

Gisela Eife

**Die Strukturbezogene Therapie nach Gerd Rudolf
und die Individualpsychologie Alfred Adlers.**

Ähnlichkeiten und Differenzen

In: Z. f. Individualpsychol. 33,4 (2008) S. 405-436

Die Strukturbezogene Therapie nach Gerd Rudolf und die Individualpsychologie Alfred Adlers. 1

Teil 1. Behandlungsanweisungen nach Gerd Rudolf 7

Einleitung 7

1.1 Strukturelle Störungen 8

1.1.1 Strukturelle Störung im Unterschied zur neurotischen Störung 8

1.1.1.1 Struktur und Konflikt 8

1.1.1.2 Klinische Auswirkung dieser Funktionseinschränkungen 9

1.1.1.3 Zur Bestimmung des Strukturbegriffs 9

1.1.1.4 Konfliktodynamik gegenüber Strukturodynamik 10

1.1.2 Das klinische Bild der strukturellen Störung 11

1.1.2.1 Struktur und strukturelle Störung 11

1.1.2.2 Das klinische Bild der strukturellen Störung 11

1.1.2.3 Orientierungslosigkeit als diagnostischer Marker 13

1.2 Manual zur strukturbezogenen psychodynamischen Therapie 14

1.2.1 Störungsdynamik und Interventionen 14

1.2.1.1 Kennzeichen der strukturbezogenen Therapie 14

1.2.2 Strukturbezogene Therapie im Unterschied zur Psychoanalyse 15

1.2.2.1 Behandlungsprinzipien 16

1.2.2.2 Die Übertragung in der strukturbezogenen Psychotherapie 16

1.2.2.3 Therapeutisches Ziel der strukturbezogenen Psychotherapie 17

1.2.2.4 Spezifische Aspekte der Gegenübertragung 17

1.2.3 Therapeutische Aktivität in der strukturbezogenen Psychotherapie 17

1.2.4 Therapeutische Haltungen 18

1.2.5 Arbeit am impliziten Unbewussten 19

1.2.5.1 Verständnis der Aggression 21

1.2.6 Therapeutische Interventionen 21

1.2.6.1 Die Arbeit an der strukturellen Problematik als etwas Drittes 21

1.2.6.2 Therapeutische Interventionen in der strukturbezogenen Psychotherapie 22

1.2.7 Der therapeutische Prozess 23

1.2.7.1 Vier global wichtige strukturelle Therapieziele 25

1.2.8 Die Sequenz von therapeutischen Zielsetzungen und Interventionen 25

Teil 2. Ähnlichkeiten und Differenzen zwischen strukturbezogener Therapie nach Gerd Rudolf und der Individualpsychologie Alfred Adlers 28

2.1 Ähnlichkeiten beider Therapieformen 28

2.1.1 Mustererkennung 28

2.1.2 Therapeutische Haltung 29

2.1.3 Aktivität des Therapeuten 29

2.2 Unterscheidung des Lebensstils nach Adler vom Bewältigungsmuster nach Gerd Rudolf 30

2.2.1 Das Leben als Muster bildender Prozess 30

2.2.2 Beispiel einer Lebensstilanalyse 32

2.2.3 Umkehr der Blickrichtung: Die Lebensbewegung als Ganzes 35

2.2.4 Das Individuum: Künstler und Kunstwerk zugleich 35

2.2.5 Die Einheit der Persönlichkeit durch das unbewusste Ziel 36

2.2.6 Betonung des Individuellen 37

2.2.7 Zielgerichtetheit (Teleologie) 37

2.3 Vorteile der Fokussierung auf Teilbereiche am Beispiel des Schweregrades einer Störung 38

2.3.1 Kriterien nach Adler 38

2.3.1.1 Spannbreite von Einschätzung und Persönlichkeitsideal 38

2.3.1.2 Unterscheidung von Fiktion oder Dogma 38

2.3.1.3 Das Ausmaß der tendenziösen Apperzeption 38

2.3.2 Kriterien nach Gerd Rudolf: Unterschiedliches Strukturniveau 39

Zusammenfassung

Gerd Rudolf (2004) führt in seinem Therapie-Manual aus, wie beeinträchtigte strukturelle Funktionen vom Therapeuten gefördert und entwickelt werden können. Insofern folgt das Manual einer wissenschaftlich anerkannten Vorgehensweise, in der es nicht um den individuellen Patienten geht, sondern um das "allgemeine" Funktionieren der Persönlichkeit. Diese Vorgehensweise entspricht nicht dem Vorgehen Alfred Adlers. Nach Adler sind die psychischen Funktionen, auch gestörte Funktionen, Baumaterial bei der Ich-Bildung. Allerdings ist eine genaue Kenntnis dieses „Baumaterials“ für die Therapie früh gestörter Patienten unbedingt erforderlich. In Teil 1 wird die strukturbezogene Psychotherapie nach Gerd Rudolf (2004) vorgestellt. In seinem Ansatz sind die Behandlungsanleitungen verschiedener psychoanalytischer Richtungen integriert. In Teil 2 werden die Ähnlichkeiten und Differenzen dieser Behandlungsanleitungen mit der Individualpsychologie untersucht.

Summary

Rudolf (2004) describes in his therapy-manual, how deficient structural functions can be promoted and developed. In that respect (concern) the manual follows a scientifically approved manner (procedure); not the individual patient is (dealt with) of concern but the general functioning of the personality. This procedure does not fit to that of Alfred Adler. According to Adler the psychic functions are building material for the constituting (unfolding) of the Ego. Yet a precise knowledge of this building material for the therapy of “early disturbed” patients is necessary. In Part 1 the structure-based psychotherapy of Rudolf is introduced. In his manual the treatment principles of several psychoanalytic movements are integrated. In part 2 the similarities and differences between these treatment principles with the Individual Psychology are examined.

Vorbemerkung

Die strukturbezogene Psychotherapie nach Gerd Rudolf (2004) wird referiert mit der Intention, die Ähnlichkeiten und Differenzen dieser Behandlungsanleitungen mit der Individualpsychologie zu untersuchen. Das Konzept der strukturbezogenen Psychotherapie, das in der Form eines Manuals beschrieben ist, geht aus von der Struktur der Persönlichkeit und ihrem Funktionsniveau. Diese Struktur des Selbst wird beschrieben als das Wirken eines

inneren Kräftespiels; als Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind. Diese strukturellen Funktionen werden klassifiziert nach idealtypischen Kriterien, ausgehend von einer "gesunden", störungsfreien Selbststruktur. Im Therapiemanual wird aufgezeigt, wie die beeinträchtigten strukturellen Funktionen vom Therapeuten gefördert und entwickelt werden können. Insofern folgt das Buch einer wissenschaftlich anerkannten Vorgehensweise, in der es nicht um den individuellen Patienten geht, sondern um das "allgemeine" Funktionieren der Persönlichkeit.

Diese Vorgehensweise entspricht nicht dem Vorgehen Alfred Adlers, aber selbstverständlich sind die Erkenntnisse der Wahrnehmungs-, Emotions- und Säuglingsforschung für die therapeutische Arbeit unabdingbar. Sie können die Sensibilität der individualpsychologischen Therapeuten für diese seelischen Prozesse schärfen, ihre Wahrnehmung, Reflexion und Ausdrucksfähigkeit erweitern und differenzieren. Allerdings sind nach Adler die psychischen Funktionen nur Baumaterial bei der Ich-Bildung, gleichgültig ob die Störung genetisch bedingt ist oder auf einer frühen Beziehungsstörung beruht. Dabei kann eine gestörte Funktion bereits im Dienste des Ziels sich entwickelt haben, also eine Sicherungstendenz darstellen. Dementsprechend stellt sich manchmal bei der Therapeutin oder beim Therapeuten ein Unbehagen ein: „Kann sie/er nicht oder will sie/er nicht?“ Wenn es sich um solche frühen Prozesse handelt, ist das Nicht-Wollen zutiefst unbewusst und entspricht in seiner Auswirkung einem Nicht-Können, das erst nach langer therapeutischer Behandlung sich verändern wird.

Interessant ist, dass Gerd Rudolf nicht nur als Wissenschaftler, sondern auch als praktizierender Therapeut schreibt, wenn er beispielsweise therapeutische Haltungen beschreibt oder eine Sequenz von Behandlungsanweisungen und Therapiezielen, die mit einem standardisierten Manual nichts zu tun haben, weil sie sich nicht standardisieren lassen. Wenn der Therapeut sich hinter den Patienten stellt, um die Welt aus dessen Sicht zu sehen, geht es nicht um das Funktionsniveau des Patienten, sondern der Therapeut fühlt sich in das Erleben des individuellen Patienten ein. Dieser Widerspruch von individueller Einfühlung und messbaren oder standardisierbaren Techniken wird im Buch nicht reflektiert. Weitere Beispiele:

"Eine wichtige Regel der strukturbezogenen Psychotherapie ist es, die sog Abwehr (die in Wahrheit meist eine Bewältigung ist) nicht in Frage zu stellen und nicht auf ihre Veränderung hin zu wirken. Der Patient ist wie er ist und so soll er auch bleiben dürfen. Stattdessen gilt es, das Muster der charakterologischen Abwehr/Bewältigung/Kompensation zunächst einmal

wertschätzen zu lernen als die für den Patienten bestmögliche Lösung einer zuvor unerträglichen Situation." (S. 153)

Wenn ich das Erlebens- und Verhaltensmuster des Patienten wertschätzen soll, muss ich mich individuell in diesen Patienten einfühlen. Gerd Rudolf fährt fort:

"Ähnlich wie in den Körperübungen nach Feldenkrais lautet die Empfehlung zunächst, nichts zu verändern, sondern bloß bewusst wahrzunehmen. Der Übende wundert sich dann, dass eine Veränderung sich von allein einstellt." (S. 134)

Diese Assoziation von Gerd Rudolf könnte Ausdruck eines Menschenbildes sein, das in scharfem Kontrast steht zum wissenschaftlichen Vorgehen. Der folgende Satz von Gerd Rudolf ordnet sich wieder mehr in ein Manual ein, in dem beschrieben wird, was Therapeut und Patient jeweils tun sollen:

"In der strukturbezogenen Psychotherapie wird erst bei fortschreitender Behandlung jener Punkt erreicht, an dem der Patient sich mit den Nutzen und Kosten seiner Charaktereinstellungen auseinandersetzen und sie entweder bestätigen oder zur Disposition stellen muss." (S. 134)

Die folgenden zwei Beispiele zeigen eine ganzheitliche Betrachtungsweise Gerd Rudolfs:

Erstes Beispiel: "Während die charakterlich verankerten Bewältigungsmuster noch als aktive Leistungen erlebt werden können, auf welche der Patient angesichts seiner Selbstwirksamkeit mit gewissem Stolz blicken kann, mobilisiert der Blick auf die frühen Lebensbedingungen das Gefühl des Ausgeliefertseins an negative Erfahrungen, welche Anderen erspart geblieben sind. Es hätte also alles auch ganz anders sein können..." "Die therapeutische Einstellung des Erbarmens" "meint ein Erkennen des erfahrenen Leides und eine Anteilnahme daran, ohne dass Mitleid und Tröstungsversuche in den Vordergrund treten." "In manchen Behandlungsverläufen scheint danach vieles ganz anders zu sein, ernster, gefasster, verbindlicher und zugleich zuversichtlicher. Es entsteht eine neue Beziehung (oder es wird überhaupt eine möglich), nachdem der Eine vom Anderen etwas existentiell Wichtiges erfahren und ihm darin Beistand geleistet hat." (S.155)

Zweites Beispiel: "Das Ansprechen der Kindheitssituation formuliert stark emotional gefärbte Themen aus dem unbewussten impliziten Gedächtnis und macht sie damit zu sprachlich fassbarer Erfahrung, über welche Patient und Therapeut sich in Worten und häufig in bildhaften Metaphern austauschen können. Diese Form der Begegnung mit den eigenen Innenvorgängen mobilisiert beim Patienten ausgeprägte Affekte, die zunächst diffus erlebt werden und das Containment des Therapeuten erfordern. Er muss die Affekte des Patienten mithilfe seiner eigenen Emotionalität differenzieren, sie mit seinen eigenen Vorstellungen und Erfahrungen anreichern und dem Patienten zur Verfügung stellen." (S.148)

In diesen zwei Beispielen geht es um die Persönlichkeit des Therapeuten, seine Lebenserfahrung, seine Weise, in der Welt zu sein, wiederum nichts, was als Methode zum Zweck größerer Effektivität eingesetzt werden könnte.

Die Gefahr eines Manuals besteht in einer gewissen Verflachung, da komplexe Zusammenhänge nicht bedacht werden, wie zum Beispiel der Einfluss der Therapeuten-Persönlichkeit auf die Diagnostik, der Einfluss seiner weltanschaulichen, philosophischen Vorannahmen auf die Therapie, der Zusammenhang von Gesellschaft und Krankheit beim individuellen Patienten, seine existentielle Not, die vielleicht hinter all den Symptomen und den Heilungsbemühungen verborgen bleibt.

Gerd Rudolf beschreibt in seinem Buch als Therapieziel zwei unterschiedliche Aspekte: 1. Die strukturellen Fähigkeiten sollen in der therapeutischen Beziehung entwickelt und gefördert werden. 2. Die eigenen Erlebens- und Verhaltensmuster sollen vom Patienten wahrgenommen und verantwortet werden. Diese zwei Aspekte spiegeln zwei unterschiedliche Zugangsweisen zu seelischen Prozessen: Die Beschreibung struktureller Fähigkeiten lässt sich mit Hilfe der "objektiven" Beurteilung des Therapeuten objektivieren und standardisieren. Dagegen verlangt die "Mustererkennung" Einfühlung in den individuellen Patienten. Dementsprechend gliedere ich meine Zusammenfassung: Zuerst referiere ich die strukturellen Fähigkeiten und deren Einschränkungen, wobei sich die strukturelle Störung vom neurotischen Konflikt unterscheiden lässt. Dann referiere ich das Manual von Gerd Rudolf, in dem es um die Erkennung der Erlebens- und Verhaltensmuster der Patienten geht. Beide Aspekte sind miteinander verbunden, da bei der gemeinsamen Arbeit am affektiven Muster (automatisch) auch die entsprechenden strukturellen Fähigkeiten gefördert werden. (Wenn im Folgenden die Ausführungen Gerd Rudolfs referiert werden, ist sein Text ohne Anführungszeichen wiedergegeben.)

Teil 1. Behandlungsanweisungen nach Gerd Rudolf

Einleitung

Gerd Rudolfs Therapieform gilt für Patienten, die häufig wenig Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge haben, außerdem häufig unregelmäßig zu Therapiesitzungen kommen. Für solche Patienten wurden bisher schon in verstärktem Maße Ich-stützende und supportive Techniken angewandt, um das Ich der Patienten zu stärken und sie in die Lage zu versetzen, ihr Selbst und ihre Beziehungen zu regulieren.

Nach den Psychotherapie-Richtlinien verfolgt die analytische Psychotherapie 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 führen. Über das therapeutische Durcharbeiten der Konflikte in der Übertragungssituation und die subjektiv wirksam werdenden neuen Erfahrungen entwickeln sich neue Repräsentanzen und damit neue Strukturen.

Die strukturbezogene Psychotherapie ist für Patienten entwickelt worden, die mit Strukturdefiziten in die Behandlung kommen und nicht über prägnante innere Konflikte verfügen. Sie haben auf ihrer inneren Bühne keine Strukturen zur Verfügung, die diese Konflikte bilden können. Als Struktur im psychodynamischen Sinn gilt die Struktur des Selbst und ihre Beziehung zu den Objekten. Das strukturelle Funktionsniveau zeigt an, wie das Selbst und die Beziehungen reguliert werden, speziell auch die Emotionen. Aus dem Strukturkonzept und seiner entwicklungspsychologischen Fundierung wurde die psychotherapeutische Vorgehensweise abgeleitet, welche spezielle Formen der therapeutischen Intervention in den Vordergrund stellt (zum Beispiel spiegelnde Beschreibung und emotionale Antwort). Dabei geht es darum, sich dem Patienten als Hilfs-Ich und Gegenüber zur Verfügung zu stellen, solange bis er zu einer mehr Konflikt aufdeckenden therapeutischen Arbeit imstande ist.

Zusammenfassend handelt es sich bei der strukturbezogenen Psychotherapie um eine substantiell modifizierte Form psychodynamischer (das heißt psychoanalytisch fundierter) Therapie. Die Modifikationen betreffen die therapeutische Haltung und therapeutischen Interventionen auf dem Hintergrund des speziellen theoretischen Verständnisses der strukturellen Störung. Diese Therapieform kann als eigenständige Therapie durchgeführt oder

als therapeutisches Element im Rahmen einer psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Behandlung verwendet werden.

1.1 Strukturelle Störungen

1.1.1 Strukturelle Störung im Unterschied zur neurotischen Störung

1.1.1.1 Struktur und Konflikt

- Im neurotischen Konflikt können aktive Wünsche, Bedürfnisse, Impulse aus inneren (neurotischen) Gründen nicht realisiert werden (neurotisch blockierte Eigenaktivität).
- Bei einem Strukturdefekt kann das passiv Erfahrene emotional nicht ertragen werden (strukturell beeinträchtigte Regulationsfähigkeit)

In der strukturellen Störung resultiert das Leiden weniger aus den blockierten Ansätzen des eigenen Handelns (wie im neurotischen Konflikt) als vielmehr aus dem Tun der anderen (die verweigerte Bestätigung, entzogene Zuwendung), das schwer zu ertragen ist. Wenn der neurotische Modus betont: "Ich bin unfähig, etwas für mich Wichtiges im Umgang mit anderen zu erreichen", dann betont der strukturelle Modus: "Die Objektwelt ist für mich unerträglich; sie versetzt mich in eine Verfassung, die ich nicht aushalten kann." Der neurotische Modus ist das Internalisieren, wo das Ich intrapsychische konflikthafte Spannungen erlebt. Der strukturelle Modus ist das Externalisieren, da die Spannungen dem Außen zugeschrieben und dort bekämpft werden. Es fehlt häufig die Reflexionsfähigkeit für die Zusammenhänge: Die Dinge geschehen im Außen und reißen die Person in ihren Strudel hinein. Es bedeutet bereits einen therapeutischen Fortschritt und einen positiven Therapieansatz, wenn der Patient spürt, dass er etwas nicht aushalten kann und vor allem, was er nicht aushalten kann: ungerechte Behandlung, Nichtanerkennung der eigenen Bemühungen, fehlende Beachtung, kränkende Zurückweisung, warten müssen, alleine gelassen werden.

Während also das konfliktneurotische Geschehen charakterisiert ist durch die blockierte Eigenaktivität, daraus abgeleitete pathogene Überzeugungen und dysfunktionale Verhaltensbereitschaften, liegt der Akzent der strukturellen Beeinträchtigung auf der eingeschränkten Verfügbarkeit über jene Funktionen, die zur Regulation des Selbst und seiner Beziehungen erforderlich sind. „Die strukturelle Perspektive ergänzt diese Konfliktthematik

um den Entwicklungsaspekt, welcher für das Funktionsniveau der Persönlichkeit entscheidend ist" (Rudolf 2007b, S.72).

1.1.1.2 Klinische Auswirkung dieser Funktionseinschränkungen

- sich selbst nicht erleben und emotional nicht verstehen können
- von Affekten und Impulsen überflutet werden oder affektiv erstarren
- sich von anderen abgeschnitten oder mit ihnen verwickelt fühlen
- sich innerlich nicht auf positive Erfahrungen stützen können
- sich selbst verlieren und ohne Orientierung sein
- Notwendigkeit von Gegenmaßnahmen (stimulieren, beruhigen, strukturieren, zum Beispiel durch Selbstverletzung, Essanfall oder Suchtmittel)

1.1.1.3 Zur Bestimmung des Strukturbegriffs

Struktur beschreibt nicht Inhalte des Erlebens, sondern das Organisationsniveau der psychischen Funktionen, welche das Selbsterleben und das Beziehungsverhalten regulieren. Die diagnostische Frage lautet nicht: Was beschäftigt diesen Menschen, sondern wie funktioniert seine Persönlichkeit in bestimmten Situationen.

Das eingeschränkte strukturelle Funktionsniveau ist nicht einfach nur Ausdruck eines Defizits (jemand kann etwas nicht) sondern spiegelt spezifische Erwartungen des Subjekts an die Objektwelt (Patient kann etwas nur unter bestimmten Bedingungen). Das macht einen wesentlichen Aspekt der Dynamik struktureller Störungen aus.

Struktur wird zuweilen als Ausdruck statischer Eigenschaften missverstanden. Eine psychodynamische Sicht auf die Struktur lässt hingegen das Wirken eines inneren Kräftespiels erkennen, das sich von der konfliktneurotischen Dynamik qualitativ unterscheidet. In der folgenden Tabelle wird die strukturelle Dynamik der konfliktneurotischen Dynamik gegenübergestellt:

1.1.1.4 Konfliktodynamik gegenüber Strukturodynamik

Dynamik der Bedürfnisse: Was will das Subjekt von den Objekten?

Es sucht aktiv Befriedigung für Wünsche, Triebregungen, Impulse und dadurch Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung	Es erwartet passiv von den Objekten Bedingungen, unter denen es strukturell funktionieren kann
--	--

Dynamik der kognitiven Überzeugungen: Wie reagieren die Objekte im Erleben des Subjekts?

<i>Sie reagieren versagend, strafend, ängstigend, beschämend, fordernd</i>	<i>Sie reagieren überwältigend, bedrohend, verfolgend, zerstörend, vernachlässigend</i>
--	---

Dynamik der Affekte: Wie reagiert das Subjekt emotional auf die erlebte Situation?

<i>Es reagiert mit objektgerichteten Emotionen wie Angst, Scham, Schuld, Ärger</i>	<i>Es reagiert mit diffuser emotionaler Überflutung (arousal) oder Entleerung und mit maladaptiven Emotionen (Verzweiflung, Schmerz, Enttäuschung, Gekränktheit, Empörung)</i>
--	--

Dynamik der regulierenden Prozesse: Wie steuert das Subjekt seine Emotionen?

<i>Durch sich anpassen, sich unterordnen, verzichten, sich auflehnen. Ferner durch Aktivierung der Abwehr, sodass die verdrängte Konfliktodynamik unbewusst wirksam bleibt.</i>	<i>Es reagiert kurzfristig mit Notfallmaßnahmen der Selbstschädigung, Selbstentleerung, Suchtentwicklung, destruktiven Beziehungsgestaltung. Es reagiert langfristig mit der Ausbildung neurotischer Bewältigungsmuster (schizoid, narzisstisch usw.) als kompensatorische Strategien.</i>
---	--

Die vier dynamischen Perspektiven lassen den qualitativen Unterschied erkennen: im konfliktneurotischen Bereich ist der Inhalt betont (der Bedürfnisse, der kognitiven Überzeugungen, der emotionalen Antworten, der Regulation) unter dem Druck von unbewussten Bedürfniskonflikten gegenüber Objekten. Die strukturelle Dynamik ist dadurch

gekennzeichnet, dass die basalen (passiven) Bedürfnisse unerfüllt geblieben sind und daher äußere Veränderungen zu heftigen Reaktionen führen, welche intrapsychisch nicht mehr bewältigt werden können, sondern interpersonell wirksam werden.

1.1.2 Das klinische Bild der strukturellen Störung

1.1.2.1 Struktur und strukturelle Störung

- Struktur ist definiert als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind.
- Strukturelle Störungen beinhalten die unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen bzw. ihre Vulnerabilität. Strukturelle Störungen sind meist Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen

1.1.2.2 Das klinische Bild der strukturellen Störung

- **Eingeschränkte Affektgenerierung:** Der Patient "hat" bestimmte Affekte nicht. Dazu gehört auch die fehlende Lebendigkeit des Körperselbst, denn nur wenn Affekte in ausreichendem Maß entstehen, vermitteln sie ein Gewahrwerden des eigenen Körpers als etwas Lebendigen, Lustvollen und Handlungsbereiten.
Förderung der strukturellen Fähigkeit: Durch spiegelnde Interventionen teilt der Therapeut mit, was er vom Selbst des Patienten wahrnimmt. Der Therapeut unterstellt, dass es im Patienten vielfältige Teilaspekte gibt und dass hinter den gezeigten Haltungen immer auch ganz andere Züge existieren können.
- **Unzureichende Affektdifferenzierung:** Der Patient spürt, dass es ihm "irgendwie ziemlich schlecht" geht, ohne dass er oder sie fühlen könnte, ob es sich dabei eher um Traurigkeit oder Ängstigung, um Verärgerung oder Beschämung handelt. Die Fähigkeit zur Affektdifferenzierung ist Teil der Fähigkeit zur Wahrnehmung des psychischen Binnenraumes, der Fähigkeit zur Selbstreflexion (wobei die relative Kontinuität und Kohärenz des Eigenen als Gefühl der Identität erlebt wird.)
Förderung der strukturellen Fähigkeit: Die zu einem Ereignis gehörenden Affekte werden untersucht (aus welcher Verfassung heraus etwa ein Essanfall erfolgt)

- **Geringe Affekttoleranz:** Die wahrgenommenen Gefühle sind nicht auszuhalten, sie verlangen nach rascher Entlastung durch: Essanfälle, Drogeneinnahme, agierendes Handeln, Selbstverletzung. Affekttoleranz steht in engem Zusammenhang mit Affektregulierung, das heißt der Fähigkeit innere Bewegungen herunterzuregulieren. Dazu muss sich das erlebende Selbst gewissermaßen von dem auslösenden Ereignis distanzieren können.

Förderung der strukturellen Fähigkeit: Das Herunterregulieren und Ertragen von Affekten ist anfangs eine Aufgabe, welche von Patient und Therapeut gemeinsam bewältigt werden muss: a) durch die Aktivität des Erklärenkönnens: Anstatt dass jemand nur vom Affekt ergriffen wird, fühlt er sich selbst aktiv. Passives Erleiden in Aktivität überzuführen, ist offenbar wichtig für die Affektregulierung. b) durch die emotionale Deaktivierung durch Neubewertung: Im Nachdenken kann es auch geschehen, dass sich die Gewichte verschieben. "So schlimm war es doch nicht, was soll ich mich darüber ärgern." Auch eine solche relativierende Neubewertung der Situation ist Ausdruck der eigenen Aktivität.

- **Reduzierte Impulssteuerung:** Die Impulse, die triebhaften primären Bedürfnisse oder reaktiven Handlungsimpulse, müssen so integriert werden, dass sie weder übersehen werden noch verloren gehen (wie im neurotischen Modus) noch dass sie durchschlagen oder drohen durchzuschlagen (wie im strukturellen Modus). Es geht um aggressiv-destruktive Impulse sowie solcher sexueller oder oraler Qualität.

Förderung der strukturellen Fähigkeit: Der Therapeut hilft dem Patienten, Strategien im Umgang mit Impulsen zu entwickeln. Inhaltlich geht es darum, das Insistieren auf sofortiger Bedürfnisbefriedigung zurücknehmen zu lernen. Dort wo das Ich erloschen ist, wird versucht, eigene Handlungsintentionen wieder wahrzunehmen. Das Vorhandensein von inneren und äußeren Widersprüchen gilt es zu akzeptieren.

- **Eingeschränkte Selbstwertregulierung:** Ausbalancierung im affektiven Bereich zwischen dem Gefühl von Erhabenheit und dem Erleben der Wertlosigkeit.

Förderung der strukturellen Fähigkeit: Der Therapeut unterstützt den Patienten darin, ein gesundes Maß von Selbstwertunsicherheit und Beschämung auszuhalten.

- **Beeinträchtigte Fähigkeit zum Objekterleben:** Es besteht eine Dialektik von Innen und Außen: Die inneren Erwartungen beeinflussen die Wahrnehmungen der äußeren Welt; die Handlungsweisen und Einstellungen der äußeren Objekte mobilisieren die eigene emotionale Resonanz. Dabei müssen die Anteile von Selbst und Objekt möglichst klar unterschieden werden (Selbst-Objekt-Differenzierung) damit es möglich wird, die Objekte wahrzunehmen "so wie sie sind" (Ganzheitliche Objektwahrnehmung.)

Förderung der strukturellen Fähigkeit: Eigene Gedanken, Bedürfnisse, Impulse werden von denen anderer unterschieden.

- **Eingeschränkte Empathiefähigkeit:** Empathie ist das sich vorübergehend Berühren- und Erfassen-Lassen durch die Emotionen des Anderen, die Fähigkeit, kognitiv seine Perspektive einzunehmen, sich mit seinen Interessen zu identifizieren – um sodann mit vertieftem Verständnis zu sich selbst zurückzukehren. Es ist stets zu unterscheiden, ob fehlende Empathie auf neurotische Vermeidungs- und Verweigerungshaltungen zurückgeht oder auf die strukturelle Schwierigkeit, den verstehenden Blick in die Innenwelt des Anderen tun zu können.
Förderung der strukturellen Fähigkeit: Der Therapeut ermutigt den Patienten, sich in die Lage des Anderen zu versetzen, seine Perspektive probenhalber zu übernehmen. Zunächst aber muss der Patient die empathische Einstellung des Therapeuten erfahren können.
- **Unzureichende Internalisierung objektbezogener Affekte:** Internalisierung bedeutet, innere Bilder des Anderen im Selbst zu errichten, sie emotional zu besetzen und sie trotz Schwierigkeiten aufrecht zu erhalten. Wenn objektbezogene Affekte nicht verlässlich ausgebildet sind, fehlt die emotionale Dimension der innerpsychischen Beziehung zu den wichtigen Objekten.
Förderung der strukturellen Fähigkeit: Für sich sorgen, sich beruhigen, trösten, verantworten, schützen können, für sich selber eintreten.
- **Uneindeutiger Affektausdruck:** Die heftigen aber wenig differenzierten Gefühle von Gekränktheit, Enttäuschungswut und Entwertung werden ungewollt und unmittelbar in die Beziehung hinein gegeben und erzeugen große Spannungen.
- **Eingeschränktes Affektverständnis:** Es besteht die Schwierigkeit, den emotionalen Ausdruck Anderer zu entschlüsseln.

All diese strukturellen Funktionsstörungen sind Facetten einer ganzheitlichen Entwicklungsbeeinträchtigung, ein Zustand von Bedürftigkeit und Affektivität, welcher nicht der jetzigen Lebenssituation angemessen ist.

1.1.2.3 Orientierungslosigkeit als diagnostischer Marker

Orientierung meint die Fähigkeit, die Richtung der eigenen Lebensentwicklung als Entwurf aufzubauen und dessen Realisierung mit einer Mischung von Ausdauer und Flexibilität zu verfolgen. Sinn und Orientierung müssen im Leben immer wieder neu gesucht und gefunden werden, was bedeutet, dass sie vorübergehend verloren gehen können. Damit eine sichere Ausrichtung auf die Objektwelt hin erlebt werden kann, bedarf es der Intentionalität. Sie ist die strukturelle Fähigkeit, die dem eigenen Erleben einen Richtungsvektor gibt. Die Orientierungslosigkeit entspringt nicht aus neurotischer Widersprüchlichkeit von Motiven, sie resultiert aus deren Fehlen. Das subjektive Erleben ist dadurch geprägt, dass es keine

deutlichen objektgerichteten Emotionen gibt, nichts was es zu begehren oder zu fürchten gäbe. Stattdessen herrscht die Erfahrung von Leere, welche unbehaglich bis zur diffusen Ängstlichkeit erfahren wird und es herrscht Ratlosigkeit, welche sich bis zur Verzweiflung steigern kann.

1.2 Manual zur strukturbezogenen psychodynamischen Therapie

1.2.1 Störungsdynamik und Interventionen

Patienten mit strukturellen Störungen verlieren unter Belastung ihre **Selbstwirksamkeit**. Sie tun sich schwer mit ihrer **Selbstregulierung** (speziell Affektregulierung) und ihrer **Beziehungsregulierung** (speziell Konfliktlösung und Hilfesuchverhalten). In dieser Verfassung sind die Patienten außerstande, ihrer anflutenden Emotionen Herr zu werden, sie können sich selbst nicht ‚einkriegen‘, sind geflutet von Verzweiflung, wütender und trauriger Erregung oder Panik. Unter Umständen stellt sich die Gegentendenz der emotionalen Entleerung und Erstarrung als eine Notfallreaktion ein.

In dieser Verfassung sind die Patienten auch nicht in der Lage, eine Beziehung herzustellen, die ihnen helfen könnte, sich zu beruhigen. Ihre lauten oder stummen Appelle werden nicht gehört. Spannungen mit Angehörigen, Freunden oder Kollegen eskalieren bis zum Äußersten, weil die Patienten sich massiv missverstanden, angegriffen, zurückgewiesen, entwertet oder bedroht fühlen (Mobbing, wiederholte Beziehungskrisen). Aus der Perspektive der Patienten sind die Gründe eindeutig im Außen, im Fehlverhalten der Anderen begründet.

1.2.1.1 Kennzeichen der strukturbezogenen Therapie

Das Konzept geht aus von der

- Struktur der Persönlichkeit und ihr Funktionsniveau
- Fähigkeit zur Selbst- und Beziehungsregulierung
- entwicklungspsychologischen Fundierung der Struktur

Die Diagnostik fragt danach:

- Wo ist der Patient strukturell vulnerabel?
- Welches Integrationsniveau liegt vor?
- Welche Bewältigungsmuster liegen vor, die zusammenbrechen können

Die Therapie

In der Therapie wird die strukturelle Vulnerabilität nicht als Epiphänomen von unbewussten Konflikten betrachtet, sondern als Problem sui generis (zum Beispiel Kränkbarkeit, Impulsivität, Empathiedefizit) - Das erfordert spezifisch modifizierte therapeutische Haltungen, Zielsetzungen und Interventionen.

Eine traditionelle psychoanalytische Intervention zielt auf ein In-Worte-Fassen und damit Erklären und Verstehen einer konflikthafter inneren Situation des Patienten, in der Regel aktualisiert in der Übertragung. Die therapeutische Hoffnung ist, dass für den Patienten das sich selbst Verstehen-Können und von anderen Verstanden-Werden eine Entlastung, Beruhigung und Neuorientierung nach sich zieht. Es zeigt sich, dass diese Hoffnung bei strukturellen Störungen oft vergebens ist. Die Patienten verstehen weder ihren Psychoanalytiker noch sich selbst; sie geraten unter zunehmende innere Spannung und in bedürftige Abhängigkeit von ihren Therapeuten.

Bei strukturellen Störungen sind keine umschriebenen Konflikte intrapsychisch abgelagert und es fehlt der psychische Binnenraum, in dem sie sich ereignen und in dem sie reflektiert werden könnten. Die psychodynamisch relevanten Interventionen können sich daher nicht deutend an einen ungelösten Konflikt wenden, sie müssen sich auf die interpersonelle Situation ausrichten. Hier ist für den Patienten der Ort des leidvollen Erlebens. In diesem Feld des Zwischenmenschlichen platziert, sollen die therapeutischen Interventionen die Not des Patienten annehmen - sich ihrer erbarmen, um dann etwas aufzubauen, das dem Patienten mehr und mehr zur Verfügung stehen kann, ihm jene Struktur vermittelt, die er bis dahin entbehrt hatte. Im Sinne des Prinzips "Antwort" versucht der Therapeut dem Patienten seine Wahrnehmungen und emotionalen Reaktionen zur Verfügung zu stellen. Dabei übernimmt er verschiedene Rollen des wohlwollenden zuverlässigen Begleiters, Coachs, Mentors, das heißt er personifiziert Aspekte einer elterlichen oder ersatzelterlichen Bezugsperson.

1.2.2 Strukturbezogene Therapie im Unterschied zur Psychoanalyse

In der Psychoanalyse begibt sich der Therapeut in die Übertragungsbeziehung und zieht sie auf sich. Alles Erleben und Verhalten des Patienten wird von ihm aus dieser Perspektive psychodynamisch verstanden und deutend durchgearbeitet. Die emotionale Involviertheit, mit der dies von beiden Seiten aus geschieht, ist entscheidend für den erfolgreichen Fortgang des therapeutischen Prozesses. Das geschieht unter der Voraussetzung, dass der Patient über stabile Fähigkeiten zur Selbst-Objekt-Differenzierung verfügt, so dass er sie in der

therapeutischen Situation vorübergehend regressiv aufgeben und danach zurückgewinnen kann.

Strukturbezogene Psychotherapie gestaltet die therapeutische Situation so, dass der Patient bei sich bleiben kann und die Entwicklung einer Übertragungsneurose nicht gefördert wird. Das geschieht unter der Voraussetzung, dass der Patient nicht sicher über die Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung verfügt, so dass diese gestützt und gefördert werden muss und nicht durch regressive therapeutische Prozesse weiter labilisiert werden soll.

1.2.2.1 Behandlungsprinzipien

1. Übertragungsangebote, gespeist aus negativen biographischen Erfahrungen, werden nicht therapeutisch aufgegriffen; sie werden nicht deutend, sondern spiegelnd beantwortet.
2. Generalisierte dysfunktionale Muster des Patienten werden identifiziert.
3. Dysfunktionale Muster werden als Antwort/Notlösung oder Bewältigung biographischer Erfahrungen akzeptiert.
4. Gemeinsame Suche nach neuen Verhaltensmöglichkeiten, Bewältigungen anstelle des dysfunktionalen Musters.
5. Die neuen Möglichkeiten beachten insbesondere die aktuellen Entwicklungsaufgaben und Ressourcen des Patienten.
6. Der Therapeut fördert als Hilfs-Ich des Patienten ein therapeutisches "Wir", mit dessen Hilfe die Situation des Patienten kognitiv geklärt und emotional beantwortet werden kann.

1.2.2.2 Die Übertragung in der strukturbezogenen Psychotherapie

Jeder Mensch überträgt seine Erfahrungen unbewusst auf neue Situationen und Menschen und jeder Patient überträgt auf seinen Therapeuten. Bei den strukturellen Störungen werden Aspekte einer archaischen, das heißt frühen Objektbeziehung, genauer gesagt, Teilobjektbeziehung übertragen. Dazu gehören sehr heftige und drängende Bedürfnisse an das Objekt und ebenso heftige Frustrations- und Enttäuschungsreaktionen. Aus struktureller Sicht betrachten wir die Bedürfnisse nicht als Triebimpulse, sondern als Beziehungsbedürfnisse. Der Andere wird unbedingt benötigt, da der Patient (aus seiner kindlichen Erfahrung) die jeweilige Situation alleine nicht ertragen oder meistern kann. Insbesondere braucht er den Anderen, um seine emotionale Verfassung regulieren zu können und die Situation und sich selbst verstehen und sich orientieren zu können.

1.2.2.3 Therapeutisches Ziel der strukturbezogenen Psychotherapie

Therapeutisches Ziel ist der veränderte Umgang des Patienten mit der Störung, die er

- als etwas Eigenes akzeptiert
- als etwas schwieriges Eigenes verantwortet
- durch veränderte Einstellungen bewältigt.

1.2.2.4 Spezifische Aspekte der Gegenübertragung

Gegenübertragungen sind heftig, häufig schwer auszuhalten und auch nicht leicht in Worte zu fassen. Es handelt sich um wenig differenzierte Spannungszustände oder Blockierungen, die nicht selten körperlich erlebt werden als Gefühl muskulärer Anspannung oder des Schwindels mit diffusen vegetativen und schmerzhaften Begleiterscheinungen.

1.2.3 Therapeutische Aktivität in der strukturbezogenen Psychotherapie

Fallberichte, welche schildern, die Patientin habe erst einmal 15 Minuten geschwiegen, um dann mitzuteilen, sie wisse nicht, womit sie anfangen solle, geben keine brauchbare Anleitung zur Behandlung struktureller Störungen. Es ist umgekehrt so, dass sich der Therapeut gerade am Anfang der Behandlung einiges einfallen lassen muss, um mit einem Menschen in Kontakt zu kommen, der selbst nicht reflektieren kann, der seine emotionale Verfassung kaum registriert, dessen Gedanken kreisen oder hängen bleiben und dessen Ausstrahlung vermittelt, dass er sich vom Verfahren der Therapie und der Person des Therapeuten eigentlich nichts verspricht, außer dass er auch das einmal versucht haben möchte. Es ist der Typus von Patienten, den man früher als für Psychotherapie ungeeignet und unmotiviert eingeschätzt hätte, weil sie sich in keiner Weise einsichtig zeigten. Strukturbezogene Psychotherapie ist das Ergebnis der Bemühungen, das psychotherapeutische Verfahren auf diese spezielle Erlebens- und Funktionsweise der Patienten auszurichten.

Was diese Patienten benötigen - vor allem in der Anfangsphase - ist die Initiative des Therapeuten, eine sprachliche, emotionale und gedankliche Initiative, die er an den Patienten heranträgt und von der er sich auch durch zunächst fehlende emotionale Resonanz oder ärgerliche Zurückweisung nicht abschrecken lässt. Gemeint ist eine Aktivität des Bereitseins, welche keine Vorleistungen des anderen verlangt, sondern alles mit Interesse aufgreift und betrachtet, was den Patienten im engeren oder weiteren Sinne angeht. Dazu gehört insbesondere das Interesse des Analytikers, das sich nicht allein auf die "innere Welt" des Patienten beschränkt, sondern durchaus die Realität seiner aktuellen altersentsprechenden Lebensrealität mit einbezieht.

1.2.4 Therapeutische Haltungen

Ziel der therapeutischen Interventionen der strukturbezogenen Psychotherapie ist es, die verloren gegangene Selbstwirksamkeit des Patienten wieder herzustellen, das heißt ihn in der Affektregulierung zu unterstützen und die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen zu fördern. Dazu sind unterschiedliche therapeutische Haltungen hilfreich, drei Positionen, aus denen heraus ganz unterschiedliche Interpretationen abgeleitet werden:

1. Die therapeutische Haltung, sich voll und ganz hinter den Patienten zu stellen. So kann der Therapeut aus der Position, aus welcher der Patient die Objektwelt erlebt, die Erfahrungen des Patienten teilen, indem er zugleich seine eigene Wahrnehmung und Emotionalität zu Hilfe nimmt und zur Verfügung stellt. ("Ich kann mir gut vorstellen, wie sehr es Sie gekränkt hat, dass...") Dabei teilt der Therapeut die Sicht des Patienten (Identifizierung), nimmt dessen Klage auf und verarbeitet sie emotional (Containing), nimmt das fremde Leid an (Erbarmen), stellt seine Ich-Funktionen zur Verfügung (Hilfs-Ich), vermeidet Schaden durch Vorsorgen (Sorge) und leistet Hilfestellung als Mentor, Coach, Elternersatz (Unterstützung).

2. Die therapeutische Haltung, sich dem Patienten gegenüber zu stellen und nun nicht die Objektwelt mit den Augen des Patienten, sondern den Patienten mit den Augen des Therapeuten wahrzunehmen. Das ist die eigentliche Position der Spiegelung. Es entsteht ein Bild des Patienten im Therapeuten und dieser lässt es den Patienten sehen - mit eben so viel taktvoller Vorsicht wie mit grundsätzlich wohlwollendem Interesse. Ebenso teilt der Therapeut dem Patienten seine emotionale Resonanz mit (Antwort). Bei fortgeschrittener Behandlung kann diese Position des Gegenübers auch zur Konfrontation (mit Aspekten der Realität und der eigenen Verantwortung) genutzt werden. Der Therapeut sucht nun nicht mehr die uneingeschränkte Übereinstimmung mit dem Patienten, sondern verweist auf sein Selbstsein, seine Alterität, seine Identität als jemand, der nicht das verlängerte Selbst des Patienten oder dessen Selbstobjekt sein möchte, sondern eine abgegrenzte Person mit eigener Geschichte und eigenen Interessen. Das Therapieziel ist dabei neben Objektdifferenzierung vor allem eines der ganzheitlichen Objektwahrnehmung und letztlich auch der Empathie.

3. Die therapeutische Haltung sich neben den Patienten zu stellen und zusammen mit dem Patienten dessen Situation als Drittes untersuchen. Es ist eine brauchbare therapeutische Technik, den Patienten einzuladen, den Schritt nach außerhalb zu tun

und mit dem Patienten zusammen auf den Patienten und seine Erfahrungen zu schauen (wie in einem Video, Roman, Tagebuch). Wenn man so will, handelt es sich dabei um einen Vorgang, welcher das Tun und Erleben des Patienten aus einer Distanz wahrnimmt und der damit eine Vorübung zur Re-flexion oder zur Ein-Sicht darstellt, zumal wenn das Gesehene nun auch auf seine emotionale Bedeutung hin untersucht, in Worte gefasst und in metaphorischen Bildern beschrieben und damit mentalisiert wird.

Die Position "neben dem Patienten" hat noch eine weitere therapeutische Funktion: Sie vermittelt zwischen dem Patienten und seinen Objekten. Der Therapeut arbeitet daran, das Bild der Objekte ganzheitlich werden zu lassen, indem er die Elemente, die in der Wahrnehmung des Patienten fehlen, ergänzt und damit seine empathische Funktion substituiert. Der Therapeut vertritt zugleich die berechtigten Ansprüche und subjektiven Erlebensweisen des Patienten gegenüber der Objektwelt und lässt zugleich die Gegebenheiten der äußeren Realität gelten. Auf diese Weise tritt an die Stelle einer phantasierten dyadischen Verwobenheit, in der es nur eine gemeinsame Wahrheit gibt, eine mehrperspektivische Wirklichkeit, in welcher die Dinge aus der Sicht der Patienten ganz anders aussehen können als aus der Sicht seines Konfliktpartners und aus der Sicht des Therapeuten. Von zentraler Bedeutung ist die Tatsache, dass diese Arbeit am Verständnis der Wirklichkeit nicht eine kognitiv-intellektuelle ist, sondern eine emotional gefärbte Wahrnehmung. Beispiel: Weil die Patientin von ihrem Vorgesetzten so bitter enttäuscht ist, muss sie seine Worte als entwertend und bedrohend erleben. Aber es gilt auch: Weil der Vorgesetzte seinerseits unter großem wirtschaftlichen Druck steht, muss er die Arbeitsunfähigkeit der Patientin für den Geschäftsablauf als belastend erleben; weil der Therapeut der Patientin verbunden ist, kann er ihre gekränkte Enttäuschung nachvollziehen; weil der Therapeut ebenso der äußeren Wirklichkeit verpflichtet ist, kann er ihr nahe bringen, dass der Vorgesetzte diese Enttäuschung ganz und gar nicht verstehen kann und seinerseits verärgert reagiert. Das Beispiel lässt die grundsätzlich triadische Haltung des Therapeuten erkennen. Sein Ziel ist nicht das "Wir beide gegen den Rest der Welt" sondern, "Wir müssen so wie wir sind, mit der Welt, so wie sie ist, klarkommen lernen. Darum werden wir uns gemeinsam bemühen."

1.2.5 Arbeit am impliziten Unbewussten

In der analytischen Psychotherapie betrifft die therapeutische Arbeit am Unbewussten verdrängte Themen des expliziten Unbewussten, das heißt Gedanken, Vorstellungen,

Erinnerungen oder Wünsche, welche in sprachlich-begrifflicher Form gespeichert werden können. Das Bewusstsein kann sich vor der Wahrnehmung dieser Inhalte schützen.

Es gibt therapeutisch ebenso bedeutsame, aber doch völlig andersartige Facetten des Unbewussten. Dies betrifft Aspekte des impliziten Gedächtnisses. Es enthält im Gegensatz zu den grundsätzlich erzählbaren Inhalten des expliziten Gedächtnisses die Spuren von Erfahrungen, von körperlich aktivem Handeln oder passivem Erleiden, von emotionalen Situationen und zugehörigen Sinneswahrnehmungen, von Atmosphären, die nicht an Worte gebunden sind. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei die eigenen emotionalen Antworten auf die Ereignisse, das heißt die Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen, welche aus schwierigen Erfahrungen hervorgegangen sind. Die meisten dieser persönlichkeitsstypischen Eigenheiten sind ihrem Träger nicht bewusst. Dass sie so wenig bewusst sind, lässt sich mit der Tatsache in Verbindung bringen, dass Patienten mit strukturellen Problemen in ihrem Leben wenig spiegelnde Aufmerksamkeit erfahren haben und nur in geringem Umfang lernen konnten, ihre Erfahrungen zu mentalisieren, sie zum Gegenstand ihrer inneren Betrachtung und Bewertung zu machen und dafür Worte zu finden. Das gilt in besonderem Maße für kindliche Erfahrungen.

In der strukturbezogenen Psychotherapie werden diese nicht bewussten impliziten Aspekte nicht durch Deutung angesprochen, sondern durch spiegelnde Beschreibung. Spiegelnde Beschreibung ist die zentrale Interventionsstrategie strukturbezogener Behandlung. Spiegelung bedeutet, dass der Therapeut dem Patienten mitteilt, was er als Muster von dessen Verhalten wahrnimmt und wie er es emotional erlebt. Er tut das in jenem Maße, welches er für den Patienten als zumutbar und nützlich einschätzt. In der Regel mobilisiert Spiegelung wenig Widerstand, weil damit nicht etwas Abgewehrtes aufgedeckt wird, sondern eine aus impliziten Einstellungen stammende Tatsache benannt wird. Das Ansprechen der Kindheitssituation formuliert stark emotional gefärbte Themen aus dem unbewussten impliziten Gedächtnis und macht sie damit zu sprachlich fassbarer Erfahrung, über welche Patient und Therapeut sich in Worten und häufig in bildhaften Metaphern austauschen können. Diese Form der Begegnung mit den eigenen Innenvorgängen mobilisiert beim Patienten ausgeprägte Affekte, die zunächst diffus erlebt werden und das Containment des Therapeuten erfordern. Er muss die Affekte des Patienten mithilfe seiner eigenen Emotionalität differenzieren, sie mit seinen eigenen Vorstellungen und Erfahrungen anreichern und dem Patienten zur Verfügung stellen.

Von besonderer Bedeutung ist das psychodynamische Verständnis der oft sehr ausgeprägten Aggressivität, welche gegen das Selbst gerichtet ist und die Beziehung belastet oder zerstören kann. Die strukturelle Störung ist nicht Ausdruck von Sich-Wehren, Sich-Durchsetzen, Kontrollieren oder Machtausüben sondern ein Ausagieren von negativen Selbstvorstellungen, ein Ausagieren von negativen Objektvorstellungen und das Zerstören von positiven Beziehungsansätzen (siehe Abbildung).

1.2.5.1 Verständnis der Aggression

- Ausdruck von Sich-Wehren, Sich-Durchsetzen
- Ausdruck von Kontrollieren, Machtausüben

Gegenüber

- Ausagieren von negativen Selbstvorstellungen (destruktiver Narzissmus)
- Ausagieren von negativen Objektvorstellungen (entwertende, verfolgende)
- Zerstören von positiven Beziehungsansätzen

1.2.6 Therapeutische Interventionen

Strukturelle Problematik wird nicht in die Übertragung einbezogen und dort gedeutet (dyadische Situation), sondern als ein Drittes gemeinsam untersucht und bearbeitet (triadische Situation).

1.2.6.1 Die Arbeit an der strukturellen Problematik als etwas Drittes

Gemeinsames Bemühen von Therapeut und Patient, welche einander ergänzen, sich unterstützen, sich austauschen, sich unterscheiden bezüglich:

- Wahrnehmen (realitätsgerechtes Wahrnehmen und systematisches Ordnen)
- Emotionalem Erleben (Suche nach emotionalen Erfahrungen im Kontext von Ereignissen)
- Beschreiben (gemeinsame Suche nach adäquater Sprache in Worten und metaphorischen Bildern)
- Verstehen (Sinnggebung durch reflexives Sich-selbst-verstehen und empathisches Verstehen der Anderen)
- Regulieren (dem Patienten in seiner jeweiligen Situation Möglichkeiten der emotionalen Steuerung und speziell der Beruhigung vermitteln)
- Verantwortlichem Handeln (entsprechend verbindlicher Wertmaßstäbe)

Das strukturelle Ziel dieser therapeutischen Interventionen ist es stets, den Patienten in seiner Selbstwahrnehmung und dem Verständnis seiner Situation zu fördern und ihn darin selbstwirksam und kompetent werden zu lassen. Das erste ist ein Akt der Selbstreflexion und des Weltverständnisses, das zweite ein Vorgang der Selbststeuerung und der Handlungskompetenz im interpersonellen Raum.

Die obige Auflistung beschreibt zunächst mehr eine therapeutische Haltung - die des teilnehmenden Gegenübers - und nicht so sehr "Techniken", welche der Therapeut dem Patienten gegenüber anwendet. Aus dieser Haltung leiten sich einige Klassen von Interventionen ab.

1.2.6.2 Therapeutische Interventionen in der strukturbezogenen Psychotherapie

- **Anregungen zu psychischen Produktionen** des Patienten (narrative Mitteilungen über Situationen, Erfahrungen, Erinnerungen, Träume), möglichst in Worten, aber auch in Gestaltungen, Zeichnungen.
- **Klärende Fragen:** Ordnen der Mitteilungen des Patienten. Die Notwendigkeit der Mitteilungen anstelle des wortlosen Verstehens wird betont.
- **Antwortende Mitteilungen** des Therapeuten beziehen dessen eigenes emotionales Erleben mit ein. "Als ich das hörte, habe ich mich gewundert"
- **Spiegelnde Äußerungen:** "Mir fällt bei Ihnen auf, dass Sie..." Der Therapeut stellt seine persönliche Wahrnehmung zur Verfügung, welche das bewussteinfähige Erleben und Verhalten des Patienten beschreibt, zusammenfasst und verknüpft mit antwortenden Aspekten des emotionalen Erlebens.
- **Einladung zur Selbstreflexion:** "Was läuft in Ihnen ab, welche Gefühlsregungen?" "Was ist Ihre Meinung dazu, welche Gefühle bekommen Sie von sich mit, was könnte dabei in Ihnen ablaufen?" Der Therapeut unterstellt damit die Existenz einer vom Patienten wenig beachteten inneren psychischen Realität und versucht ihn für diese selbstreflexive Tätigkeit zu gewinnen. Der Therapeut verbindet dies mit der Aufforderung an den Patienten, seine eigene Wahrnehmung beizusteuern.
- **Strukturierende Interventionen:** Aktive Unterstützung des Patienten beim Planen, Vorsorgen, Begrenzen

- **Aufzeigende und hypothesengeleitete Interventionen:** Das spiegelnde Beschreiben von Wahrnehmungen des Therapeuten hat Übergänge zu Interventionen, in welchen der Therapeut auf Zusammenhänge, Parallelen, Widersprüche oder Lücken aufmerksam macht oder die Situation anhand von Fremdbeispielen durchspielt.
- Interventionen des Therapeuten als **Chronist** für die Erfahrungen des Patienten: Er sammelt Episoden der biographischen Erfahrung, der gemeinsamen Therapie-Erfahrung, Ereignisse, Affekte, Träume, Wendepunkte als guter Zuhörer, der Erinnerungen aufbewahrt und sie dem Anderen zur Verfügung stellt.

Im Weiteren macht der Therapeut das Angebot, dass sich Patient und Therapeut gemeinsam um dieses Thema bemühen könnten ("Vielleicht versuchen wir, gemeinsam zu klären, was hier bei Ihnen geschieht und wie Sie damit umgehen könnten"). Damit richten beide ihre Aufmerksamkeit gemeinsam auf etwas Drittes. Dieses dritte, gemeinsam interessierende Thema ist zum Beispiel die typische Reaktionsweise des Patienten, sein typisches emotionales Muster, sein dysfunktionales oder selbstschädigendes Verhalten.

Dabei ist es klärend und entlastend, gemeinsam herauszuarbeiten, in welcher Entwicklungsphase ein Kind solche Hilflosigkeit erleben kann und welche Art der Unterstützung/Förderung/Entlastung es gesunderweise in einer tragfähigen Beziehung hätte erfahren können.

1.2.7 Der therapeutische Prozess

Wie gestaltet sich der therapeutische Prozess in der strukturbezogenen Psychotherapie: Die therapeutische Arbeit ist vorrangig eine Arbeit an den Bewältigungen und kompensatorischen Strukturen. Selten liegt das strukturelle Defizit offen zutage wie bei einer reinen Borderline-Störung. Meist stehen charakterlich verankerte Stabilisierungsbemühungen im Vordergrund. Beispiel: schizoide Vermeidung als innerer und äußerer Rückzug vor emotionaler Beziehung. Eine therapeutisch bedingte Auflockerung der schizoiden Vermeidung würde das emotionale Kernproblem verstärken und damit das subjektive Leiden des Patienten vermehren; die Beibehaltung der schizoiden Haltung macht eine therapeutische Kontaktaufnahme und Annäherung an die Problematik sehr schwierig: ein Dilemma.

Eine wichtige Regel der strukturbezogenen Psychotherapie ist es, die sogenannte Abwehr (die in Wahrheit meist eine Bewältigung ist) nicht in Frage zu stellen und nicht auf ihre Veränderung hin zu wirken. Der Patient ist wie er ist und so soll er auch bleiben dürfen. Stattdessen gilt es, das Muster der charakterologischen Abwehr/Bewältigung/Kompensation

zunächst einmal wertschätzen zu lernen als die für den Patienten bestmögliche Lösung einer zuvor unerträglichen Situation. Ähnlich wie in den Körperübungen nach Feldenkrais lautet die Empfehlung zunächst, nichts zu verändern, sondern bloß bewusst wahrzunehmen. Der Übende wundert sich dann, dass eine Veränderung sich von allein einstellt. In der strukturbezogenen Psychotherapie wird erst bei fortschreitender Behandlung jener Punkt erreicht, an dem der Patient sich mit den Nutzen und Kosten seiner Charaktereinstellungen auseinandersetzen und sie entweder bestätigen oder zur Disposition stellen muss. Zuvor kann ein Widerstand im eigentlichen Sinn nicht auftauchen, weil der Therapeut nicht auf eine Veränderung drängt.

Eine Ausnahme bilden am ehesten jene Bewältigungsformen, wie Selbstverletzungen, welche eine sekundär süchtig lustvolle, interaktionell quälende Qualität gewonnen haben. Hier gilt es, um Schaden vom Patienten abzuwenden, einerseits die symptomwertigen Verhaltensweisen mithilfe einer äußeren Struktur anzugehen (zum Beispiel Verträge oder Esstagebuch) und andererseits am Aufbau der inneren Struktur zu arbeiten, welche speziell die Hereinnahme einer sorgenden äußeren Person (Eltern, Therapeut) bedeutet, so dass der Patient entweder von außen oder von innen be-eltert, geschützt und angeleitet werden kann.

Welche Bedeutung haben regressive Prozesse? Patienten mit struktureller Vulnerabilität reagieren in umschriebenen Bereichen regressiv, insofern sie in kindlich-anmutende Erlebens- und Verhaltensweisen gleiten. Sie kommen nicht wie neurotische Patienten scheinbar erwachsen in die Therapie. Sie werden vielmehr durch die strukturierende Unterstützung der Behandlung eher in die Lage versetzt, Progressionsschritte zu tun und regressives Verhalten zu kontrollieren.

Die häufig vergeblichen Bemühungen um Emotionsregulierung, die Impulsivität und die heftigen Frustrationsaffekte sind es, welche die Behandlung zur emotionalen Achterbahnfahrt werden lässt. Die Schwierigkeit, eine Entwicklung kommen zu sehen, ist darin begründet, dass Kleinigkeiten und Alltäglichkeiten der äußeren Realität (oder therapeutischen Situation) genügen, um massive Belastungssituationen auszulösen. Da der Therapeut immer mit allem rechnen muss, empfiehlt es sich für ihn, die problematischsten Bereiche zu antizipieren und mit dem Patienten entsprechende Verabredungen zu treffen. Der wichtigste Pakt gilt den andrängenden Suizidimpulsen, aber auch bezüglich anderer bedrohlicher und dysfunktionaler Verhaltensmuster können therapeutische Verabredungen getroffen werden. Es geht dabei um den Ausbau innerer steuernder Strukturen, welche im Bedarfsfall aktiviert werden können, um das Abgleiten in ein dysfunktionales Muster zu verhindern oder sich aus ihm, wenn es

eingetreten ist, wieder lösen zu können. Abstand gewinnen und regulieren können ist eines der vier global wichtigen strukturellen Therapieziele.

1.2.7.1 Vier global wichtige strukturelle Therapieziele

1. Realistische Wahrnehmung des Selbst und der Objekte (Eine sichere Orientierung in sich und der äußeren Welt gewinnen)
2. Distanz gewinnen und regulieren können (Grenzen ziehen, steuern und entscheiden können bezüglich eigener Impulse, Affekte, Beziehungswünsche und Selbstbewertung)
3. Sich emotional involvieren können (Die eigene Erlebniswelt der Affekte, Fantasien, des Körpers, der Beziehung emotional beleben können)
4. Über innere und äußere Objekte verfügen können (Sich mithilfe innerer Objekte und unter Nutzung äußerer Beziehungen selbst regulieren können)

Während charakterlich verankerte Bewältigungsmuster noch als aktive Leistungen erlebt werden können, auf welche der Patient angesichts seiner Selbstwirksamkeit mit gewissem Stolz blicken kann, mobilisiert der Blick auf die frühen Lebensbedingungen das Gefühl des Ausgeliefertseins an negativen Erfahrungen, welche anderen erspart geblieben sind. Es hätte also alles auch ganz anders sein können. Therapeutische Einstellung des Erbarmens meint das Erkennen des erfahrenen Leides und eine Anteilnahme daran, ohne dass Mitleid und Tröstungsversuche in den Vordergrund treten. In manchen Behandlungsverläufen scheint danach vieles ganz anders zu sein, ernster, gefasster, verbindlicher und zugleich zuversichtlicher. Es entsteht eine neue Beziehung, nachdem der eine vom anderen etwas existentiell Wichtiges erfahren und ihm darin Beistand geleistet hat.

1.2.8 Die Sequenz von therapeutischen Zielsetzungen und Interventionen

Die strukturbezogene Psychotherapie lässt sich als eine Sequenz von angestrebten Therapiezielen und dazu verwendeten therapeutischen Interventionen darstellen.

1. Therapieziel: Das Verhalten und Erleben als Muster sehen lernen.

Therapeutische Interventionen: Der Therapeut stellt seine Wahrnehmungen zur Verfügung und spiegelt dem Patienten ein Bild seines Verhaltens, einen Eindruck seines Erlebens: "Ich nehme wahr, dass Sie etwas immer wieder so und so tun/erleben"

2. Therapieziel: Das Verhaltensmuster als emotionale Antwort auf eine aktuelle (innere oder äußere) Situation sehen lernen.

Therapeutische Interventionen: Der Therapeut stellt seine Wahrnehmung und sein emotionales Erleben zur Verfügung und spiegelt dem Patienten ein Bild seiner (des Patienten) emotionale Situation. "Ich nehme wahr, dass Sie in einer bestimmten Situation einen bestimmten Affekt haben / nicht haben, den man dort erwarten könnte. Wäre ich in Ihrer Situation, hätte ich wahrscheinlich das Gefühl..., Wenn ich Ihnen zuhöre, geht es mir gefühlsmäßig so..."

3. Therapieziel: Herausarbeiten eines funktionellen Schemas

Therapeutische Interventionen: Der Therapeut entwirft ein Modell, nach dem die inneren und äußeren Ereignisse beim Patienten ablaufen. "Es hat den Anschein, immer wenn Sie sich in diese Situation gebracht fühlen, werden Sie von etwas überwältigt, in Erregung versetzt, gelähmt, gehen Ihre Gedanken nur noch in eine Richtung"

4. Therapieziel: Das affektive Schema als etwas biographisch Gewachsenes akzeptieren, das auch Bewältigungsversuche beinhaltet.

Therapeutische Interventionen: Der Therapeut stellt Überlegungen an /gibt Informationen, was kleine Kinder, Jugendliche, Erwachsene an belastenden Lebenssituationen ertragen und bewältigen können "Wenn jemand schon als Schulkind mit einer solchen Familienkatastrophe konfrontiert wird, ist er massiv überfordert, auch wenn er alles ihm mögliche tut, um die Situation zu ertragen oder zu meistern; eine andere Reaktionsweise als die Ihrige stand Ihnen wahrscheinlich nicht zur Verfügung"

5. Therapieziel: Die heutige Funktionalität/Dysfunktionalität des Verhaltensmusters untersuchen: Was nutzt es, was schadet es.

Therapeutische Interventionen: "Vielleicht könnten Sie die Kosten und Nutzen dieses Vorgehens abwägen; mein Eindruck ist, Sie zahlen einen hohen Preis und gehen sehr lieblos mit sich um."

6. Therapieziel: Das Verhaltensmuster als etwas Eigenes akzeptieren und Verantwortung dafür übernehmen.

Therapeutische Interventionen: Entlastungsangebote bezüglich der vermeidbaren Selbstüberforderung: "Vielleicht müssten Sie in Ihrer Situation nicht unbedingt..."

Belastungsforderungen bezüglich unvermeidlicher Realitäten oder anstehender Entwicklungsaufgaben "Wahrscheinlich ist es unvermeidlich, dass Sie als Frau/Mann in Ihrem Alter, in Ihrer Situation..."

7. Therapieziel: Alternative Möglichkeiten erproben

Therapeutische Interventionen: Der Therapeut unterstützt den Patienten aktiv bei der Suche und dem Ausprobieren von neuen Möglichkeiten. Er stellt sich als Mentor/Coach/Elternersatz zur Verfügung, äußert Anerkennung für unternommene Versuche, Ermutigung bei gescheiterten Ansätzen, Freude bei erfolgreichen Bemühungen ("Ich finde es erstaunlich, dass Sie den Versuch gewagt haben." "Das ist leider schief gegangen, aber es muss nicht der letzte Versuch gewesen sein." "Vielleicht müssen wir uns gemeinsam überlegen, was man in dieser Situation...")

8. Therapieziel: Die therapeutische Situation nutzen lernen

Therapeutische Interventionen: Der Therapeut fokussiert auf die therapeutische Situation, in welcher die interpersonellen strukturellen Probleme gerade so deutlich werden wie in anderen Beziehungen. (Keine Übertragungsdeutung bezüglich dessen, was der Patient eigentlich will). Der Therapeut sieht sich selbst und die Therapie nicht als aktuellen Mittelpunkt im Leben des Patienten, sondern als Reflexionsort und Anlaufstelle, die der Patient bei Bedarf nutzen kann (speziell zu Therapiebeginn mit allen technischen Mitteln wie Brief, Fax, Telefon, SMS, E-mail)

Die Ziele 2,3,4 enthalten die strukturelle Aufgabe der Integration, mit 5 und 6 beginnt die Aufgabe der Steuerung, der Verantwortung für das eigene Wohlergehen, der Abwendung von Schaden von der eigenen Person. 7 und 8 beinhalten nicht nur die Verwirklichung des zunehmend konturierten Selbst, sondern auch die emotionale Nutzung der therapeutischen Beziehung, die aktive Hereinnahme neuer emotionaler Erfahrungen und die Internalisierung von positiven neuen oder wieder belebten Beziehungserfahrungen.

Teil 2. Ähnlichkeiten und Differenzen zwischen strukturbezogener Therapie nach Gerd Rudolf und der Individualpsychologie Alfred Adlers

Im Ansatz von Gerd Rudolf sind die Behandlungsanleitungen verschiedener psychoanalytischer Richtungen integriert (Rudolf 2007a, S. 146). Insofern die analytische Individualpsychologie an der Analyse des Persönlichkeitsideals gearbeitet hat, ist sie der Therapie der Selbst-Struktur nach Gerd Rudolf ähnlich und kann dessen Behandlungsanleitungen als eine differenzierende Fortentwicklung übernehmen.

2.1 Ähnlichkeiten beider Therapieformen

Die Ähnlichkeiten von strukturbezogener Psychotherapie und Individualpsychologie liegen in der Mustererkennung, den therapeutischen Haltungen und der Aktivität des Therapeuten.

2.1.1 Mustererkennung

Die therapeutische Vorgehensweise Gerd Rudolfs (S. 137 und 138), ein Muster im Erleben und Verhalten des Patienten zu erkennen und dem Patienten zu spiegeln, es als emotionale Antwort auf eine aktuelle Situation und als etwas biographisch Gewachsenes zu sehen, kann als Lebensstilmuster nach Adler aufgefasst werden. Es bleibt offen, ob Gerd Rudolf ein solches Muster ebenso umfassend wie Adler als Lebensentwurf sieht (siehe Beispiel eines Lebensstils S. ■ und ein weiteres Beispiel in Eife 2005, S. 102). Wie Adler sieht er in diesem Muster keine Abwehrformation, sondern eine Bewältigung oder Notlösung, mit Adlers Worten: eine kompensatorische Bewältigung einer "bedrohlichen kindlichen Situation" (Adler 1913a, S. 43) zur Sicherung des Persönlichkeitsideals.

Allerdings ist die Arbeit am Erlebens- und Verhaltensmuster, die ja eine inhaltlich-individuelle ist, bei Gerd Rudolf eingebettet in eine Systematik und wissenschaftlich-

objektivierende Vorgehensweise, wie sie in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (2006) angewandt wird. Dementsprechend liegt der Schwerpunkt bei Gerd Rudolf im systematischen Erfassen und Therapieren der beeinträchtigten strukturellen Funktionen.

2.1.2 Therapeutische Haltung

Die therapeutische Haltung Gerd Rudolfs (S. 122), „sich hinter den Patienten zu stellen“, erinnert an Adlers Aussage: "Mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen." (Adler 1928f, S. 267) Allerdings handelt es sich bei Adler weniger um eine Haltung als um eine Mitbewegung des Therapeuten (siehe auch Heisterkamp 1996) mit der Bewegung des Patienten. Nach Adler ist „Seelenleben [...] Bewegung und Richtung, unter ein Ziel gestellt“ (Adler 1932g, S. 82). Der Therapeut müsse „Bewegung, die Form geworden ist“, also „gefrorene Bewegung“ wieder in Bewegung auflösen (Adler 1933i, S. 258).

Das Kapitel von Gerd Rudolf über die therapeutischen Haltungen erscheint mir nicht nur bemerkenswert wegen der Nähe zu Adler, sondern erscheint mir insgesamt als Ausdruck von Humanität. Gerd Rudolf nimmt hier das subjektive Leiden (Die therapeutische Einstellung des „Erbarmens“ meint „das Erkennen des erfahrenen Leides und eine Anteilnahme daran, ohne dass Mitleid und Tröstungsversuche in den Vordergrund treten.“ S. 137) und das "Sosein" ("Der Patient ist wie er ist und so soll er auch bleiben dürfen." S. 134) des Patienten ernst. Ernstnehmen ist bei Adler verbunden mit seiner Bemühung, den Patienten zu verstehen. Dabei stellt Adler an die Selbsterfahrung des Therapeuten einen hohen Anspruch. Er schreibt: „Wir halten einen Fall erst dann für geklärt und getrauen uns von Heilung zu sprechen, wenn wir verstehen können, warum der Patient diese und gerade diese Form des fehlerhaften Agierens gewählt hat. Noch mehr: wenn wir uns eingestehen, dass unter den gleichen Verhältnissen wir zu der gleichen neurotischen Lebensform gekommen wären“ (Adler 1930j, S. 207).

2.1.3 Aktivität des Therapeuten

Eine weitere Ähnlichkeit liegt in der Möglichkeit einer größeren Aktivität (Rudolf, S. 124) des Therapeuten bezüglich klärender, spiegelnder und antwortender Interventionen (Rudolf, S. 133). Nach Adler gibt es kein theoretisches Hindernis, je nach den Erfordernissen des individuellen Patienten mehr oder weniger aktiv an der Interaktion teilzunehmen. Sofern der Patient eine größere Aktivität des Therapeuten benötigt, wird auch dies als Ausdruck seines unbewussten Lebensstilmusters gesehen und muss erforscht werden. Inwieweit dieses Benötigen auf einem „Nicht-Können“ (strukturelles Defizit) oder auf einer zutiefst

unbewussten Sicherungstendenz von „Nicht-Wollen“ (zum Beispiel: Abwehrmechanismus der Dissoziation) beruht, wird der Verlauf der Therapie zeigen und kann auch unbeantwortet bleiben. Ein zutiefst unbewusstes Nicht-Wollen hat nichts mit Widerstand zu tun, der nur ins Unbewusste verdrängte Inhalte umfasst. Zum Beispiel kann die Selbstbeschuldigung mangelnder Intelligenz oder Dummheit als Identifikation mit dem Aggressor eine frühe Form der Verarbeitung einer pathogenen Beziehung darstellen und kann, als nonverbale Sicherungstendenz, irreversibel in der Gehirnstruktur verankert sein.

Adlers eigenständige Position liegt vor allem in der Theorie. Um diese Theorie zu würdigen, ist ein Umdenken erforderlich. Der übliche Gedankenweg, wie er sich auch bei Gerd Rudolf zeigt, geht von der Störung der strukturellen Entwicklung (Rudolf, S. 12) zur Entwicklung des autonomen Selbst, vom Einzelnen zum Ganzen. Bei Adler ist der Denkweg umgekehrt: Er schlägt vor, vom intuitiv wahrgenommenen Ganzen auszugehen und dies kognitiv zu analysieren.

2.2 Unterscheidung des Lebensstils nach Adler vom Bewältigungsmuster nach Gerd Rudolf

2.2.1 Das Leben als Muster bildender Prozess

Ein neurobiologischer Beitrag: Zur Einstimmung auf diese Sichtweise zitiere ich in Kürze den Neurobiologen Hüther über die "Macht der inneren Bilder". Er geht vom Leben als Ganzem aus und sieht wie Adler darin das Wirken eines Prinzips: das Leben als Muster bildenden Prozess. Diese Muster oder inneren Bilder (Erregungsmuster, Programme, Schemata oder Repräsentanzen) dienen der Gestaltung von Beziehungen auf der zellulären (genetischen) Ebene wie auch innerhalb von Individuen und zwischen Individuen.

"Im Prinzip unterscheidet sich das, was eine einzelne Zelle tut, nicht von dem, was ein Mensch oder eine ganze Gesellschaft unternimmt, wenn die innere Ordnung und der Fortbestand dessen gefährdet ist, was sich bisher als eine geeignete Lebensform erwiesen hat: Es werden bewährte, im Inneren bereit gehaltene Bilder wachgerufen und als handlungsleitende Reaktionsmuster, als erinnerte Vorstellungen oder in die Zukunft entworfene Visionen benutzt, um die eingetretene Gefährdung abzuwenden. Ohne den Rückgriff auf solche inneren Bilder ist kein Leben möglich" (Hüther 2004, S. 43). Von der Beschaffenheit dieser einmal entstandenen inneren Bilder hängt es ab, wie und wofür ein Mensch sein Gehirn benutzt und welche neuronalen und synaptischen Verschaltungen deshalb in seinem Gehirn gebahnt und gefestigt werden.

Dieses Prinzip des Lebendigen, Bilder oder Muster zu erzeugen, drückt Adler als Lebensstilmuster in Form einer Gleichung (Adler 1913a, S. 45) aus.

Adlers abstraktes Prinzip des Lebensstils:

Einschätzung (Individuum + Erlebnisse + Milieu) + Arrangement = Persönlichkeitsideal

Diese Formel stellt das Selbst oder den Lebensstil dar, nach Adler die Weise oder der Stil, "wie sich diese Kraft ‚Leben‘ in jedem einzelnen Individuum ausgestaltet und durchsetzt" (Adler, 1933i, S. 259).

Die Kernaussage Adlers zur Analyse des Lebensstils lautet: "Einsicht und Verständnis für den Lebensplan erwirbt man am besten durch künstlerische Versenkung, durch intuitive Einfühlung in das Wesen des Patienten." Das dabei wahrgenommene Material ordnet Adler mit Hilfe von zwei Hypothesen: Die erste rechnet mit der Entstehung der Neurose "unter erschwerten Bedingungen" (Adler 1913a, S. 46) und sucht Erlebnis- und Reaktionsmuster in der Kindheit, die dem gegenwärtigen Lebensstilmuster gleichen. Die zweite Hypothese sieht im menschlichen Leben das oben genannte Prinzip: Einschätzung (der persönlichen Ressourcen und der Umstände) + Arrangement = Persönlichkeitsideal. Darin ist ausgedrückt, dass der Mensch zwar von seinen Genen und den traumatisierenden oder entwicklungsfördernden Umständen beeinflusst, aber nicht geleitet wird, sondern von seiner Einschätzung und seinem unbewussten Persönlichkeitsideal.

Die sogenannte Lebensstilanalyse ist in der Behandlungssituation sowohl eine künstlerische Versenkung wie eine kognitive, innere Arbeit (Eife 2005, S. 97) der Therapeutin.

Mit der Formulierung des konkreten Lebensstils füllen wir die abstrakte Gleichung des Lebensstilmusters - aber nur für den Augenblick der therapeutischen Sitzung. Wenn ich nun Adlers Gleichung an einem Fallbeispiel veranschauliche, halte ich eine solche Momentaufnahme fest und stelle sie etwas vereinfacht dar. Ich beschreibe nicht nur das Lebensstilmuster, sondern auch die strukturellen Funktionseinschränkungen, wie sie mir in den ersten Wochen und Monaten der Therapie erkennbar wurden. Diese Funktionseinschränkungen haben durch die Arbeiten von Gerd Rudolf eine Ausdrucksmöglichkeit gefunden. Bisher haben wir diese Funktionseinschränkungen erlebt, meist erfolgreich überbrückt durch genau diese größere Aktivität des Therapeuten, die Gerd Rudolf empfiehlt, aber wir konnten unser Tun noch nicht so deutlich reflektieren und benennen.

2.2.2 Beispiel einer Lebensstilanalyse

Die folgende Fallbetrachtung soll zeigen, wie die individualpsychologische Zusammenhangsbetrachtung die Diagnose einer strukturellen Störung vertiefen und die Patientin mit ihrer Symptomatik als konsistente Gestalt einfühlbar und verstehbar machen kann.

Eine junge Frau wurde vom Nervenarzt zur Psychotherapie geschickt. Sie hatte auf einem Spezialgebiet in ihrer Firma Karriere gemacht, war dann wegen eines Nervenzusammenbruchs und einer psychotischen Krise mit Wahnvorstellungen zwei Monate in einer psychosomatischen Klinik. Unter der Medikation kam es in der Folge nur noch zu depressiven und hypomanischen Episoden. Auch die Psychose ist nach Adler Ausdruck des Lebensstils; unerträgliche Angst soll unbewusst durch ein Streben nach "Gottähnlichkeit", durch die Flucht aus der Realität, überwunden werden.

An dieser Stelle soll der Lebensstil der Patientin nur so weit entfaltet werden, dass nachvollziehbar wird, wie dieses individuelle Lebensmuster die gesamte Persönlichkeit bestimmt und auch die manisch-depressiven Schwankungen verständlich macht.

Zu Beginn der Therapie sollte die Patientin wieder in den Arbeitsprozess ihrer Firma eingegliedert werden. Sie klagt, dass sie oft unter einem Vorwand nach Hause flüchten müsse. Sie verstehe nicht, was der Chef von ihr wolle, halte es in dieser Firma nicht mehr aus. Sie überlege ernsthaft, ob sie den Beruf aufgeben müsse.

Was anscheinend so unerträglich für sie war, dass sie flüchten musste und sogar daran dachte, ihren Beruf aufzugeben, - darüber konnte sie nichts sagen. Nachfragen verwirrten sie nur.

Sie beklagte sich von Anfang an über ihre Umwelt, vor allem über den neuen Chef, der nicht führen könne, keine klaren Aufgaben stelle; das heißt unbewusst klagte sie äußere Bedingungen ein, unter denen sie funktionieren könnte. Mit den Worten Gerd Rudolfs (S.51): „In der strukturellen Störung resultiert das Leiden weniger aus den blockierten Ansätzen des eigenen Handelns (wie im neurotischen Konflikt) als vielmehr aus dem Tun der anderen, das schwer zu ertragen ist.“ Der Akzent der strukturellen Beeinträchtigung liegt auf der eingeschränkten Verfügbarkeit über jene Funktionen, die zur Regulation des Selbst und seiner Beziehungen erforderlich sind.

Der strukturelle Modus ist das Externalisieren; die Dinge geschehen im Außen und reißen die Person in ihren Strudel hinein. Es bedeutet bereits einen therapeutischen Fortschritt, wenn die Patientin spürt, was in ihr ausgelöst wird und was sie nicht aushalten kann. Dieser Zustand, die eigenen Gefühle nicht zu spüren, kann als Störung der strukturellen Funktionen beschrieben werden.

Einige Monate später konnte sie eine Erschöpfung, einen Spannungszustand im Körper, eine innere Unruhe benennen.

Nach weiteren Monaten wurde der Spannungszustand als Angst und Panik benennbar und auch der Auslöser gefunden: Die Patientin geriet vor einer Aufgabe oder Erwartung des Chefs in panische Angst; die fantasierte Größe dieser Aufgabe ließ sie fliehen. Das Fliehen wurde seltener, sobald sie ihr Gefühl des Entsetzens spüren konnte, das einsetzte, wenn sie keinen Lösungsweg sah. Noch schlimmer war, wenn sie keine Aufgabe bekam, dann kam sie sich völlig verloren vor, und diese totale Haltlosigkeit löste wiederum Entsetzen aus. Das heißt, ihre Selbstwahrnehmung, ihr Selbsterleben und situatives Erleben waren eingeschränkt, ebenso ihre Objektwahrnehmung. Die Erwartungshaltung des Chefs stellte sich in der extremen Form als Projektion heraus. Es wurde auch erkennbar, dass die Patientin von sich verlangte, immer sofort den Lösungsweg einer Aufgabe zu erkennen.

Biographisch ist bemerkenswert, dass ihre Mutter ständig Katastrophen befürchtete und ihr Vater, ein erfolgreicher, emotional für die Patientin unerreichbarer Geschäftsmann, ihr alles, was sie nicht sofort konnte, wortlos aus der Hand nahm. Er war ungeduldig, rechthaberisch und konnte nichts erklären. Als Kind hatte die Patientin wiederholt den Traum: Ein nicht definierbares Ungeheuer kam auf sie zu, bedrohte sie, und sie wachte voller Entsetzen auf. Dieser Traum zeigt die Befindlichkeit der Patientin, wie sie sich vor dem undurchschaubaren, bedrohlichen Leben ausgeliefert fühlt und keinen Ausweg mehr sieht.

Mit der Deutung einer Vater-Übertragung konnte die Patientin lange Zeit nichts anfangen – wie auch Gerd Rudolf dies beschreibt. Jahre später, als sie einem kleinen Neffen ungeduldig das Bastelmaterial aus der Hand nahm, konnte sie beim Erzählen in der Sitzung erkennen, wie sie dem Vater darin ähnlich war und eigentlich nicht so sein will.

Das von mir vermutete Beziehungsmuster zwischen dem Chef oder der zu bewältigenden Aufgabe und ihr selbst verstand sie zunächst nicht. Als ich das Bild des Berges einführte, der mächtig vor ihr stand, den sie erklimmen sollte ohne einen Weg zu sehen, konnte sie dieses Bild kognitiv verstehen, aber noch kaum auf sich beziehen; ein tieferes emotionales Verständnis für sich selbst entstand erst viel später.

Das folgende in diesem Fallbeispiel etwas schematisiert dargestellte Muster ist in allen Lebensbereichen der Patientin zu finden und kann als Lebensstil nach Adler formuliert werden, entsprechend der oben genannten Gleichung. In ihrer Symptomatik kann die Patientin verstanden werden, wenn im Sinne Adlers ein Konvergenzpunkt angenommen wird, ein fixer Punkt außerhalb, der das Subjekt transzendiert und ihm eine einheitliche Gestalt verleiht. Dieser Konvergenzpunkt des Ichs ist ein Postulat, eine „Denknotwendigkeit, die als

Voraussetzung des Verstehens unverzichtbar ist“ (Eife/Witte 2006, S. 42), denn als unbewusste Zielvorgabe erklärt er die Möglichkeit des einheitlichen Handelns und macht aus der Ansammlung der Symptome und unterschiedlicher psychischer Funktionen eine einheitliche individuelle Gestalt. Dieses „Ziel des menschlichen Seelenlebens“ ist die „Wurzel der Einheit der Persönlichkeit, der Individualität.“ (Adler 1923c, S. 1)

Das unbewusste Ziel der Patientin, ihr Selbstverständnis als Überfliegerin kann als Größenselbst, in ihrer Manie als Größenwahn benannt werden. Sie wollte so kompetent sein, dass sie alle nur möglichen Erwartungen erfüllen und übertreffen würde. Dieses Persönlichkeitsideal dient der Sicherung ihres Selbstwertgefühls, damit sie sich nie wieder wie als Kind beim Vater als Versagerin fühlen müsse. Hinzu kommt, dass sie anders als der Vater ihren Mitarbeitern eine fürsorgliche Chefin sein wollte, sie vor der bedrohlichen Welt schützen, wie sie einst die verängstigte Mutter beruhigen und schützen wollte. Mit diesem Ziel (Gegenfiktion) wollte sie sich einen Platz in der Welt sichern.

Die Einschätzung der Patientin von sich selbst und der Welt: Die Welt erscheint ihr unverständlich und extrem bedrohlich. Diese Einschätzung geschieht in den ersten Lebensmonaten unbewusst und nonverbal, ist atmosphärisch und leiblich empfunden und ins implizite Gedächtnis aufgenommen. Das implizite Gedächtnis enthält die Spuren von Erfahrungen, von emotionalen Situationen und Sinneswahrnehmungen, vor allem aber von Atmosphären, die nicht an Worte gebunden sind. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei die eigenen emotionalen Antworten auf das erlebte Leid, die eigene Verarbeitung.

Die im Folgenden gebrauchten Formulierungen des Lebensstils mögen als Ahnungen in der Therapeutin früh aufgetaucht sein, mussten aber erst durch den therapeutischen Prozess korrigiert und vom bewussten Erleben der Patientin bestätigt werden und sind nun Ergebnis des gemeinsamen Verstehens.

Um nicht Mutters Ängsten ausgeliefert zu sein, suchte die Patientin vergeblich die Zuwendung des Vaters, der Halt und Orientierung zu bieten schien, aber für das Kind entmutigend und undurchschaubar war, weil emotional nicht verständlich. Die Einschätzung der Patientin, ihr Lebensgefühl ist gut in ihrem Traumbild erfasst: hilflos ihrem Entsetzen ausgeliefert vor einer bedrohlichen ungeheuerlichen Welt.

Das kompensatorische Arrangement bzw. die Bewältigungsstrategie der Patientin: Sie wollte so stark und kompetent sein, dass sie die Mutter beschützen und glücklich machen und den Erwartungen von Vater und Welt entsprechen konnte. Sie konnte sogar fürsorglicher und kompetenter als Vater sein. Auf ihrem Spezialgebiet hatte sie durch ständige Fortbildungsmaßnahmen schnell eine Kompetenz erworben, die ihr keiner streitig machte.

Ihre steile Karriere zeigt sie einerseits als Überfliegerin; andererseits kümmerte sie sich als Projektleiterin sehr um ihre Mitarbeiterinnen, half ihnen, wo sie konnte.

Das Scheitern des Strebens nach dem Ziel und Symptombildung: Wenn die Patientin ihre Aufgaben lösen konnte, setzte sie sich selbst unter Druck, Höchstleistungen zu erbringen, steigerte ihr Engagement in hypomanischer Weise, bis sie an die Grenze ihrer Belastbarkeit kam; dann wurde sie von Hoffnungslosigkeit überwältigt und von einer depressiven Verstimmung gelähmt. Wenn die Patientin aber vor einer ihr noch unbekanntem Aufgabe stand und nicht sofort einen Lösungsweg fand, führte dies zur Dissoziation eines panisches Entsetzens und zur Flucht aus der Situation oder der Realität.

Diese Konkretisierung des Lebensstils verhilft uns dazu, uns in die Patientin einzufühlen, in der Mitbewegung ihre Lebensbewegung zu erahnen. Oft erscheint die Lebensbewegung eines Menschen so komplex, dass es uns schwer fällt, den Lebensstil konkret so klar zu beschreiben. Ich meine, darauf kommt es nicht an. Worauf es mir ankommt, ist unsere Aufmerksamkeit und unser Fragen nach diesem Lebensstil.

2.2.3 Umkehr der Blickrichtung: Die Lebensbewegung als Ganzes

Mir geht es darum, die verschiedenen Sichtweisen zu unterscheiden: den Blick auf die Lebensbewegung als Ganzes oder den differenzierenden Blick auf Teilbereiche. Wenn ich diese Unterscheidung treffe, dann sind Adlers Grundkonzepte immer nur von dieser Sichtweise her zu verstehen, nämlich von der Lebensbewegung als Ganzem, das heißt, sie lassen sich nicht in die Konzepte der Psychoanalyse ergänzend einreihen. Es geht mir nicht um Bewertungen, sondern um die Unterscheidung von Sichtweisen. Es handelt sich bei Adlers Sichtweise um ein anderes Paradigma, ein anderes Modell der Realität, in das umgekehrt die psychoanalytischen Konzepte als Phänomen-Beschreibungen differenzierend eingefügt werden können. Insofern enthält der Adlersche Ansatz die Tendenz, allgemeine Annahmen und Aussagen zu machen und eine Mikroanalyse eher zu vernachlässigen. Aber es sind eben keine allgemeinen, unspezifischen Annahmen, sondern Adler sieht in der Lebensbewegung die Wirkung eines äußerst komplexen fundamentalen Prinzips.

2.2.4 Das Individuum: Künstler und Kunstwerk zugleich

Das Selbst erschöpft sich nicht darin, Gestalt, Lebensstil, Identität, Persönlichkeit, Charakter zu sein. Eine allgemein bekannte Formulierung Adlers zur Kennzeichnung der Persönlichkeit oder des Selbstes lautet, das Individuum sei zugleich Künstler und Kunstwerk. Das Kunstwerk des Lebensstils wird geschaffen, um sich vor der Aufdeckung der vermeintlichen

Wertlosigkeit, in Wahrheit aber vor der Erkenntnis der eigenen existentiellen Nichtigkeit zu sichern. Von der Struktur der Persönlichkeit als einem Kunstwerk fragt Adler zurück auf die schöpferische Kraft des Künstlers: "Das Individuum ist mithin sowohl Bild wie Künstler. Es ist der Künstler seiner eigenen Persönlichkeit" (Adler 1930a, S. 7). Das geschaffene Kunstwerk ist sichtbar, der Künstler dahinter bleibt im Wesentlichen verborgen. Diese Sichtweise entspricht der Aufteilung des Ichs von Jacques Lacan in Je und Moi, das unbekannte, jedem Zugriff entzogene Selbst und das imaginäre bekannte Ich (siehe 2.2.5).

2.2.5 Die Einheit der Persönlichkeit durch das unbewusste Ziel

Adler gesteht der Persönlichkeit eine Einheit nur durch das unbewusst gesetzte Ziel (Adler 1930n, S. 242) zu. Nur dadurch erfahren wir so etwas wie ein einheitliches Erleben, in dem wir uns mit uns selbst identisch fühlen. Dadurch ist aber die Ich-Identität radikal in Frage gestellt. „Bezeichnend für Adler ist, dass er hierfür [für das Ich] keinen Begriff wählt, der die Vorstellung von einer dinglichen Gegebenheit, einer Entität, einer Substanz, eines Konstrukts oder einer Struktur nahe legt. Der Quelle der Individualität oder Identität des Individuums gegenüber ist die Frage: Was ist das? nicht angemessen, weil es nicht als Etwas existiert. Adlers Namen hierfür sind Bewegung, Leben, Lebensstil, individuelles Bewegungsgesetz“ (Witte 2000). Das Ich hat keine natürliche, nur eine fiktive Identität.

Adlers Identität wird also durch das Ziel außerhalb des Selbst bestimmt. Dabei kann das konkrete Ziel „als „realer“ erfahren werden als das Selbst (Hanly zit. v. Eife 1996, S.123), so sehr bezieht sich der Mensch in seinem Selbstverständnis auf dieses konkrete Ziel. Führen wir diese Gedanken weiter, so bezieht sich der Mensch in seinem Selbstverständnis von Anfang an auf den Entwurf seiner selbst, und dieser Vorgang ist nach Adler nicht bewusst. In einer Einführung zu Lacan schreibt Vogt (1990, S.179): „Das ganze Leben lang bemüht sich der Mensch, sich an diesem Bild zu orientieren, in der Meinung, es sei das innerste und tiefste Wesen seiner selbst. Je mehr er das tut, entfremdet er sich jedoch immer mehr von sich selbst, da er sich dabei an einem imaginären anderen orientiert und festhält.“ Diesen imaginären Anderen nennt Lacan das „Moi“. Hier trifft Lacan eine Differenzierung, die „die Instanz des Ich (moi) auf einer fiktiven Linie situiert“ (Lacan 1991, S.64). Als Bildner der Ich-Funktion beschreibt Lacan das Spiegelstadium. Schon im Alter von 6-18 Monaten entwirft das in den Spiegel schauende Kind ein imaginäres Bild von der Gestalt seines Körpers. Dieses imaginäre Bild von seinem Ich vermittelt dem Kind jene Einheit und Omnipotenz, die seine körperliche Existenz ihm noch nicht verleihen kann. „Das ist das ursprüngliche Abenteuer, in dem der Mensch zum ersten Mal die Erfahrung macht, dass er sich sieht, sich reflektiert und sich als

anders begreift, als er ist - die wesentliche Dimension des Menschlichen, die sein ganzes Phantasieleben strukturiert“ (Lacan 1990, S.105).

2.2.6 Betonung des Individuellen

In der Konkretisierung des abstrakten Prinzips Adlers ist erfasst, was den einzelnen Menschen bewegt. Es geht also nicht nur darum: Wie funktioniert eine Persönlichkeit, sondern wesentlich auch darum: Was bewegt diese Person, um zu einem individuellen Verständnis zu gelangen (siehe auch Eife/Witte 2006). Die „autonomen Ich-Funktionen“ wie Wahrnehmung, Gedächtnis, Affektdifferenzierung gehören zu dem, was Adler das Baumaterial der Ich-Bildung nennt. „Sie sind nicht der Prozess der von Adler in den Blick genommenen Ich-Bildung selbst“ (Witte 1991). Diese Ich-Funktionen, das "Wie funktioniert eine Persönlichkeit" wird bei Gerd Rudolf differenziert beschrieben und ist eine wichtige Ergänzung. Aber darüber sollte die Frage nicht vergessen werden: Was bewegt diese Patientin? Adlers Aufmerksamkeit gilt immer dem Individuum.

Der Aspekt der Intersubjektivität, das heißt der Beitrag des Therapeuten zum erkennbaren Verhaltens- und Erlebensmuster des Patienten, der in den letzten 20 Jahren ausführlich diskutiert wurde, fehlt bei Gerd Rudolf ganz. Intersubjektivität beinhaltet, dass Erleben und Verhalten des Patienten auch vom Gegenüber, vom Therapeuten abhängt und widerspricht jeder objektivierbaren Diagnostik und jedem Therapiemanual, bekräftigt also Adlers Betonung der Individualität.

2.2.7 Zielgerichtetheit (Teleologie)

Nach Adler geschieht der „Ausbau des menschlichen Seelenlebens“ unter „Zuhilfenahme einer fiktiven Teleologie“ (Adler 1923c, S. 1) durch die Aufstellung eines Ziels. Die Teleologie baut sich „auf immanenten Notwendigkeiten“ aus, ist aber in ihrer Eigenart eine „Schöpfung des Individuums“ (Adler 1926m, S. 365). Demgegenüber betont Gerd Rudolf so sehr, dass der Patient so bleiben kann, wie er ist, als ob sich der Therapeut keine Gedanken machen würde, wozu der Patient ein bestimmtes Muster entwickelt hat und - bei manchen Patienten in bestimmten Phasen der Therapie - wozu er dieses Muster weiterhin beibehält und trotz therapeutischer Bemühungen nicht ändert. In einer bestimmten Therapiephase kann diese Frage sehr hilfreich sein. Der Behandlungsanweisung, den Patienten so annehmen, wie er ist, kann ich mich sofort anschließen. Ich würde nur ergänzen, dass die „Frage nach dem Wozu“ (Spaemann/Löw 1985), die Frage nach den Fiktionen (Bruder 1998, Eife 1998) als innere kognitive Arbeit des Therapeuten für ein tieferes Verständnis notwendig ist.

2.3 Vorteile der Fokussierung auf Teilbereiche am Beispiel des Schweregrades einer Störung

Die Frage, wie schwerwiegend ist die Erkrankung oder Störung, wird von Gerd Rudolf differenziert beantwortet und mit Hilfe des Begriffs eines Strukturniveaus standardisiert. Nach Alfred Adler lässt sich diese Frage nur ungefähr beantworten. Nach seinen Kriterien bekommen wir nur eine Ahnung davon, wie gravierend das Leben der Patientin beeinträchtigt ist.

2.3.1 Kriterien nach Adler

2.3.1.1 Spannbreite von Einschätzung und Persönlichkeitsideal

"Zwischen diesen beiden Punkten spannt sich das neurotische System, der Lebensplan des Nervösen". "Dieser Kunstgriff des Denkens hätte das Gepräge der Paranoia und der Dementia praecox, die sich feindliche Gewalten schaffen zur Sicherung des Persönlichkeitsgefühls, wenn nicht dem Kinde die Möglichkeit gegeben wäre, jederzeit aus dem Banne seiner Fiktion zu entweichen,..." "Seine Unsicherheit reicht hin, um phantastische Ziele zur Orientierung in der Welt aufzustellen, ist aber nicht so groß, um die Realität zu entwerten und das Leitbild zu dogmatisieren, wie es in der Psychose geschieht" (Adler 1912a, S. 95-96).

Bei einer schweren Persönlichkeitsstörung werden feindliche Gewalten geschaffen, vor denen man sich sichern muss, das heißt Trauma und Täter werden zum Zweck der Sicherung verstärkt, zugleich wird das Ziel in die Nähe der Gottähnlichkeit gerückt.

2.3.1.2 Unterscheidung von Fiktion oder Dogma

Das Persönlichkeitsideal ist unterschiedlich stark fixiert. Die Frage ist: Handelt es sich um eine Fiktion, die leichter verändert werden kann, oder um ein Dogma, das unverrückbar erscheint? Nach Adler „klammert sich“ der Nervöse an seine „Leitlinie“, und „verliert dabei die Wirklichkeit aus dem Auge“, während der Gesunde stets bereit ist, dieses Hilfsmittel aufzugeben. Der Neurotiker aber „ist ans Kreuz seiner Fiktion geschlagen“ (Adler 1912a, S. 105).

2.3.1.3 Das Ausmaß der tendenziösen Apperzeption

Wüsste man nichts von den psychotischen Episoden, die vom Ausmaß des unerträglichen Erlebens zeugen, könnte man die Problematik meiner Patientin als Überich-Problematik, als blockierte Eigenaktivität und neurotischen Konflikt zwischen Unterwerfung und Auflehnung oder Abhängigkeit und Autonomie ansehen. Dann hätte die Patientin ihr Problem nur bei

Chefs, die dem Vater ähnlich sind und nicht in anderen Bereichen ihres Lebens. Aber bei dieser Patientin sind alle Bereiche ihres Lebens beeinträchtigt: die Beziehungen zu Freunden, zum Chef, zur Arbeit und zu sich selbst. Das Ausmaß dieser tendenziösen Apperzeption der Patientin und die damit verbundene Funktionsbeeinträchtigung von Selbst- und Fremdwahrnehmung sind global und entsprechen einer strukturellen Störung nach Gerd Rudolf.

2.3.2 Kriterien nach Gerd Rudolf: Unterschiedliches Strukturniveau

Bei Gerd Rudolf bekommen wir sehr differenzierte Kriterien für das Ausmaß der Störung. Einige habe ich schon genannt. Es handelt sich um die Beeinträchtigung der strukturellen Funktionen wie Selbst- und Fremdwahrnehmung, Steuerung, emotionale Kontaktaufnahme, die Internalisierung guter Objekte und der Orientierung in der Welt. Das strukturelle Funktionsniveau (Rudolf, S. 62) zeigt an, wie das Selbst und die Beziehung reguliert werden, speziell auch die Emotionen. Sofern wir diese Einteilung als Beschreibung möglichen psychischen Erlebens annehmen, mag es hilfreich sein. Sofern wir es als Fakten verdinglichen, entfernen wir uns von der lebendigen Lebensbewegung nach Adler.

Gut integriertes Strukturniveau: Ein relativ autonomes Selbst verfügt über die Möglichkeiten, Nähe und Distanz zu den Objekten zu regulieren und bei ihnen gegebenenfalls Unterstützung und Sicherheit zu erfahren; es verfügt über einen psychischen Binnenraum, in dem Konflikte intrapsychisch durchgespielt und gelöst werden können. Die innere Welt wird selbstreflexiv, die äußere Welt realitätsgerecht und empathisch wahrgenommen. In der inneren Welt befinden sich ausreichend gute innere Objekte. (**Angst**, die Zuneigung der Objekte zu verlieren).

Mäßig integriertes Strukturniveau: Die Erfahrung von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität sind eingeschränkt möglich. Die entsprechenden Bedürfnisse sind heftig, die Konflikte groß, die Steuerung schwierig. Autoaggressive und selbstentwertende Tendenzen. Das Selbst ist bedürftig und kränkbar, die Bilder der Objekte sind auf wenige Muster eingengt, Konflikte können nur mit Mühe intrapsychisch gehalten werden, dyadische Beziehungen sind vorherrschend (**Angst** vor Objekt- und Kontrollverlust).

Gering integriertes Strukturniveau: Das Selbst ist sehr bedürftig, sehr kränkbar, sehr impulsiv, das Bild der Objekte ist bedrohend-verfolgend oder ideal-gut. Wenig positive Erfahrungen, wenig entwickelter psychischer Binnenraum, geringe Differenzierung psychischer Substrukturen, Konflikte werden interpersonell erfahren. Fehlende Empathie und Kommunikationsfähigkeit (**Angst** vor Überwältigung und Auslöschung).

Desintegriertes Strukturniveau: Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder erscheinen verschmolzen. Gute innere Objekte sind nicht verfügbar. Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt; Handlungen erfolgen teilweise in dissoziativen Bewusstseinszuständen (**Angst** vor Ich-Verlust und Selbstauflösung).

Literatur

- Adler, Alfred (1912a/1997): Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. Kommentierte textkritische Ausgabe. Hg. von Witte, K.H., A. Bruder-Bezzel, R. Kühn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Adler, Alfred (1913a): Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. 1913: Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, 4, 39 - 51 [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]
- Adler, Alfred (1923c): Fortschritte der Individualpsychologie. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 2, S. 1 - 7, 10 – 12 [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]
- Adler, Alfred (1926k): Die Individualpsychologie als Weg zur Menschenkenntnis und Selbsterkenntnis. Du und der Alltag: Eine Psychologie des täglichen Lebens (J. Neumann (Hg.), Berlin: Warneck, S. 211 - 236 [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]
- Adler, Alfred (1926m): Individualpsychologie. Einführung in die neuere Psychologie (E. Saupe (Hg.), 4. Aufl., S. 364 - 372; 5. Aufl., ebd., S. 399 - 407. Osterwieck i. Harz: Zickfeldt [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]
- Adler Alfred (1928f): Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 6, S. 267 – 272 [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]
- Adler Alfred (1930a/1976a) Kindererziehung [The education of Children]. Mit einer Einführung von W. Metzger. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag
- Adler, Alfred (1930n): Grundbegriffe der Individualpsychologie. Handwörterbuch der Arbeitswissenschaft (F. Giese (Hg.), Bd. 1, S. 2428 - 2437. Halle a/S: Marhold Verlag [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]
- Adler, Alfred (1930j): Nochmals – Die Einheit der Neurosen. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 8, S. 201 – 216 [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]

- Adler, Alfred (1933i): Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühls. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 11, S. 257 – 263 [Studienausgabe Bd. 3 in Vorbereitung]
- Bruder, Klaus-Jürgen (1998): Die Auflösung der Fesseln der Fiktionen im analytischen Sprechen. Zeitschrift für Individualpsychologie 23: 244 - 259
- Eife, Gisela (1998): Die Analyse der Fiktionen in der individualpsychologischen Therapie. Zeitschrift für Individualpsychologie, 23, 260-274
- Eife, Gisela (2005): „Individualpsychologische Behandlung der Neurosen“ (Adler 1913-1930) – eine Re-Lektüre. In: Lehmkuhl, H. (Hg.): Die Gesellschaft und die Krankheit. Perspektiven und Ansichten der Individualpsychologie. Beiträge zur Individualpsychologie Bd. 31. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 95-112
- Eife, Gisela; Witte, Karl Heinz (2006): Das Individuelle in der Individualpsychologie. In: Bruder, K-J.; Bruder-Bezzel, A. (Hg.): Individualpsychologische Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Peter Lang, S. 33-60
- Hanly, Charles (1984): Ego ideal, ideal ego. International Journal of Psychoanalysis 65, S. 253-261
- Heisterkamp, Günter (1996): Psychotherapie aus der Mit-Bewegung. Formen "der" Empathie. In: Ulrike Lehmkuhl (Hg.), Heilen und Bilden – Behandeln und Beraten. München/Basel: Reinhardt (Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 22).
- Hüther G. (2004): Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Lacan, Jacques (1990): Die Topik des Imaginären. In: Das Seminar. Buch 1 (1953-1954) Freuds technische Schriften. Hg. von N. Haas, 2. Aufl., Berlin: Quadriga
- Lacan, Jacques (1991): Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktion, wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint. In: Schriften Bd.1. Hg. von N. Haas, 3. Aufl., Berlin: Quadriga
- Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2, Bern: Hans Huber
- Rudolf Gerd (2004): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer
- Rudolf, Gerd (2007a): Strukturbezogene Psychotherapiekonzepte und Behandlungsbasis. Ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin 2:142-148
- Rudolf, Gerd (2007b): Indikationsstellung zur strukturbezogenen Psychotherapie. PDP – psychodynamische Psychotherapie 2: 71-77

Spaemann, R. und Löw, R. (1985): Die Frage Wozu? Serie Piper, Piper Verlag, München
Vogt N. (1990): Analyse als Weg vom Ich zum Subjekt. Gedanken zu Jacques Lacan.
Daseinsanalyse 7, S. 174-185
Witte, Karl Heinz (1991): Wie ich wurde, der ich bin? Alfred Adlers Lehre von der
Ichbildung. Zeitschrift für Individualpsychologie 16: 11 - 28
Witte, Karl Heinz (2000): Wo nisten die Adler? Die Individualpsychologie im Revier der
analytischen Psychotherapien. www.khwitte.de

Dr. Gisela Eife
St.- Anna-Platz 1
80538 München
Tel: 089 29 16 19 38
E-Mail: eife@g-eife.de