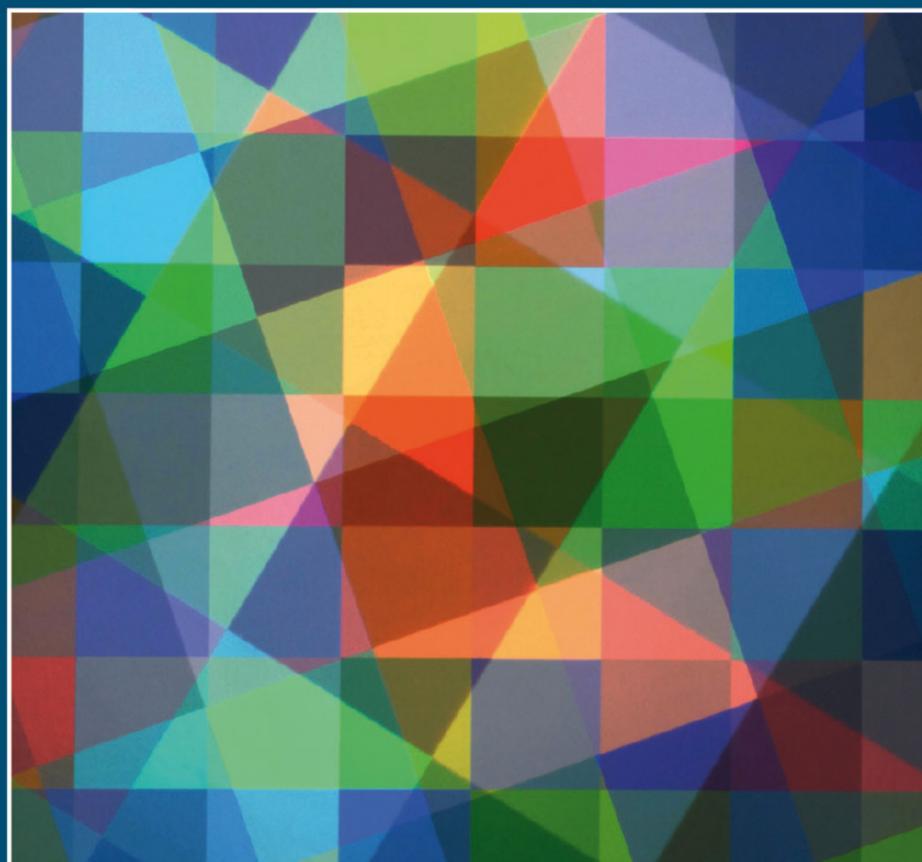


**Gerd Rudolf**

4. Auflage



# Strukturbezogene Psychotherapie (SP)

Leitfaden zur psychodynamischen Therapie  
struktureller Störungen

Unter Mitarbeit von L. Hauten und J. Ehrenthal

4., aktualisierte  
und erweiterte  
Auflage

 **Schattauer**

Gerd Rudolf

# Strukturbezogene Psychotherapie

---

4. Auflage



Gerd Rudolf

# Strukturbezogene Psychotherapie

---

Leitfaden zur psychodynamischen  
Therapie struktureller  
Störungen

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

Unter Mitarbeit von L. Hauten und J. Ehrenthal

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

### **Besonderer Hinweis**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2004, 2006, 2013, 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © photocase/.marqs

Datenkonvertierung: Lumina Datamatics GmbH, München

Printausgabe: ISBN 978-3-608-40049-6

E-Book: ISBN 978-3-608-12065-3

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20481-0

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

## Geleitwort

Die in diesem Buch theoretisch begründete und ausführlich dargestellte strukturbezogene Psychotherapie erlaubt die psychodynamische Behandlung von seelisch kranken Patienten, die in der psychoanalytischen Literatur auch als Patienten mit »strukturellen«, »präödiptalen« oder »frühen« Störungen beschrieben werden. Gerd Rudolf stellt nicht nur neue behandlungstechnische Möglichkeiten für diese Patienten vor – das Konzept der strukturbezogenen Psychotherapie geht weit darüber hinaus. Es handelt sich um eine psychodynamische theoretische Fundierung des gesamten Problembereichs der Ich-strukturellen Störungen, ihrer Diagnostik und der entsprechenden fokusorientierten strukturbezogenen Behandlung. Dieses Buch schafft somit alle Voraussetzungen, um eine Lücke in der psychoanalytischen Literatur zu schließen.

Gerd Rudolfs Therapieform gilt für eine Patientengruppe, die von der klassischen Technik der Psychoanalyse nur in eingeschränktem Maße profitieren kann. Es handelt sich um jene Patienten, die häufig wenig Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge haben und oft als für die Psychoanalyse ungeeignet eingeschätzt werden. Wenn diese »schwierigen« Patienten in Behandlung genommen werden, besteht das Risiko der unregelmäßigen Teilnahme an den Therapiesitzungen und auch die Gefahr des Therapieabbruchs.

Erfahrene Therapeuten wissen, dass bei diesen Patienten nicht nur mit der Standardtechnik (hochfrequente Behandlung im Liegen, Arbeit mit Übertragung, Widerstand und Deutung) gearbeitet werden kann. Die Überprüfungen der Behandlungspraxis von schwerer gestörten Patienten zeigt, dass bei diesen Patienten ihrem Funktionsniveau entsprechende Techniken eingesetzt werden müssen, wenn Veränderungen erreicht werden sollen. In Wallersteins Studie über 42 psychoanalytische Langzeit-Behandlungen fanden sich in einem hohen Prozentsatz Ich-stützende und supportive Techniken bei solchen Patienten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Therapeuten im Sinne der adaptiven Indikationsstellung in vielen Fällen »strukturbezogene« Techniken benutzen, um das Ich der Patienten zu stärken, um sie in die Lage zu versetzen, ihr Selbst und ihre Beziehungen zu regulieren.

Mit der Entwicklung einer psychoanalytischen Standardtechnik entbrannte auch die Frage, ob Patienten mit deutlichen Ich-Störungen, die entweder an einer Psychose, einer schweren Psychosomatose oder einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden, mit dem klassischen Ansatz behandelt werden können. Die strengsten Verteidiger der »reinen« Psychoanalyse verwechselten die Standardtechnik mit der Idealtechnik. Eisslers Vorschlag zum Beispiel, in der Behandlung dieser Patientengruppen über eine bestimmte Zeitdauer Parameter wie etwa das Behandeln im Sitzen, zeitweise Einbeziehung von Angehörigen oder supportive Techniken zuzulassen, stellte einen Versuch dar, die Standardtechnik unter allen Umständen für diese Patienten aufrechtzuerhalten. Eissler wollte

mit der Beschreibung dieser Parameter, die neben der Deutung als zentraler Behandlungsvariable Veränderungen beim Patienten ermöglichen sollten, im Grunde Abweichungen von der normativen »Modelltechnik« verhindern.

Da Patienten mit strukturellen Störungen ein erhebliches Problem in der Krankenversorgung darstellen, bestand und besteht der Druck, für diese Gruppe adäquate und effektive psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung zu haben. In Deutschland dachte man offensichtlich, dass man diesem Bedarf in der psychotherapeutischen Versorgung mit der Differenzierung der analytischen Verfahren in den Psychotherapie-Richtlinien Rechnung tragen könne. Die analytische Psychotherapie verfolgt nach den Richtlinien in ihren Behandlungszielen Veränderungen in den Persönlichkeitsstrukturen. Gemeint ist damit das Bewusstmachen von inneren Konflikten, die bei den Patienten zu Wahrnehmungsverzerrungen und entsprechender neurotischer Abwehr führten. Über das therapeutische Durcharbeiten der Konflikte in der Übertragungssituation und die subjektiv wirksam werdenden neuen Erfahrungen entwickeln sich neue Repräsentanzen und damit neue Strukturen. Patienten, die bereits mit Strukturdefiziten in die Behandlung kommen, verfügen jedoch nicht über prägnante innere Konflikte. Sie haben auf ihrer inneren Bühne keine Strukturen zur Verfügung, die diese Konflikte bilden könnten.

Mit der »tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie«, die außerhalb Deutschlands als »psychodynamische Psychotherapie« bekannt ist, sollten Patienten behandelt werden, bei denen keine strukturellen Veränderungen angestrebt werden. Bei einer Begrenzung des Behandlungsziels wird mit diesem Verfahren auf dem Hintergrund der unbewussten Konfliktdynamik am aktuellen Konflikt des Patienten gearbeitet, regressive Prozesse sollen eher vermieden werden. Der Therapeut beachtet, aber deutet nicht die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik. Gerade bei der Anwendung dieser zeitlich limitierten tiefenpsychologischen Verfahren über 1–2 Jahre stellte sich in den letzten Jahrzehnten aber heraus, dass nicht nur Patienten mit akuten Erkrankungen und Krisen in die Behandlung kommen, sondern viele Patienten mit chronischen und schweren Störungen, die strukturstabilisierende und strukturfördernde Technik benötigen. Wie diese Stabilisierung des Ichs erfolgen sollte, blieb in den Psychotherapie-Richtlinien unbestimmt. Die Methoden werden im Allgemeinen als »supportive, Ich-stützende Techniken« umschrieben.

Auch neuere Forschungsergebnisse führten zu dem Ergebnis, dass die Therapieform in beiden analytisch begründeten Verfahren bei Patienten mit strukturellen Störungen modifiziert werden muss. Die von Gerd Rudolf geleitete Praxisstudie psychoanalytischer Langzeitpsychotherapie bestätigte den klinischen Eindruck: Je ausgeprägter die strukturellen Probleme bei Patienten sind, umso schwieriger wird es, mit Hilfe der psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen Standardtechniken Erfolge zu erzielen.

Dem Ehepaar Heigl blieb es vorbehalten, sich über die in Frage stehenden therapeutischen Grundeinstellungen und die Prinzipien des Intervenierens bei dieser Patientengruppe erstmals weiterführende Gedanken zu machen. Mit ihrer interaktionell-psychoanalytischen Technik konnten sie zeigen, dass der Therapeut

sich in der Beziehung mit dem Patienten als Person deutlicher einbringen kann, damit der Patient neue und korrektive emotionale Erfahrungen in dieser geschützten Beziehung machen kann. Die aus der Emotionspsychologie kommenden Erkenntnisse über die unbewusste Steuerung der interaktiven Prozesse zwischen zwei Menschen führten dazu, dass das Ehepaar aktivere, »antwortende« Techniken der Therapeuten forderte, um die Entwicklung der basalen Persönlichkeitsstrukturen wie z. B. der Empathie beim Patienten zu stimulieren.

Um eine spezifischere Therapie für Patienten mit strukturellen Defiziten zu entwickeln, war noch ein weiterer Schritt erforderlich. Benötigt wurde eine zugleich differenzierte und umfassende Konzeption der psychischen Struktur, die eine Diagnostik der Funktionen erlaubt, damit auf der Basis der diagnostizierten Defizite spezifische therapeutische Ansätze formuliert werden können. Nicht dass es an Theorien zur psychischen Struktur gefehlt hätte. Seit Freuds Theorien zum psychischen Apparat, Anna Freuds Konzeptualisierung der Abwehrmechanismen, den Ich- und den Objektbeziehungstheorien wird über Struktur und Strukturebenen reflektiert und geschrieben. Die aus den unterschiedlichen Theorien abzuleitenden diagnostischen Erkenntnisse blieben jedoch sehr heterogen und wegen ihrer abstrakten metapsychologischen Formulierungen empirisch nicht überprüfbar.

Mit dem Manual der »Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik« liegt ein Entwurf vor, in dem die psychische Struktur als ein Satz von Funktionen beschrieben wird, mit dem das Selbst die Beziehung mit sich als dem Subjekt und mit der Umgebung (den Objekten) regelt. Diagnostik wird möglich, weil sich die strukturellen Muster im interaktionellen Handeln – auch mit dem Therapeuten in der analytischen Situation – manifestieren und beobachten lassen.

Gerd Rudolf hat als Leiter der Arbeitsgruppe »Struktur« im Arbeitskreis OPD stetig und maßgebend dazu beigetragen, diejenigen Funktionen zu beschreiben und zu operationalisieren, die für die seelischen Strukturen als Veränderungsprozesse mit langsamer Geschwindigkeit zentral sind. Die Arbeitsgruppe operationalisierte die Fähigkeit des Patienten zur Selbstwahrnehmung, zur Selbststeuerung, zur Abwehr, zur Objektwahrnehmung, zur Kommunikation und zur Bindung. Items zur Identifizierung der Kategorien und Checklisten wurden in Gerd Rudolfs kreativem Team entwickelt, um dem Diagnostiker für die Beurteilungsprozesse etwas an die Hand zu geben. Die Arbeit an der »Strukturachse« trug nebenbei zur Gestaltung und zur Strukturierung der gesamten Vorhabens »OPD« bei.

Durch diese Basisdiagnostik der strukturellen Fähigkeiten und Problembereiche von Patienten konnten fokuserorientierte Behandlungsansätze entwickelt werden, um die spezifischen Funktion zu fördern. Weil diese Funktionen in operationalisierter Form vorliegen, können sie auch im therapeutischen Prozess im Hinblick auf Veränderungen verfolgt werden. Mit einem umfassenden therapeutischen Ansatz ist also Folgendes gemeint: Das, was in der Diagnostik als Befund erhoben wird, kann fokuserorientiert behandelt werden, um in der Evaluation als Effekt der Veränderung überprüft zu werden.

Für das Buch zentral sind die Ausführungen zur Technik der strukturbezogenen

Psychotherapie. Nach der diagnostischen Phase gilt es, die psychotherapeutischen Methoden auf die speziellen Erlebens- und Funktionsweisen des Patienten auszurichten. Dazu unterstützt der Therapeut diejenigen psychischen Funktionen, die die Selbstwirksamkeit und die Affektregulierung des Patienten stabilisieren. Der Therapeut nutzt die Übertragung und seine suggestiven Möglichkeiten, er deutet die Übertragungsdynamik aber nicht. Gegenübertragungsphänomene werden diagnostisch genutzt, um dem Patienten seine dysfunktionalen Beziehungsmuster spiegeln zu können. Ziel ist es, dass der Patient in seinen Beziehungen möglichst rasch gestärkt wird.

Gerd Rudolf ist für dieses Buch zu danken. Es schlägt die Brücke zwischen der Psychotherapieforschung, den Erkenntnissen aus der Entwicklungs- und Emotionspsychologie und den praktischen Notwendigkeiten in der Behandlung. Das Buch kommt einem Therapiemanual sehr nahe. Für den Forscher stellt es die Möglichkeit dar, Subpopulationen von Patienten mit schweren strukturellen Störungen vor dem Hintergrund einer überzeugenden Theorie und davon abgeleiteten Strukturdimensionen reliabel zu untersuchen und vergleichend mit nicht-modifizierten Behandlungsformen zu studieren. Dem Praktiker gibt es einen Leitfaden an die Hand, wie strukturelle Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung mit bestimmten psychotherapeutischen Methoden behandelt werden können.

Es gibt also viele gute Gründe, um dem Buch eine weite Verbreitung unter den Psychotherapeuten zu wünschen.

**Manfred Cierpka**  
**Ärztlicher Direktor Institut für Psychosomatische**  
**Kooperationsforschung und Familientherapie**  
**Sprecher des OPD-Arbeitskreises**  
**Universitätsklinikum Heidelberg**  
**Verstorben 2017**

## Vorwort zur vierten Auflage

Die vorausgegangenen Auflagen haben überraschend viele Leser erreicht, die meisten aus dem therapeutischen Feld, aber auch solche aus angrenzenden Gebieten z. B. der Sozialpädagogik und Jugendarbeit.

Welche Gründe gibt es, ein in der psychotherapeutischen Gemeinschaft weit verbreitetes Buch in einer weiteren Auflage vorzulegen?

In Seminaren wurde erkennbar, dass viele Psychotherapeuten<sup>1</sup>, insbesondere die tiefenpsychologisch ausgebildeten, die strukturelle Dimension der Psychodynamik selbstverständlich in ihre Diagnostik und Therapie einbeziehen. Gleichwohl werden auch diagnostische Schwierigkeiten erkennbar in der Unterscheidung dessen, was als persönlichkeitsstrukturell verstanden und was z. B. auf kulturspezifische Erfahrungen, fragliche Traumatisierungen oder auch psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen ist. Der für die herkömmliche Richtlinienpsychotherapie maßgebliche Faber-Haarstrick-Kommentar hat in seiner 11. Auflage 2018 die spezifisch strukturbezogenen Behandlungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ausdrücklich als richtlinienkonform bestätigt. Auch im Bereich der stationären Psychotherapie und Rehabilitation sind strukturelle Ansätze mittlerweile unverzichtbar.

Von großer Bedeutung für die Weiterentwicklung und wissenschaftliche Evaluierung des Strukturkonzepts ist die kontinuierliche Aktivität der Arbeitsgruppe OPD. Sie ist aktuell unter Leitung von Cord Benecke befasst mit der Version OPD-3, wobei Stephan Doering die Aktualisierung der Strukturachse verantwortet. Die Forschungsergebnisse im Bereich der Struktur sind mittlerweile so bedeutsam und umfangreich, dass Johannes Ehrenthal sie in dieser 4. Auflage in einem eigenen Kapitel darstellt.

Die nun schon viele Jahre bestehende enge Zusammenarbeit mit Lars Hauten/Berlin eröffnet die Möglichkeit, seine breite Erfahrung in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung im Blick auf strukturbezogene Psychotherapie in dieser 4. Auflage besonders zu berücksichtigen. In der Zusammenarbeit mit ihm wurde es darüber hinaus möglich, den Buchtext zu straffen und auf das Wesentliche zu konzentrieren.

Der Hinweis auf die neuen Mitarbeiter Hauten und Ehrenthal, für deren Engagement ich herzlich danke, weckt zugleich die Erinnerung an jene leider vorzeitig verstorbenen Gefährten, die an den früheren Auflagen maßgeblich beteiligt waren: An Manfred Cierpka, der als langjähriger Leiter der Arbeitsgruppe OPD die kontinuierliche Forschungsarbeit dieser Gruppe garantiert hatte und an Hildegard Horn, deren sorgfältige Fallbeschreibungen von jungen Erwachsenen und

---

1 Wir verwenden in dem Buch das generische Maskulinum, das die männliche, weibliche und diverse Form inkludiert.

profunde Kenntnisse der psychodynamischen Literatur eine wichtige Grundlage für die ursprüngliche konzeptuelle Entwicklung des Strukturbuches geliefert hatten.

Die Gegenwart ist geprägt durch weitreichende Veränderungen im Bereich der ambulanten Psychotherapie und der gutachterlichen Begleitung. Bei zunehmender Zentrierung auf wissenschaftlich fundierte Psychotherapieverfahren dürfte eine in ihrer praktischen Anwendung sorgfältig evaluierte strukturbezogene Psychotherapie gut aufgestellt sein. Das gilt vor allem für den Anwendungsbereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die heute im Spektrum der dynamischen Therapien das wohl wichtigste Verfahren darstellt.

Unser Dank gilt nicht zuletzt dem Verlag Klett-Cotta, der sich entschlossen hat, dieses im Schattauer Verlag entstandene Buch erneut im Schattauer-Programm überarbeitet und aktualisiert aufzulegen und es in der kompetenten Begleitung durch Frau Urbani termingerecht fertigzustellen.

Heidelberg, im Frühjahr 2020

Gerd Rudolf

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung: Strukturelle Störungen und strukturbezogene Psychotherapie (SP)</b> .....	1
<b>2</b>	<b>Entwicklungspsychologie der Struktur</b> .....	6
2.1	Entwicklungspsychologische und psychoanalytische Perspektiven .....	6
2.2	Entwicklung struktureller Fähigkeiten .....	10
2.2.1	Reifungsstufen der strukturellen Entwicklung .....	13
2.2.2	Pathogene Bedingungen, die zu strukturellen Störungen führen ...	21
2.3	Entwicklungspsychologischer Hintergrund der strukturbezogenen Psychotherapie .....	25
<b>3</b>	<b>Die Emotionen</b> .....	28
3.1	Der Begriff des Emotionalen und sein Bezug zur Struktur .....	28
3.2	Emotion als psycho-somatisches Geschehen .....	30
3.3	Emotion und Kommunikation .....	34
3.4	Emotionen im Erleben und Verstehen der Situation .....	36
3.5	Emotion und Kognition .....	38
3.6	Emotion und Motivation .....	39
3.7	Bandbreite des emotionalen Erlebens .....	41
3.8	Emotionales Erleben als Prozess: Affektkaskade .....	44
3.9	Möglichkeiten der Affektverarbeitung .....	48
3.10	Fazit: Funktion der Emotion .....	49
<b>4</b>	<b>Strukturelle Störungen</b> .....	51
4.1	Strukturelle Störungen im Vergleich zu konfliktbedingten Störungen .....	51
4.2	Entwicklung des psychodynamischen Strukturkonzepts .....	52
4.3	Strukturmerkmale und Strukturniveau .....	54
4.4	Strukturelle Anteile der Grundkonflikte .....	61
4.5	Grundkonflikt, strukturelle Vulnerabilität und Bewältigungsmuster .....	64
4.6	Symptomauslösende Situation .....	66
4.7	Körpererleben bei strukturellen Störungen .....	67

4.8	Diagnostik der strukturellen Einschränkungen .....	70
4.8.1	Diagnostische Hinweise .....	70
4.8.2	Die konkrete diagnostische Abklärung struktureller Fähigkeiten ....	73
4.8.3	Diagnostische Bilanz .....	76
4.9	Diagnostisches Fallbeispiel .....	77
<b>5</b>	<b>Leitfaden der strukturbezogenen Psychotherapie (SP): Allgemeine Strategien und spezifische Interventionen .....</b>	<b>80</b>
5.1	Klinisches Bild und therapeutische Zielsetzung .....	80
5.2	Beziehungsbereitschaft, Übertragungsangebot und Gegenübertragung bei strukturellen Störungen .....	82
5.3	Erarbeitung einer therapeutischen Haltung .....	85
5.4	Therapeutische Positionen .....	89
5.5	Therapeutische Aktivität in der strukturbezogenen Psychotherapie .....	92
5.6	Therapeutische Arbeit am impliziten Unbewussten .....	94
5.7	Therapeutische Arbeit in der Position des Dritten .....	96
5.8	Therapie als strukturelle Selbsterfahrung .....	97
5.9	Therapeutische Themen .....	99
5.10	Therapeutische Interventionen .....	104
5.11	Therapeutischer Prozess .....	105
5.12	Sequenz von therapeutischen Zielsetzungen und Interventionen .....	109
5.13	Strukturelle Therapiefoki .....	111
5.14	Systematik strukturbezogener Interventionen .....	114
5.15	Therapeutische Förderung struktureller Fähigkeiten: Ausgewählte Beispiele .....	122
5.16	Richtlinienkonformität strukturbezogener Psychotherapie .....	127
5.17	Fallbeispiel: Ein Behandlungsverlauf .....	128
5.18	Therapeutische Bearbeitung von Konflikt und Struktur .....	134
5.19	Ethisches Handeln als Therapieziel .....	136
5.20	Beziehung der strukturbezogenen Psychotherapie zu anderen psychodynamischen Verfahren .....	139

<b>6</b>	<b>Strukturelle Systematik klinischer Bilder und ihre Behandlung . . .</b>	<b>145</b>
6.1	Eine Typologie der strukturellen Störungen . . . . .	145
6.2	Neurotische Störungen auf relativ gutem Strukturniveau . . . . .	147
6.3	Neurotische Störungen mit strukturellen Einschränkungen . . . . .	147
6.4	Strukturelle Störungen mit neurotischen oder symptomwertigen Bewältigungen . . . . .	148
6.4.1	Somatoforme Störungen . . . . .	149
6.4.2	Bulimie . . . . .	153
6.4.3	Narzisstische Persönlichkeitsstörung . . . . .	154
6.4.4	Traumafolgestörung . . . . .	155
6.4.5	Abhängigkeitsstörungen . . . . .	156
6.5	Manifeste strukturelle Störungen . . . . .	159
6.6	Strukturelle Störung auf desintegriertem Niveau . . . . .	161
<b>7</b>	<b>Empirie strukturbezogener Psychotherapie . . . . .</b>	<b>163</b>
7.1	Forschung zur Strukturachse der OPD . . . . .	163
7.1.1	Interviewbasierte Einschätzungen des Strukturniveaus . . . . .	164
7.1.2	Fragebogenbasierte Selbsteinschätzung des Strukturniveaus . . . . .	167
7.2	Ausgewählte Ergebnisse zur strukturbezogenen Psychotherapie . . . . .	169
7.3	Ausblick . . . . .	174
<b>8</b>	<b>Instrumente . . . . .</b>	<b>175</b>
8.1	Die Selbsteinschätzung struktureller Fähigkeiten . . . . .	175
	Selbsteinschätzung struktureller Kompetenzen (SSK) . . . . .	176
8.2	OPD-Struktur-Checkliste (Version 2006) . . . . .	182
<b>9</b>	<b>Struktur und strukturelle Störungen: Gesellschaftliche Aspekte . . . . .</b>	<b>197</b>
<b>10</b>	<b>Zukunftsperspektiven der verbesserten Versorgung mit SP . . . . .</b>	<b>202</b>
10.1	Aus-, Fort- und Weiterbildung in SP . . . . .	202
10.1.1	Weiterbildung in SP . . . . .	202
10.1.2	Fortbildung in SP . . . . .	204
10.1.3	SP in der universitären Ausbildung . . . . .	204

10.2	Anleitung zum Selbststudium .....	206
10.2.1	Intervisorischer Prozess .....	207
10.2.2	Fallkonzeption .....	209
<b>11</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>211</b>
	<b>Sachverzeichnis</b> .....	<b>229</b>

# 1 Einleitung: Strukturelle Störungen und strukturbezogene Psychotherapie (SP)

Die psychodynamische Einordnung von Krankheitsbildern, die schwerwiegender sind als neurotische Störungen, erfolgte lange Zeit im Spektrum der Persönlichkeitsstörungen und speziell mit Blick auf die Borderline-Störung. (Gemeint war damit ursprünglich das diagnostische »borderland« zwischen Neurose und Psychose). In diesem Kontext spielte die Rezeption der Arbeiten von Kernberg ab den späten 1970er Jahren eine große Rolle.

Wenn es derart differenzierte Konzepte der Borderline-Störung gibt und auch darauf zugeschnittene Behandlungsverfahren, warum sollten dann weitere konzeptuelle Entwicklungen und therapeutische Alternativen überhaupt noch diskutiert werden? Die Antwort auf diese Frage würde bei allen wissenschaftlich orientierten Psychotherapeuten gleich lauten: Weil einmal formulierte Hypothesen im Zuge fortschreitender diagnostischer und therapeutischer Erfahrung immer wieder überprüft und modifiziert werden müssen.

Unser aktuelles Konzept unterscheidet sich von Kernbergs historischen Ansätzen in drei Punkten:

- An die Stelle seiner Logik von neurotischem, borderlinehaftem und psychotischem Organisationsniveau (Kernberg 1977) stellen wir in Anlehnung an die Entwicklung der OPD (AG OPD 1996, 2006) eine Gliederung des Integrationsniveaus der Persönlichkeitsstruktur (gut, mäßig, gering integriert, desintegriert), welches nicht mit Diagnosen (Neurose, Borderline-Störung, Psychose) verknüpft ist, sondern qualitativ unterschiedliche psychische Funktionen (strukturelle Fähigkeiten zu ...) unterscheidet.
- Zum Zweiten beziehen wir die Entwicklung und Entwicklungsstörung der Persönlichkeitsstruktur auf die frühe psychische Entwicklung, so wie sie uns durch die moderne Entwicklungspsychologie und speziell die Säuglings- und Kleinkindforschung vermittelt wird. Im Mittelpunkt stehen dabei Aspekte der Emotionsregulierung und der Entwicklung des Selbst.
- Zum Dritten leiten wir aus dem Strukturkonzept und seiner entwicklungspsychologischen Fundierung eine psychotherapeutische Vorgehensweise ab, die spezielle Formen der therapeutischen Intervention in den Vordergrund stellt (z. B. die spiegelnde Beschreibung und emotionale Antwort) und die bisher vorrangige Intervention der Deutung weitgehend ausschließt. Entscheidend hierfür sind das Verständnis der spezifischen therapeutischen Beziehung, die sich auf der Grundlage der strukturellen Störung des Patienten entwickelt, und das Einnehmen einer therapeutischen Haltung, die dieser besonderen Beziehungssituation gerecht wird.

Die psychoanalytisch wichtigen Aspekte Übertragung, Regression und Widerstand und ihre Deutung fallen aus dem Konzept nicht einfach heraus, sondern erhalten im Kontext der strukturellen Störung eine andere Bedeutung. Insofern handelt es sich bei der strukturbezogenen Therapie um eine substanzielle Modifikation psychodynamischer Behandlungstechnik und damit um eine psychodynamische Methode.

Das Vorgehen wurde nicht am Schreibtisch erfunden, sondern unter speziellen klinischen Bedingungen entwickelt, erprobt, konzeptualisiert, gelehrt, supervidiert und evaluiert. Die speziellen klinischen Bedingungen sind jene, unter welchen hierzulande Patienten mit strukturellen Störungen gesehen werden. Es sind Psychotherapiestationen, in denen Patienten mit komplexen Essstörungen, Selbstbeschädigungstendenzen, Krisenzuständen, posttraumatischen Störungen behandelt werden; es sind weiterhin Ambulanzen und Beratungsstellen, in denen strukturell gestörte Patienten zur Krisenintervention gesehen werden; es sind spezielle psychotherapeutische Praxen, in denen sich z. B. junge Erwachsene und Jugendliche mit komplexen Entwicklungsstörungen einfinden.

Der Begriff der strukturellen Störungen ist heute den meisten analytisch und tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten wohl bekannt und nicht mehr nur an spezifische Störungsbilder gekoppelt. Dass die Beachtung der strukturellen Bedingungen als notwendiger Teil einer psychodynamischen Behandlungskonzeption angesehen wird, darf beinahe als *Mainstream* der gegenwärtigen Psychodynamik aufgefasst werden, die Konflikt und Struktur als gleichrangige Konzepte sieht.

Das theoretische Wissen um die Begrifflichkeit führt nicht zwangsläufig dazu, dass strukturelle Störungen bei Behandlungsbeginn sicher diagnostiziert werden, und erst recht nicht, dass regelhaft ein darauf bezogener Behandlungsplan entwickelt wird. Nicht selten behandeln Psychotherapeuten die strukturelle Problematik wie jede andere dysfunktionale Beziehungsgestaltung, d. h. haltgebend, emotionales Erleben fördernd, unbewusste Konflikte und Widerstände deutend, und stellen gegen Ende der verfügbaren Behandlungszeit fest, dass die Patienten zwar einige Veränderungsschritte vollziehen konnten, aber insgesamt in vielen unlösbaren Schwierigkeiten stecken, einschließlich solcher, die aus einer zunehmend verwickelten Übertragungsbeziehung stammen. Wenn speziell in analytischen Psychotherapien dem strukturellen Thema keine besondere Beachtung geschenkt wird, ist die Situation am Ende der verfügbaren Zeit oft noch problematischer. Häufig wird festgestellt, dass regressive Übertragungsprozesse in Gang gekommen sind, die nun keinesfalls beendet werden könnten, »ohne die Patienten zu retraumatisieren«. Das bringt vor allem jene Patienten in Schwierigkeiten, welche nicht die finanziellen Mittel besitzen, die analytische Behandlung auf eigene Kosten so lange fortzuführen, bis eventuell im strukturellen Bereich eine erkennbare Veränderung erfolgt ist.

Gleichwohl gibt es im analytischen wie tiefenpsychologischen Bereich viele Therapeuten, die sehr erfolgreich mit strukturellen Störungen umgehen. Sie tun dies, indem sie ihre Interventionstechnik, vor allem in der Initialphase der Behandlung, modifizieren und sich dem Patienten vorübergehend als Hilfs-Ich

und Gegenüber zur Verfügung stellen und ihn so lange in seiner strukturellen Entwicklung fördern und stabilisieren, bis er zu einer mehr konfliktaufdeckenden therapeutischen Arbeit imstande ist.

Es gibt freilich auch elaborierte Vorgehensweisen zur strukturellen Therapie: im außeranalytischen Bereich die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan (1987) oder die Persönlichkeitsbehandlung nach Benjamin (1993); im analytischen Bereich kann die übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg (Dammann et al. 2000) als Vorreiterin betrachtet werden. Hier werden, für ein analytisches Verhalten ungewöhnlich, genaue Vorgaben zur Interventionstechnik in manualisierter Form gemacht.

Nicht minder verbreitet ist die mentalisierungsbasierte Psychotherapie MBT (Batemann u. Fonagy 2004), hier wird, ausgehend von der »theory of mind«, vornehmlich eine Förderung der selbstreflexiven Funktion angestrebt. Last not least hat in jüngerer Zeit ein früher Ansatz zur Behandlung struktureller Störungen eine Renaissance erlebt: die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (Streck u. Leichensring 2015), die auf die Ansätze von Heigl-Evers und Heigl zurückgreift.

An dieser Stelle soll das Vorgehen der strukturbezogenen Psychotherapie in Stichworten definiert werden.

**1. Grundorientierung und Verfahren: Bei der strukturbezogenen Psychotherapie handelt es sich um eine substanzuell modifizierte Form psychodynamischer (d. h. psychoanalytisch fundierter) Therapie.**

Die Modifikationen betreffen die im Vergleich zum psychoanalytischen Vorgehen veränderte therapeutische Haltung und therapeutische Interventionen auf dem Hintergrund eines speziellen theoretischen Verständnisses der strukturellen Störung; die Darstellung der strukturellen Technik ist Gegenstand von Kapitel 5.

**2. Therapiegegenstand: Als zentrale therapeutisch zu bearbeitende Dysfunktionen gelten die eingeschränkt verfügbaren strukturellen Funktionen.**

Die Therapie ist nicht auf bestimmte Diagnosen ausgerichtet, sondern auf spezifische psychische Funktionsweisen bzw. Dysfunktionen, die bei ganz verschiedenen Störungen vorkommen können (z. B. bei schweren Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und auch partiell bei somatoformen Störungen). Eine klinische Systematik findet sich in Kapitel 6.

**3. Struktur und strukturelle Funktionen: Als Struktur im psychodynamischen Sinne gilt die Struktur des Selbst und ihre Beziehung zu den Objekten.**

Das strukturelle Funktionsniveau zeigt sich in den Fähigkeiten, das Selbst und die Beziehungen zu regulieren. Strukturbegriff und Funktionsniveau sind in Anlehnung an die OPD-Struktur definiert.

Das Konzept von Struktur und struktureller Störung ist ausführlich beschrieben in Kapitel 4, eine differenzierte Auflistung der strukturellen Funktionen auf unterschiedlichen Integrationsniveaus findet sich in der Struktur-Checkliste, S. 182. Wegen der großen Bedeutung von emotionalen Prozessen im

strukturellen Bereich wird dem Thema der Emotionalität ein eigenes Kapitel gewidmet.

4. **Ätiologie: Das ätiopathogenetische Verständnis struktureller Störung bezieht sich auf die Grundlagen der empirischen Entwicklungspsychologie, Säuglings- und Kleinkindforschung.**

Dabei stehen die lebensgeschichtlich frühen Beziehungserfahrungen und speziell die Prozesse der Emotionsregulierung im Vordergrund (vgl. Kap. 2).

5. **Diagnostik der strukturellen Störung und des Funktionsniveaus: Die eingeschränkten strukturellen Funktionen werden durch eine spezielle Diagnostik im Sinne der OPD identifiziert.**

Da strukturbezogene Psychotherapie fokal auf die Verbesserung struktureller Funktionen bzw. auf den kompetenteren Umgang mit der strukturellen Vulnerabilität ausgerichtet ist, wird auf eine sorgfältige Diagnostik vor Behandlungsbeginn besonderes Gewicht gelegt (vgl. Kap. 4.8).

6. **Therapeutische Fokusbestimmung: Die für die aktuelle Störung maßgeblichen strukturellen Einschränkungen werden als therapeutische Foki definiert.**

Aus der komplexen Vielfalt von Befunden des dysfunktionalen Beziehungsverhaltens und der strukturellen Vulnerabilität gilt es, vorab jene Brennpunkte zu identifizieren, die als Foki des therapeutischen Geschehens kontinuierlich bearbeitet werden sollen (vgl. Kap. 5.13).

7. **Therapeutische Zielbestimmung: Für die strukturell verankerten Störungen wird die Verantwortungsübernahme durch den Patienten, der bewältigende Umgang und die Verbesserung im Gebrauch struktureller Fähigkeiten als Therapieziel formuliert.**

Das therapeutische Idealziel ist die Verbesserung der strukturellen Funktionen. In der therapeutischen Realität bedeutsamer sind jedoch die Auseinandersetzung des Patienten mit seinen strukturellen Einschränkungen und die Suche nach veränderten Möglichkeiten, damit umzugehen (neue Bewältigung). Als Voraussetzung dafür gilt es für den Patienten, eine Akzeptanz und Eigenverantwortlichkeit für sein strukturelles Verhalten zu entwickeln, wobei er eine relativ aktive Unterstützung durch den Therapeuten erfährt.

8. **Outcome-Evaluierung: Die initiale Fokus- und Zielformulierung erlaubt eine abschließende Einschätzung der Zielerreichung.**

In einer modernen qualitätsgesicherten Psychotherapie ist es selbstverständlich, die eingangs angestrebten Ziele und das abschließend Erreichte zueinander in Beziehung zu setzen und auf diese Weise eine Outcome-Evaluierung vorzunehmen.

9. **Verfahrensspezifische Kohärenz: Das Verständnis der Dysfunktionen und ihrer Ätiologie, des therapeutischen Vorgehens und der therapeutischen Zielsetzung liegen konzeptuell auf einer Linie des psychodynamischen Verständnisses der Selbst- und Beziehungsregulierung und sind ätiologisch bezogen auf Konzepte der frühen Persönlichkeitsentwicklung und Emotionsregulierung.**

In Anlehnung an das PTO-Prinzip von Strupp et al. (1988) werden bei der

strukturbezogenen Psychotherapie die Störung (*pathology*), das Vorgehen in der Behandlung (*treatment*) und die Einschätzung des Behandlungsergebnisses (*outcome*) im Rahmen eines gemeinsamen theoretischen Konzepts verstanden, das darüber hinaus das Konzept der Ätiologie einbezieht.

**10. Strukturbezogene Psychotherapie als eigenes oder ergänzendes Verfahren.**

Strukturbezogene Psychotherapie (SP) ist ein therapeutischer Ansatz, der als eigenständige Therapie durchgeführt werden kann (wenn strukturelle Störungen das klinische Bild bestimmen) oder der als therapeutisches Element im Rahmen einer analytischen oder tiefenpsychologischen Behandlung verwendet werden kann (wenn zuerst strukturelle Beeinträchtigungen stabilisiert werden müssen, ehe mit Aussicht auf Erfolg konfliktaufdeckend gearbeitet werden kann).

## 2 Entwicklungspsychologie der Struktur

### 2.1 Entwicklungspsychologische und psychoanalytische Perspektiven

Die Psychoanalyse ist in ihrem Kern eine Lehre von der Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit; dabei spielen die ersten Jahre der Kindheit eine entscheidende Rolle. Während sich die akademische Psychologie zu Anfang des 20. Jahrhunderts für die Entwicklung des Körpers, der Sinnesorgane, der Wahrnehmung, des Denkens und des Sprechens interessierte, provozierte Freud die Gesellschaft seiner Zeit, indem er das Kindliche mit dem Sexuellen in Zusammenhang brachte und Stufen der libidinösen Entwicklung beschrieb. Darin ließen sich auf oraler, analer und phallischer Stufe unterschiedliche Triebregungen und -befriedigungen unterscheiden, deren konflikthafte Ausgestaltung und Verdrängung den Kern späterer neurotischer Entwicklungen im Erwachsenenalter bildeten. Vor diesem konzeptuellen Hintergrund wurden die Mitteilungen erwachsener Analysanden im Hinblick auf ihre unbewussten neurotischen Konflikte und deren kindliche Wurzeln interpretiert. Im Laufe einer jetzt 100-jährigen Entwicklung entstand daraus ein hoch differenziertes psychoanalytisches Konzept der erwachsenen neurotischen Persönlichkeit (und ihrer Behandlung) sowie ein ebenso ausgearbeitetes Entwicklungskonzept für die menschliche Persönlichkeit. *Ein* Konzept heißt, dass es jeweils einen Mainstream der offiziellen Richtung gibt, daneben aber viele abweichende Konzeptionen. Im Wesentlichen zentrierte sich der psychoanalytische Blick auf das, was in der psychoanalytischen Situation wahrgenommen werden kann. Das gilt auch für den psychoanalytischen Blick auf die Kindheit: Es ist die Kindheit der erwachsenen Patienten, welche zurückblicken, bzw. in Gegenwart ihrer Analytiker kindliche Erfahrungen und Erlebensweisen wiederbeleben. Geprägt durch das Freudsche Grundmodell differenzierte sich so ein psychoanalytisches Konzept der frühen Entwicklung, das durch unterschiedliche Triebkonflikte und Abwehrformationen bestimmt ist. Die Eltern, Geschwister und Angehörige sind die Liebes- und Hassobjekte, auf die sich diese Regungen richten.

Zweifelloos ist es unmöglich, diesem vielschichtigen Konzept in wenigen Worten gerecht zu werden; dies ist an dieser Stelle nicht unser Anliegen. Hier geht es um die Frage nach der kindlichen Entwicklung der Struktur (vgl. Pouget-Schors 2002). Unbestreitbar hat auch in diesem Zusammenhang Freuds Konzept der psychischen Substrukturen Ich, Es und Über-Ich (Freud S 1923) den Grundstein gelegt für ein sich immer weiter differenzierendes psychoanalytisches Strukturmodell (Rapaport 1960). Die Abwehrstrukturen des Charakters fanden ihre eigene psychoanalytische Darstellung (Abraham 1925). Mit dem Aufkommen der Ich-Psychologie wurde die Funktionsfähigkeit des Ich differenziert (Hartmann 1939);

speziell die Ich-Entwicklung wird im Zusammenhang mit den Beziehungserfahrungen des Kindes beschrieben. Mit der späteren Ausdifferenzierung der psychischen Objektbeziehungskonzepte werden die Internalisierungsprozesse betont, welche die Entwicklung von Ich und Über-Ich als Niederschlag der erlebten Objektbeziehung beschreiben (Kernberg 1976). Die beginnende Borderline-Diskussion richtet den Blick auf die spezifischen Belastungen und Entbehrungserfahrungen strukturell gestörter Patienten. Alles dies bleibt in der psychoanalytischen Logik des erwachsenen Rückblicks auf die Kindheit.

Anna Freud, die sich mit kindlichen und jugendlichen Patienten befasste, war eine der ersten, die den eng gesteckten Rahmen überschritt; d.h. die einerseits Direktbeobachtungen an Kindern einbezog und andererseits eine konzeptuelle Unterscheidung von konfliktneurotischen und entwicklungsbedingten Störungen vornahm. Sie betonte, dass Konflikte erst im späteren Kindesalter bei zunehmender Reifung der Ich- und Über-Ich-Funktionen möglich werden (Anna Freud 1972). Es gäbe jedoch eine zweite Form der Psychopathologie, die nicht aus Konflikt- und Abwehrvorgängen, sondern aus gestörten frühen Entwicklungsprozessen resultiere. Konsequenterweise fordert Anna Freud für diese Störungen andere, entwicklungsfördernde anstatt deutender Therapieansätze. Auch Margaret Mahler (Mahler et al. 1975) und René Spitz (1965) bezogen sich auf die Direktbeobachtung von Kindern, und John Bowlby (1951) studierte die Interaktionen des Kindes und seiner Angehörigen systematisch. Je intensiver die Entwicklung in diese Richtung ging, desto deutlicher wurde, dass die Direktbeobachtung von Kindern und Familien andere Fakten zutage förderte als die psychoanalytische Retrospektive, und vor allem, dass sich daraus auch andere konzeptuelle Schlussfolgerungen ziehen ließen. Es entstand der Gegensatz zwischen dem Primat der Triebbedürfnisse als Kern des neurotischen Geschehens und der Vorherrschaft der Bindungsbedürfnisse als zentraler konflikthafter Motivation. Damit war zugleich die Kontroverse eröffnet zwischen der »inneren Welt« (der intrapsychisch erfahrenen Welt, die als triebbestimmt interpretiert wurde) und der »äußeren Welt«, in der sich die Interaktionen und Kommunikationen des Kindes und seiner Angehörigen beobachten ließen. Bowlby kommentiert 1980 rückblickend:

*»In jener Zeit glaubte man, dass jeder, der besonderen Wert darauf legte, herauszufinden, welche realen Erfahrungen ein Kind gemacht haben mochte und vielleicht auch noch machte, bedauernswert naiv sei. Man ging davon aus, dass jemand, der sich für die äußere Welt interessierte, beinahe zwangsläufig nicht an der inneren Welt interessiert sein konnte, ja sogar mit ziemlicher Sicherheit vor dieser davonlief.« (Bowlby 1980a, S. 197)*

Bowlbys Konzepte, in denen er die Theorie der Objektbeziehung verhaltensbiologisch unterlegte (1969, 1973, 1980b), haben viele fasziniert und zu theoretischen und behandlingstechnischen Konsequenzen im Hinblick auf die Bindungsthematik angeregt. Bowlby wurde jedoch in der psychoanalytischen Gemeinschaft

nicht bedingungslos akzeptiert. Erst in späteren Jahren ist eine interessante Bewegung entstanden, die auch auf die Psychoanalyse intensiv zurückwirkte. In der akademischen Psychologie und speziell der Entwicklungspsychologie wurde der Bereich der empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung intensiv entwickelt, und innerhalb dieser Ausrichtung hat die Bindungsforschung besonderes Gewicht gewonnen (Brisch 1999; Buchheim et al. 1998; Dornes 1997, 2000). Während die empirische Kleinkindforschung sich auf das Verständnis der Interaktionen zwischen Säugling bzw. Kleinkind und erwachsenen Bezugspersonen ausrichtete (Papousek 1989; Stern 1977), zentrierte sich die Bindungsforschung auf das Thema des Bindungsverhaltens bzw. der emotionalen Gebundenheit (Ainsworth et al. 1978; Bretherton u. Waters 1985; Grossmann et al. 1989, 2003). Daraus resultiert eine Flut von empirischen Studien und Konzeptbildungen bis hin zu Therapieempfehlungen (»Bindungstherapie«). Schließlich setzten sich auch psychoanalytisch orientierte Autoren mit den genannten Themen auseinander (Brazelton u. Als 1979; Emde 1981; Fonagy u. Higgit 1990; Fonagy u. Target 2002; Fonagy et al. 2002; Lichtenberg 1981, 1983; Schüsler u. Bertl-Schüsler 1992; Seiffge-Krenke 1997; Stern 1985, 1995). Dabei geht es im Kern stets um den Aufbau der inneren Erfahrungsstruktur, die beim Kind angelegt wird und in grundsätzlich erhaltener Form beim Erwachsenen die Beziehungsbereitschaften bedingt. Zahlreiche Begriffe umschreiben den gleichen Vorgang:

- zentrale Beziehungserfahrungen, Beziehungsrepräsentanzen, zentraler Beziehungskonflikt (Luborsky 1977)
- emotional schema, unconscious plan (Weiss u. Sampson 1986)
- internalized working model (Winnicott 1965)
- zyklisch maladaptives Muster (Strupp u. Binder 1984)

Den weitesten Bogen schlägt die Arbeitsgruppe von Fonagy, die die Einflüsse der frühen Beziehungserfahrung auf die Affektregulierung, die Mentalisierungsprozesse und schließlich die Ausgestaltung der Selbststruktur untersucht. Für sie (Fonagy u. Target 2002) wird »Mentalisierung« zum Kern sozialen Funktionierens, indem Bindung nicht als Selbstzweck gesehen wird, sondern dazu dient, das Kind mit einer Umgebung auszustatten, in der das Verstehen der mentalen Zustände im anderen und im Selbst sich entwickeln kann (Bohleber 2002). Für Fonagy und Target (1997) steht dabei die Entwicklung der selbstreflexiven Funktion im Vordergrund, die davon abhängt, dass in der Mutter-Kind-Beziehung emotionale Vorgänge ausreichend ausgetauscht und versprachlicht werden und dadurch die Aufmerksamkeit des Kindes auf seine innerseelischen Vorgänge gerichtet wird.

*»Damit sich ein mentalisierendes Selbst organisieren kann, ist es unserer Meinung nach am wichtigsten, dass die Erkundung der mentalen Befindlichkeit der feinfühligsten Betreuungsperson es dem Kind ermöglicht, ein Bild seiner selbst als denkendes, fühlendes und intentionales – mit anderen Worten als mentalisierendes Selbst aufzubauen.« (Fonagy u. Target 2002, S. 30)*

Gergely und seine Arbeitsgruppe zeigen dabei, wie in Ansätzen schon Winnicott (1967), dass in einem elterlichen Affektmirroring die Gefühlsäußerung des Säuglings durch die Mutter gespiegelt und vom Kind wieder aufgenommen wird, das damit die Grundlagen für sein emotionales Selbstverständnis (für seine Affektregulierung) ausbildet (Gergely 2002).

Im Grunde könnte es hochehrwürdig sein, dass Psychoanalytiker in der Lage sind, ihren Bezugsrahmen zu erweitern und bedeutsame Befunde aus Nachbar-disziplinen, wie Emotionsforschung und Entwicklungspsychologie, im psychoanalytischen Kontext zu diskutieren. Es scheint jedoch so zu sein, dass die daraus möglicherweise abzuleitenden Konsequenzen für die Theoriebildung und erst recht für die Behandlungstechnik bei manchen Psychoanalytikern auch Beunruhigung und Abwehr auslösten (Dornes 2002). P.H. Wolff (1996) z. B. betonte, dass empirische Kinderbeobachtung keinerlei Beitrag zum psychoanalytischen Verständnis verborgener Motive und subjektiver Bedeutungen liefern könne. A. Green (2000) bezeichnete Kleinkindforscher wie z. B. Emde, Fonagy oder Stern als »Objektivisten« und als »Fremde in der psychoanalytischen Gemeinschaft«. Nach seiner Überzeugung ist es, ausgehend von der Freudschen Metapsychologie, allein die Erwachsenenpsychoanalyse, die die Kindheitsforschung bereichert, und nicht umgekehrt. Für ihn sind die Ergebnisse der Kleinkindforschung »mehr science fiction als science« (Green 2000, S. 41). Green, der zu der Einschätzung kam, dass auch Autoren wie Bowlby oder Mahler wenig zum Verständnis der analytischen Situation beigetragen haben, vermutete schließlich, dass es das Ziel der Kleinkindforscher sei, psychoanalytische Theorien zu zerstören und sie durch simple psychologische Konzepte zu ersetzen.

Diese Einstellung hat sich mittlerweile geändert. Für die meisten ist Bindungstheorie heute eine wichtige Grundlage des psychodynamischen Denkens, hier fasziniert das Wechselspiel der äußeren und inneren Welt: Die familiär und sozial geprägten Erfahrungen des kleinen Kindes bestimmen seine inneren Überzeugungen, aus denen heraus es in der Folge immer wieder bevorzugt bestimmte äußere Erfahrungen macht, die seine inneren Überzeugungen bestätigen. Dieses Konzept von zyklisch-maladaptiven Mustern (Strupp u. Binder 1984) oder zentralen Beziehungskonflikten (Luborsky 1977) hat die bedeutsame diagnostische Konsequenz, dass sich die innere Welt des Patienten durchaus an seinem äußeren Verhalten ablesen lässt. Es sind nicht nur seine unbewusst geäußerten Fantasien von therapeutischer Bedeutung, sondern auch sein interpersonelles und emotionales Verhalten, das auf seine innere Verfassung rückschließen lässt. Solche mahnenden Stimmen zur Rettung des »analytischen Goldes« zum Trotz hat die Bindungstheorie heute einen festen Platz in der psychodynamischen Theorie (vgl. Gumz u. Hörz-Sagstetter 2018; Boll-Klatt u. Kohrs 2018, Jungclaussen 2018, Ermann 2016, Strauss 2011). Dies resultiert nicht zuletzt aus der regen Forschungstätigkeit der »Londoner Gruppe« um Fonagy und Target.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen werden wir im Folgenden den entwicklungspsychologischen und emotionspsychologischen Erfahrungen besonderes Gewicht geben und zunächst diese Konzepte nochmals bilanzieren, ehe wir zur Diagnostik und Therapie der strukturellen Störungen voranschreiten.

## 2.2 Entwicklung struktureller Fähigkeiten

Für die strukturbezogene Psychotherapie ist ein entwicklungspsychologisches Verständnis von größter Bedeutung: Es beeinflusst die therapeutische Haltung, die therapeutischen Zielsetzungen und die therapeutischen Interventionen gleichermaßen. Deshalb werden die einzelnen Aspekte der frühen strukturellen Entwicklung, auf die sich die strukturbezogene Psychotherapie bezieht, im Folgenden nochmals zusammengefasst und um die ebenso bedeutsame Psychologie der Emotionen ergänzt.

Die triebpsychologisch ausgerichtete ältere Psychoanalyse bezeichnete die Mutterbrust und die dort erfahrene orale Sättigung als das erste emotional wichtige Ziel des Säuglings (der als biologisch und psychisch hilflos verstanden wurde). Aus heutiger Sicht, nach einigen Jahrzehnten intensiver Säuglingsforschung, hat sich die Überzeugung gefestigt, dass das erste Interesse des als sehr aktiv verstandenen Babys dem Gesicht der Mutter gilt (beziehungsweise der wichtigsten Betreuungsperson) und den Möglichkeiten der Kommunikation über Mimik und Körper. Hier wächst ein System der körperlichen Nähe und wechselseitigen Bezo-genheit, in dem die Grundlagen positiver Emotionen gelegt werden: mit anderen sein können und sich wohlfühlen dürfen unter ihrem Einfluss, eine basale Erfahrung von »Es gibt mich und es gibt die anderen und es gibt eine tragfähige Beziehung zwischen uns«.

Bereits für die Schwangere bzw. die werdenden Eltern ist das Kind eingebettet in ihre Beziehungsfantasien, die sie auf ihr Kind richten. So ist das Kind bei seiner Geburt für eine strukturell stabile und im Sinne der Bindungstheorie sicher gebundene Mutter bereits eine aus ihren Fantasien wohlbekannte und willkommene menschliche Persönlichkeit, während eine psychisch belastete, z. B. desorganisiert gebundene Mutter das Kind als etwas Fremdes, nicht zu Verstehendes, möglicherweise Bedrohliches erleben kann. Die Auswirkungen für die gemeinsam zu entwickelnde emotionale Beziehung und speziell Bindung liegen in beiden Fällen auf der Hand. Im einen Fall ergreift die Mutter die neue Aufgabe mit Stolz und Selbstbewusstsein, im anderen Fall ist sie ihrer Beunruhigung oder Verzweiflung ausgeliefert.

Kind und Mutter bilden miteinander ein Ganzes, ein **Beziehungssystem**, in dem das Baby körperlich und präverbal seine Lust bzw. Unlust äußert, während die Mutter diese Signale auf ihre bedürfnishaften und emotionalen Qualitäten hin entschlüsselt, sie in Sprache fasst und nach ihren Möglichkeiten handelnd darauf eingeht. Auf diese Weise lernt das Kind nicht nur seine Mutter kennen, ihre Emotionen, ihre Sprache und ihr Handeln, sondern es lernt durch die permanente Widerspiegelung auch sich selbst kennen, seine eigene körperliche und emotionale Verfassung, die im Laufe der Entwicklung zu einem individuellen kohärenten Selbst heranwächst.

Wie neurobiologische Untersuchungen erkennen lassen (Überblick bei Rutherford u. Mayes 2011) entwickeln Mütter (aber auch Väter und Pflegeeltern) eine erhöhte Sensibilität und Responsivität für Signale (vor allem für Unlustsignale, d. h. für Weinen) des eigenen Babys. Sie sind dadurch in einer kognitiven und

emotionalen Bereitschaft für Äußerungen eines Kindes und speziell des eigenen Kindes ausgerichtet: Sie reagieren stärker auf das Weinen des eigenen Kindes als auf das von fremden Kindern; sie reagieren stärker auf das Weinen als auf das Lachen von Kindern; sie reagieren stärker auf das Weinen von Kindern als Nicht-Eltern es tun, während Nicht-Eltern stärker auf lachende als auf weinende Kinder reagieren. Mit dieser Bereitschaft entsteht, etwas poetisch ausgedrückt, ein innerer Raum für das eigene Kind.

Umgekehrt zeigt sich, dass auch das Baby bereits ab den ersten Lebenswochen mit seiner Wahrnehmung auf sein Gegenüber ausgerichtet ist und z. B. dessen mimische und körperliche Bewegungen imitiert, was bedeutet, dass es sich mit den Bewegungen des anderen mitbewegt und dadurch möglicherweise an dessen Handeln und Erleben partizipiert, so dass daraus eine Vorform eines Dialoges entsteht (Bräten 2011). Auch wenn man die weitreichenden konzeptuellen Folgerungen von Bräten bezüglich einer frühen Intersubjektivität und alterozeptiven Partizipation des Säuglings nicht teilt, bleibt doch die Tatsache, dass der Säugling auf spezifische Weise auf die Bezugsperson und diese ebenso spezifisch auf das eigene Baby ausgerichtet ist, so dass, lange vor der Entstehung der emotionalen Bindung, ein Beziehungssystem ganz besonderer Art errichtet wird. In diesem richten sich Kind und Bezugsperson intentional aufeinander aus, sie lernen sich in spezifischen Momenten der Begegnung kennen und errichten ein System der Interaktion, in dem die Grundlagen der persönlichkeitsstrukturellen Entwicklung möglich werden.

Die Kleinkindforschung und neurobiologische Forschung an Eltern lässt nicht nur den Aufbau dieses Beziehungssystems erkennen, sondern auch seine möglichen Störungen und ihre Folgen: Mütter mit einer postpartalen Depression sind in ihrer emotionalen Resonanz auf das Kind blockiert, sie können die Momente der Begegnung nicht erleben und das spezifische Beziehungssystem nicht aufbauen. Schlimmstenfalls reagieren sie sogar aversiv, z. B. ablehnend auf den Geruch des Kindes. Depressive Mütter zeigen deutlich reduzierte neurobiologische Reaktionen auf die Signale des Kindes. Das gleiche zeigt sich bei Müttern, die als »nicht sicher gebunden« eingeschätzt werden oder bei denen »vernachlässigendes Verhalten« registriert wurde. Das System des Präokkupiertseins für das Baby, d. h. die emotionale und handlungsbereite Responsivität auf seine Signale, wird unter diesen Bedingungen nicht aktiviert.

Wenn aber das System der frühen wechselseitigen Bezogenheit errichtet werden kann, entsteht etwas, das sich als eine basale Bezogenheit und Nähe beschreiben lässt, eine »mediale« Beziehung (medial, weil das erwachsene Gegenüber zunächst noch nicht als Objekt konfiguriert ist und das Selbst des Kindes noch nicht als abgegrenztes Subjekt existiert). Man darf hier die Wurzeln für die später erfahrene basale Gewissheit des Existierens annehmen oder im Falle gestörter Entwicklung die Wurzeln des Zweifels an der Wirklichkeit des Selbst und der Beziehung zum anderen.

Die frühe Entwicklung des Beziehungssystems, das in den ersten Lebensmonaten fundiert wird, geht nahtlos über in die Entwicklung des **Bindungssystems**. Die wichtigsten Bezugspersonen hinterlassen immer deutlichere Erinnerungs-

spuren im Inneren des Babys und diese verdichten sich zu einem wiedererkennbaren Bild jener Person, auf die die Bedürfnisse des kommunikativen Austauschs, des Spiels, der Versorgung, der Sättigung, der Tröstung und Animierung bevorzugt gerichtet werden. Es entsteht das innere Bild eines »guten Objekts«, d. h. einer durch und durch erfreulichen, wünschenswerten, interessanten Person, die die Macht hat, Gutes heranzutragen und Schlechtes wegzunehmen. In diesem Kontext werden bereits vielfältige Emotionen erkennbar:

- das freudige Interesse, das sich auf diese Person richtet,
- der spielerische Spaß im kommunikativen Austausch mit ihr,
- das Wohlbefinden in ihrer körperlichen Nähe,
- die Annehmlichkeit der Sättigung und der körperlichen Pflege und Versorgung,
- die affektive Erregung, wenn diese Person das erwartete Gute zu lange vorenthält,
- die schmerzliche Verzweiflung bei zu langer Abwesenheit der Bindungsperson,
- die Erleichterung des Getröstetwerdens bei ihrer Wiederkehr und durch ihre handelnde Antwort.

Hier sind bereits die meisten zwischenmenschlichen Emotionen angelegt, und es beginnt ihre hochgradig individuelle Ausgestaltung unter dem Einfluss der jeweiligen persönlichen Erfahrung. Hier hinterlassen die freudigen Erlebnisse der Bezugsaufnahme und des gelungenen Umgangs ebenso ihre Spuren wie die erlittene Unlust und die schmerzlichen Erregungen. Eine mittelgroße Belastung mobilisiert die Fähigkeit zu suchen, zu probieren, zu lernen, die Situation zu verändern. Wenn dagegen die Belastung über ein erträgliches Maß hinausgeht, wenn Daueranspannung und persistierende Erregung vorherrschen, wird das Kind nicht mehr zum Lernen angeregt, sondern es kann die Situation nur noch notfallmäßig bewältigen, z. B. durch emotionales Abschalten.

Die Lernerfahrungen der frühen Entwicklungsphase (etwa erstes Lebensjahr) sind für das Erleben und Verstehen der eigenen Emotionen beim Kind außerordentlich wichtig. In allen ungewissen Situationen hängt das kleine Kind mit seinem Blick an der Mimik der erwachsenen Betreuungsperson. Ihre Reaktion entscheidet mit darüber, welchen Affekt das Kind erlebt. In der frühen Mutter-Kind-Dyade ist es die Mutter, die durch ihren Affekt dem Kind die Situation verständlich macht. Gibt sie mit ihrer Mimik und mit ihren Worten Entwarnung (»ist nicht so schlimm«), kann sich das Kind rasch beruhigen; signalisiert sie mit ihrer Stimme und ihrem Gesichtsausdruck, dass Gefahr besteht (»Vorsicht, pass auf, nicht anfassen, du tust dir weh«), gibt das Kind seinem Schreck und Angstaffekt durch lautes Weinen Ausdruck. Das emotionale Erleben des Kindes und das emotionale Handeln des Erwachsenen sind in diesem Abschnitt engstens aufeinander bezogen. Nun entscheidet es sich, ob die Mutter trösten und beruhigen kann oder selbst von dem Verzweiflungsaffekt des Kindes angesteckt wird. Wenn die Tröstungs- und Beruhigungsversuche der Mutter das Kind nicht erreichen bzw. wenn ihre emotionale Anspannung sich auf das Kind überträgt, kann das Kind sich zum »Schrei-