten in Erwägung ziehen: ob es sich um eine Causa (Ursache), eine Consequence (Folge) oder um eine Compensation (Kompensation) handelt. Was wiederum das Argument betrifft, es gebe viele psychische Veränderungen durch primäre zerebrale Schädigungen, also z. B. Bewusstseinsverlust durch künstliche, durch Insulin erzeugte Hypoglykämie (allgemeiner die somatopsychischen Phänomene), so muss man gleichzeitig auch auf den umgekehrten Zusammenhang aufmerksam machen, die psychosomatischen Sequenzen: So kann eine intensive Verliebtheit (zu große »gefährliche« Nähe) oder umgekehrt, die plötzliche Auflösung einer vorher starken symbiotischen Bindung, Psychosen auslösen. Intensive, lang anhaltende Angstzustände führen, über eine chronische Über-

schüttung von Stresshormonen, nicht nur zu funktionellen, vorübergehenden Veränderungen neuronaler Systeme, sondern u. U. auch zu ihrer strukturellen Veränderung bzw. Zerstörung. Gravierende Trennungen oder schwere narzisstische Kränkungen tragen oft zur Entstehung einer Depression bei.

Ein Beispiel

Bei den finnischen Untersuchungen mit Adoptivkindern mit einer biologischen Belastung (schizophrene Mutter), die mit ebenfalls adoptierten Kindern von gesunden Müttern verglichen wurden, zeigte sich zwar, wie auch bei anderen Adoptivkinder-Untersuchungen, dass die biologisch familiär belasteten Kinder später häufiger psychotisch wurden; dennoch (und das ist das hier Interessante) konnte, speziell bei dieser finnischen Untersuchung, in der auch die adoptierenden Familien gut untersucht wurden, gezeigt werden, dass die Kinder, die das Glück hatten, von psychosozial relativ gesunden Familien aufgenommen zu werden, sehr selten oder überhaupt nicht psychotisch wurden. Dadurch wurde deutlich, dass auch der psychosoziale Faktor zumindest gleichgewichtig bedeutsam bei der Manifestation der Psychose ist.

Es gibt also insgesamt sowohl somatopsychische als auch psychosomatische Zusammenhänge. Es finden sich aber keine überzeugenden Hinweise dafür, dass die eine oder die andere Dimension durchgehend die primäre und somit die kausal relevante ist. Man findet eine Parallelität, aber keinen kausalen Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Ereignissen und Funktionen.

Dies alles war aber mehr oder weniger auch zu früheren Zeiten bekannt. Was durch das Brain Imaging neu hinzugekommen ist, besteht darin, dass man jetzt im Detail die Zusammenhänge zwischen dem Psychischen und dem Neurophysiologischen beobachten und studieren kann.

Diesbezüglich gibt es mehrere interessante Ergebnisse, auf die ich aber an dieser Stelle nicht im Detail eingehen kann (vgl. Mentzos, 2009, S. 235 ff.). Besonders interessant sind dabei Befunde, die dafür sprechen, dass das neurophysiologische Korrelat der akuten Psychose in einer Dysbalance von in ihrer Funktion polar entgegengesetzten neuronalen Systemen besteht. Dies ist auch der Grund, warum ich diese neurobiologischen Befunde wenigstens kurz im Anschluss an das eingangs ausführlicher dargelegte Bipolaritätsmodell der Psycho-

dynamik der Psychosen skizziert habe. Es besteht eine bemerkenswerte Parallelität zwischen der psychotischen Störung, der psychischen Dysbalance und der gleichzeitig feststellbaren zerebralen Dysbalance. Dies ist wiederum deswegen bedeutsam, weil wir sonst keine gesicherten präzisen Punkt-zu-Punkt-Entsprechungen finden. Man hatte nämlich zu Beginn der stürmischen Entwicklung der Neurobiologie und des Brain Imaging geglaubt, die psychotische Symptomatik sei ein direktes Ergebnis, eine kausale Folge der (primären) Veränderung im Gehirn. Dies hat sich als eine eher naive Vorstellung herausgestellt.

Die feststellbaren lokalen neuronalen Aktivierungen im Gehirn sind nicht die Ursache, sondern das Korrelat der psychischen Veränderungen und darüber hinaus sind dabei nicht die einzelnen Werte, sondern ihr Stellenwert, ihre Relation zu anderen, relevant (z. B. im Sinne der Dysbalance).

Auch in Bezug auf die rein biochemischen Veränderungen während der Psychosen glaubt man heute nicht mehr, dass ein Fehlen oder ein Überschuss eines bestimmten Neurotransmitters (z. B. Dopamin oder Serotonin) eine bestimmte psychische Störung hervorruft. Es ist vielmehr ihr relativer Stellenwert innerhalb eines größeren Rahmens und die dadurch entstehende Störung der Balance, die das Wesentliche darstellt.

Die Frage der Kausalität ist, nicht nur bei psychotischen Störungen, sondern überhaupt bei der Erfassung des Psychischen, völlig ungeklärt und das Leib-Seele-Problem behält weiterhin seine Rätselhaftigkeit: Weder ein materialistischer noch ein idealistischer Monismus kann die hier offenstehenden Fragen beantworten. Dasselbe gilt aber auch für den Versuch, das Zerebrale und das Psychische als die zwei Seiten derselben Medaille zu betrachten. Die zwei Seiten einer Medaille sind nämlich beide stofflich, materiell, das Psychische hat aber eine andere und auf jeden Fall eine nichträumliche Qualität. Hier liegt ein ungelöstes philosophisches Problem vor. Ich glaube aber, dass – auch wenn wir den Grundunterschied nicht begreifen – es berechtigt und legitim ist, die schon jetzt sichtbaren Aspekte der Beziehung zwischen den beiden Seiten immer differenzierter zu untersuchen. Dazu gehört auch die eben erwähnte Parallelität in Bezug auf die Bipolarität, die Balance und die Dysbalance. Dies könnte in vielfacher Hinsicht bei der Erforschung der Gehirnfunktionen als auch der individuellen und psychosozialen Gegebenheiten nützlich sein (vgl. dazu Mentzos, 2008).

Literatur

- Mentzos, S. (1993/2002). Der Krieg und seine psychosozialen Funktionen (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2008). Die gestörte Balance: Parallelitäten zwischen Neurobiologie und Psychodynamik der Psychosen. In: Matejek, N., Müller, Th. (Hrsg.): Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie (S. 16–23). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2009). Lehrbuch der Psychodynamik. Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schüssler, G. (2004). Neurobiologie und Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4, 406–429.

Inhalt

Editorial	7
Stavros Mentzos Begründung des Bipolaritätsmodells der Psychosen und einige Erläuterungen zu deren neurobiologischer Dimension.	10
Elisabeth Troje Sind Schizophrenien Begleiterscheinungen der Evolution des Menschen?	24
Hermann Lang Zur Struktur und Therapie der Psychose aus der Perspektive der psychoanalytischen Theorie Lacans	55
Joachim Küchenhoff Die Negativität des Symptoms und die Schwierigkeiten, Nein zu hören	75
Stavros Mentzos wird zu seinem 80. Geburtstag von Alois Münch interviewt	95
Die Autoren	121