

# Trauma und Psychose

## Teil I: Grundlegende Literaturübersicht

Von Thomas Keller

Traumatisierungen vor allem durch nahe Bezugspersonen sind auch bei psychotischen Störungen sowohl in der Grundlegung der Persönlichkeit als auch bei der Auslösung von Krisen zentrale Bedingungsfaktoren. Dieser Umstand wirkt sich sowohl in den Erscheinungs- als auch den Verlaufsformen aus. Unterschiedliche Faktoren werden beschrieben.

Während Teil I eine Literaturübersicht vor dem Hintergrund langjähriger eigener klinischer Erfahrung gibt, wird sich Teil II mit therapeutischen Konsequenzen befassen.



**Thomas Keller**  
Psychotherapeut, freiberuflicher Dozent, Berater. 37 Jahre Tätigkeit in Kliniken mit sozialpsychiatrisch-psychotherapeutischer Orientierung. E-Mail: thokeller@t-online.de

Die Zusammenhänge zwischen ungünstigen biographischen Einflüssen, insbesondere in Kindheit und Jugend, und psychotischen Störungen wurden im psychiatrischen Mainstream über lange Zeit nur zögernd zur Kenntnis genommen, obwohl sie im klinischen Alltag nur schwer zu ignorieren sind. In den letzten zwei Jahrzehnten hat jedoch eine immer reichere Forschungsliteratur (allerdings kaum in Deutschland) hier eine beträchtliche Evidenz hervorgebracht.

### Psychose

Während die affektiven psychotischen Störungen, der „manisch-depressive Formenkreis“, nach ihrem beschreibbaren Erscheinungsbild relativ überzeugend als Krankheitsgruppe abgegrenzt werden können, war „Schizophrenie“ als Konstrukt unserer Diskursgemeinschaften zwar für die Psychiatrie praktisch, aber nie zwingend. Emil Kraepelin hatte sehr unterschiedliche „Krankheitsbilder“ zu einer Krankheitseinheit mit dem prognostisch katastrophalen Begriff „Dementia praecox“ zusammengefasst. Eugen Bleuler<sup>6</sup> schlug wenig später den neutraleren Begriff „Gruppe der Schizophrenien“ vor, was die Möglichkeit einer heterogenen Kategorie eröffnete. Daraus wurde jedoch für viele Jahrzehnte „die Schizophrenie“ mit ihrer unhinterfragten Verdinglichung als Erbkrankheit mit durchweg düsterer Prognose, was im 20. Jahrhundert entsetzliche Folgen für die so etikettierten

Personen hatte, von Stigmatisierung und Dauerasylierung über Zwangssterilisation bis hin zur Ermordung. Später hat die pharmazeutische Industrie dieses Konzept tatkräftig unterstützt<sup>13</sup>. Es wurde aber kein international akzeptiertes einheitliches Krankheits-Bild daraus. Auch Kurt Schneiders Vorschlag der Diagnostik nach „Symptomen ersten und zweiten Ranges“<sup>21</sup> konnte das Dilemma nicht lösen (siehe unten).

Ich habe schon lange dafür plädiert, den Schizophreniebegriff aufzugeben<sup>12</sup>. In der psychodynamisch-psychotherapeutisch orientierten Psychiatrieforschung findet sich stattdessen seit einigen Jahrzehnten zunehmend der praktikable Begriff „nichtaffektive Psychose“ (non-affective psychosis). Gerade dessen Unschärfe befreit uns von alten Zwangsjacken des Denkens und Forschens. In diesem Sinne werde ich das Wort „Psychose“ hier gebrauchen.

Für die hier untersuchten Zusammenhänge ist das Begriffspaar „Vulnerabilität“ (= seelische Verletzlichkeit) und „Resilienz“ (= seelische Widerstandskraft, Stärke) sehr brauchbar, falls wir diese hypothetischen Eigenschaften von Personen nicht als in jedem Einzelfall unveränderlich, sondern als variabel und damit sowohl durch günstige als auch ungünstige Umstände beeinflussbar betrachten, was uns psychiatrisch Tätige handlungsfähig macht: Vulnerabilität lässt sich nicht nur genetisch, sondern auch biographisch

verstehen und (z. B. durch Prävention) verringern, Resilienz lässt sich (z. B. durch Therapie) fördern.

Ich gehe davon aus, dass alle biographischen Einflüsse, welche die Vulnerabilität einer Person erhöhen, als traumatisch betrachtet werden können. Kommen dann spätere akute oder chronische destabilisierende Situationen hinzu, können diese zum Auslöser psychotischer Krisen werden. Dies gilt auch für chemische Einflüsse auf den Hirnstoffwechsel wie z. B. durch Drogenkonsum, der seinerseits durch psychosoziale Umstände nahegelegt werden kann.

### Trauma

Extreme psychosoziale Belastungserfahrungen führen häufig zu nachhaltigen seelischen Verletzungen, wenn sie die Verarbeitungskapazität der jeweiligen Person überschreiten. Deren Erscheinungsformen werden posttraumatische Belastungsstörungen genannt. Regelmäßig finden sich hier unter anderen Symptomen Vermeidung von an die traumatische Situation erinnernden Situationen, situationsabhängige sowie situationsunabhängige Ängste, Intrusionen (Nachhall-Erinnerungserlebnisse sowohl in Wachheit als auch in Alpträumen), Amnesie für die belastenden Erfahrungen sowie Fragmentierung von Erinnerungen, schließlich dissoziative Phänomene. Ferner sind eine Vielzahl von anderen Folgestörungen möglich,

die nicht als traumaspezifisch betrachtet werden: Depressivität und Suizidalität, Somatisierung, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen.

Sexuelle Übergriffe haben ein besonders hohes Schädigungspotenzial. Seriöse Schätzungen sprechen dafür, dass in unserem Lande ca. sechs Millionen Menschen in der einen oder anderen Weise davon betroffen sind oder waren, ca. zwei Millionen von ihnen leiden an behandlungsbedürftigen Störungen. In der Psychiatrie und ambulanten Psychotherapie werden sie erst seit vielleicht drei Jahrzehnten ganz allmählich zunehmend wahrgenommen. Sigmund Freud war auf seinem Weg zur Psychoanalyse bereits auf dieser Spur, verließ sie aber wieder angesichts der heftigen Reaktion seiner Fachkollegen auf diesen Tabubruch, um seine Reputation zu retten.

Schon einmalige traumatisierende Ereignisse können schwerwiegende Folgestörungen nach sich ziehen, umso mehr gilt das für länger dauernde und sich wiederholende Erfahrungen in Kindheit und Jugend, bei denen oft unterschiedliche belastende Faktoren zusammenkommen, etwa Ablehnung und Missbrauch über längere Zeiträume. Auf einer sehr großen Datenbasis zeigten Felitti, Anda und Mitarbeiter<sup>1</sup>, dass solche ungünstigen Lebensumstände in der Kindheit kumulativ bei Erwachsenen zu gravierenden körperlichen und einer Vielzahl von psychischen Störungen führen können, darunter Süchte und auch Halluzinationen. Die Gemeinsamkeit zwischen den körperlichen (z. B. Bluthochdruck) und seelischen Krankheiten besteht offenbar in einem insgesamt erhöhten inneren Stressniveau.

Wir sprechen in diesem Zusammenhang von komplexen Traumafolgestörungen, welche die ganze Persönlichkeitsentwicklung in Mitleidenschaft ziehen können. Als Prägnanztypen werden die Somatisierungsstörung, die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die dissoziative Identitätsstörung (bis hin zur multiplen Persönlichkeitsstörung) genannt; und, so meine ich, wir sollten auch psychotische Störungen hier hinzurechnen. Diese Störungsbilder sind nicht klar getrennt, sondern sie überlappen sich im Hinblick auf ihre Entstehung und Symptomatik. Schon beim Bild der dissoziativen Identitätsstörung<sup>10</sup> beschreiben Psychotraumatologen neben verschiedenen

anderen dissoziativen Phänomenen, verändertem Identitätserleben und dem Lautwerden innerer Dialoge und unterschiedlichen Arten von Stimmenhören auch Gedanken und Empfindungen, die als von außen gemacht erlebt werden; also Symptome, die nach Kurt Schneider als erstrangig für die Diagnose „Schizophrenie“ galten<sup>21</sup>. In der kindlichen Vorgeschichte solcher komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen finden sich die unterschiedlichen Arten von Bindungsstörungen, Vernachlässigung und Übergriffen, also problematische Beziehungs- und Kommunikationsformen.

### Bindungs-, Beziehungs- und Kommunikationstrauma

Die empirisch gut belegte Bindungstheorie geht davon aus, dass Kindern ein grundlegendes natürliches Bedürfnis innewohnt, sich im ersten Lebensjahr eng an eine primäre Bindungsperson, meist die Mutter, und nach Möglichkeit einige weitere Personen zu binden. Der Verlauf dieser Erfahrungen wird für das weitere Leben prägend. Wenn sie sich in den ersten Lebensjahren sicher gebunden fühlen, haben sie später gute Chancen, sich selbstbewusst in der Welt zu bewegen und tragfähige Beziehungen aufzubauen. Bindungslosigkeit führt zu schwersten Schäden der Gehirn- und Persönlichkeitsentwicklung, die bis zu einem bestimmten Alter noch ausgeglichen werden können. Die Erfahrung von unsicherer Bindung hat ein hohes Risiko von unsicherer Erwachsenseit<sup>7,8</sup>.

Im so genannten desorganisierten Bindungsmodus – etwa 15% der Kinder werden offenbar in solchen Umständen sozialisiert<sup>8</sup> – fühlt sich das Kind stark von der Bindungsperson angezogen und gleichzeitig zurückgewiesen oder bedroht. Dies führt häufig zu einem Leben mit erhöhtem Erregungsniveau, mit Angst und Aggression sowie dissoziativen Störungen<sup>15</sup>. Der Pionier dieses Forschungsgebiets John Bowlby<sup>7</sup> glaubte bereits vor einem halben Jahrhundert, dass pathologische Befürchtungen und paranoide Symptome hier ihren Ausgang nehmen können<sup>15</sup>. Gregory Bateson<sup>3</sup> beobachtete noch früher vergleichbare Kommunikation im Erwachsenenalter und entwickelte die „Double bind“-Hypothese: Zwischen der psychotischen und einer zentralen Bindungsperson besteht ein spezielles Kommunikations-

muster, wobei verbale und nonverbale Botschaften zueinander im Widerspruch stehen. Auch die von Lyman Wynne und Margaret Singer<sup>22</sup> beschriebene besondere „Kommunikationsabweichung“ (communication deviance) passt hierzu. Sie wurde in bestimmten Familien als Prädiktor späterer Psychose bei einem Kind gefunden; hierbei bleibt der Charakter der Kommunikation immer unklar und verwirrend. Hilflosigkeit, Feindseligkeit und mentale Desorganisation im Sinne formaler Denkstörungen können daraus erwachsen.

Regelmäßig wurde bei solchen gestörten Bindungsmustern gefunden, dass die Eltern ihrerseits an gravierenden Traumafolgestörungen litten und daher nicht imstande waren, ihren Kindern das Erlebnis sicherer Bindung zu vermitteln<sup>8</sup>. Ich finde, dass ihnen das gleiche Verständnis und Mitgefühl sowie Respekt vor ihrer Würde gebührt wie unseren Patienten; sie zu entwerten und beschuldigen schadet allen Beteiligten genauso wie die Verleugnung dessen, was war. Hier haben wir noch viel zu lernen, vermutlich brauchen wir eine neue therapeutische Sprache und Haltung. In Teil II will ich versuchen, näher darauf einzugehen. In der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es bei uns bereits entsprechende Ansätze. Bowlby sagt dazu: „Dieser Weg lässt hoffen, dass die Weitergabe von Verhaltensweisen von einer Generation zur anderen unterbrochen werden kann.“<sup>7</sup>

### Misshandlung

Kumulativ-dosisabhängige Zusammenhänge zwischen sexuellen, physischen und/oder emotionalen Misshandlungen sowie Vernachlässigung und nahezu allen Arten ernsthafter psychischer Störungen können heute als gesichert gelten, das gilt auch in hohem Maße für psychotische Störungen. Neuere Forschungen gehen von sexuellen und/oder gewalttätigen Erfahrungen in der Kindheitsgeschichte von mindestens 50% aller Patienten mit einer Psychose-Diagnose aus. Allein 40–50% der Frauen und ca. 30% der Männer berichteten von sexuellen Übergriffen<sup>19</sup>. Bei einer großen Übersicht über Psychiatriepatienten insgesamt mit hohem Anteil psychotischer Störungen begann sexueller Missbrauch (überwiegend durch Familienmitglieder) im Durchschnitt mit ca. acht Jahren und dauerte gut zwei

Jahre an, während Gewalterfahrungen durchschnittlich im vierten Lebensjahr begannen und sechs Jahre andauerten<sup>19</sup>. Das andauernde Erlebnis von verbaler und physischer Gewalt zwischen den Eltern kann genauso schwere Auswirkungen haben, besonders wenn die Kinder in Loyalitätskonflikte hineingezogen werden. Alle diese ungünstigen Lebensbedingungen können sich in jedem einzelnen Kindheitsschicksal unterschiedlich kombinieren.

## Verlust

Früher Verlust einer wichtigen Bindungsperson kann nach meiner Erfahrung in einzelnen Fällen ebenfalls bedeutsam sein, es scheint aber wenig Forschung im Zusammenhang mit psychotischen Störungen dazu zu geben. Sowohl der Tod einer wichtigen Bindungsperson als auch verlassen zu werden können in der früheren Kindheit sehr schlimm sein. Der norwegischen Psychologin Arnhild Lauveng verdanken wir eine eindrucksvolle Selbstschilderung über ihren allmählichen Weg in zunächst chronische Psychose, ausgehend vom im Vorschulalter erlebten Tod ihres Vaters und wie sie sich nach zehn weiteren Jahren daraus befreite<sup>14</sup>.

## Psychopathologische Phänomene

Die bereits erwähnten dissoziativen Prozesse sind zunächst als Schutzmechanismus der Kinder vor der Wahrnehmung der gerade stattfindenden überlastenden Erlebnisse zu verstehen (sie können sich damit sozusagen aus der Situation ‚wegbeamen‘) und scheinen später auf dem Weg in die psychotische Symptomatik unter Stressbedingungen eine bahnbildende Rolle zu spielen<sup>15</sup>, wie bereits bei der dissoziativen Identitätsstörung beschrieben. Viele Phänomene bis hin zur Katatonie können zumindest teilweise als Ausdruck von Dissoziation verstanden werden, die in Ich-Fragmentierung mit der Auflösung selbstreflexiver kognitiver Prozesse führen kann.

Bei vorwiegend paranoiden Patienten wurde vor allem emotionale Vernachlässigung in der Vorgeschichte gefunden. Der Zusammenhang scheint sich durch ein Grundgefühl von ganz persönlicher Ungerechtigkeit herzustellen, oft verstärkt durch die Erfahrung von Außenseitertum und Mobbing durch

Gleichaltrige in Kindheit und Jugend. Halluzinatorische Erlebnisweisen scheinen eher mit sexuellen und gewalttätigen Erfahrungen assoziiert zu sein<sup>24</sup>. Eindrucksvoll ist die berühmte Selbstschilderung des Juristen Daniel Paul Schreber: Die von ihm in einem 1903 erschienen Buch beschriebenen und wahnhaft interpretierten Halluzinationen („Wunder Gottes“ durch „Bestrahlung“) in der Körpersphäre decken sich in eindrucksvoller Weise mit den von seinem Vater Moritz Schreber im 19. Jahrhundert in erfolgreichen Büchern propagierten an Foltermethoden erinnernden Erziehungsmethoden<sup>20</sup>. Zweifellos hatte der kleine Junge diese ertragen müssen, aber als Erwachsener offenbar ‚vergessen‘, so dass er keinen Zusammenhang zwischen seinen psychotischen Erlebnissen und den entsetzlichen Kindheitserfahrungen herstellen konnte. Die Erinnerungsspuren waren dekontextualisiert und führten ein Eigenleben.

Akustische Halluzinationen, besonders kommentierende und imperative Stimmen, sind oft mit einer Missbrauchsvorgeschichte verknüpft<sup>25</sup>. Inhaltlich können sich Wahnideen (eher paranoid als grandios) und Halluzinationen teils auf die schlimmen alten Erinnerungen, teils auf die auslösende Situation beziehen, zum Beispiel mit herabsetzenden Kommentaren, Schuldzuschreibungen, Drohungen oder gefährlichen Aufforderungen, beispielsweise zum Suizid<sup>18,25</sup>. Auch die Stimme der seinerzeit verletzenden Person kann gehört werden. Eine Studie über chronisch seelisch kranke Frauen ergab, dass die Patientinnen, welche Missbrauch oder Vernachlässigung erlitten hatten, häufiger an produktiven Symptomen litten als andere; negative Symptome schienen seltener zu sein.

## Verlauf

Eine offensichtliche Traumavorgeschichte scheint mit einem früheren Beginn der Psychose, dem Überwiegen produktiver Symptome in Verbindung mit Depressivität und Angst, einer verringerten Wirksamkeit (und damit dem Risiko höherer Dosen) von Neuroleptika<sup>16</sup> und einer erhöhten Neigung zu Substanzmissbrauch einherzugehen. Auch kommen vermehrt Suizidgedanken und Suizidversuche vor. Insgesamt erscheint hier die Verlaufsprognose (z. B. im Sinne häufigerer und längerer Hospitalisierungen und schlechterer Er-

holung) weniger günstig<sup>8</sup>, die Vulnerabilität erhöht. Auch diese Effekte sind offenbar kumulativ dosisabhängig.

Die „Expressed emotions“-Forschung ergab, dass nach einer stationär behandelten Krise der weitere Verlauf ungünstig im Sinne rascher Wiederaufnahme beeinflusst wird, wenn die Person von mindestens einem engen Bindungspartner ständiger Kritik, Feindseligkeit oder Überengagement (unter dem sich heftige Ambivalenzen verbergen können) ausgesetzt ist<sup>9</sup>. Hierdurch entsteht offensichtlich ein Dauerstress. Diese Phänomene wurden, ebenso wie Double bind-Situationen, zwar zunächst bei psychotischen Störungen gefunden, jedoch später auch bei verschiedenen anderen schweren Störungen bestätigt.

## Traumata durch Psychose und Psychiatrie

Psychose kann schreckliche Erlebnisse vermitteln: Zusammenbruch der gewohnten äußeren und inneren Wirklichkeit, Bedrohung und Verfolgung, Hilflosigkeit, Vernichtungsangst in Bezug auf mich und andere, das Erlebnis, dass andere meine Gedanken lesen können und vieles andere mehr. In der Erholung von einer psychotischen Krise lassen sich Symptome einer vor allem darauf zu beziehenden posttraumatischen Belastungsstörung finden, mit einer gewissen Besserungstendenz über Monate<sup>5</sup>.

Aber auch das Erlebnis der Hospitalisierung selbst kann traumatisierend sein, insbesondere, wenn Zwang und Gewalt dabei ausgeübt wurden. Isolierung kann eine sehr schmerzvolle Erfahrung sein. In schlechten Kliniken können von Skepsis in Bezug auf die Zukunft des Patienten geprägte sowie entwertende Umgangsformen, als „Hilfe“ getarnte Kontrolle sowie als „Verhaltenstherapie“ getarnte schwarze Pädagogik (double bind!) und sogar illegale Übergriffe aller Art vorkommen. Alle diese Erlebnisse können sowohl für sich alleine wirken als auch durch die Erinnerung an vergleichbare Kindheitserfahrungen retraumatisieren, durch Aufrechterhaltung dissoziativer Phänomene die spontane Besserungsneigung aufheben und die Störung verlängern. Auch das Verhalten von Mitpatienten kann destruktiv sein.

In der ersten psychotischen Krise können diese Umstände zu besonders traumati-

sierenden Erfahrungen führen, wie auch sich häufig wiederholende und langanhaltende psychotische Zustände, die mit besonderem Stigmatisierungsrisiko einhergehen. Hier kann sich ein Teufelskreis zunehmender Vulnerabilität entwickeln: Eine Traumatisierungsvorgeschichte führt über eine psychotische Krise zu weiterer Traumatisierung mit erhöhtem Risiko von erneuter Psychose bei geringeren Anlässen bis in die Chronizität.

Auch Neuroleptika spielen nicht immer eine heilsame Rolle. In der akuten Situation können sie zwar durch Dämpfung von Stress die Vulnerabilität vorübergehend herabsetzen, aber auch Ich-Funktionen lähmen. Über einen langen Zeitraum ziehen sie die Gehirnschubstanz kumulativ dosisabhängig in Mitleidenschaft<sup>1</sup>, was ebenfalls zur Aufrechterhaltung von Chronizität beitragen kann.

## Genetische Faktoren

Die einzigartige finnische Adoptivfamilienstudie (sorgfältige Methodik, große Fallzahlen, prospektiv und kontrolliert angelegt, 40-jährige Katamnesen) gibt uns Aufschluss über das Verhältnis von genetischen Dispositionen und prägenden Umwelteffahrungen beim Zustandekommen psychotischer Störungen<sup>23,24</sup>. Die Adoptivkinder wurden danach unterschieden, ob ihre Geburtsmütter die Diagnose Schizophrenie hatten, was als genetische Disposition bei den Adoptierten interpretiert wurde, oder nicht. Die Adoptivfamilien wurden im Hinblick auf ihr Kommunikationsverhalten zum Zeitpunkt der Adoption mit einem auf den Arbeiten von Wynne und Singer<sup>22</sup> basierenden Instrumentarium untersucht und in „gesund“, „gestört“ und „schwer gestört“ kommunizierend unterschieden. Die weitaus meisten psychotischen Störungen entwickelten sich im späteren Leben der Adoptierten in der Gruppe, in der mutmaßliche genetische Disposition des Kindes mit insbesondere schweren kommunikativen Störungen der Adoptivfamilien zusammentrafen (ca. 40%). In den als gesund kommunizierend eingeschätzten Familien entstanden unabhängig von genetischer Disposition kaum psychotische Störungen (in beiden Gruppen ca. 5%); so aufzuwachsen ist offensichtlich ein starker protektiver Faktor gegenüber genetischen Risiken. Leider erfahren wir hier nichts über die anderen oben beschriebenen Belastungsfaktoren, die mit Kommunikationsstörungen einhergehen

können, etwa in der Tabuisierung von Missbrauch. Ebenfalls spannend: 60% der Menschen in der im Hinblick auf die Kombination von genetischen und Umweltbelastungen als Hochrisikogruppe erscheinenden Adoptierten entwickelten keine Psychose, sie verfügten also über beträchtliche Resilienz.

Neue genetische Forschungen (Epigenetik) verweisen auf noch eine weitere Möglichkeit der transgenerationalen Weitergabe von Traumaerfahrungen jenseits der Eltern-Kind-Beziehung. Psychosozialer Stress kann bestimmte Gene aktivieren, was bei ernstesten Traumatisierungen oder belastenden chronischen Konfliktsituationen anhaltend nachteilige körperliche und seelische Folgen zeitigen kann. Diese Genzustände können offenbar auch vererbt werden. Positive Erfahrungen (hoffentlich auch Therapie!) hingegen können wahrscheinlich solche Gene aktivieren, die Nervenzellen zu neuen Verknüpfungen anregen und damit heilsame strukturelle Veränderungen in unserem Hirn bewirken können<sup>4</sup>.

## Eine Fallgeschichte

Frau A., eine liebenswürdige, gepflegte und lebenserfahrene Frau von Mitte 40, stürzte als Begleiterin während eines Arztbesuchs ihrer Mutter ganz akut in einen tiefgreifenden psychotischen Zustand, als diese erregt aus dem Arztzimmer ins Wartezimmer kam und erzählte, der Doktor habe ihr gesagt, sie habe Krebs und nur noch wenige Monate zu leben. Frau A. – selbst Mutter von zwei fast erwachsenen Kindern – hatte bis dahin einen sehr engen, täglichen Kontakt mit ihrer Mutter unterhalten und zeigte von diesem Moment an heftigste psychotische Wut, die sie „wie eine Woge“ in sich aufsteigen fühlte. Sie schrie den Arzt an und bezichtigte ihn der Lüge. In der Folge lebte sie über Monate in wütender Stimmung, verbunden mit dem wahnhaften Erlebnis umfassenden Manipuliertwerdens ihrer gesamten Lebenswirklichkeit, und war überzeugt, dass ihr Vater dabei Regie führe. In dieser Verfassung brach sie den Kontakt zur Mutter vollständig ab und verleugnete über Monate deren Siechtum und Tod vollständig; nach der Beredigung verhielt sie sich so dramatisch, dass sie zwangsweise in die Psychiatrie gebracht wurde. Ein halbes Jahr nach Beginn einer Ehepaartherapie sagte sie: „Ich weiß jetzt, warum mir der Gedanke

an den baldigen Tod meiner Mutter damals so unerträglich war: Ich glaube, dass ich von ihr immer noch den letzten Liebesbeweis bekommen wollte.“ – „Worin hätte dieser bestehen können?“ – „Wenn sie mich einmal in den Arm genommen hätte.“ Sowohl ihren Vater (er hatte in ihrer Jugend sexuelle Wünsche an sie herangetragen; ob es zu manifesten Übergriffen gekommen war, blieb unklar) als auch ihren Ehemann (er hatte ihr kurz vorher eine Affäre gestanden) hatte sie als manipulativ erlebt.

Hier kommen Hinweise auf eine langjährige schwere und ungelöste Bindungsstörung gegenüber der Mutter und eine als manipulativ und sexualisiert erlebte Beziehung zum Vater (und einem ähnlich wahrgenommenen Ehemann) zusammen, mit der Überrumpelung durch die Drohung des baldigen Verlustes der Mutter als auslösendem Ereignis. Erst im Wirklichkeitsverlust der Psychose zeigt sich die in diesen Beziehungsverhältnissen aufgestaute Wut, die Wahninhalte spiegeln einerseits die Verleugnung des drohenden Verlustes der Mutter und andererseits die Beziehungserfahrung mit Vater und Ehemann wider.

Im Verlauf der Therapie kam es noch zweimal zu kurzen psychotischen Episoden mit aggressiver Färbung gegenüber dem Ehemann (dieser hatte mich nach einem Medikament gefragt, das er ihr heimlich in den Kaffee geben könnte), die jeweils mit einem Hausbesuch rasch überwunden werden konnten. Dabei nutzte sie die Gelegenheit, ihrem Mann endlich einmal alles zu sagen, was für sie nicht in Ordnung war und sich über die Jahre aufgestaut hatte. Von der Haushaltsauflösung der Mutter behielt Frau A. nur den Lehnstuhl, in dem diese sich in ihrer Krankheit ausgeruht hatte. Sie erzählte, sie habe ihn in ihr Zimmer gestellt, sei einige Wochen um ihn herumgeschlichen, habe sich schließlich hineingesetzt und sich gut gefühlt. Sie zog aus der gemeinsamen Wohnung aus in eine eigene Wohnung, wollte aber keine Scheidung. Über einige Jahre nahm sie abends eine niedrige Dosis eines Neuroleptikums ein; bei aufwühlenden Lebensereignissen wie der Hochzeit ihres Sohnes, der ihr bis dahin am nächsten gestanden hatte, erhöhte sie in eigener Regie für kurze Zeit die abendliche Medikation von 8 auf 12 Tropfen Haloperidol, bis sie schließlich zu dem Schluss kam, dies nicht mehr zu benötigen. ●

## Literatur

- 1 **Anda, R.**, Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., Shanta R., Dube, S., Giles, W. (2006): The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256(3), 174–186.
- 2 **Andreasen, N.**, Liu, D., Ziebell, S., Vora, A., Ho, B. (2013): Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am. J. Psychiatry* 170: 609–615
- 3 **Bateson G.**, Jackson D, Haley J, Weakland J. (1956): Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1, 251. Deutsch in: Bateson G. u. a: *Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie* Frankfurt: Suhrkamp, 1969
- 4 **Bauer, J.** (2015): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. München
- 5 **Bendall, S.**, McGorry, P., Krstev, H. (2006): The Trauma of being psychotic. An analysis of posttraumatic stress disorder in response to acute psychosis. In [13], 58–74
- 6 **Bleuler E.** (1911): *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig
- 7 **Bowlby, J.** (2006): *Trennung – Angst und Zorn*. München
- 8 **Buchheim, A.** (2016): *Bindung und Exploration. Ihre Bedeutung im klinischen und psychotherapeutischen Kontext*. Stuttgart
- 9 **Butzlaff, R.**, Hooley, J. (1998): Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 55, 547–552
- 10 **Drayton, M.**, Birchwood, M., Trower, P. (1998): Early attachment experience and recovery from psychosis. *British J Clin Psychol* 37(3), 269–284
- 11 **Gast, U.**, Rodewald, F., Hofmann, A., Matthes, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., Emrich, H. (2006): Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt* 103 (47), A3193–A3200
- 12 **Keller, T.** (2010): *Psychiatrie und Sprache. Die Kerbe* 28 (4), 18–21.
- 13 **Larkin, W.**, Morrison, A. (2006): *Trauma and Psychosis. New Directions for Theory and Therapy*. London
- 14 **Lauveng, A.** (2008): *Morgen bin ich ein Löwe*. München
- 15 **Liotti, G.**, Gumley, A. (2008): An Attachment Perspective on Schizophrenia: The Role of Disorganized Attachment, Dissociation and Mentalization. In [17], 117–133
- 16 **Misiak, B.**, Frydecka, D. (2016): A History of Childhood Trauma and Response to Treatment with Antipsychotics in First-Episode Schizophrenia Patients: Preliminary Results. *Journal of Nervous & Mental Disease* (published ahead of print)
- 17 **Moskowitz, A.**, Schäfer, I., Dorahy, M. (2008): *Psychosis, Trauma and Dissociation. Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*. Chichester
- 18 **Read, J.**, Rudgeair, T., Farrelly, S. (2006): The relationship between child abuse and psychosis. Public opinion, evidence, pathways, and implications. In [10], 23–57
- 19 **Schäfer, I.**, Ross, C., Read, J. (2008): Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. In [13], 137–150
- 20 **Schatzman M.** (1984): *Die Angst vor dem Vater. Langzeitwirkungen einer Erziehungsmethode*. Reinbek
- 21 **Schneider K.** (1950) *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart
- 22 **Singer M.**, Wynne LC. (1966): Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals. *Psychiatry* 29, 260–288
- 23 **Tienari, P.** (1991): Interaction between genetic vulnerability and family environment: the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta psychiatr scand* 84, 460 – 465
- 24 **Tienari, P.**, Wynne, L., Sorri, A., Lahti, I., Läksi, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., Wahlberg, K. (2004): Genotype–environment interaction in schizophrenia–spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry* 184, 216–222
- 25 **Wickham, S.**, Bentall, R. (2016): Are Specific Early-Life Adversities Associated with Specific Symptoms of Psychosis? A Patient Study Considering Just World Beliefs as a Mediator. *Journal of Nervous & Mental Disease* 204(8), 606–613