Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Die psychoanalytischen Grundlagen der strukturbezogenen Psychotherapie

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 25.02.2011

Vorgelegt von:
Name, Vorname: Recke, Eric

Betreuende Prüfende/ betreuender Prüfer: Dr. Prof. Georg Schürgers
Zweite Prüfende/ zweiter Prüfer: Dr. Prof. Gunther Groen

Inhaltsverzeichnis

Einleitung....1

1. Die psychoanalytische Theorie....3

1.1 Mentzos Kernaussagen zur psychoanalytischen Theorie....4
1.1.1 Motivation....4
1.1.2 Struktur....6
1.1.3 Konfliktmodell....9
1.1.4 Die psychische Entwicklung....11
1.1.4.1 Erstes bis zweites Lebensjahr....12
1.1.4.2 Zweites bis drittes Lebensjahr....13
1.1.4.3 Viertes bis fünftes Lebensjahr....14
1.1.4.4 Sechstes bis elftes Lebensjahr....14
1.1.4.5 Zwölftes bis achtzehntes Lebensjahr....15
1.2 Mertens Empfehlungen für die psychoanalytische Therapie....16
1.2.1 Die psychoanalytische Grundregel....17
1.2.2 Die psychoanalytische Erkenntnishaltung....18
1.2.3 Deutung....19
1.2.4 Durcharbeiten....20
1.2.5 Handhaben der Übertragung....20
1.2.6 Handhaben der Gegenübertragung....21
2. Der Hamburger Verein Pape2 e.V....22

2.1 § 41 und § 34 SGB VIII als Grundlage für Sozialtherapie....23
2.2 Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft....24
2.3 Strukturbezogene Psychotherapie....25
2.3.1 Motivation....26
2.3.2 Struktur....27
2.3.3 Konflikt....29
2.3.4 Manual der strukturbezogenen Psychotherapie....30
2.3.4.1 Ziele....31
2.3.4.2 Themenschwerpunkte....32
2.3.4.3 Interventionen....33
2.3.4.4 Prozess....34
2.3.5 Aktueller Forschungsstand der strukturbezogenen Psychotherapie....35
2.3.6 Therapeutisches Setting....37
3 Fallbeispiel....38

3.1 Anna S.´s Depression....38
3.2 Anna S.´s psychische Struktur....45
3.3 Therapieverlauf....48
4. Schlussbetrachtung....54

Literaturverzeichnis....57

Einleitung

Alles wirkliche Leben ist Begegnung.

(Martin Buber)

Die Auseinandersetzung mit der Thematik der psychischen Therapie stellt in der Regel eine Konfrontation mit großem menschlichem Leiden und krankhaften Bewältigungsmechanismen dar. Psychische Krankheiten, welche nicht behandelt werden, haben oft zerstörerische Auswirkungen auf das gesamte Leben der betroffenen Personen. Dabei handelt es sich immer um instabile Strukturen der Seele, die den Anforderungen der Realität nicht gerecht werden können. Daraus resultieren leidvolle Gefühle, die bis zur Abkehr von der Realität oder zum selbst verursachten Tod führen können. Insoweit sind psychische Krankheiten sehr belastend für die betroffene Person, aber auch für die Menschen in ihrem Umfeld. Die Ursachen für psychische Krankheiten sind zahlreich. Denn jedes belastende Ereignis kann theoretisch Auslöser einer solchen sein. Dabei trifft immer das Ereignis auf die individuelle psychische Struktur der Betroffenen und in dieser Begegnung entscheidet sich, ob die Person das Ereignis gesund oder krankhaft bewältigen kann. Krankhafte Bewältigungen sind aufgrund der Vielfältigkeit der potentiell auslösenden Ereignisse häufig anzutreffen. Allein im Jahr 1998 hatten 48,8% der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren eine klinisch relevante Störung (sh. Anhang 1). Insbesondere jüngere Menschen, die noch über instabilere psychische Strukturen verfügen, sind dabei besonders anfällig. Hier kann eine psychische Krankheit die psychische Entwicklung hemmen und nahezu zu einem Stillstand bringen. Diese Menschen benötigen Hilfe und wenden sich in ihrer Not an ÄrztInnen, TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen. Die leidvolle Begegnung zwischen psychischer Struktur und den Anforderungen der Realität lässt somit eine weitere Begegnung entstehen, die das Leid mindern soll. Da Menschen mit psychischen Krankheiten eine therapeutische Beziehung benötigen, wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit nur noch von TherapeutInnen die Rede sein. Der Fokus wird dabei auf die strukturbezogenene Psychotherapie, eine spezielle Art der psychoanalytischen Therapie, gelegt werden. Die strukturbezogene Psychotherapie setzt an dem Punkt an, wo eigentlich eine stabile psychische Struktur in der Begegnung mit der Realität bestehen sollte. Sie versucht diese zu stärken, um das Leiden zu mindern und die KlientInnen für

die zukünftigen Begegnungen mit der Realität zu stärken. Die jungen Menschen sollen hierbei Thema dieser Arbeit werden, da die strukturbezogene Psychotherapie für diese Gruppe besonders geeignet erscheint. Weiterhin wird ein stationäres Setting der Kinder- und Jugendhilfe gewählt, um diese Therapieform in der Praxis darstellen zu können. Die als Beispiel gewählte Einrichtung ist dabei auf Menschen mit psychischen Krankheiten spezialisiert. Die Aufgabe der therapeutischen Arbeit in solchen Einrichtungen muss es sein, die Menschen bei ihren Problemen zu begleiten und neue Handlungsmöglichkeiten für die Zukunft zu erarbeiten. Die Arbeit muss die Menschen halten und schützen können, so dass diese gestärkt dem Verlauf ihrer Entwicklung folgen können. Therapie ist dabei immer eine Begegnung zwischen Menschen und um die Aufgaben zu erfüllen und bedeutsam für die KlientInnen zu werden, ist die Therapie eine Form des wirklichen Lebens. Nur findet diese in einer professionellen Betreuung statt. Dennoch sind die Wirkungsweisen von Beziehungen die gleichen, die Menschen schützen und halten. Darzustellen wie diese Therapieform diese Aufgabe erfüllen kann, wird Ziel dieser Arbeit sein. Auch sollen die folgenden Fragestellungen näher betrachtet werden: Was sind die wissenschaftlichen Grundlagen der strukturbezogenen Psychotherapie? Welche Faktoren wirken durch Anwendung dieser Therapieform? Kann Menschen mit psychischen Erkrankungen dadurch geholfen werden? In welchem Rahmen kann so eine Therapieform in der Kinder- und Jugendhilfe stattfinden?

Für die Bearbeitung des Thema wird diese Arbeit in drei Hauptteile gegliedert. Im ersten Kapitel wird in die psychoanalytische Theorie eingeführt. In diesem Kapitel werden Mentzos Kernaussagen zur psychoanalytischen Theorie dargestellt und in die drei Unterpunkte Motivation, Struktur und das Konfliktmodell unterteilt. Darauf folgt ein Abriss über die psychische Entwicklung von der Geburt bis zum achtzehnten Lebensjahr. Auf Grundlage dieser Einführung werden Mertens Empfehlungen für die psychoanalytische Therapie dargestellt. Diese gliedern sich in seine Erläuterungen der psychoanalytischen Techniken der Erkenntnishaltung, der Grundregel, der Deutung und der Handhabung der Übertragung und der Gegenübertragung. Das zweite Kapitel beinhaltet eine Darstellung des Hamburger Vereins Pape2 e.V., eines Trägers der Jugendhilfe. Die gesetzlichen Anspruchsgrundlagen für die Hilfeform bei Pape2 e.V. werden beleuchtet, worauf eine Definition der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft bei Pape2 e.V. folgt. In diesem Rahmen wird die strukturbezogenen Psychotherapie erläutert und in ihren Eckpunkten mit den drei Kernthemen der psychoanalytischen Theorie verglichen. Diese Ausführungen werden an dem Manual der strukturbezogenen Psychotherapie spezifiziert, das sich in

die Ziele, die Themenschwerpunkte, die Interventionen und den Prozess der strukturbezogenen Psychotherapie gliedert. Daraufhin folgen eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zur strukturbezogenen Psychotherapie und einige Anmerkungen zum therapeutischen Setting in dieser Einrichtung der Jugendhilfe. Das dritte und letzte Kapitel vor der Schlussbetrachtung und seinen weiterführenden Gedanken stellt einen exemplarischen Fall aus der beschriebenen Einrichtung dar. Dabei wird zuerst eine psychosoziale Diagnose der Klientin Anna S. erstellt, um dann das Bild dieser Frau durch eine Darstellung ihrer psychischen Struktur zu schärfen. Als Abschluss werden der Verlauf der strukturbezogenen Psychotherapie bei Anna S. erläutert und welche Effekte erzielt wurden.

1. Die psychoanalytische Theorie

Die psychoanalytische Theorie ist nicht eine Theorie, sondern eher eine umfassende Sammlung von Theorien, was eine Definition erschwert. Diese umfassen sowohl Theorien über das Funktionieren des psychischen Lebens, über die Methoden, dies zu untersuchen, als auch über die Behandlung bei etwaigen Störungen. Laplanche und Pontalis ordnen die psychoanalytische Theorie klassisch der Psychoanalyse zu, die dort eine "Untersuchungsmethode", eine "psychotherapeutische Methode", sowie die "Gesamtheit psychologischer und psychopathologischer Theorien, durch die Gegebenheiten der psychoanalytischen Untersuchungsmethode und Behandlung systematisiert werden", darstellt (Laplanche 1973, S.410f). Somit wird Wissen über das psychische Leben mit bestimmten psychoanalytischen Untersuchungsmethoden akkumuliert, um eine Behandlung erfolgreich durchführen zu können. Dies ist eine größteneils an Störungen des psychischen Lebens orientierte Sicht auf die Realität, die sehr mit der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie zusammenhängt. Diese Entwicklung ging immer im Wechsel mit der psychoanalytischen Technik als Behandlungsmethode einher (vgl. Mertens 1990, S.18ff).

Es wird für den ersten Teil dieses Kapitels eine neuere Definition von Stemmer-Lück gewählt, die Psychoanalyse als "psychologische Theorie des psychischen Lebens und Erlebens, vor allem deren unbewusster Anteile" definiert (Stemmer-Lück 2004, S.18). Die Aspekte der Untersuchungs- und Behandlungsmethode treten somit erstmal hinter dem Funktionieren des psychischen Lebens zurück und werden erst danach unter "Mertens

Empfehlungen für die psychoanalytische Therapie" betrachtet. Denn selbst der Theoriebereich des psychischen Lebens gliedert sich in zahlreiche Untertheorien. Stemmer-Lück benennt die wichtigsten als "Konflikttheorie", "Ich-Psychologie", "Objektbeziehungstheorie", "Bindungstheorie" und "Selbstpsychologie" (Stemmer-Lück 2004, S.63f). Alle diese Ansätze haben ihre Wichtigkeit und existieren bis heute als eigenständige Erklärungsansätze für Teilbereiche der psychoanalytischen Theorie. Es wird hier nun die Konflikttheorie mit einem ihrer Vertreter — Stavros Mentzos, dargestellt, der mit seinem Konfliktmodell eins der bekanntesten Modelle in der psychoanalytischen Theorie konzipiert hat. Wobei als Grundlage dieses Modells zentrale Aspekte der Ich-Psychologie, der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie aufgegriffen und diskutiert werden.

1.1 Mentzos Kernaussagen zur psychoanalytischen Theorie

Zuerst wird der Zusammenhang von Motivation und der umgebenden psychischen Struktur dargestellt. Daraus ergibt sich eine Grundlage für Mentzos Konfliktmodell. Hierbei werden Mentzos Grundannahmen zu den Aspekten der Motivation menschlichen Verhaltens und der Struktur der Psyche diskutiert, um dann das Modell der neurotischen Konfliktverarbeitung darzustellen. Dies wird dann mit dem Ablauf der psychischen Entwicklung vom Kleinkind bis zum Jugendalter verknüpft, um so einen Überblick über einige wichtige Kernpunkte psychoanalytischen Verstehens zu erhalten.

1.1.1 Motivation

Motivation ist "alles, was eine Person dazu bewegt, zu agieren, oder, enger gefaßt, willentlich zu handeln." (Gedo 2000, S.457) Dieses alles beinhaltet nach Mentzos "Triebe [...],die eine somatisch-biologische Quelle haben" (Mentzos 2008, S.23), die auf den Einfluss der „Umgebung, also der realen Erfahrungen" (ebd.) treffen. Triebe entstehen somit aus dem Körper heraus und formen unter dem Einfluss der Realität das psychische Produkt der Motivation. Das Konzept der zu Grunde liegenden Triebe, das sich hauptsächlich um die Annahme „eines libidinösen und eines aggressiven Triebes“ (Mentzos 2008, S.24) dreht, wird nun um weitere menschliche Bedürfnisse erweitert. Die Libido ist hierbei „von Freud postulierte Energie als Substrat der Umwandlungen des Sexualtriebs...“ (Laplanche 1973, S.284), also eine körperlich entstandene Energie, die objektgerichtet und an dem

Ziel der Befriedigung orientiert ist (vgl. ebd.). Diese stellt für Freud „einen der wichtigsten >>Motoren<< seelischer Prozesse“ dar (Mentzos 2008, S.23), also die Grundlage jeder Motivation oder nach Gedo eben „alles, was eine Person dazu bewegt,[...],willentlich zu handeln“ (Gedo 2000, S.457). Erweitert man die Libido nun um die Aggression, die der „Gesamtheit von Tendenzen,[...], die darauf abzielen, den anderen zu schädigen, ihn zu vernichten, zu zwingen, zu demütigen usw.“ (Laplanche 1973, S.40) entspricht, erhält man Freuds schwarz-weiß gezeichnete Triebtheorie, die durch das Mischen der beiden Triebarten noch einige Grautöne zulässt. Mentzos geht hier erweiternd „von einer Förderung der libidinösen (und narzißtischen) Befriedigung durch die Aggression“ (Mentzos 2008, S.26) aus und stellt die Befriedigung der Triebe eben diesen beiden als Ziel voran. Insoweit könnte man schon dort analog von Bedürfnis- anstatt von Triebbefriedigung sprechen, da jeder Trieb Auslöser für ein Bedürfnis sein kann und auf Befriedigung drängt. Bei den dazugekommenen Bedürfnissen geht es nun insbesondere um „narzißtische[n] (Selbst)Bedürfnisse“ (ebd.), welche eigentlich alles umfassen, was ein Mensch für ein gesundes Seelenleben braucht. Einige Beispiele dafür wären Kommunikation und enge Bindungen mit anderen Menschen, sowie ein Gefühl von Identität und Autonomie. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei den „Emotionen, Affekte[n] und Gefühle[n] (Mentzos 2008, S.27) zu, die zwar „unterschiedlich definiert“ (ebd.) sind, aber „[i]m Gegensatz zu den Trieben,[...] direkt Erlebbares“ (ebd.) darstellen. Dies ist insoweit eine wichtige Tatsache, da die Theorie der Triebe nun auf die Praxis menschlichen Erlebens trifft und nachweisbar wird, da Emotionen die körperliche und psychische Folge der Triebe darstellen, was sich schon an dem Begriff „>>Triebderivate<<“ (Mentzos 2008, S.29) erkennen lässt.
Eine besondere Bedeutung unter den Emotionen kommt hierbei der Angst zu, da insbesondere die — oft sehr leidvollen, „diffuse[n] Angstzustände“ (Mentzos 2008, S.30), also ungerichtete Ängste, bei vielen psychischen Störungen auftreten. Die Angst wird hier aufgrund ihrer Phänomene im vegetativen Nervensystem und den ähnlich auftretenden Prozessen in der Tierwelt als „angeborenes und biologisch verankertes Reaktionsmuster“ (ebd.) zu Grunde gelegt. Somit lautet die Frage, warum aus diesem sinnvollen Muster scheinbar ohne Sinn und Zweck intensives Leid entstehen kann. Mentzos liefert darauf die Antwort, dass „scheinbar grundlose Angstzustände in Wirklichkeit wohlbegründete Reaktionen auf eine konkrete und bestimmte Gefahr sind. Allerdings handelt es sich um eine Gefahr, die unbewußt bleibt.“ (ebd.) Diese unbewussten Gefahren sind in ihrer Anzahl und ihrer Qualität vielfältig und variieren die verschiedenen Angstreaktionen (vgl. Mentzos 2008, S.36). Aber nicht nur die Art der Gefahr, sondern auch die „Ich-Reife“ (Mentzos

2008, S.37), also der Stand der Entwicklung der psychischen Strukturen, entscheidet über die Beschaffenheit der Angstreaktion, sowie über das Ausmaß des Leidens. An diesem Punkt kommt die Frage nach der psychischen Struktur eines Menschen hinzu.

1.1.2 Struktur

Die psychische Struktur ist die Gesamtheit aller „intrapsychischen Formationen“ (Mentzos 2008, S.39) und entsteht durch „Differenzierung und[…]Integration“ (Mentzos 2008, S.40). Dies umfasst als wichtigste Eckpunkte die Instanzen des Strukturmodells nach Sigmund Freud, die Objektbeziehungen nach Melanie Klein, das Konstrukt des Selbst nach Kohut, sowie die Gesamtheit der Abwehrmechanismen nach Anna Freud (vgl. Mentzos 2008, S.40ff). Diese Formationen differenzieren sich während der psychischen Entwicklung aus der Psyche des Kleinkindes heraus und integrieren sich im Laufe des Heranwachsens, was noch näher beschrieben wird (sh. Kapitel 2.1.4).
Das Strukturmodell nach Freud besteht aus dem „*Es*“, welches einerseits „Triebenergiereservoir“ (Mentzos 2008, S.40) ist und andererseits nach der Befriedigung der Triebe mittels dieser Energie strebt. Dabei gibt es weder Widersprüche, noch zeitliche Rangfolgen oder Moral. Alle Inhalte bestehen gleichzeitig, endlos und ohne Bewertung (vgl. Laplanche 1973, S.147ff). Dort, wo die Triebenergie auf die Realität trifft, also zumindest biologisch im Gehirn, befindet sich das „*Ich*“. Dieses sorgt dafür, dass die Triebe das — für ihre Befriedigung, bestmögliche Ziel erhalten. Dabei muss dies nicht unbedingt als das sinnvollste Ziel erscheinen, sondern es handelt sich immer nur um das in dieser Situation für den Organismus am bestmöglichen zu erreichende Ziel (vgl. Mentzos 2008, S.40f). Weitere wichtige Funktionen des *Ich* sind „Wahrnehmung[...]Schranke gegen übermäßige Reize[...]Realitätsprüfung[...]Handeln[...]Denken[...]Abwehr“ (Hartmann 1972, S.120f), also quasi jede Form rationalen Denkens und Handelns, sowie die Aufgabe der Filterung zwischen Realität und Individuum. Eine weitere Struktur des *Ichs* ist das „*Über-Ich*“, welches die Funktionen des „Gewissen, der Selbstbeobachtung, der Idealbildung“ (Laplanche 1973, S.540) umfasst, also als Diener der Normen und Werte der Realität versucht diese im Handeln, Denken und Fühlen des Individuums durchzusetzen. Das Über-Ich wird durch Verinnerlichung der Normen und Werte der Umwelt gebildet .
Diese Verinnerlichung, oder auch „Internalisierung“ (Hoffmann 2009, S.18), bezieht sich dabei nicht nur auf Normen und Werte, sondern auf das gesamte „Bild vom anderen, in

der ersten Linie das der primären Bezugspersonen, Eltern, Geschwister, wird aufgenommen und intrapsychisch stabil verankert“ (ebd.). Die so entstandene stabile Verankerung macht einen bedeutenden Anteil der psychischen Struktur aus. Bei den Bezugspersonen handelt es sich hier um sogenannte „Objekte[...]die Beziehungspartner eines Kontakt und Kommunikation suchenden Menschen“ (Mentzos 2008, S.42f) und die Beziehungen zu diesen sind die sogenannten „Objektbeziehungen“ (Klein 1962, S.146). Dabei sind nicht nur die tatsächlich stattgefundenen Interaktionen gemeint, sondern auch alle Phantasien, die ein Mensch — im Hinblick auf seine primären Bezugspersonen, produziert. Insbesondere der Charakter der Strukturierung steht hierbei im Vordergrund, da jede Beziehungserfahrung — sei es Realität oder Phantasie, die psychische Struktur verändert (vgl. Mentzos 2008, S.43). Das Gegenstück zur Interalisierung ist die „Externalisierung“ (Mentzos 2008, S.46), also das nach außen Transportieren eines inneren Bildes einer Person. Da die Verinnerlichung von Beziehungserfahrungen die psychische Struktur des Individuums verändert, verändert die „Veräußerlichung“ die Realität. Einerseits geschieht dies durch intrapsychische Veränderung des Bildes der Realität im Individuum, als auch durch die reale Veränderung der Umwelt unter dem Einfluss der externalisierten Erwartungen und Phantasien, worauf die Realität wieder verinnerlicht wird. (vgl. Mentzos 2008, S.49). Somit ergibt sich hier wieder ein Bild der steten Differenzierung und Integration der psychischen Struktur.

Eine weitere Unterstruktur der psychischen Struktur ist der „Narzißmus als System des Selbst“ (Mentzos 2008, S.52), der „alle[...],Mechanismen[...],die bei der[...]Regulation des Selbstwertgefühls beteiligt sind“ (ebd.), umfasst. Dieses *Selbst* wurde schon von seinem größten Verfechter als „Struktur innerhalb der Psyche“ (Kohut 1973, S.15) erkannt. Der zentrale Aspekt dabei ist die „narzißtische Homöostase, also die Aufrechterhaltung eines optimalen Niveaus des Selbstwertgefühls“ (Mentzos 2008, S.53), wonach alle genannten Mechanismen pausenlos streben.

An dieser Stelle sei auch noch einmal auf die Gleichsetzung von Triebbefriedigung und Bedürfnisbefriedigung verwiesen, die nun unter dem Aspekt der beiden zu Grunde liegenden psychischen Struktur erklärbar wird. Triebbedürfnisse entstehen aus dem *Es* und alle darüber hinausgehenden Bedürfnisse lassen sich unter dem Aspekt der narzisstischen, oder anders genannt, der *Selbst*-Bedürfnisse zusammenführen (vgl. Mentzos 2008, S.55). Auch Kernberg beschreibt das *Selbst* als „abhängig von dem dynamischen Unbewussten“ (Kernberg 1984, S.275), also dem *Es* und als einen „konstanten, zugrundeliegenden Strom, der das psychische Funktionieren beeinflusst“ (ebd.). Dies lässt

sich insbesondere an dem Phänomen des körperlichen, psychischen und seelischen Gleichgewichtes — auch als das „optimale Spannungsniveau“ (Mentzos 2008, S.76) oder eben auch als die narzisstische Homöostase bekannt, beobachten, dass alle Menschen anstreben, da jedes Bedürfnis auf dieses Ziel gerichtet ist.

Auch die Abwehrmechanismen stehen im Dienste dieses Strebens nach Annäherung an besagtes Gleichgewicht. Nach der klassischen Vorstellung dienen alle Abwehrmechanismen dem „Schutz des Ichs gegen Triebansprüche“ (A. Freud 2009, S.50), also nach erneuter Erweiterung dem Schutz gegen Trieb- und Bedürfnisansprüche. Somit könnte man sagen, dass unter dem Begriff „Abwehr“ alle „intrapsychischen Organisationen, die darauf abzielen, unlustvolle Gefühle, Affekte, Wahrnehmungen etc. vom Bewusstsein fernzuhalten“ (Mentzos 2008, S.60), verstanden werden können. Das Bewusstsein ist hierbei also ein bedeutender Ort, wo unlustvolle Gefühle, also Leid ertragen wird, denn jede Abwehrtätigkeit steht im Dienst des Individuums, so dass dieses bestimmte leidvolle Emotionen nicht bewusst ertragen muss. Dies lässt sich auch von der Vorstellung eines psychischen Gleichgewichtes ableiten, welche eher leidlos als leidvoll ist.

Somit besteht ein Vorgang der Trieb- oder Bedürfnisbefriedigung aus dem körperlichen Bedarf des *Es* und dem psychischen Bedarf des *Selbst*, der Zielwahl durch das *Ich* und der normativen Kontrolle durch das *Über-Ich*, wobei die Abwehrmechanismen dem *Ich* als Filter zur Verfügung stehen. Es folgt ein eigens entwickeltes erweitertes Modell der drei Instanzen, welches den heutigen Wissensstand um die psychische Struktur verdeutlichen soll (vgl. Anhang 2). An diesem Modell wird deutlich, dass die frühere Abgeschlossenheit des Individuums (vgl. S. Freud 2007, S.259ff.) einem integrativen Modell der psychischen Struktur gewichen ist. Nicht nur das *Es*, sondern insbesondere *Selbst*-Bedürfnisse, die stetig von den verinnerlichten Objektbeziehungen beeinflusst werden, machen den motivationalen Kern des Menschen aus. Somit besteht ein dauerhafter Austausch zwischen Realität und Individuum, der eben nicht nur aus Ansprüchen der Realität besteht. Insbesondere durch die Beziehung zu den Objekten erhält dieser Austausch die Qualität der Differenzierung und Integration.

Diese Eckpfeiler der psychischen Struktur stehen aber nur bei einer relativ normalen Entwicklung zur Verfügung. Hier lässt sich auch leicht die Störanfälligkeit dieses äußerst komplexen Systems erkennen, da all diese Untersysteme erst während der Kindheit heranreifen und angesichts der Realität immer neue Wege zu einem gelingenden Leben finden müssen. Die Suche nach diesen Wegen birgt ein großes Konfliktpotential.

1.1.3 Konfliktmodell

Um Konflikte dieser Art verstehen zu können, bietet sich die Konzeption eines Konfliktmodells an. Der Vorgänger des Konfliktmodells nach Mentzos ist Freuds „Traumatheorie der Neurose“ (Mentzos 2008, S.77). Hierbei entsteht der ungelöste Konflikt aus Situationen, in denen das Individuum einen starken Affekt nicht abreagieren oder verarbeiten kann. Zum Beispiel ein angeschrienes Kind, das seine Wut darüber nicht an der geliebten Mutter abreagieren kann, da es Angst hat, dass diese sich dadurch von ihm abwendet. Diese Situationen sind vielfältig und reichen von „Frustrationen des Kontaktbedürfnisses“ (Mentzos 2008, S.78) bis zu „>>narzisstische[n]<< Kränkungen“ (ebd.). Wiederholen sich ähnliche Situationen, entsteht durch das stetige Zurückhalten des Affektes eine dauerhafte Arbeit des *Ich*, das stetig damit beschäftigt ist, den Affekt zu verdrängen und sensibler für zukünftige ähnliche Situationen zu werden, um sich vor Schaden zu schützen (vgl. Mentzos 2008, S.77ff). Hier lässt sich ein Aufeinandertreffen von Motivation und Struktur erkennen. Die Motivation trifft in Form von Bedürfnissen auf die Struktur — in diesem Fall das *Ich*, welches nun die Aufgabe hat, den bestmöglichen Kompromiss mit der Realität zu finden. In besagtem Beispiel wäre eine Alternative gewesen, dass das Kind zurück schreit und entweder die Abwendung der Mutter erträgt oder die Mutter unerwartet reagiert. Trotzdem ist jede Option mit potentiellen Konflikten verbunden. Dies zeigt die unendliche Vielfalt und Komplexität menschlicher Konflikte, welche sich in drei Kategorien unterteilen lässt: Der „äußere(r) Konflikt“ (Mentzos 2008, S.74), der bewusste „innere(r) Konflikt“ (ebd.) und der unbewusste innere Konflikt. Äußere Konflikte sind bei obigem Beispiel das Verwehren eines durch das Kind vorher geäußerten Wunsches durch das Schreien der Mutter. Der innere Konflikt wäre die Abwägung des Kindes, ob das Schreien gerechtfertigt war. Der unbewusste innere Konflikt ist dann der unbewusste Gegensatz zwischen der Abhängigkeit von seiner Mutter und dem Autonomiestreben des Kindes seinen Wunsch durchzusetzen. Die Konflikte treffen in dieser Situation auf die psychische Struktur des Kindes und ihr „Reifungsgrad“ (Mentzos 2008, S.109) entscheidet über die Möglichkeiten des Abreagierens oder eben der Verdrängung. Somit besteht dieses Modell aus der Komponente des Konfliktes und der Komponente der Struktur, zu denen eine dritte Komponente, nämlich der „Modus der Verarbeitung“ (ebd.) hinzukommt. Damit ist die „Gesamtheit aller Reaktionen, die die Verarbeitung des Konfliktes darstellen“ (Stemmer-Lück 2004, S.74), gemeint. Dieses Modell erlaubt eine äußerst „flexible Betrachtung von psychischen Störungen“ (Stemmer-Lück 2004, S.75), da die Beschaffenheit der Realität in

Form des Konfliktes, die Beschaffenheit des Individuums in Form der Struktur und das Verhalten des Individuums in Form der Verarbeitung betrachtet wird.
Da im weiteren Verlauf Menschen mit psychischen Störungen betrachtet werden, wird hier noch eine Ergänzung des Konfliktmodells nach Mentzos gewählt. Das Modell des „reaktualisierten Entwicklungskonfliktes“ (Hoffmann 2009, S.60), welches fokussiert „pathogene Konflikte“ (Hoffmann 2009, S.16) betrachtet. Pathogene Konflikte sind solche, die vom Kind aufgrund seiner psychischen Verfassung zum Zeitpunkt des Erscheinens nicht adäquat gelöst werden konnten und in aktuellen Situationen wieder erlebt werden (vgl. Hoffmann 2009, S.16). Dabei läuft in der aktuellen Situation eine komplexe Kette von Ereignissen ab, die wie folgt aussieht:

„auslösende Situation → aktueller Konflikt → Angst → Regression → Reaktualisierung von infantilen Konflikten → Verstärkung der Konfliktspannung (Angst) → Abwehr → Misslingen der Verdrängung → Kompromissbildung zwischen den einzelnen Konfliktanteilen → Symptombildung“ (Hoffmann 2009, S.61)

Auslösende Situationen können dabei alles sein, was emotional bedeutsam und konflikthaft ist. Es entsteht ein aktueller Konflikt, der Angst mobilisiert, um eine Lösung zu finden. Kann keine adäquate Lösung gefunden werden, ist die Angst so groß, dass eine Regression, also der Versuch einer Lösung mit „kindlichen Mitteln“ (ebd.) und Verhaltensweisen, eintritt. Da die kindlichen Mittel aber schon damals keine adäquate Lösung boten, findet nun die Reaktualisierung des kindlichen Konfliktes statt, indem sich die Person aktuell überfordert fühlt und sogar in seiner Erinnerung keine ausreichenden Handlungsoptionen ausmachen kann. Man könnte sagen, dass die Person sich fast in ihrer ganzen Existenz bedroht fühlt. Daraus entsteht eine Verstärkung der Angst, auf die das *Ich* mit Abwehr reagiert — beginnend mit der einfachsten Form, der Verdrängung. Scheitert dieses Verdrängen ins Unbewusste, ist die aktuell gefühlte Spannung so groß, dass allen „Motivationsbündel[n]“ (Mentzos 2008, S.75) etwas stattgegeben werden muss. Daraus entsteht ein Symptom als „unzureichende Lösung“ (Hoffmann 2009, S.62) des Konfliktes. Bei dem oben genannten Beispiel wäre zum Beispiel ein Symptom des nun erwachsenen Kindes, in einer Situation, in der der/die Erwachsene von einer weiblichen Person angeschrien wird, sich zurückzuziehen und seine Bedürfnisse vollkommen zurückzustellen. Aktuell und in der Erinnerung an die Konflikte mit der Mutter, in denen das Kind sich womöglich auch schon zurückgezogen hat, stehen keine andere Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung. Als

Folge reagiert die Person in ähnlichen Situationen mit Rückzug und dem Nachteil, dass sie ihre Bedürfnisse im Konflikt mit anderen weiblichen Personen nicht formulieren oder signalisieren kann. Tritt dies nun häufig und in verschiedenen Situationen auf, ist es ein „repetitiv-dysfunktionaler Konflikt“ (Hoffmann 2009, S.21), da der Versuch der Lösung mit unerwünschten Nebeneffekten wiederholt wird. Die Arbeitsgruppe OPD-2 hat die zentralen sieben Kategorien dieser Konflikte als Muster identifiziert:

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwert
- Schuldkonflikt
- Ödipaler Konflikt
- Identitäts-(Selbst-)Konflikt

(vgl. Arbeitsgruppe OPD 2009, S.216ff)

Muster sind dabei „gleichartige Weisen, mit bestimmten Situationen umzugehen“ (Hoffmann 2009, S.15), seien sie auch noch so problematisch. Hierbei ist noch wichtig anzumerken, dass selbst Defizite in der psychischen Struktur des Erwachsenen auf frühe Konflikte zurückgehen (vgl. Mentzos 2009, S.83), was in der folgenden Beschreibung der frühen psychischen Entwicklung des Menschen deutlich wird.

1.1.4 Die psychische Entwicklung

Die psychische Struktur entwickelt sich im Laufe des Lebens und erfährt normalerweise in den ersten achtzehn Lebensjahren seine größte Veränderung, wobei gerade die ersten sechs als die prägendsten Jahre anzusehen sind. Dies geschieht in einem stetigen „Interaktionsprozess[...] zwischen Anlage und Umwelt“ (Mentzos 2008, S.88) und somit, insbesondere unter dem Aspekt der sich verändernden Objektbeziehungen, in Form einer dauerhaften Differenzierung und Integration von strukturellen Funktionen und Eigenschaften. Die frühe Phasentheorie Freuds der oralen, analen, infantil-genitalen und ödipalen Phase (vgl. Mentzos 2008, S.88ff) wird zu Gunsten der weniger stark abgegrenzten Phasentheorie von Erikson vernachlässigt, da dort anstatt einer eher körperlich orientierten Beobacht-

ung des Freudschen Modells, die Sichtweise der für jede Phase „speziellen kritischen psychologischen Konflikte“ (Erikson 1973, S.56) gewählt wurde. Auch wenn die einzelnen Organe und der Umgang mit diesen weiterhin eine zentrale Bedeutung haben, soll es hier primär um die Entwicklung der psychischen Strukturen gehen.

1.1.4.1 Erstes bis zweites Lebensjahr

Der Beginn dieser Entwicklung liegt bereits weit vor der Geburt, wobei es bis heute keine Möglichkeit gibt, dies genauer zu untersuchen. Dennoch sprechen Tatsachen, wie das frühkindliche „Bindungsverhalten“ (Hoffmann 2009, S.24), sowie die — schon zu diesem Zeitpunkt, enorme Komplexität des Säuglings und seines Verhaltens dafür. Es lassen sich an dieser Stelle auch die ersten Triebbedürfnisse nach „Nahrung, Flüssigkeit, Luft, Wärme“ (Mentzos 2008, S.93), aber auch und in besonderer Weise *Selbst*-Bedürfnisse nach „Kontakt und Sicherheit“ (ebd.) feststellen. Somit ist die Existenz des *Es* nahezu sicher anzunehmen. Die Zeit des ersten und — anteilig, des zweiten Lebensjahres steht unter dem Erwerb des „Ur-Vertrauen gegen [das] Ur-Mißtrauen“ (Erikson 1973, S.62), was in etwa ein befriedigendes Sicherheitserleben sowie die Möglichkeit Abhängigkeit zu leben entgegen dem Verwehren dieser Möglichkeiten entspricht. Dies beinhaltet grundsätzlich die adäquate Erfüllung physiologischer und psychischer Bedürfnisse. Hier befindet sich auch die „erste Aufgabe des Ich“ (Erikson 1974, S.243), nämlich diesen Konflikt, möglichst in Richtung eines gefestigten Ur-Vertrauens, zu lösen. Insoweit ist anzunehmen, dass das *Ich* sich sehr früh im Laufe des Lebens entwickelt oder schon bei der Geburt existiert. Weiterhin leitet die „Nähe der Mutter eine Objektbeziehung “ (Klein 1962, S.146), mit allen bereits erwähnten Konsequenzen (sh. Kapitel 1.1.2), ein. Man könnte auch von einer „psychischen Geburt“ (Mertens 1997, S.54) sprechen. Dazu kommt möglicherweise, dass das „Ich sich durch Introjektion von Objekten entwickelt“ (Klein 1962, S.152), also durch frühe Verinnerlichung der Objektbeziehung, was wieder dafür spricht, dass die Strukturen des *Ich*, mit den ersten Abwehrmechanismen und des *Selbst* bereits dort ihren Ursprung haben und sich stetig weiter ausdifferenzieren. Im Bereich der Objektbeziehungen lässt sich dazu noch eine Unterteilung in die erste Hälfte des ersten Jahres und dem darauf folgenden Jahr machen. Der erste Teil zeichnet sich durch eine „symbiotische Phase“ (Mentzos 2008, S.94) aus, während der sich das Kleinkind langsam aus der Einheit mit der Mut zu lösen beginnt und zunehmend seine Sinne einzusetzen versteht. Darauf folgt die „Separa-

tions-Individuationsphase“ (ebd.), in der das Kind beginnt, sich als Subjekt wahrzunehmen, wozu ein „Selbstbild“ (Hoffmann 2009, S.30) und ein „Körperbild“ (ebd.) ge-hört. Einhergehend damit kann es nun auch die Mutter und andere Menschen als von sich getrennt — also als Objekte, erleben, was zu einem großen Teil durch „unvermeidliche Frustrationen“ (Mentzos 2008, S.96) vorangetrieben wird.

1.1.4.2 Zweites bis drittes Lebensjahr

Diese Phase steht unter der Überschrift „Autonomie gegen Scham und Zweifel“ (Erikson 1973, S.75). Das Thema der Aggression, welche die Autonomie sichern soll, steht gegen das weiter bestehende Bedürfnis nach Abhängigkeit, was zu einem ambivalenten Verhältnis zur Mutter führt. Einerseits probiert das Kind sich aus, aber andererseits braucht es die Sicherheit, dass es jederzeit zur Mutter zurück kann, sollten die Frustrationen zu groß werden. Damit wird nicht nur die Abgrenzung zur Mutter fortgeführt, sondern auch und besonders die „Abgrenzung von der Umwelt und die Ausbildung eines Ich“ (Hoffmann 2009, S.33), was durch den beschrieben Prozess der Differenzierung und Integration von Realität und psychischer Struktur vonstatten geht. Scham und Zweifel können hierbei leicht durch zu behütendes Verhalten der Mutter entstehen. Das Kind fühlt sich abseits der Mutter sowieso schon weniger geschützt und nun bestätigt die ängstliche Mutter dem Kind auch noch seine Ungeschütztheit durch ängstliche Signale, was leicht Zweifel anregt und intendiert, dass es „rundherum allen Augen ausgesetzt ist“ (Erikson 1974, S.246). Glücken die ersten Autonomieversuche jedoch, bildet sich beim Kind die sogenannte „Objektkonstanz“ (Mentzos 2008, S.98), also eine „emotionale Autonomie“ (Hoffmann 2009, S. 35) von der Mutter, da das Kind sich so oft rückversichern konnte, dass es das Bild der jederzeit als Rückzugsort dienenden Mutter verinnerlicht hat. Dabei gilt der Vater durch eine Art „Triangulierung“ (Mentzos 2008, S.98) als stark begünstigender Faktor zur Loslösung von der Mutter. Auch Bowlbys Konzept der „Bindung“ (Hoffmann 2009, S.36), welches ein natürliches Expansionsstreben des Kindes bei gegebener „Bindungssicherheit“ (ebd.) intendiert, fällt in diesen Zeitraum. Bindungssicherheit ist dabei das angesprochene Sicherheitsgefühl und das Erleben von erfüllter Abhängigkeit.

1.1.4.3 Viertes bis fünftes Lebensjahr

Mit dem Eintritt ins vierte Lebensjahr vollzieht sich der Übergang zum Thema der „Initiative gegen Schuldgefühle“ (Erikson 1972, S.87). Die Initiative auf der Grundlage der — im besten Falle nun gesicherten, Subjekt-Objekt-Unterscheidung, sowie der Objektkonstanz. Insoweit ist die Initiative ein Resultat des natürlichen „Energieüberschuß[es]“ (Erikson 1972, S.88), der sich aus der sicheren Bindung ergibt. Sie äußert sich in verstärkter Aktivität der „Phantasie“ (Mentzos 2008, S.100), was im engeren Sinne das Aussenden von Gedanken in die Welt und ihre Möglichkeiten darstellt. Dazu umfasst sie generell „Aktivität“ (Erikson 1973, S.249) in jede Richtung. Der angesprochene Zweifel der vorangegangen Phase kann sich nun zu einem regelrechten Schuldgefühl steigern, da das Kind nicht nur alle Sicherheiten, sondern auch und insbesondere die Verbote der Eltern verinnerlicht hat. Selbst bei einem geringen Ausmaß an vorausgegangen Zweifeln, werden die Schuldgefühle in gewissen Situationen, die aufgrund ihrer reellen Gefahr durch Verbote gekennzeichnet wurden, überlebenswichtig. Hier wird gemeinhin der Anfang der Entstehung des *Über-Ich* vermutet, da dies nichts anderes als der psychische Niederschlag der elterlichen Normen und Werte im Kind ist (vgl. Mentzos 2008, S.100ff). Dabei spielt der Vater eine noch größere Rolle als bei der Triangulierung. Er und auch die Mutter werden nun realistischer erfasst und das Kind erkennt, dass es die „Eltern als Paar“ (Mertens 1994, S.95) erlebt und „Gefühle des Ausgeschlossenseins überwinden“ (ebd.) muss. Da das Kind inzwischen die Fähigkeit zu Aggression und Autonomie hat, kann dies in dieser Phase zu starken aggressiven Tendenzen gegenüber beiden Elternteilen führen. Die Liebe zu beiden steht jedoch normalerweise weiterhin im Vordergrund. Diese führt auch zu einer möglichen Lösung des Konfliktes, da das Kind sein — in der vorherigen Phase langsam erarbeitetes, Körper- und Selbstbild, was zunehmend auch die Geschlechtsidentität beinhaltet, nun in erhöhtem Maße mit den Eltern vergleicht. Es versucht seine Rolle in der Familie zu finden und zu erfüllen.

1.1.4.4 Sechstes bis elftes Lebensjahr

Diese Phase wird auch „Latenzzeit“ (Mentzos 2008, S.101) genannt, da sie zwischen der „ödipalen Periode und dem Beginn der Pubertät“ (ebd.), also zwischen zwei sehr gefühlsintensiven Phasen liegt. Insoweit könnte man diese Phase als eine etwas ruhigere Zeit bezeichnen, da das Kind seinen Platz in der Familie ausfüllt und sich der Aneignung

von Wissen widmen kann. Mit diesem Wissen eng verknüpft ist die Leistung, womit die Überschrift „Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl“ (Erikson 1973, S.98) geprägt wird, da das Kind bei ausreichend gelösten Konflikten der vorangegangenen Phasen eine starke Lust am Schaffen und Verstehen entwickelt. Ist es dagegen verunsichert, können sich leicht Minderwertigkeitsgefühle einstellen, da es nun zum Beispiel in der Schule in den Wettstreit mit Gleichaltrigen tritt. Insbesondere das Spielen hat hier die Funktion „über schwierige Erfahrungen“ (Erikson 973, S.101) nachzudenken und so, durch eine Art frühe Reflexion der Situation, die „Beherrschung der Lage“ (ebd.) wiederherzustellen. Das *Über-Ich* ist nun nahezu voll ausgebildet und kann alle seine genannten Funktionen ausführen (vgl. Mentzos 2008, S.102). Damit verbunden ist eine „vorübergehend stabile Identität des Latenzzeitalters“ (Mertens 1994, S.117), die in der folgenden Phase völlig neu strukturiert wird.

1.1.4.5 Zwölftes bis achtzehntes Lebensjahr

Die körperlichen und psychischen Veränderungen der Pubertät sind, im Gegensatz zur vorangegangenen Phase, enorm und bringen dass junge Körper- und Selbstbild völlig durcheinander. Insbesondere die „Regulierung des Selbstwertgefühls“ (Mertens 1994, S.132) leidet darunter, da Werte und Normen in dieser Phase neu definiert werden und sich zunehmend von den primären Bezugspersonen weg, hin zu Gleichaltrigen, entwickeln. Es entsteht „Identität gegen Identitätsdiffusion“ (Erikson 1973, S.106). Identität als „Zuversicht des Individuums, das der inneren Gleichheit und Kontinuität auch die Gleichheit und Kontinuität seines Wesen in den Augen anderer entspricht“ (Erikson 1974, S.256), also eine Übereinstimmung zwischen innerem Selbst-Bild und dem Bild anderer über den/die Jugendliche/n. Damit einher geht auch die „sexuelle Identität“ (Hoffmann 2009, S.46) und die Körperidentität. Diese neuen Aufgaben sind in Kombination mit den hormonellen Veränderungen enorm und führen nicht selten zu einer Überforderung, worin auch die Tatsache begründet liegt, dass viele Symptome psychischer Krankheiten zum ersten Mal in dieser Phase besonders auffällig werden. Insbesondere die fortschreitende Ablösung von den Eltern stellt einen Faktor großer Verunsicherung dar, da diese bis dato Ernährer, Beschützer, Wegweiser, Vorbilder und vieles mehr waren, welches der junge Mensch sich nun versucht selbst anzueignen. Gerade die Menge der Entwicklungsaufgaben macht die Gefühlsintensität dieser Phase aus und führt an ihrem Abschluss — bei

normalem Verlauf, zur Konsolidierung der wichtigsten psychischen Strukturen.
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass jede Phase spezifische Entwicklungsaufgaben beinhaltet und dass jede dieser Aufgaben vom jungen Menschen gelöst werden muss. Wie die Lösung im Einzelfall aussieht, ist unendlich variabel. Dennoch ist klar, dass alle gesunden Lösungen von der „richtigen Entwicklung zur rechten Zeit abhängen“ (Erikson 1973, S.59) und meistens nicht nur eine, sondern „zu viele gleichzeitige Veränderungen“ (Erikson 1973, S.25) zu einer, auf Dauer dysfunktionalen Lösung führen. Insoweit kristallisiert sich wieder ein Modell einer stetigen Differenzierung und Integration von Aufgaben und Funktionen der psychischen Strukturen heraus, welches in jeder Phase und bei jeder Phase potentiell konflikthaft ist. Somit sind Konflikte auch für problematische Entwicklungen dieser Strukturen verantwortlich, wobei man sagen kann, desto früher der Konflikt, desto größer die Problematik, da, wie deutlich geworden ist, alle Phasen aufeinander aufbauen.

1.2 Mertens Empfehlungen für die psychoanalytische Therapie

Basierend auf der psychoanalytischen Theorie, ist die psychoanalytische Therapie grundsätzlich ein "Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen" (Kriz 2001, S.21). Oder nach ihrem Begründer Freud eine "psychotherapeutische Methode,[...]die durch die kontrollierte Deutung des Widerstandes, der Übertragung und des Wunsches gekennzeichnet ist" (Laplanche 1973, S.410f). Dabei wird die "klassische" Psychoanalyse, die psychoanalytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Folgenden als einheitliche Technik betrachtet, da die Therapiesituationen sich stark ähneln (vgl. Mertens 1990, S.192ff). Denn alle Therapieformen setzen den "Bezug auf das lebensgeschichtlich gewachsene intrapsychische Kräftespiel einer unbewussten Problematik und deren Aktualisierung unter den Lebensbedingungen der Gegenwart" (Rudolf 2009, S.80) voraus. Das intrapsychische Kräftespiel einer unbewussten Problematik und deren Aktualisierung unter den Lebensbedingungen der Gegenwart wurde bereits in Form des reaktualisierten Konfliktes beschrieben (sh. Kapitel 1.1.3) und erweitert sich damit nur um die Perspektive der lebensgeschichtlichen Entwicklung. Um darzustellen, wie dieses Verfahren psychische Störungen behandelt, werden die wichtigsten Techniken und Kernbegriffe dieser Therapieform nach Mertens dargestellt. Diese sind neben der genannten Deutung, die psychoanalytische Grundregel, die psychoanalytische Erkenntnishaltung,

das Durcharbeiten und das Handhaben der Übertragung und der Gegenübertragung.

1.2.1 Die psychoanalytische Grundregel

Die Grundlegel bedeutet für den/die KlientIn alles "zu sagen, was er denkt und empfindet, ohne auszuwählen und ohne von dem, was ihm einfällt, etwas auszulassen, selbst wenn diese Mitteilung ihm unangenehm scheint, lächerlich, ohne Interesse, nicht zur Sache gehörig" (Laplanche 1973, S.172). Also im Prinzip alles, das für das Bewusstsein gedanklich fassbar ist. Damit sollen "konflikthafte Interaktionen in der Beziehung zum Analytiker pointiert hervortreten" (Mertens 2004, S.39). Dies soll durch die geringere normative Kontrolle entstehen, da dem Gehirn durch die gewünschte Spontanität und durch das Wegfallen von Gesprächsregeln — wie z.B. der Höflichkeit, zu wenig Zeit bleibt, konflikthafte Anteile zu unterdrücken. Daraus soll sich als einziger Bezug der/die TherapeutIn ergeben, der/die somit Auslöser und Ziel jedes Einfalles wird und sich somit schnell in einer engen Beziehung zum/zur KlientIn befindet (vgl. Mertens 2004, S. 11). Betrachtet man die Funktionen des *Über-Ich*, das durch verinnerlichte Beziehungsinteraktionen entstanden ist, erscheint die Möglichkeit naheliegend, dass mit dem methodischen Verdrängen dieser Struktur durch die Grundregel auch die verinnerlichten Beziehungsrückstände vorerst verdrängt werden. Somit wäre an dem nun "leeren" Platz genug Raum für eine neue Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt, die schnell mit den verdrängten *Über-Ich*-Anteilen in Interaktion tritt, da das Verdrängte nach dem beschriebenen Prinzip des *Es* trotz den Versuchen des/der KlientIn in die Realität drängt. Dies bietet konfliktreiches Material für eine enge Verstrickung der Interaktionspartner, an dem grundsätzliche Beziehungsmuster deutlich werden. Dennoch erscheint diese Technik nicht immer geeignet. Einem gut entwickelten *Ich* mit mäßig dysfunktionalen Beziehungsmustern mag sie helfen, mit dem/der TherapeutIn schneller in Beziehung zu treten. Im Falle einer hochgradig depressiven Person, deren *Über-Ich* sowie schon peinlichst genau auf jede ungewissenhafte Äußerung achtet, erscheint dies jedoch nicht adäquat. Insoweit muss bei der Anwendung dieser Grundregel je nach Störungsbild abgewägt werden, ob sie zu einem positiven Verlauf beitragen kann oder nicht. Jedoch erscheint sie gerade bei Therapien mit geringer Dauer und/oder Frequenz nach wie vor angemessen, um die Beziehungsinteraktion zu beschleunigen.

1.2.2 Die psychoanalytische Erkenntnishaltung

Als Gegenstück zur Aufgabe an den/die KlientIn, alles auszusprechen, gilt für TherapeutInnen, sich klar zu machen, auf was sie achten wollen und wie sie dies tun müssen. Es geht also um den Gegenstand ihrer Beobachtungen und die Mittel, mit denen sie diese Beobachtungen machen wollen — also um das Erarbeiten einer Erkenntnishaltung. Der Gegenstand lässt sich hier relativ einfach als der gesamte "Text des Patienten" (Mertens 2004, S.42) zusammenfassen. Dieser beinhaltet alles, was der/die KlientIn verbal und nonverbal produziert, also Worte, Gesten und die dabei sichtbar werdenden Emotionen (vgl. Mertens 2004, S.48). Dazu kommt die Beobachtung der "inneren Welt des Menschen, mit Vorstellungen, Wünschen, Phantasien und Begierden" (Mertens 2005, S.20). Dagegen teilen sich die Mittel in vielfältige Teilbereiche auf. Die größten Kategorien sind die "Aktivierung theoretischen Fachwissens, spezifische Schlußfolgerungen, Empathie, Regression, Introspektion" (Mertens 2004, S.43). Das theoretische Fachwissen ist dabei in zahlreiche psychoanalytische Vorannahmen — wie zum Beispiel das Wissen um die psychische Struktur, unterteilt, die TherapeutInnen sich aneignen müssen (vgl. Mertens 2004, S.54), um die Erlebniswelt von KlientInnen verstehen zu können. Hieraus ergeben sich spezifische Schlussfolgerungen, die insbesondere unbewusste Motive in dieser Erlebniswelt identifizieren sollen. Dabei sollen Auslassungen im Text von KlientInnen und Gründe für diese Auslassungen von TherapeutInnen imaginiert und dadurch lokalisiert werden (vgl. Mertens 2004, S. 50f), um diese Motive aufzudecken. Empathie kennzeichnet hier eine einfühlende Position, bei der TherapeutInnen "wissen, um welches Gefühl es sich beim Patienten handelt" (Mertens 2004, S.65) und so einerseits mitfühlen, aber diese Gefühle auch reflektieren und den KlientInnen widerspiegeln können. Dabei spielt auch die Regression eine große Rolle, da sie beinhaltet, dass TherapeutInnen "in sich kindliche Phantasien, Erlebnisse und Körpergefühle aufsteigen lassen" (Mertens 2004, S.80), die einerseits das Einfühlen in die Erlebniswelt von KlientInnen fördert und andererseits TherapeutInnen die Möglichkeit bietet, diese Erlebniswelt in ihrer Grundsätzlichkeit zu erfahren und zu einem größeren Verstehen zu gelangen. Hierbei kommt auch die Introspektion zum Tragen, da sie benötigt wird, um all diese erlebten Aspekte überhaupt verstehen und nachempfinden zu können. Insoweit müssen TherapeutInnen sich in diesen Mittel stetig üben, um fachlich wirksam zu bleiben und sich auf immer neue KlientInnen einlassen zu können.

1.2.3 Deutung

Um die Gefühle und das Verhalten von KlientInnen widerspiegeln zu können, wird die Technik der Deutung angewandt. Deutung ist in der psychoanalytischen Therapie immer die "Deutung des Unbewußten, mit dem Ziel, Unbewßtes bewußt zu machen" (Mertens 2004, S.122). Dabei wird in drei Schritten vorgegangen: Zuerst wird das Verhalten von KlientInnen beobachtet und redundante Phänomene werden gedanklich festgehalten. TherapeutInnen bilden sich in dieser Phase bereits erste Hypothesen über die motivationalen und strukturellen Hintergründe des Verhaltens. Daran anknüpfend wird die "Aufmerksamkeit des Patienten" (Mertens 2004, S.95) auf eins dieser Phänomene gelenkt, um bei den KlientInnen durch wiederholtes, an aktuelle sowie vergangene Ereignisse anknüpfendes Erkennen einen emotionalen Bezug zu diesem Verhalten im Hier und Jetzt herzustellen. Ist dieser hergestellt, folgt die Deutung des Verhaltens durch den/die TherapeutIn in einem "neuen Sinnzusammenhang" (Mertens 2004, S.95). Dadurch soll ein Effekt des emotionalen Begreifens dieses Verhaltens erreicht werden, das KlientInnen die Möglichkeit bietet dieses zusammen mit dem/der TherapeutIn zu reflektieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass KlientInnen bei ausreichend entwickelter psychischer Struktur etwaige Dysfunktionalitäten von Verhaltensweisen und Beziehungsmuster durch Anleitung emotional erfassen und verändern können. Dabei fungieren TherapeutInnen als neue Beziehungserfahrung, die einfühlsam und das Umlernen fördernd zugleich ist (vgl. Mertens 2004, S.122). Dennoch ist hierbei besonders auf die Annahme einer ausreichend entwickelten psychischen Struktur hinzuweisen, da insbesondere KlientInnen mit sogenannten "frühen Störungen" diese nicht besitzen. Frühe Störungen sind dabei solche, die lebensgeschichtlich sehr früh entstanden sind und somit nach der aufeinander aufbauenden Phasen der Phasentheorie umso belastendere Auswirkungen auf die Entwicklung der psychischen Struktur haben. Als Beispiel dafür wäre ein/e KlientIn mit einer Borderline-Störung, die Deutungen eher als uneinfühlsamen Angriff oder sogar als sinnentleerte Worte auffasst, da die Fähigkeit zur emotionalen Selbstreflexion und somit auch zur Reflexion von Beziehungsmustern stark eingeschränkt ist (vgl. Mertens 2004, S.116). Hier muss die Deutung möglicherweise beim Lenken der Aufmerksamkeit bleiben und den Schritt zum Herstellen eines neuen Sinnzusammenhangs zumindest für den Anfang der Beziehung auslassen. Dennoch ergibt sich daraus eine entwicklungsfördernde Erfahrung, da allein das Fokussieren der Aufmerksamkeit für KlientInnen einen positiven Effekt und eine Veränderung in kleinen Schritten bewirken kann.

1.2.4 Durcharbeiten

Haben die KlientInnen die Dysfunktionalität ihres Verhaltens erkannt und erlebt, folgt als letzter Schritt das Durcharbeiten (vgl. Mertens 2004, S.95). Dieses umfasst im Anschluss an die Deutung die Einsicht der KlientInnen und die sich daraus ergebende "Integration neuer Beziehungserfahrungen" (Mertens 1991, S.102). Hieraus ergibt sich, analog zu dem Modell der Entwicklung der psychischen Struktur, ein Prozess der stetigen Differenzierung von Erkenntnis und Integration des Erlebten in die psychische Struktur der KlientInnen. Man könnte diesen Prozess auch der Beziehung zu den primären Bezugspersonen gleichsetzen, da durch die hohe Dauer und Intensität in beiden Beziehungen eine Vorlage für spätere Beziehungsmuster gewoben wird. Insbesondere da die "lebensgeschichtliche Erklärung" (Mertens 1991, S.98) nicht ausreicht, um das dysfunktionale Verhalten aufzuheben, muss das bewusste Erkennen dieses Zusammenhangs um das Nacherleben des diesem Verhalten zu Grunde liegenden Konfliktes erweitert werden (vgl. Mertens 1991, S.100). Erst daraus ergibt sich der heilsame Effekt. Ein mögliches Stagnieren dieses Effektes kann aufgrund der Komplexität des therapeutischen Prozesses an vielen Stellen entstehen. Man denke nur an Unterbrechungen durch Urlaube, Krankheiten, Schicksalsschläge. Aber auch ein abwehrendes Verhalten von KlientInnen und auch TherapeutInnen — unbewusst oder bewusst, kann das zustande kommen und das Vertiefen einer heilsamen Beziehung hemmen. Der intensivste Faktor in dieser Beziehung ist das Handhaben der Übertragung.

1.2.5 Handhaben der Übertragung

Übertragung ist das "Zusammenwirken von gegenwärtigen Beziehungseindrücken und Wahrnehmungen, die auf dem Hintergrund vergangener Beziehungserfahrungen entstanden sind, die konflikthaft waren und deshalb jetzt eine übermäßig die jetzige soziale Wahrnehmung bestimmende Funktion bekommen haben" (Mertens 2004, S.171f). Es geht also um die Eindrücke des Hier und Jetzt, die auf der Grundlage vergangener verinnerlichter Objektbeziehungen fehlinterpretiert werden. Vergegenwärtigt man sich das Konzept der Grundregel, in der TherapeutInnen durch eine schnelle Verstrickung in einen Konflikt mit verdrängten *Über-Ich*-Impulsen geraten, lässt sich daraus leicht die Kraft der Übertragung erahnen. Denn nicht nur *Über-Ich*-Impulse, sondern alle vergangenen Beziehungser-

fahrungen werden je nach Intensität auf den/die TherapeutIn übertragen. Insbesondere unter dem Aspekt der Differenzierung und Integration der psychischen Struktur geschieht dies bei jeder Person in jedem Beziehungsgeflecht, da jede neue Beziehungserfahrung zu einer Integration dieser Erfahrung führt. Demnach ist Übertragung ein alltäglicher Vorgang, der nur durch die Dauer und Intensität der psychoanalytischen Behandlung so stark auf die aktuelle Wahrnehmung von KlientInnen wirkt. Dadurch stellt sich eine "neurotische Übertragung" (Mertens 2004, S.188) ein, in der "der Patient selektiv auf bestimmte Eigenschaften, Einstellungen und Haltungen seines Therapeuten achtet und den Gesamtkontext vernachlässigt und ausblendet" (ebd.). Demnach wird nicht die Realität an sich fehlinterpretiert, sondern nur bestimmte Verhaltensweisen von TherapeutInnen, woraus sich die Wiederholung alter konflikthafter Beziehungsmuster ergibt, die diese Beziehungsmuster für TherapeutInnen erst erfahrbar und deutbar machen. Diese Wiederholung ist insoweit bedeutsam für KlientInnen, da in jedem Mensch "der als dranghaft erlebte Wunsch, eine nicht bewältigte Problemlösungsaufgabe zu einem guten Ende zu führen" (Mertens 2004, S.194) besteht. Das Problem ist dabei unter dem Aspekt der verinnerlichten Konflikte in der Vergangenheit entstanden. KlientInnen versuchen dieses unbewusst in jeder neuen Beziehung wieder aufzulösen. Da die Beziehungs- und Verhaltensmuster von KlientInnen so erfahrbar werden, ist die Aufgabe von TherapeutInnen, diese Muster zu erkennen und dem/der KlientIn durch das Beschreiben von redundanten Erlebnissen widerzuspiegeln. Dies macht "die Übertragungsbeziehung im Hier und Jetzt zum Dreh- und Angelpunkt" (Mertens 2004, S.214). Auf diese Weise erkennen KlientInnen die Dysfunktionalitäten ihrer Beziehungs- und Verhaltensmuster und gehen mit jedem neuen Erkenntnisgewinn einer redundanten Situation einen Schritt auf das nötige Umlernen zu.

1.2.6 Handhaben der Gegenübertragung

Gegenübertragung ist die Gesamtheit aller "Gefühle[...], die der Analytiker gegenüber seinem Patienten verspürt" (Mertens 1991, S.19). Dabei ist einerseits der Teil der Gefühle zu unterscheiden, den TherapeutInnen im Hinblick auf ihre eigene Übertragung auf KlientInnen entwickeln und andererseits der Teil der Gefühle, der als "unbewusste Reaktion auf die Übertragung eines Patienten" (Mertens 1991, S.18) entsteht. Dabei lässt sich die "gefühlsmäßige Reaktion des Analytikers exakt als das Gegenstück zu der Übertragung seines Patienten bestimmen" (Mertens 1991, S.19). Somit würde ein/e KlientIn, die den/die

TherapeutIn als bedrängende Mutter erlebt, in diesem/dieser möglicherweise den Eindruck der Unerreichbarkeit erwecken. Als Gegenstück zu diesem Verhalten, könnte der/die TherapeutIn versuchen den/die KlientIn zu bedrängen, um eine Beziehung herzustellen. Somit wird das Beziehungsmuster wiederholt, während der/die TherapeutIn in dem Glauben ist, es wäre angebracht in diesem Augenblick mit Initiative zu antworten, obwohl der/die KlientIn gerade durch dieses Verhalten in ihrem Beziehungsmuster bestärkt wird. An dieser Stelle müssen TherapeutInnen den Unterschied zwischen ihrer eigenen Übertragung und der Gegenübertragung erkennen, um nicht falsche Hypothesen über die Beziehungsmuster von KlientInnen aufzustellen. Dazu müssen TherapeutInnen "die eigene Gegenübertragung permanent einer kritischen Reflexion unterziehen" (Mertens 1991, S.42), um Beziehungs- und Verhaltensmuster erkennen zu können und eben nicht pausenlos in diesen Mustern "mitzuspielen". Gerade dieses Erkennen bietet hervorragenden Raum für "diagnostische Hinweise" (Mertens 1991, S.50), die TherapeutInnen Richtungen der Intervention eröffnen. Denn nach dem ersten Schritt des Erkennens folgt der Schritt der korrigierenden Erfahrung. Dies kann nur geschehen, wenn das Erkennen bereits die Realität der Beziehungs- und Verhaltensmuster richtig erfasst hat. Die korrigierende Erfahrung besteht hierbei im Anbieten alternativer Beziehungs- und Verhaltensmuster. Als Reaktion auf das Beispiel des/der sich von der Mutter bedrängt fühlenden KlientIn, könnte der/die TherapeutIn eine stark zurückhaltende Position einnehmen, da sie die Gegenübertragungsgefühle richtig erkannt hat und darauf hofft, dass der/die KlientIn trotzdem die positive Grundatmosphäre nutzt, um die Unerreichbarkeit Schritt für Schritt aufzulösen. Insbesondere, da angenommen werden kann, dass eine solche Unerreichbarkeit nur zu Schutzzwecken aufrecht erhalten wird, die durch das Wegfallen des "Angriffs" nun obsolet werden.

2. Der Hamburger Verein Pape2 e.V.

Um die Anwendung psychoanalytischer Methoden in der Praxis darzustellen, wird hier das Beispiel des Hamburger Vereins Pape2 e.V. gewählt. Die Einrichtung wurde 1973 von Paul Bork gegründet und hieß bis 2009 Jugendwohnung e.V.. Sie richtet sich an junge Erwachsene zwischen 18 und 26 Jahren mit "massiven sozialen und /oder psychischen / psychosomatischen Problemen" (http://www.pape2.de/site/download/Flyer-Pape2.pdf, S.2) und bietet diesem Personenkreis ein Konzept zur angeleiteten Selbstversorgung, sowie Hilfe bei der Strukturierung des Alltages und Unterstützung bei der Suche nach einer Aus-

bildung oder einem Arbeitsplatz an. Es muss entweder ein Anspruch auf stationäre Unterbringung nach § 34 SGB VIII oder auf Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII bestehen.

2.1 § 41 und § 34 SGB VIII als Grundlage für Sozialtherapie

Gemäß § 41 Absatz 1 Satz 1 SGB VIII soll einem "jungen Volljährigen [...] Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist" (Stascheit 2007, S.1129). Der junge Volljährige ist hierbei gemäß § 7 Absatz 1 Nummer 3 SGB VIII "wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist" (Stascheit 2007, S.1117). Dies wird mit der Altersbegrenzung bei der Aufnahme neuer BewohnerInnen erfüllt. Die Hilfe zur Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung wird noch näher definiert werden (sh. Kapitel 2.2). Insoweit ist die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Mensch notwendig, da fast alle BewohnerInnen bei Pape2 e.V. psychiatrische Diagnosen und/oder schwerwiegende psychische und/oder soziale Probleme aufweisen. Dies ist im Einzelfall durch das Jugendamt oder das Sozialamt zu klären. § 41 Absatz 3 SGB VIII besagt, dass der "junge Volljährige [...] auch nach Beendigung der Hilfe bei der Verselbstständigung im notwendigen Umfang beraten und unterstützt werden [soll]" (Stascheit 2007, S.1129). Dies ist durch die Möglichkeit der hausinternen Nachbetreuung gegeben, die insbesondere von nach der Hilfe allein lebenden BewohnerInnen genutzt wird. Gemäß § 41 Absatz 2 SGB VIII gelten für die Ausstattungen der Hilfe "§ 27 Abs. 3 und 4 sowie die §§ 28 bis 30, 33 bis 36, 39 und 40 entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Personensorgeberechtigten oder des Kindes oder des Jugendlichen der junge Volljährige tritt" (ebd.). Für die Ausgestaltung ergibt sich somit für Pape2 e.V. die Umsetzung in § 34 SGB VIII, der in Satz 1 festlegt, dass "Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform [...] Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern [soll]" (Stascheit 2007, S.1125). Hierbei trifft eine sonstige betreute Wohnform zu und durch das Ersetzen der Kinder und Jugendliche durch junge Volljährige ist die Verbindung des Alltagserlebens mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten für diese zu erreichen. Gemäß § 34 Satz 2 Nummer 3 soll die Wohnform "entsprechend dem Alter und Entwick-

lungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie [...] eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbstständiges Leben vorbereiten" (ebd.). Nach dem Einsetzen des/der jungen Volljährigen für Kinder und Jugendliche wird auch dieser Punkt durch die angeleitete Wohnform einer Wohngemeinschaft erfüllt. Gemäß § 34 Satz 3 SGB VIII sollen Jugendliche "in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden" (ebd.). Dies wird durch die Ziele der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft erfüllt, die im Folgenden dargestellt werden.

2.2 Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft

Pape2 e.V. trägt den Beinamen sozialtherapeutische Wohngemeinschaft. Sozialtherapie ist ein "psychosoz. Verfahren der gezielten Einflussnahme auf krankmachende Faktoren in sozialen Beziehungen und dem soz. Umfeld von Klienten" (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2007, Stichwort Sozialtherapie). Es geht also um Beziehungsverhalten und Beziehungsmuster von KlientInnen, die durch psychosoziale Techniken gestärkt werden sollen. Krankmachende Faktoren wären z.B. dysfunktionale Beziehungsmuster. Weiterhin umfasst die Sozialtherapie die "interdisziplinäre Behandlung von Klienten in ambulanten oder stationären therapeutischen Gemeinschaften" (ebd.). Interdisziplinär ist bei Pape2 e.V. das "multiprofessionelle Kollegium" (http://www.pape2.de/site/download/LeistungsvereinbarungJugendhilfe.pdf, S.21), das aus "Dipl.-Sozialpädagogen / Dipl. Sozialpädagoginnen und Dipl.- Psychologen / Dipl. Psychologinnen" (ebd.) besteht und somit die Integration sozialpädagogischer und psychologischer Konzepte gewährleistet. Das Setting ist hierbei eine stationäre therapeutische Gemeinschaft, welches sieben Wohngemeinschaften für bis zu 36 junge Menschen im Raum Hamburg umfasst. Die Ziele der Behandlung sind die Konsolidierung von Identität auf Grundlage der Biographie der jungen Menschen, die Förderung von sozialer und persönlicher Kompetenz, der adäquate Umgang mit Ernährung und ihrer Gesundheit, Alltagskompetenz, Fortschritt im Bereich Ausbildung und Beruf, Aufbau eines sozialen Netzwerks und die Bearbeitung spezifischer Ziele mit Personen in ihrem Umfeld (vgl. http://www.pape2.de/site/download/LeistungsvereinbarungJugendhilfe.pdf, S.8ff). Hierdurch soll eine breit angelegte Persönlichkeitsentwicklung unterstützt werden, die einerseits "sozialpädagogisch angeleitet, begleitet und supervidiert" (http://www.pape2.de/site/download/LeistungsvereinbarungEingliederungs-

hilfe.pdf, S.3) und andererseits zu den "biographischen Hintergründen" (ebd.) in Beziehung gesetzt wird. Dazu erhält jede/r BewohnerIn eine/n BezugsbetreuerIn, der/die als AnsprechpartnerIn und engste Bezugsperson fungiert. Die sozialpädagogische Anleitung geschieht durch die BezugsbetreuerInnen in einem einstündigen therapeutischen Gespräch pro Woche, in denen Probleme und Entwicklung der jungen Menschen besprochen werden. Dazu liegt die Betreuungszeit von neun Uhr morgens bis circa achtzehn Uhr abends, wobei außerhalb dieser Zeiten rund um die Uhr eine Rufbereitschaft eingerichtet ist, die nach abgesprochenen Zeiträumen wechselt. Als Ergänzung dazu findet zweimal pro Woche eine zweistündige WG-Gruppe statt, die für gruppentherapeutische Prozesse sowie für allgemeine WG-Angelegenheiten genutzt wird. Weiterhin bestehen eine Kochgruppe, eine Sportgruppe und eine Freizeitgruppe, um den BewohnerInnen die Möglichkeit zu geben, an wiederkehrenden Gruppenprozessen und Strukturen teilzuhaben, sowie um soziales Lernen zu unterstützen. Auch die Möglichkeit zu handwerklichen Tätigkeiten besteht im Hauptgebäude in Form einer Werkstatt, die mit allen nötigen Werkzeugen ausgestattet ist und den BewohnerInnen Raum für künstlerische und schaffende Prozesse bietet. Alle diese Angebote werden pädagogisch betreut und angeleitet. Insoweit besteht die Möglichkeit, eine ausreichende Tagesstruktur für die BewohnerInnen aufzubauen, um die Zeit vor dem Beginn eines Praktikums oder einer Ausbildung zu nutzen. Insbesondere in dieser Hinsicht erfahren die BewohnerInnen intensive Unterstützung, da Tages- und Alltagsstruktur als einer der wichtigsten Faktoren der Heilung angesehen wird (vgl. Http://www.pape2.de/site/download/LeistungsvereinbarungJugendhilfe.pdf, S.11ff). Die Einrichtung funktioniert insoweit auch nach einem Prinzip der äußerlichen Struktur, die sich durch den Aufenthalt von bis zu zwei Jahren, nach dem Prinzip der Differenzierung und Integration als psychische Struktur niederschlagen soll. Hinzu kommt das tägliche Üben in sozialen Situationen, das den BewohnerInnen ein adäquates Feld für ein behutsames Eintauchen in gesunde Formen des sozialen Umgangs bietet. Hier findet sich auch eine weitere der genannten psychosozialen Techniken, die bei Pape2 e.V. angewandt wird, die strukturbezogene Psychotherapie.

2.3 Strukturbezogene Psychotherapie

Die strukturbezogene Psychotherapie ist eine "substantiell modifizierte Form psychodynamischer (d.h. psychoanalytisch fundierter) Therapie" (Rudolf 2009, S.3), das heißt die

Paradigmen der psychoanalytischen Theorie und im weiteren Sinne die Empfehlungen zur psychoanalytischen Therapie sind als Grundlage der strukturbezogenen Psychotherapie zu verstehen. Die Modifikationen bestehen dabei insbesondere in einer "veränderte[n] therapeutisch[n] Haltung" (ebd.) und erweiterten "therapeutische[n] Funktionen auf dem Hintergrund eines speziellen theoretischen Verständnisses der strukturellen Störung" (ebd.). Die therapeutische Haltung zeichnet sich dabei durch eine annehmende und wertschätzende Atmosphäre aus. Es geht darum, dass TherapeutInnen sich als "entwicklungsförderndes Gegenüber zur Verfügung stellen" (Rudolf 2009, S.120) und sich somit auf einer Ebene mit KlientInnen deren Problemen nähern. Dabei sollen insbesondere Ablehnung und Aggression seitens der KlientInnen ausgehalten und für die therapeutische Beziehung genutzt werden. Dies soll insbesondere durch das Errichten eines positiven inneren Bildes von KlientInnen in der Vorstellung von TherapeutInnen erreicht werden (vgl. Rudolf 2009, S.120). Die erweiterten Funktionen bestehen aus zwei Grundpfeilern: der grundsätzlichen "Initiative des Therapeuten" (Rudolf 2009, S.124) und der "spiegelnde[n] Beschreibung" (Rudolf 2009, S.132), die auf Basis des theoretischen Verständnisses der strukturellen Störung noch näher erläutert werden. Dieses Verständnis gilt es zu dem klassischen Verständnis der psychoanalytischen Theorie und Therapie in Beziehung zu setzen. Dies geschieht zuerst im schon gemachten Dreischritt der Motivation, der Struktur und des Konfliktes, worauf das Manual der strukturbezogenen Psychotherapie zu Mertens Empfehlungen für die psychoanalytische Therapie in Beziehung gesetzt wird. Darauf folgen eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes der strukturbezogenen Psychotherapie und einige Anmerkungen zum therapeutischen Setting.

2.3.1 Motivation

Die grundsätzlichen theoretischen Änderungen der strukturbezogenen Psychotherapie zur psychoanalytischen Theorie bestehen in der starken Zunahme der Rolle der Emotionen. "Jede Motivation ist von Emotionen begleitet" (Rudolf 2009, S.35). Dies bedeutet Motivation entsteht aus Emotionen heraus und verursacht als Folge wieder Emotionen. Wenn nun Motivation von Bedürfnissen ausgeht, müssen Emotionen auch bei den Bedürfnissen eine wichtige Rolle spielen. Sie machen Bedürfnisse und die Situationen, in denen sich diese zeigen, für den Menschen deutbar (vgl. Rudolf 2009, S.35). Sie sind also so etwas wie die Sprache der Psyche und geschehen als "Abgleich zwischen der inneren Verfassung und

der vom Subjekt erlebten äußerlichen Realität" (Rudolf 2009, S.32). Das Bedürfnis und die Realität treffen aufeinander und die Emotion macht das Produkt dieses Zusammentreffens und seine Konsequenzen für den Menschen erlebbar und verstehbar. Dabei ist es nicht nur das Körpergefühl, das als eng verknüpft mit dem Bedürfnis erlebt wird (vgl. Rudolf 2009, S.26), sondern auch und insbesondere das "Denken, Wahrnehmen, Erinnern" (Rudolf 2009, S.33) wird durch Emotionen gefärbt. Dabei ist anzunehmen, dass das Fokussieren der Aufmerksamkeit auf ein Bedürfnis und seine Emotionen schon einen emotionalen Vorgang hinter sich hat, der das Bedürfnis in den Fokus der Aufmerksamkeit gedrängt hat. Dadurch erhält das Denken "einen Kontext und eine Zielrichtung" (Rudolf 2009, S.34). Da nun Bedürfnisse in der Realität befriedigt werden müssen, dienen Mimik und Sprache diesen als Ausdrucksform, die dort wiederum als Emotionen transportiert werden. Die Tatsache, dass jeder Mensch in der Lage ist, die "Grundemotionen" (Rudolf 2009, S.30) zu erkennen, lässt die grundlegende Bedeutung dieser Ausdrucksform für die menschliche Kommunikation erkennen. Emotionen sind also nicht nur die Sprache des Körpers und der Psyche, mit der der Mensch seine inneren Vorgänge verstehen kann, sondern auch die Sprache, damit Menschen sich untereinander verstehen und Bedürfnisse untereinander erkennen können. Somit ist der wichtigste Grundpfeiler der Motivation die Emotion, die als Übersetzerin für intrapsychische und interpersonelle Vorgänge fungiert. "Damit erweist sich die Verfügbarkeit über emotionales Erleben und emotionalen Ausdruck als eine wesentliche strukturelle Fähigkeit" (Rudolf 2009, S.46). Motivation ist also Teil der psychischen Struktur.

2.3.2 Struktur

Ausgehend von der beschriebenen psychischen Struktur des Menschen, erfährt der Strukturbegriff in der strukturbezogenen Psychotherapie eine dimensionale Erweiterung. Wurde in der psychoanalytischen Theorie die Quantität der psychischen Funktionen festgestellt, wird in der strukturbezogenen Psychotherapie diese um die Dimension der Qualität psychischer Funktionen erweitert. Struktur ist dort die "Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind" (Rudolf 2009, S.58). Die Unterstrukturen des *Selbst* und der dieses konstituierenden Objektbeziehungen stehen dabei im Fokus der Be-

trachtung, wobei anzumerken ist, dass das *Ich*, das *Über-Ich* und das *Es* hierbei als in diesem *Selbst* enthalten anzusehen sind. Sie lassen sich nicht mehr von den psychischen Funktionen sowie ihrer Herkunft und ihrer Aufgabe trennen. Es wurde an dieser Stelle eine neue Gliederung gewählt, die die strukturellen Funktionen in "vier strukturelle Dimensionen" (Rudolf 2009, S.59) aufteilt. Die vier Dimensionen sind die "Kognitive Ebene" (Rudolf 2009, S.60), die "Regulative Ebene" (ebd.), die "Emotionale Ebene" (Rudolf 2009, S.61) und die "Bindungsebene" (ebd.). Die kognitive Ebene dreht sich dabei um die Wahrnehmung der eigenen psychischen Innenwelt sowie der äußeren Realität, was eng mit dem Begriff des *Ich* zusammenfällt. Die regulative Ebene umfasst die Fähigkeit über eine große Bandbreite von Gefühlen und Verhaltensweisen zu verfügen, um ein gesundes Selbsterleben aber auch ein gesundes Erleben der Realität zu ermöglichen. Hier lassen sich vermittelnde Aspekte des *Ich* in Kombination mit den regulativen Aspekten des *Über-Ich* entdecken. Die emotionale Ebene enthält das emotionale Verstehen und den emotionalen Kontakt mit der inneren psychischen Welt und darauf basierend das emotionale Verstehen und den emotionalen Kontakt mit der äußeren Realität, da jegliche Kommunikation unter dem beschriebenen motivationalen Aspekt durch Emotionen stattfindet. An dieser Stelle ist die Erweiterung des *Es* in Verbindung mit den motivationalen Inhalten des *Selbst* und den daraus resultierenden Bedürfnissen, die in der Kommunikation transportiert werden, zu erkennen. Die Bindungsebene umschließt die verinnerlichten Objektbeziehungen und einen Teil des *Selbst*, da jegliche Gebundenheit nur in Bezug auf andere Menschen möglich ist und sich somit Bindung auf die verinnerlichten und die realen Objekte, an welche man gebunden sein kann, bezieht. Diese Funktionen scheinen sich nicht groß von den alten Bezeichnungen der psychoanalytischen Theorie zu unterscheiden, werden aber nun um den qualitativen Aspekt der "strukturellen Integration" (ebd.) erweitert. Diese Intensität bewegt sich in den Bandbreiten "gut, mäßig, gering, desintegriert" (ebd.). Dabei nimmt die Fähigkeit der genannten psychischen Funktionen ihre Aufgabe zu erfüllen von gut bis desintegriert stetig ab (vgl. Rudolf 2009, S.61ff). Dies resultiert in einer "größeren oder geringeren Verfügbarkeit über die jeweilige strukturelle Funktion" (Rudolf 2009, S.64). Insoweit spielt die Struktur in psychischen Störungen und ihren Konflikten eine große Rolle, da schon die Entwicklung der Struktur von wiederkehrenden Konflikten begleitet ist.

2.3.3 Konflikt

Es ist deutlich geworden, dass Struktur und Konflikt als "ineinander verwoben auftreten" (Rudolf 2009, S.142) und Struktur sich durch Konflikte bildet und Konflikte wiederum auf der Basis der Struktur ausgetragen werden. Es findet auch bei diesen beiden Aspekten eine stete Differenzierung und Integration statt. Das Konfliktmodell der klassischen psychoanalytischen Theorie wird jedoch für den Zeitraum der frühen Kindheit (sh. Kapitel 1.1.4.1) kritisiert, da es beinhaltet, dass auch Kinder in diesem Alter einer Dynamik unterliegen, "in dem die Wünsche der Beteiligten aufeinander prallen und durch die Versagung negative Affekte ausgelöst und verinnerlicht werden" (Rudolf 2009, S.105). Die Beteiligten sind dabei das Kind und seine Eltern oder primären Bezugspersonen. Die Kritik besteht darin, dass ein Kind in diesem Alter noch keine eigenen Wünsche an die Objekte der Realität hat, sondern Entwicklungsaufgaben bewältigen muss, "die der Selbstwerdung und Selbstregulierung des Kindes dienen" (ebd.). Insoweit wird dem Kind die motivationale Grundstruktur teilweise abgesprochen, da diese sich erst mit ausreichend entwickelter Struktur entfalten könne. Insbesondere das Bedürfnis des Kindes nach Beziehung, welches eng verknüpft ist mit dem gesamten physischen Organismus des Kindes, soll die noch nicht ausreichend von dieser Einheit abgespaltene Psyche belegen. Erst nach stetigem Üben der emotionalen Regulation in der Bindung mit den Bezugspersonen soll diese Einheit für das Kind fassbar und trennbar werden, woraufhin sich erst dann die ersten Konflikte entfalten können (vgl. Rudolf 2009, S.106). Nimmt man an, dass nach dem Primat der völligen Abhängigkeit des Kleinkindes sich auch dessen psychische Strukturen in stetiger Differenzierung und Integration in dieser Abhängigkeit entwickeln müssen, erscheint die Kritik berechtigt. Insbesondere, da die motivationale Grundstruktur ein pränatales Vorhandensein impliziert, muss differenziert werden, ab wann diese Grundstruktur vorhanden sein soll. Nur so erfüllen Konflikte die Kriterien des beschriebenen Strukturmodells. Wenn aber auch die motivationale Grundstruktur sich erst in der Beziehung mit den primären Bezugspersonen durch empathisches Spiegeln und Verstehen entwickeln muss, erscheint das Konfliktmodell für die frühe Kindheit ungeeignet. Darüber hinaus ist dann auch das spätere Vorhandensein von motivationalen Konflikten im Sinne des psychoanalytischen Konfliktmodells in Frage zu stellen, da spätere psychische Strukturen nach dem Prinzip der Differenzierung und Integration immer nur auf vorhandenen Strukturen aufbauen können. Ist ein Mensch aber nun so früh geschädigt, dass ihm/ihr zum Beispiel jegliche Fähigkeiten der individuellen Affektregulierung — ohne Hilfe durch andere Personen, abgeht, ist

auch das Vorhandensein eines Konfliktes in Frage zu stellen. Dies bedeutet weiterhin, dass Techniken der psychoanalytischen Therapie, die das Vorhandensein einer ausreichend entwickelten psychischen Struktur voraussetzen, angepasst werden müssen. Insbesondere die "Mentalisierungsfähigkeit und Selbstreflexion" (Rudolf 2009, S.109) stellen dabei Eckpfeiler dar, die das ganze Gebäude der Therapie zum Wanken bringen können. Insoweit muss bei jedem/jeder KlientIn die Qualität und der Fortschritt der Entwicklung der psychischen Struktur festgestellt werden, um die Techniken zur Konfliktbewältigung im Bedarfsfall anpassen zu können.

2.3.4 Manual der strukturbezogenen Psychotherapie

Die Modifikationen zu dem besprochenen Problem der möglichen Unvereinbarkeit von Konflikt und Struktur werden im Manual zur strukturbezogenen Psychotherapie als grundsätzliches Abwenden von dem Fokus der Konfliktproblematik beschrieben. Grundsätzlich geht es um Menschen mit eher strukturellen Störungen, denen der "psychische Binnenraum" (Rudolf 2009, S.116) fehlt, um "Konflikte intrapsychisch" (ebd.) entstehen zu lassen und verarbeiten zu können. Dies schließt das Vorhandensein einer Konfliktproblematik nicht aus, aber diese wird von der Strukturproblematik deutlich überlagert. Insoweit sind Menschen mit strukturellen Störungen Menschen mit beeinträchtigten psychischen Funktionen, was in einem leidvollen Schema mündet, welches von dem "Tun der anderen, das schwer zu ertragen ist" (Rudolf 2009, S.49) beherrscht wird. Nicht der Konflikt mit anderen Menschen und die feinen Schattierungen der menschlichen Interaktion, sondern die Interaktion an sich ist das Problem. Interaktionen sind größtenteils nicht aushaltbar, da die Fähigkeit zur emotionalen Regulation eingeschränkt ist. Selbst das Erkennen und Identifizieren von Interaktionen ist erschwert, da Objekte nicht mit allen ihren realen Eigenschaften, sondern nur unter Teilaspekten gesehen werden. Es gibt als Beispiel nicht den hilfsbereiten, aber fordernden Menschen, sondern nur einen hilfsbereiten Menschen, der sich aber durch eine nicht aushaltbare Situation in einen gefährlichen und fordernden Menschen verwandeln kann (vgl. Rudolf 2009, S.50ff). Diese Problematik erfordert eine themenfokussierte therapeutische Zielsetzung und modifizierte Interventionen, um den therapeutischen Prozess gewährleisten zu können.

2.3.4.1 Ziele

Ausgehend von der beschriebenen Problematik strukturell gestörter Menschen soll kurzfristig eine Unterstützung "in der Bewältigung aktueller unerträglicher Befindlichkeiten" (Rudolf 2009, S.117) geleistet werden. So soll erreicht werden, dass überhaupt eine therapeutische Beziehung möglich wird, da ein Mensch, der jegliche Art von Beziehung schwer aushalten kann, dieses Problem auch in der therapeutischen Beziehung erleben wird. Auch Beziehungen zu Personen außerhalb der therapeutischen Beziehung müssen insoweit bearbeitet werden, sollten sie das Empfinden und Erleben des/der KlientIn so stark beeinträchtigen, dass er/sie nicht fähig ist, an etwas anderes zu denken. Mögliche Beziehungen dieser Art sind solche zu primären Bezugspersonen, da eine so nahe Beziehung sich, aufgrund der immer wieder neu zusammenbrechenden Grenzen von KlientInnen mit strukturellen Störungen, zu einer unaushaltbaren Belastung entwickeln kann. Dies muss durch therapeutische Interventionen, die es noch darzustellen gilt, geleistet werden. Mittelfristig sollen die fehlenden Strukturen durch TherapeutInnen zur Verfügung gestellt werden. Zum Beispiel werden Gefühle in möglichen Situationen durch TherapeutInnen genannt und so für KlientInnen erfassbar gemacht. Dadurch soll diese Ineraktion langfristig durch "entwickeln, erproben und einüben" (Rudolf 2009, S.117) verinnerlicht werden. Hierbei entstehen nach dem Vorbild der spiegelnden Eltern-Kind-Beziehung die fehlenden psychischen Strukturen. Man könnte von einer "Nachbeelterung" sprechen. Für alle Strukturen, die innerhalb der therapeutischen Beziehung und im sonstigen Leben von KlientInnen vorerst nicht entwickelt werden können, sollen dazu möglichst effektive "Bewältigungsmöglichkeiten" (ebd.) erarbeitet werden. Am Beispiel der helfenden Gefühlsidentifizierung ist durch stetiges Wiederholen, die Fähigkeit des/der KlientIn zu erwarten, die Gefühle mit fortschreitender Zeit selber zu identifizieren und differenzierter wahrzunehmen. Kann diese Fähigkeit nicht erarbeitet werden, müssen zumindest alternative Möglichkeiten der Beruhigung eingeübt werden. Dies könnten zum Beispiel sinnliche Reize oder positive Gedanken sein, um die Gefühlsspitzen aushalten zu können, ohne in destruktive Gedanken oder destruktives Verhalten zu verfallen. Insbesondere die therapeutische Zielsetzung der klassischen psychoanalytischen Therapie, wobei TherapeutInnen möglichst schnell in eine Übertragungsbeziehung eintauchen sollen, um die Übertragung durch alternative Erfahrungen verändern zu können, kann diese Geschwindigkeit und die dabei entstehende Nähe für strukturell gestörte KlientIn schwer aushaltbar machen. Daher tritt hier das erste Ziel des therapeutischen Stützens an die Stelle der psychoanalytischen Grundregel, da es

eben nicht darum geht, den/die KlientIn seiner Abwehr zu berauben, sondern diese zu stärken. Denn um die genannte Abwehr abzubauen und in gesunder Form wieder aufbauen zu können, muss diese sich wenigstens einmal im Leben in Form einer psychischen Struktur formiert haben. Es geht also um spezielle therapeutische Themen.

2.3.4.2 Themenschwerpunkte

Die speziellen therapeutischen Themen der strukturbezogenen Psychotherapie lassen sich als Erweiterung der therapeutischen Themen der klassischen psychoanalytischen Therapie verstehen. Stand dort noch das Erkennen der bisherigen Beziehungsmuster und die Integration neuer Beziehungserfahrungen im Vordergrund, so geht es nun überhaupt erstmal um die Konsolidierung eines Beziehungsmusters. Dazu muss die Aufmerksamkeit von KlientInnen auf bestimmte Themen gerichtet werden. Insoweit orientieren sich die therapeutischen Themen insbesondere an den strukturellen Gegebenheiten von KlientInnen. Die zentralen Aspekte gliedern sich in die Themenschwerpunkte "Das emotionale Erleben" (Rudolf 2009, S.129), "Das Objekterleben des Patienten" (Rudolf 2009, S.130), "Bindung" (Rudolf 2009, S.130) und "Das Erleben des Selbst" (ebd.), welche eng mit den Dimensionen der Struktur verknüpft sind. An dieser Stelle geht es direkt darum, zu erkunden, wie die Struktur des/der KlientIn im Bezug auf diese Schwerpunkte genau beschaffen ist. Dies geschieht durch ein umfassendes diagnostisches Interview zu Beginn der Therapie. Darauf folgt das genannte Lenken der Aufmerksamkeit von KlientInnen auf die Themenschwerpunkte. Dies läuft in einem Dreischritt von Erkennen von redundantem Verhalten, dem Benennen dieses Verhaltens durch den/die TherapeutIn und dem Anbieten alternativer Verhaltensweisen durch den/die TherapeutIn. Zum Thema emotionales Erleben bietet sich an, die Emotionen von KlientInnen nach dem Erkennen zu spiegeln und dies mit Worten transparent zu machen. Anschließend geben TherapeutInnen emotionale Erklärungen für Gefühle, die von KlientInnen nicht benannt werden können, wodurch die Bandbreite des emotionalen Erlebens mit der Zeit erweitert wird. Ein ähnliches Vorgehen wird auch für das Objekterleben angewandt, wobei hierbei das Einfühlen in andere Menschen als grundsätzliche Fähigkeit zum Erleben von Objekten geschult werden muss. Dies geschieht durch das Einnehmen verschiedener Positionen, wie z.B. einer bestimmten Bezugsperson des/der KlientIn oder einer dritten Person, die die Situation von außen betrachtet. Um den Schwerpunkt Bindung zu bearbeiten, wird das eben genannte Einfühlen

von TherapeutInnen genutzt, um KlientInnen eine wertschätzende und annehmende Atmosphäre zu bereiten, die das Entstehen einer positiv besetzten Bindung fördern soll. Durch diese positive Bindung soll das Interesse des/der KlientIn für die bearbeiteten Themen gefördert werden, so dass sich ein positives Selbsterleben einstellt, dass durch das Interesse des/der TherapeutIn an der Lebensgeschichte und dem "geworden sein" des/der KlientIn gestützt und erweitert wird (vgl. Rudolf 2009, S.129ff). Es geht also nicht wie in der psychoanalytischen Therapie um jeglichen Text des/der KlientIn, sondern um eine Auswahl der zu bearbeitenden Themen. Diese spezielle Art der Themenschwerpunkte erfordert auch spezielle Interventionsformen.

2.3.4.3 Interventionen

Ganz im Gegensatz zur psychoanalytischen Therapie wird die grundlegende Technik der Deutung "nicht empfohlen" (Rudolf 2009, S.132) und stattdessen mehr auf intervenierende Techniken gesetzt. Die zentrale Technik stellt dabei die "Spiegelnde Beschreibung" (ebd.) dar. Diese Technik wurde in ihrem Ablauf bereits bei den Themenschwerpunkten erläutert und läuft hauptsächlich in den ersten beiden Schritten ab. Es geht um das Erkennen und Verbalisieren von Verhalten und Emotionen. Der angesprochenen Schritte sind wiederum der Technik der Deutung sehr nahe, da es auch hier grundsätzlich um das Bereitstellen von alternativen Verhaltens- und Erlebensweisen geht. Dies kann immer nur nach der deutenden Interpretation von TherapeutInnen geschehen und stellt somit im engeren Sinne immer eine Deutung dar. Die Schritte des Erkennens und Verbalisierens teilen sich wiederum in weitere Schritte auf. Im Schritt des Erkennens werden "Anregungen[...]in Worten, aber auch in anderen Medien" (Rudolf 2009, S.133) und "Klärende Fragen[...] zur Ordnung der Mitteilungen des Patienten" (ebd.) angewandt, um einfühlend und aktivierend in die Welt von KlientInnen eintauchen zu können. Strukturell gestörte Menschen haben Schwierigkeiten "gedankliche Klarheit zu schaffen" (Rudolf 2009, S.93) und sehen sich oft in einer konfusen Passivität gefangen, wovon die Initiative von TherapeutInnen Abhilfe schaffen soll. Insbesondere die ordnenden Nachfragen und Verbalisierungen des Gehörten stellen KlientInnen ein Gerüst zur Verfügung, an denen sie sich entlang bewegen und der gewünschten Klarheit näher kommen können. Der nächste Schritt des Verbalisierens gliedert sich in die Punkte "Einladung zur Selbstreflexion" (Rudolf 2009, S.133), "Antwortende Mitteilungen" (ebd.) und "Spiegelnde Äußerungen" (ebd.), durch die TherapeutInnen die Mög-

lichkeit haben die Realität des Verhaltens von KlientInnen vor ihren Augen abzubilden, um so einen weiteren Schritt zur Klärung von Situationen und den dazugehörigen Emotionen beizutragen. Der Schritt der Intervention gliedert sich in die "strukturierende[n] Intervention" (ebd.) und die "Aufzeigende[n] und hypothesengeleitete[n] Interventionen" (ebd.), bei denen TherapeutInnen an den Stellen eingreifen, an denen sie es aufgrund fachlich begründeter Überzeugung für richtig und heilsam halten. Da dieser Prozess sehr komplex und täuschungsanfällig ist, nutzen TherapeutInnen intensiv die der psychoanalytischen Therapie entlehnten Techniken des Erkennens der Übertragung und der Gegenübertragung, um zur besagten fachlich gestützten Überzeugung zu gelangen. Diese Schritte können beliebig oft und für immer neue Themen genutzt und wiederverwendet werden, so dass sich ein therapeutischer Prozess ergibt.

2.3.4.4 Prozess

Der therapeutische Prozess ist dem Durcharbeiten der psychoanalytischen Therapie gleichzusetzen, da es hier auch um ein "Fortschreiten" (Rudolf 2009, S.133) der Beziehung geht, in dessen Rahmen die therapeutischen Effekte zum Wirken kommen sollen. Dabei ändert sich hier jedoch der Fokus der Bearbeitung hin zu den "Bewältigungen und kompensatorischen Strukturen" (Rudolf 2009, S.134) von KlientInnen, wobei die Abwehr von KlientInnen zuerst nicht hinterfragt wird. Es geht darum am Anfang "nichts zu verändern, sondern bloß bewusst wahrzunehmen" (ebd.), um so die ersten Veränderungen herbeizuführen. Insbesondere "regressive Prozesse" (ebd.), welche im Rahmen des reaktualisierten Konfliktes beschrieben wurden, müssen bei entsprechend labiler psychischer Struktur eingegrenzt werden. Dabei ist die Vereinbarung zwischen TherapeutInnen und KlientInnen für den Fall von einbrechenden Suizidimpulsen am intensivsten durchzusetzen, da sich bei Menschen mit strukturellen Störungen diese in Fällen von emotionaler Überforderung und Desorganisation besonders häufig einstellen (vgl. Rudolf 2009, S.135). Ein/e KlientIn, die sich, während sie therapeutisch behandelt wird, suizidiert, ist für jede/n Beteiligte/n eine starke Belastung. Insoweit stellt sich die strukturbezogene Psychotherapie als eine Art vorausgehende Form der psychoanalytischen Therapie dar. Die Techniken der Deutung, Teile der Erkenntnishaltung, des Durcharbeitens und der Bearbeitung der Übertragung behalten alle ihre Gültigkeit, aber eben zeitversetzt. Am Anfang der Therapie sind KlientInnen mit strukturellen Störungen aufgrund der aufgezeigten Gründe noch

nicht in der Lage, diese Techniken anzunehmen und zu ihrem Vorteil zu integrieren. Aus diesem Grund besteht die strukturbezogene Psychotherapie als Möglichkeit der Vorarbeit, um KlientInnen in diese Lage versetzen zu können. Dabei kommen eher stützende und "nachbeelternde" Techniken zum Tragen, die einen von der Initiative von TherapeutInnen getragenen behutsamen therapeutischen Prozess in Gang setzen. Gerade der richtige Abstand zu Beginn der Therapie kann über Erfolg und Misserfolg entscheiden. Um diese Effekte und insbesondere ihre Nachhaltigkeit zu belegen, bedarf es empirischer Belege und intensiver Forschung.

2.3.5 Aktueller Forschungsstand der strukturbezogenen Psychotherapie

Grundsätzlich gilt für Forschungen im Bereich der Psychotherapie und insbesondere im Feld der psychoanalytisch begründeten Psychotherapie eine erhöhte Schwierigkeit beim Nachweis der Wirksamkeit. Da menschlichem Denken und Handeln die beschriebenen komplexen Prozesse zugrunde liegen, kann man nur indirekt von außen Erfolge und Misserfolge erkennen. Dennoch sind alle Ergebnisse dieser Forschung "intersubjektiv kommunizierbar" (Nissen 2009, S.380). Dies bedeutet, dass jegliche Ergebnisse nur in Kombination mit den Menschen zu sehen sind, von denen sie erhoben wurden. Die Menschen produzieren den Text und es ist Aufgabe des Forschers Regelmäßigkeiten zu entdecken, um allgemeine Aussagen treffen zu können und die Daten auf dieser Grundlage zu interpretieren. Dazu sind diese Daten "nicht beliebig" (ebd.), was bedeutet, dass sich die Ergebnisse wiederholen lassen, sobald die genannten Regelmäßigkeiten entdeckt wurden. Dies ermöglicht im Fall der strukturbezogenen Psychotherapie Ergebnisse dieser Therapie zu beschreiben und sie so in Verbindung zu ihren Wirkfaktoren zu setzen. Dabei stützt sich die strukturbezogene Psychotherapie "fast ausschließlich auf empirische (Forschungs-)Daten" (Kießling 2008,S.240), was die praktische Fundiertheit dieser Therapieform ausmacht. Da die beschriebene Einrichtung an junge Volljährige gerichtet ist und der noch zu beschreibende Beispielfall ebenfalls aus dieser Einrichtung stammt, wird hier der aktuelle Forschungsstand der Kinder und Jugendlichen gewählt. Als wichtigste Variable ist dabei die Wirksamkeit der strukturbezogenen Psychotherapie zu sehen. Da die strukturbezogene Psychotherapie Teil der psychoanalytischen Therapien ist, werden hier Studien zur Wirksamkeit analytischer Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen dargestellt. Der aktuellste Nachweis dieser Wirksamkeit ist die Studie von Winkelmann et al.

(2005a,b), welche nachweist, dass die Symptomverbesserung nach einer Therapie 90% beträgt. Dies ist eine enorme Erfolgsquote, die die Durchführung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in aktueller Weise legitimiert (vgl. Windaus 2005, S.530). Jedoch muss aufgrund der mangelhaften Anzahl von Studien zum Bereich der Kinder und Jugendlichen eine zentrale Studie zur Psychotherapie von Erwachsenen hinzugefügt werden. Da die Zielgruppe von Pape2 e.V. junge Volljährige darstellt, die zwischen Jugend- und Erwachsenenalter stehen, erscheint dies aufeinander beziehbar. Diese Studie ist die "Praxisstudie analytische Langzeitpsychotherapie" (Rudolf et al. 2004b). Dort ist auffällig, dass je "ausgeprägter strukturelle Probleme vorliegen, desto schwieriger wird es, mit Hilfe unmodifizierter analytischer und tiefenpsychologischer Therapie diese Bereiche therapeutisch zu erreichen" (Rudolf 2009, S.187). Dies liegt in den beschriebenen Problemen einer gering integrierten Struktur begründet, die sich direkt im Ergebnis der Therapie niederschlagen (vgl. Anhang 3.). Es ist ersichtlich, dass je höher die Desintegration des Strukturniveaus zu Anfang der Therapie war, desto geringer wurde die Integration nach der Therapie. Dies ist ein alarmierendes Ergebnis, da der Stand der Integration der psychischen Struktur direkt mit den Symptomen und Leiden von KlientInnen in Verbindung steht. Insoweit scheinen die Ergebnisse eine Modifizierung psychoanalytischer Therapien zu indizieren. Ein zentraler Aspekt dieser Modifizierung wurde von Winkens untersucht. Dort geht es um Emotionen, die in der Studie als Affekte codiert wurden. Dies ist aufgrund der beschriebenen strukturellen Mängel dieser Menschen als wichtigster Anhaltspunkt für die Integration der Struktur zu sehen, da motivationale Strukturen die Grundlage der psychischen Struktur bilden. Hierbei wurde in die Teilbereiche "Affektdifferenzierung, Affekttoleranz, Affektausdruck, Affektverständnis" (vgl. Anhang 4.) differenziert, die aus TherapeutInnensicht eine hohe Rate an Verbesserung aufwiesen. Dabei ist signifikant, dass der Affektausdruck aus der Sicht von KlientInnen die höchste Rate an Verbesserung aufwies und dadurch mit den Eindrücken der TherapeutInnen übereinstimmte. Die restlichen Bereiche erfuhren nur aus TherapeutInnensicht eine entsprechend hohe Verbesserung (vgl. Rudolf 2009, S.188f). Daraus folgt ein Bedarf an modifizierter Psychotherapie für Menschen mit strukturellen Störungen, da der wichtigste Aspekt der Verbesserung, nämlich der Emotionsregulierung, gleichzeitig auch der Schwerste ist. Klassische psychoanalytische Therapie kann diese Schwierigkeit möglicherweise nicht bewältigen. Da strukturbezogene Psychotherapie in einem bestimmten Setting passiert, muss an dieser Stelle eine Differenzierung zwischen psychotherapeutischem Setting und dem sozialtherapeutischem Setting bei Pape2 e.V. gemacht werden.

2.3.6 Therapeutisches Setting

Das typische psychotherapeutische Setting lässt sich grob in zwei Kategorien aufteilen: Therapie in einer Praxis und Therapie in einer Klinik. In einer Praxis findet das therapeutische Gespräch in einem geschlossenen Raum statt, der eher wohnlich gestaltet ist. Dies geschieht meistens unter vier Augen zwischen TherapeutIn und KlientIn. Die Frequenz und die Länge der Sitzungen variieren dabei je nach Therapieform und -fokus. Als Erweiterung dazu ist auch die Therapie in einer Gruppe denkbar, die sich in ähnlichen Räumlichkeiten regelmäßig treffen. Therapeutischer Faktor ist dabei primär die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientInnen. Das klinische Setting ist hierzu als Erweiterung anzusehen, da dort nicht mehr nur der Zeitraum des therapeutischen Gespräches therapeutisch wirksam ist, sondern die Wohn- und Betreuungssituation an diesem Wirken teilhaben. Jeder Kontakt mit anderen KlientInnen und den mitunter zahlreichen Betreuungspersonen ist dabei nach dem Prinzip der Differenzierung und Integration der psychischen Strukturen eine potentiell therapeutische Erfahrung. Dazu kommen Angebote zur Freizeitgestaltung und edukative Einheiten zum Umgang mit dem Alltag. Zwar finden vor Ort auch ähnliche Therapieeinheiten statt wie in der Psychotherapiepraxis, aber es besteht eine Variation zwischen stationärer und ambulanter Therapie. Dies ist je nach Störungsbild und -schwere von KlientIn zu KlientIn zu entscheiden. Besonders die wöchentlichen Gespräche mit den BezugsbetreuerInnen haben aus beschriebenen Gründen eine potentiell stark therapeutische Wirkung. Insoweit lässt sich das sozialtherapeutische Setting ungefähr zwischen dem Setting der Psychotherapiepraxis und der Klinik einordnen. Dies sieht man an dem Beispiel von Pape2 e.V.. Es besteht eine abdeckende Betreuungssituation und es existieren Angebote zur Freizeitgestaltung und zur Tagesstruktur. Die Kontakte zwischen den KlientInnen sind durch die Wohnsituation einer WG gegeben, wodurch sich als Folge eine prägende Beziehung ergeben kann. Zusätzlich zu diesem, dem klinischen analogen, stationären Setting befinden sich die meisten BewohnerInnen in einer ambulanten Psychotherapie. Hinzu kommen therapeutische Einzelgespräche sowie therapeutische Gruppensitzungen, die auch in Kliniken durchgeführt werden. Betrachtet man dazu die Besetzung des multiprofessionellen Teams, gleicht dieses Setting stark dem Setting in einer Klinik. Somit lässt sich strukturbezogene Psychotherapie im Bereich des Settings bei Pape2 e.V. analog zu einem klinischen Setting anwenden.

3 Fallbeispiel

Um die Anwendung der strukturbezogenen Psychotherapie bei Pape2 e.V. darzustellen, wird ein Fallbeispiel aus einer der Wohngruppen von Pape2 e.V. gewählt. Hierbei handelt es sich um Anna S., die seit Februar 2009 bei Pape2 e.V. betreut wird. Die Namen und wiedererkennbare Merkmale wurden anonymisiert. Der Fall ist vom 28.02.2010 und wird anhand des damals aktuellen Standes dargestellt. Als Mittel der Darstellung wird eine modifizierte Form der psychosozialen Diagnose nach Stemmer-Lück gewählt, da dies bei einem Menschen mit einem psychiatrisch auffälligen Symptombild angebracht erscheint. Dazu werden die "aktuelle[...] Problemsituation und die aktuellen familiären und sozialen Bezüge" (Stemmer-Lück 2004, S.139) der Klientin dargestellt. Um die Indikation zur Betreuung zu klären, werden die "auslösende Situation" (ebd.) und "wichtige[...] biographische[...] Daten" (ebd.) beleuchtet. Anhand der Darstellung der "Interaktionsdynamik" (ebd.) und den "Gegenübertragungsreaktionen" (ebd.) der BetreuerInnen wird das Beziehungsmuster der Klientin deutlich. Im Anschluss wird der Fall vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorie gedeutet. An diesen Erkenntnissen kann dann das Handeln der BetreuerInnen unter den Aspekten der strukturbezogenen Psychotherapie verdeutlicht werden.

3.1 Anna S.´s Depression

Aktuelle Problemsituation

Die 21-jährige Klientin, Frau S., begab sich aufgrund einer Empfehlung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in die Infogruppe von Pape2 e.V.. Dort hat sie sich zweimal, einmal im Juni 2008 und einmal im August 2008, teilstationär behandeln lassen. Im Vordergrund stand dabei eine adoleszente Selbstwert- und Ablösungsproblematik aus dem Elternhaus. Aufgrund der weiterhin bestehenden Symptomatik wurde Frau S. ein Aufenthalt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft empfohlen. Dem voraus hielt sich Frau S. bereits im Februar 2008 in einer psychosomatischen Fachklinik in Schleswig-Holstein auf, in der die beschriebene Problematik sich bereits abzeichnete. Dort und im UKE wurden ihr Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, eine mittelgradige depressive Episode und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren, ängstlich-vermeidenden, abhängigen und emotional-instabilen Anteilen diagnostiziert. Frau S. hat sich seit ihrer Aufnahme im Februar 2009 der Bearbeitung dieser Symptomatik gewidmet und

konnte dabei Fortschritte verzeichnen. Während der gesamten Zeit standen die Themen der depressiven Leere, mit zeitweise suizidalem Gedankenkreisen, und der Beziehungsgestaltung zu MitbewohnerInnen und BetreuerInnen im Vordergrund. Ziel ist weiterhin das Errichten eines tragfähigen sozialen Netzwerks. Frau S. arbeitet dazu an ihrer Alltagskompetenz, da sie in den Bereichen Haushaltsführung und Selbstversorgung große Defizite aufweist. Hinzu kommen angeleitete Versuche ihre Tagesstruktur zu ordnen, da Frau S. große Schwierigkeiten hat, Entscheidungen zu treffen. Während der Zeit bei Pape2 e.V. hat Frau S. ihr Fachabitur erfolgreich abgeschlossen und bewirbt sich aktuell bei diversen Firmen. Dabei belastet sie ihre psychische Erkrankung, da sie nicht glaubt damit im regulären Arbeitsmarkt Fuß fassen zu können.

Aktuelle soziale Situation

Frau S. lebte bis zu ihrem Aufenthalt bei Pape2 e.V., bei ihren Eltern. Sie hat eine Zwillingsschwester, zu der ein ambivalentes Verhältnis besteht. Sie haben unregelmäßigen und teilweise konfliktreichen Kontakt, können sich aber auf der anderen Seite gelegentlich unterstützen. Ähnlich gestaltet sich die Beziehung zu ihrer Mutter, die sie als überbehütend und grenzüberschreitend erlebt. Die Beziehung zum Vater ist aufgrund von zahlreichen Konflikten nahezu nicht vorhanden. Schon seit früher Kindheit hat sie Schwierigkeiten, Anschluss an Gleichaltrige zu finden und hat in ihrem Leben bislang nur eine Freundin gehabt. Zu dieser Freundin besteht inzwischen kein regelmäßiger Kontakt mehr. Frau S. geht ab und zu zum Klettern und hat dort einige Kletterpartner, die aber oft wechseln, so dass keine konstante Beziehung entstehen kann. Sonst bestehen keine Kontakte außerhalb der Einrichtung, so dass die MitbewohnerInnen und die BetreuerInnen zu wichtigen Bezugspersonen geworden sind. Mit einer Mitbewohnerin besteht seit kurzem ein engerer Kontakt, der für beide eine stützende Funktion hat.

Auslösende Situation

Die Problemsituation von Frau S. wurde 2008 durch einen intensiven Streit mit ihrer Mutter ausgelöst. In diesem Streit wurde Frau S. die Ausweglosigkeit ihrer Situation zu Hause bewusst. Sie hatte keine Freunde, die sie hätten stützen können und ihre Schwester war ihrerseits in einer stationären Behandlung, so dass Frau S. keinen anderen Ausweg sah, als sich auch behandeln zu lassen. Insbesondere die Grenzüberschreitung und die Beziehungsgestaltung durch ihre Mutter war für sie nicht aushaltbar. Da sie aber die genannten Haushalts- und Alltagskompetenzen noch nicht entwickelt hatte, war auch das Beziehen

einer eigenen Wohnung nicht möglich.

Biographische Daten

Frau S. wurde 1989 in Hamburg geboren und wuchs mit einer zweieiigen Zwillingsschwester im Haus ihrer Eltern in Hamburg auf. Ihre Eltern seien aktiv in der neuapostolischen Gemeinde tätig. Ansonsten sei die Familie nach außen hin eher abgeschottet gewesen und habe nur spärliche Kontakte zu anderen Familien oder Freunden. Ihre Mutter arbeitet in Teilzeit als Pflegehelferin und sei der Familie gegenüber sehr fürsorglich gewesen. Diese Fürsorglichkeit beschreibt Frau S. einerseits als ein angenehmes Gefühl des Umsorgtwerdens aber andererseits als teilweise belastend und einschränkend. Da beide Gefühle oft einhergingen, entstand eine regelrechte Ambivalenz. Ihren Vater, Verkäufer in einer Firma für Autoersatzteile, erlebte Frau S. als einen egoistischen und impulsdurchbrüchigen Menschen. In der Beziehung zu ihm musste Frau S. zu ihrem Schutz auf Abstand gehen. Insbesondere bei Streitigkeiten mit ihrer Schwester sei er häufig aggressiv und gewalttätig geworden. Er wünsche sich "fröhliche und aufgeweckte Mädchen" und komme nur schwer mit der Erkrankung seiner Töchter zurecht. Zu ihrer Schwester habe sie ein enges aber auch sehr ambivalentes Verhältnis. Diese sei bereits als Kleinkind auffällig gewesen und habe im Verlauf ihrer Entwicklung zunehmend aggressive Ausbrüche gehabt. Im Dezember 2006 sei ihre Schwester zunächst teilstationär, dann auch vollstationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE aufgenommen worden, wobei zwischenzeitlich auch eine akutstationäre Aufnahme wegen Suizidalität erfolgt sei. Der stationäre Aufenthalt habe 6 Monate gedauert und mittlerweile wohne sie in einer betreuten Wohngruppe. Im Gegensatz zu ihrer Schwester sei Frau S. stets sehr zurückhaltend und angepasst gewesen, wodurch sie von ihren Eltern auch Anerkennung erhalten habe. In ihrer schulischen Laufbahn sei sie in Hinsicht auf ihre Leistungen zunächst unauffällig gewesen. Nach der Grundschule habe sie die Realschule besucht. Ein darauf folgendes Austauschjahr in den USA habe sie aufgrund ihrer depressiven Erkrankung und starker sozialer Probleme abbrechen müssen. Da sich ihre depressive Symptomatik zunehmend verschlimmert habe, sei ihr im darauf folgenden Jahr der Schulbesuch nicht mehr möglich gewesen und sie habe den stationären Aufenthalt in Schleswig-Holstein angetreten. Die anschließende teilstationäre Behandlung im UKE habe sie dann entgegen der Empfehlungen der Ärzte/Therapeuten vorzeitig abgebrochen, da sie im September 2008 wieder mit ihrer Schule beginnen wollte. Seit September 2008 hat Frau S. wieder ihre Ausbildung zur kaufmännischen Assistentin aufgenommen. Sie hat dort große Schwierigkeiten, mit ihren Mit-

schülerInnen in Kontakt zu treten, was sie zum Teil sehr traurig und wütend stimmt. Dort hat sich die Lage in den letzten Monaten zugespitzt. Frau S. hat es nicht geschafft, Anschluss an ihre MitschülerInnen zu finden. Es gab dort faktisch niemanden, zu dem Frau S. eine engere Beziehung aufbauen konnte. Frau S. hat im letzten Jahr zahlreiche Bewerbungen auf einen Ausbildungsplatz als Industriekauffrau abgeschickt und an einigen Vorstellungsgesprächen, sowie Bewerbungstagen teilgenommen. Leider stellte sich der bis jetzt erhoffte Erfolg noch nicht ein und Frau S. kommt zunehmend in die Lage keine berufliche Perspektive, trotz ihres bald bevorstehenden Abschlusses, zu besitzen. Dies, sowie die hohen Anforderungen der kommenden Abschlussprüfungen und deren Vorbereitung führten kurz vor Weihnachten zu einem Zusammenbruch von Frau S., die sich darauf in die Asklepios Klinik Nord einweisen ließ. Sie befindet sich aktuell wieder in der Wohngruppe. Insgesamt lässt sich sagen, dass Frau S. die Zeit in der Wohngruppe genutzt hat, um an den genannten Themen zu arbeiten. Es treten aber immer wieder Situationen von starker Überforderung auf, die einer intensiven stützenden Entwicklung bedürfen.

Interaktionsdynamik

Die Interaktionsdynamik von Frau S. ist von zahlreichen Konflikten geprägt, da Frau S. in einem sehr vorwurfsvollen Stil kommuniziert. Dort lässt sich ein immer wiederkehrendes Muster beobachten. Frau S. verhält sich betont hilflos und weinerlich, was beim Gegenüber mit zunehmender Zeit aggressive Impulse auslöst. Sie versucht mit diesem Verhalten möglichst viele Aufgaben abzugeben und sie von anderen erledigen zu lassen. Auch Frau S. negative Einstellung, die sich in lebensverneinenden Kommentaren und sogar offen geäußerten Suizidwünschen zeigte, führten zu einer weiteren Belastung der Kommunikation mit anderen. Die von ihr vertretene Überzeugung, sie sehe keinen Sinn im Leben und in sich selbst, resultierte außerhalb des Betreuungsverhältnisses in einer regelrechten Vereinsamung. Dabei konnte Frau S. zu ihrer Bezugsbetreuerin ein sehr enges Verhältnis aufbauen. Dies war jedoch wiederum von Vorwürfen und Wünschen nach Hilfe im Alltag geprägt, so dass sich diese Beziehung für beide zunehmend ambivalenter gestaltete.

Gegenübertragung

Die BetreuerInnen spürten in der Gegenübertragung sowohl die Wünsche nach Nähe und Versorgung wie auch die Bedürfnisse nach Distanz. Einerseits fühlten sie sich genötigt Frau S. zu unterstützen und andererseits im gleichen Atemzug zurückgedrängt. Es war

kein angenehmes Bemuttern von Frau S., sondern ein stetiger Kampf um jeden Schritt. Mit fortschreitender Zeit wurde dieser Kampf von steigender Frustration begleitet, da Frau S. stetig dieselben Themen und Vorwürfe an die BetreuerInnen herantrug. Es war zudem eine regelrecht von Frau S. ausgehende Aggression in diesen Kontakten spürbar. Dadurch und durch die steigende Frustration wurden die BetreuerInnen im Kontakt mit Frau S. zunehmend von ihr gegenüber aggressiven und ablehnenden Gefühlen überflutet. Diese stetige Ambivalenz im Kontakt war sehr zeit- und energieraubend für die BetreuerInnen, so dass jeder Erfolg weniger wie ein positiver Fortschritt, sondern eher wie eine Entlastung wirkte. Insbesondere, da Frau S. durch häufig gewünschte Kontakte einen starken Druck auf die BetreuerInnen ausübte.

Institutionelle Dynamik

Im interdisziplinär zusammengesetzten Team der Wohngemeinschaft entstand nach kurzer Zeit ein Austausch über die geschilderten Emotionen in der Gegenübertragung. Dies geschah nicht zuletzt aufgrund der Intensität der Frustration, die Frau S. bei den BetreuerInnen produzierte. Frau S. rutschte dadurch schnell in die Rolle eines "nervigen Kindes", dass dauernd die Aufmerksamkeit der BetreuerInnen erlangen möchte, um dann ihre Alltagsprobleme im Kontakt abzuladen. Erst nach intensiver Supervision erlebten die BetreuerInnen dieses Beziehungsmuster als Symptom und schafften es die positiven und liebenswürdigen Seiten von Frau S. in das Gesamtbild zu integrieren. In zunehmende Maße konnte das Wertschätzen dieser Seiten das anstrengende Beziehungsmuster erträglicher machen.

Verstehen unter psychoanalytischen Aspekten

Die auslösende Situation der ausweglos erschienenen Lage im Streit mit der Mutter hat bei Frau S. intensive Ängste um ihre Autonomie mobilisiert. In diesem Streit spiegelt sich ein Autonomie- versus Abhängigkeitskonflikt wieder, der von zwei entgegen gerichteten Motivationsbündeln bestimmt wird. Auf der einen Seite möchte Frau S. umsorgt und behütet werden, aber auf der anderen Seite versucht Frau S. ihrem Bedürfnis nach Autonomie gerecht zu werden. Grundlegend lässt sich sagen, dass Frau S. die Beziehung zu ihrer Mutter so umfassend verinnerlicht hat, dass ihr als Konsequenz nur wenig alternative Handlungsmöglichkeiten bleiben. Diese Beziehung ist nach Frau S. von der Mutter durch Grenzüberschreitung geprägt. Die Mutter von Frau S. ist zudem eine auffällige Person, die sich durch stark behütendes Verhalten ihrer Tochter gegenüber auszeichnet. Sie versucht

ihr wortwörtlich alles abzunehmen. Dabei muss sie schon früh mit Frau S. Autonomie-Impulsen aneinander geraten sein. Sie sagt zwar, dass es ihr schlecht geht, wenn es Frau S. schlecht geht und weil sie so viel Hilfe braucht, aber unbewusst benötigt sie Frau S. als hilfloses Objekt, um sich gebraucht zu fühlen. Dies scheint tief in ihrem Gefühl von Mütterlichkeit verwurzelt zu sein. Demnach hat sie Frau S. wahrscheinlich gerade dann mit Wärme belohnt, wenn Frau S. sich schwach und hilflos verhalten hat. Dadurch musste Frau S. dieses Verhalten verinnerlichen, um so ihren Teil am sozialen Leben der Mutter und somit stellvertretend am Leben anderer Menschen zu haben. Auf der anderen Seite hat Frau S. ´s Mutter ihr zwar bewusst signalisiert, dass sie die Individuation von Frau S. unterstützen und gut finden würde, ihr aber unbewusst ein Gefühl vermittelt, dass Frau S. etwas grundlegend falsch machen würde. Diese starke Ambivalenz war für die junge Frau S. vollkommen unverständlich und das Gefühl sich diesen Widerspruch nicht erklären zu können und die daraus entstehende Verwirrtheit führten zu dem Entstehen von heftigen Aggressionen. Insbesondere da das Behüten ihrer Mutter mit zunehmender Intensität einen aggressiven Akt entgegen Frau S. Autonomiebedürfnissen darstellte. Somit hat sich dort eine Aggression aufgestaut, die in jedem Kontakt mit Frau S. zu spüren ist. Das heißt Frau S. hat nicht das grundlegende Problem Beziehungen einzugehen, sondern diese zu gestalten. Einerseits spürt man ihr Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit, aber andererseits wird dieses sehr aggressiv vorgetragen. Dies geht bis zu Erpressungen mit Sätzen wie: “Wenn wir heut Abend nicht mehr telefonieren können, dann weiß ich nicht, ob ich mir nicht etwas antun werde.”, so dass man sich sehr schnell in einer Abwehrhaltung befindet. Die Rollenkollusion zwischen Frau S. und ihrer Mutter lässt sich demnach nicht in Frau S. ´s weiteren Beziehungen wiederholen, was zu einem Nichtvorhandensein von Beziehungen und der daraus resultierenden Einsamkeit führt. Auch das verinnerlichte Verhalten von Frau S.´s Mutter, nicht das gleiche zu sagen, was sie fühlt, schlägt sich bei Frau S. in einer alles überschattenden Unsicherheit nieder, da Frau S. aufgrund des genannten Konfliktes zwischen ihrer Individuation und den Rückmeldungen ihrer Mutter eigentlich nie weiß, ob ihr Verhalten gerade richtig oder falsch ist. Im Kontakt ist Frau S. oft weinerlich und erweckt den Eindruck von Hilflosigkeit. Gleichzeitig spürt man sehr viel aggressive Impulse in sich, wenn man mit Frau S. spricht. Sie spricht sehr häufig darüber, wie schlecht es ihr gehe, dass sie kein Sinn im Leben sähe und dass sie alles überfordern würde. Man solle ihr möglichst viel abnehmen und für sie erledigen. Dadurch wiederholt sie in jeder ihrer Beziehungen das gleiche Verhaltensmuster, welches es den Menschen in ihrer Umgebung schwermacht, eine Beziehung zu ihr aufrecht zu erhalten. Frau S. hat außer der Be-

ziehung zu ihrer Mutter, ihrer Schwester und ihrem Therapeuten keine dauerhaften Beziehungen, da jeder bis jetzt nach kurzer oder langer Zeit in eine abwehrende Haltung Frau S. gegenüber gegangen ist. Dies spitzt sich oft zu, da Frau S., sobald sie den Beginn einer Ablehnung ihr gegenüber spürt, versucht mehr Kontakt zu suchen. Sie sucht noch öfter das Gespräch und stellt noch mehr Hilflosigkeit zur Schau, um die Ablehnung zu durchbrechen. Da aber weiterhin die gleichen aggressiven Impulse ausgelöst werden, resultiert dieses Verhalten in einer noch größeren Abwehr, so dass Frau S. am Ende wieder allein da steht. Das Verhältnis zu ihrer Mutter und ihrer Schwester gestaltet sie zwar ähnlich, doch dort entsteht auch nach schweren Konflikten immer wieder Kontakt. Dieses Beziehungsverhalten erzeugt starken Druck in der Schule, da Frau S. dort genauso allein ist und ihr dies in einer so großen Menge an Gleichaltrigen mit einer starken Intensität bewusst wird. Weiterhin ist die starke Unkenntnis von einfachsten Haustätigkeiten wie Putzen, Wäsche waschen, etc. sowie eine große Unfähigkeit in der Entscheidungsfähigkeit, wenn es um die Alltagsstrukturierung geht, für Frau S. sehr belastend. Dies steigert sich oft in einen Konflikt um völlige Versorgung, wo Frau S. versucht ihre Autarkie völlig an andere abzugeben. Hinzu kommt eine starke Geschwisterrivalität zwischen Frau S. und ihrer Zwillingsschwester, da Frau S. als sekundären Krankheitsgewinn sehr viel Aufmerksamkeit durch ihre Erkrankung erlangt. Dabei wird dieses Verhalten, wie schon erwähnt, von ihrer Mutter unterstützt. Da die Zwillingsschwester aber durch ähnliche Erkrankungen und Probleme auch Aufmerksamkeit erhält, hat sich ein regelrechter Kampf um die gewünschte Aufmerksamkeit eingestellt. Dies wird hauptsächlich an der Mutter ausgetragen, da der Vater emotional nicht erreichbar erscheint. Insoweit lassen sich Rückschlüsse auf die frühe Entwicklung der beiden machen, da zu vermuten ist, dass der Vater sich schon immer so verhalten hat und die Mutter mit seinem Verhalten mit den Kindern emotional alleine gelassen hat. Dies hat die Mutter vermutlich überfordert, so dass diese ihr Beziehungsmuster verstärken musste. War die Überbehütung bis dahin nicht so stark, musste sie sich durch die Überforderung und die Angst der Mutter erhöhen, um die Situation bewältigen zu können. Hier lässt sich möglicherweise auch der Grund für die Rigidität der Beziehungsmuster von Frau S. finden. Die Mutter hatte keine greifbaren Alternativen, also konnten die Töchter diese auch nicht verinnerlichen. Insoweit ist bei Frau S. eine Ich-Schwäche im Bereich der Abwehrmechanismen zu beobachten, da sie nicht in der Lage ist, innerpsychische Konflikte in der Realität abzuarbeiten. Sie trägt ihren Konflikt immer wieder nach außen und er fällt immer wieder auf sie zurück, so dass sie damit erneut alleine ist. Dies resultiert in einer ausgeprägten Depression, da alle aggressiven Impulse von der Realität nicht getragen

werden können. Diese Impulse "frisst" Frau S. in sich hinein und türmt sie zu einem destruktiven Berg von verdrängten leidvollen Gedankeninhalten auf. Im Bereich der gesamten psychischen Struktur fehlen Frau S. zahlreiche Kompetenzen der Emotionsregulierung und der Bindungsebene, die es näher zu betrachten gilt.

3.2 Anna S.´s psychische Struktur

Zur Beschreibung von Frau S.´s psychischer Struktur wird die OPD-Struktur-Checkliste gewählt.

1.1 Selbstwahrnehmung: Selbstreflexion
Mäßig integriert: Frau S.´s Selbstwahrnehmung ist teilweise eingeschränkt und hat oft nur die eigene Sichtweise und das eigene Handeln als Fokus. Frau S. hat Schwierigkeiten Situationen unter verschiedenen Sichtweisen darzustellen und kann ihre Wirkung auf andere Personen nur schwer einschätzen.

1.2 Selbstwahrnehmung: Affektdifferenzierung
Gering integriert: Frau S. kann ihre Affekte nur sehr schwer unterscheiden. Es fehlt ihr generell an Worten, diese Affekte zu beschreiben. Affekte gezielt zum Erreichen von Zielen zu nutzen, endet oft in einem starken Erregungszustand. Im Vordergrund steht eine depressive Leere, die als Gefühlstaubheit beschrieben wird.

1.3 Selbstwahrnehmung: Identität
Mäßig bis gering integriert: Frau S. Selbstbild ist wenig ausgebildet und dementsprechend noch wenig kohärent. Eine psychosexuelle Identität lässt sich nicht beobachten. Die soziale Rolle ist sehr negativ besetzt. Belastungen erhöhen den Leidensdruck. Frau S. kann Kritik nur schwer annehmen und nahezu gar nicht integrieren.

1.4 Objektwahrnehmung: Selbst-Objekt-Differenzierung
Mäßig integriert: Frau S. kann nur erschwert zwischen eigenen und fremden Affekten unterscheiden. Hieraus resultiert eine verzerrte Wahrnehmung der eigenen und der fremden Emotionswelt.

1.5 Objektwahrnehmung: Ganzheitliche Objektwahrnehmung

Gering integriert: Das von Frau S. erlebte Bild anderer Personen schwankt deutlich je nach Gefühlslage. Zudem wird dieses stark von Frau S.´s situativen Bedürfnissen geprägt, was weiter verzerrend wirkt. Andere Personen werden nur unter Teilaspekten wahrgenommen und entweder idealisiert oder abgewertet.

1.6 Objektwahrnehmung: Realistische Objektwahrnehmung

Gering integriert: Frau S. projeziert oft eigene Emotionen auf andere und verschlechtert durch die häufig negativen Emotionen das fremde Bild. Die Sichtweise von Frau S. ist ihr dabei oft die einzig verfügbare.

2.1 Steuerung: Impulssteuerung

Gering integriert: Frau S. hat große Schwierigkeiten Bedürfnisse aufzuschieben. Ihre Aggressionen äußern sich in selbstdestruktiven Handlungen und Fantasien, bis hin zu intensiven Selbstmordgedanken. Sexuelle Erlebnisfähigkeit ist scheinbar nicht vorhanden. Die hervorbrechenden Impulse werden grenzüberschreitend an die Umwelt herangetragen, was zu einer stetigen Ablehnung führt. Frau S. sieht sich dabei nicht als Akteurin und weist Schuld anderen zu.

2.2 Steuerung: Affektregulierung

Gering integriert: Negative Affekte werden von Frau S. als nicht aushaltbar erlebt.

2.3 Steuerung: Selbstwertregulierung

Gering integriert: Frau S. Selbstwertgefühl ist sehr instabil. Es beinhaltet teilweise unrealistische Größenvorstellungen ihrer Fähigkeiten, die oft in Enttäuschung münden. Schon leichte Enttäuschungen führen zu einem starken Rückzug und zu schwer aushaltbaren Gefühlszuständen.

2.4 Objektbezug regulieren: Beziehungen schützen

Gering integriert: Impulse agiert Frau S. interpersonell aus und stört damit jede Beziehung.

2.5 Objektbezug regulieren: Antizipation

Mäßig integriert: Frau S. befürchtet übertrieben negative Reaktionen ihrer Umwelt auf eigene Impulse.

3.1 Kommunikation nach innen: Affekte generieren

Gering integriert: Frau S. fehlen oft gänzlich positive Affekte. Negative Affekte, insbesondere Wut, Scham und Trauer stehen im Vordergrund.

3.2 Kommunikation nach innen: Fantasien

Gering integriert: Frau S. hat hauptsächlich negative Fantasien.

3.3 Kommunikation nach innen: Körperselbst

Gering integriert: Frau S. hat ein sehr diffuses Körperbild und erlebt ihren Körper oft als bedrohlich. Dies resultiert in vielen Situationen zu einer regelrechten Körperstarre.

3.4 Kommunikation: Kontaktaufnahme

Gering integriert: Frau S. hat ein übergriffig-distanzloses Kontaktverhalten. Es stellt sich im Kontakt keine klare Verständigung ein. Viele Missverständnisse und Kommunikations-abrisse finden statt, so dass sich kein Wir-Gefühl einstellen kann.

3.5 Kommunikation: Affektausdruck

Mäßig bis gering integriert: Frau S. hat große Schwierigkeiten ihre Affekte zu verstehen und ihr Gefühlsleben wird oft von Selbstentwertung und depressiven Affekten beherrscht. Dies führt zu einer erschwerten Kommunikation, da sie sehr fordernd und reizbar auftritt. Sie hat weiterhin Schwierigkeiten ihre negativen Gefühle zu zeigen, so dass ein rationaler Kommunikationsstil scheinbar im Vordergrund steht.

3.6 Kommunikation: Empathie

Gering integriert: Frau S. zeigt ein sehr geringes Einfühlungsvermögen und kann sich schlecht in andere hineindenken. Andere Personen werden oft nicht als eigenständige Personen wahrgenommen. Insbesondere gute und negative Eigenschaften können selten gleichzeitig wahrgenommen werden.

4.1 Bindung: Internalisierung

Mäßig bis gering integriert: Frau S. hat Probleme damit, konstante innere Bilder anderer Personen aufzubauen. Sobald die Personen nicht anwesend sind, verblassen diese Bilder. Im Kontakt ist Frau stark abhängig vom Kontaktpartner. Frau S. hat Angst jederzeit ohne ein schützendes Objekt dastehen zu können.

4.2 Bindung: Positive Introjekte

Mäßig Gering integriert: Frau S. kann sich in den seltensten Fällen durch das Aufrufen von positiven Introjekten beruhigen.

4.3 Bindung: Varibialität der Bindung

Mäßig integriert: Frau S. beschreibt wichtige Personen als versorgend oder kontrollierend. Sie ist primär an dyadischen Beziehungen interessiert. Triadische Beziehungsmuster überfordern sie.

4.4 Äußere Objekte: Bindungsfähigkeit

Mäßig integriert: Frau S. hat Schwierigkeiten sich anderen positiv verbunden zu fühlen. Oft beschränkt sich das positive Gefühl auf das Versorgtwerden.

4.5 Äußere Objekte: Hilfe annehmen

Mäßig integriert: Frau S. hat Schwierigkeiten adäquate Hilfegesuche auszudrücken und kann sich nur äußerst schwer entschuldigen.

4.6 Äußere Objekte: Loslösung

Mäßig bis Gering integriert: Frau S. klammert sich bei bevorstehenden Trennungen eng an die Personen an und kann Abschiede nur schwer aushalten. Trennungen ziehen oft Desorganisation und depressive Episoden nach sich.

(vgl. Rudolf 2009, S.195ff)

Anhand dieser Strukturliste wird der Therapieverlauf nach dem Schema von Rudolf dargestellt.

3.3 Therapieverlauf

Strukturelle Diagnostik

Frau S. spürt sehr wenig Affekte in sich und kann diese selten differenzieren (Affektdifferenzierung). Andere Personen werden nur unter Teilaspekten wahrgenommen und von Projektionen in ihrem realen Bild verzerrt (Objektwahrnehmung). Frau S. kann ihre Impulse nur schwer aufschieben und steuern, was oft spontan zu inadäquaten Ansprüchen an andere Personen führt (Impulssteuerung). Negative Affekte und insbesondere Gefühle

des Alleinseins werden von Frau S. als nicht aushaltbar erlebt (Affekttoleranz). In der Kommunikation ist Frau S. sehr instabil, oft übergriffig-distanzlos und unempathisch (Kommunikation) (vgl. Rudolf 2009, S.156).

Differenzialdiagnose zu Konfliktthemen

Die repetitiv vorgetragenen Ansprüche an Bezugspersonen deuten auf einen Autarkie-Versorgungskonflikt hin, der als Ausformung eines zu Grunde liegenden Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes gesehen werden kann. Es besteht eine starke Spannung zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und grandiosen Ansprüchen an ihre Ziele, was in einem Selbstwertkonflikt resultiert. Die psychosexuelle Identität ist sehr gering entwickelt und in der Beziehung zu den Eltern lässt sich ein ödipaler Konflikt vermuten (vgl. Rudolf 2009, S.156).

Therapeutische Zielsetzung

Frau S. aktuelle Problemlage gliedert sich in mehrere Teilbereiche. Zuerst erschienen die Problematik der Depression und der ihr inliegende Selbstwertkonflikt als schwerwiegendstes Symptom. Nach der Diagnostik der strukturellen Fähigkeiten wurde deutlich, dass Frau S. insbesondere einer Bearbeitung ihrer strukturellen Defizite bedarf, um ihr dysfunktionales Beziehungsmuster verändern zu können. Es wurden neben den Konflikt- und Beziehungsaspekten fünf strukturelle Foki gewählt.

1. Struktur: Affektdifferenzierung. Die stark eingeschränkte Fähigkeit, Affekte wahrzunehmen und sie intrapsychisch untescheiden zu können.

2. Struktur: Objektwahrnehmung. Die eingeschränkte Fähigkeit, andere Personen real wahrzunehmen und die Unterscheidung zwischen der Realität und eigenen Projektionen.

3. Struktur: Impulssteuerung. Die eingeschränkte Fähigkeit, Impulse aufzuschieben und zu steuern. Insbesondere die angemessene Äußerung von Wünschen zu beherrschen.

4. Struktur: Affekttoleranz. Die eingeschränkte Fähigkeit, negative Affekte auszuhalten und sich mittels positiver Introjekte zu beruhigen.

5. Struktur: Kommunikation. Die eingeschränkte Fähigkeit, eine stabile und einfühlsame Kommunikation aufzubauen, die eine gesunde Distanz und Nähe halten kann.

6. Konflikt: Die Integration von grandiosen Ansprüchen in die Gefühle von Minderwertigkeit, um eine Annäherung der beiden zu erreichen und den Selbstwertkonflikt zu lindern.

7. Konflikt: Den motivationalen Kern des Autarkie-Versorungskonfliktes.

8. Beziehung: Das dysfunktionale Beziehungsmuster der rigiden Ansprüche auf Hilfe und Versorgung (vgl. Rudolf 2009, S.156f).

Therapeutische Haltung

Die eingeschränkten strukturellen Fähigkeiten sind ein Ausdruck der Beziehungserfahrungen von Frau S., die insbesondere mit ihrer Familie gemacht wurden. Aufgrund der beschriebenen, teilweise uneinfühlsamen Beziehung zum Vater und der übergriffigen Beziehung zur Mutter und zur Schwester konnte Frau S. ihren Affektausdruck nicht in hinreichendem Maße entwickeln. Dies setzte sich in einer versagenden Umwelt in der Schule und anderen Lebensbereichen fort. Es bedarf einer entwicklungsfördernden Haltung, die genug Zeit für eine "Nachbeelterung" zur Verfügung stellt. Die konflikthaften und anklagenden Sichtweisen der Klientin belasten die therapeutische Situation, wenn dieses Beziehungsverhalten nicht als die für Frau S. bestmögliche Lösung verstanden wird. Die BezugsbetreuerInnen müssen eine wertschätzende Haltung gegenüber Frau S. einnehmen und ihre freundlichen und dankbaren Seiten als gute Erfahrungen verinnerlichen, um ein inneres gutes Bild von Frau S. aufbauen zu können (vgl. Rudolf 2009, S.157).

Therapeutisches Vorgehen

Frau S. verhält sich hilfesuchend und orientierungslos. Sie stellt sich wiederholt die Frage, was ihr Leben für einen Sinn hätte. Die Bezugsbetreuerin nimmt den Fokus von dieser Frage weg und legt ihn auf das Gefühl der Leere dahinter. Sie ermutigt Frau S. in dieser Leere nach anderen Gefühlen zu forschen. Dabei nimmt sie eine aktiv ermutigende Haltung ein. Sie bestätigt Frau S., dass dieses Gefühl der Leere schwer zu ertragen sei, zeigt ihr aber gleichzeitig auf, dass sie diese Leere bis heute durch viele Dinge und Personen füllen konnte. Nach diesem bestärkenden Lob geht die Betreuerin mit Frau S. ihre aktuellen Problemlagen durch. Insbesondere die Aufgaben, eine stabile Beziehung zu jemandem aufzubauen und die Tätigkeiten des Alltags wie z.B. im Haushalt, liegen dabei im Fokus. Die Betreuerin bespricht mit Frau S., was andere Menschen in ihrem Alter tun können und was Frau S. aufgrund ihrer gefühlsmäßigen Lage nicht tun kann. Sie bietet Frau S. Unter-

stützung und Zusammenarbeit bei der Bearbeitung dieser Problemlagen an. Das dysfunktionale Beziehungsmuster der aggressiven Hilfeansprüche von Frau S. wird von der Betreuerin nicht persönlich genommen und mit Frau S. gemeinsam beleuchtet. Dabei spielt insbesondere das Erkennen der Gegenübertragung eine große Rolle, die nach dem Erkennen als solche Frau S. dargestellt werden kann. Durch redundantes Hinweisen auf ähnliche Situationen kann Frau S. ihr Beziehungsmuster erkennen und aus einer anderen Perspektive nacherleben. Die eingeschränkten strukturellen Fähigkeiten werden dabei deutlich und in den Fokus der "nachbeelternden" Beziehung zur Betreuerin gestellt. Hierbei geht die Bezugsbetreuerin Alltagsbeispiele von Frau S. durch und zeigt durch das Imaginieren alternativer Verhaltensweisen weitere Möglichkeiten auf. Insbesondere mögliche Verhaltensweisen von anderen Menschen gleichen Alters stehen dabei im Mittelpunkt, um Frau S.´s Empathie zu schulen. Es wird besprochen, was Frau S. gegen das Gefühl der Leere tun kann. Dabei werden Aktivitäten wie Klettern, Baden, Laufen, Musik hören und das Vermeiden von Situationen des Alleinseins und der Aktivitätslosigkeit beleuchtet. Die Betreuerin kommt immer wieder aktiv auf diese Themen zurück und bespricht mit Frau S., was ihr gelungen ist und was noch Schwierigkeiten bereitet. Insbesondere das gesunde Maß an Unterstützung durch die Betreuerin ist dabei von Bedeutung (vgl. Rudolf 2009, S.157f).

Therapeutischer Prozess

Am Anfang der therapeutischen Beziehung von Frau S. und ihrer Bezugsbetreuerin steht eine beruhigende und stützende Aktivität der Betreuerin, um Frau S. das Gefühl zu geben mit ihrer scheinbar ausweglosen Situation nicht allein zu sein. Frau S. hat Raum, ihre Gefühle der Leere und Hilflosigkeit zu schildern und die Betreuerin kann diese Emotionen einfühlend und bemutternd aufnehmen. Dieser Prozess wird in einem gesunden Maße gehalten, um Frau S. gewohnte Erfahrung des völligen versorgt werdens nicht zu wiederholen. Insbesondere bei der Abschätzung zwischen der richtigen Nähe und der richtigen Distanz wird viel Einfühlung seitens der Betreuerin geleistet. Unter Anleitung der Betreuerin kann Frau S. in zunehmendem Maße ihre Gefühlszustände aushalten und Dinge selbst ausprobieren. Die Erfolge stellen sich langsam, aber dafür wiederholt ein. Mit steigenden Fähigkeiten der Einfühlung und des Affekterlebens erkennt Frau S. ihre großen Defizite im sozialen Bereich und in ihrer Selbstwertregulierung. Durch den Austausch von Erfahrungen mit ihren MitbewohnerInnen erlebt sie sich aber als weniger allein und dazugehörig als vorher. Sie kann ihre Schwächen teilweise akzeptieren und verzweifelt nicht mehr an ihn-

en. Ihr Beziehungsverhalten ist weniger fordernd und eher zurückhaltend, so dass sie genug Zeit hat ihre Wünsche zu reflektieren und angemessen vorzubringen. Einige BewohnerInnen und ihre Bezugsbetreuerin fungieren für sie zunehmend als positive Objekte, so dass Frau S. ihre Emotionen immer besser regulieren kann. Die Auffälligkeit ihrer Mutter kann Frau S. als so gegeben hinnehmen und sie als Teil ihrer Entwicklung geistig integrieren (vgl. Rudolf 2009, S.158f).

Therapeutische Evaluation

Zum aktuellen Zeitpunkt wird untersucht, inwieweit sich die vorher genannten Fokuspunkte verändert haben.

1. Affektdifferenzierung: Innerhalb dem Gefühl von innerer Leere konnte Frau S. immer häufiger einzelne Gefühle identifizieren und diese in den Kontext der aktuellen Beziehungssituation integrieren. Dabei standen aber immer noch negative Affekte wie Wut, Trauer und Scham im Vordergrund.

2. Objektwahrnehmung: Frau S. konnte durch stetiges Üben von Empathie ein realistischeres Bild anderer Personen zeichnen und eigene Anteile von Projektionen auf diese erkennen. Sie nimmt andere Personen nicht mehr nur in Bezug zu sich wahr, sondern auch in Bezug zu anderen. Insbesondere das Integrieren von positiven und negativen Objektanteilen fällt ihr deutlich leichter.

3. Impulssteuerung: Frau S. hat gelernt ihre Impulse teilweise aufzuschieben und sich mittels Beruhigungstechniken für einige Zeit zu beherrschen. Sie kann ihre Impulse zunehmend zielgerichteter einsetzen, um ihre Wünsche zu erfüllen.

4. Affekttoleranz: Frau S. hat zahlreiche Fähigkeiten und Techniken zur Selbstberuhigung erlernt und konnte in belastenden Situationen länger aushalten. In Situationen des Alleinseins verschafften ihre diese Techniken eine große Erleichterung.

5. Kommunikation: Frau S. ist zunehmend vorsichtiger im Kontakt und versucht zu erspüren, welche Bedürfnisse sie gerade bewegen. Eine gesunde Distanz und Nähe zu anderen zu erreichen, ist ihr dabei von großer Bedeutung.

6. Selbstwertkonflikt: Frau S. hat die Ansprüche ihres Vaters an sie als ungerechtfertigt erkannt und konnte sich als Konsequenz daraus zunehmend von ihren eigenen Ansprüchen von Grandiosität und Leistung trennen. Im aktuellen Erleben bedeutete ihr dies eine Linderung ihrer Gefühle von Minderwertigkeit und Versagen. Insbesondere die unbewussten Anteile sind aber noch nicht ausreichend verfügbar.

7. Autarkie-Versorgungskonflikt: Frau S. hat den Kern des Konfliktes zwischen ihren Versorgungsansprüchen und ihrem Bedürfnis nach Autarkie in Teilen erkannt, arbeitet aber aktuell noch daran.

8. Beziehung: Das dysfunktionale Beziehungsmuster hat Frau S. schnell verstanden, aber aufgrund von beruflichen Rückschlägen und wiederholten Verunsicherungen noch nicht hinreichend bearbeiten können (vgl. Rudolf 2009, S.159).

Therapeutische Bilanz

Frau S. hat ihre Probleme zu großen Teilen verbessern können. Die strukturellen Fähigkeiten haben zugenommen und Frau S. kann nun Konflikte und Situationen des Alleinseins besser aushalten. Im Kontakt kann Frau S. ihre Wünsche zunehmend adäquater mitteilen und sie achtet generell mehr auf ihre emotionalen Bedürfnisse. Den Blick nach innen konnte sie dabei schärfen und differenzieren. Frau S. erfuhr dabei, dass ihre Ansprüche an sich und an andere einer stetigen Reflexion bedürfen und oft von ihren Gefühlen verzerrt werden. Insbesondere das Einfühlen in andere Menschen und deren Sichtweisen ist Frau S. nun im Ansatz möglich. Sie fühlt sich nicht mehr allein auf der Welt und hat möglicherweise schon die erste längere Freundschaft aufgebaut. Ihre Bewerbungen schreibt sie auch nach einigen Absagen weiter und hofft auf eine Ausbildungsstelle in naher Zukunft. Die Organisation des Alltags und der Haushaltstätigkeiten fallen ihr immer leichter, so dass sie schon vereinzelt Essen für die ganze Wohngemeinschaft zubereitet und ihre Aufgaben gewissenhaft erfüllt. Die ambulante Therapie führt Frau S. weiter fort, um insbesondere an ihren Konfliktthemen weiter arbeiten zu können. Sie wird aber auch in den nächsten Monaten noch auf die Betreuung und den Rückhalt ihrer Bezugsbetreuerin angewiesen sein, um in Krisensituationen keine zu starke Verunsicherung zu erleben.

4. Schlussbetrachtung

Im Laufe dieser Arbeit wurde deutlich, dass die Auseinandersetzung mit den Grundlagen der psychischen Entwicklung und der psychischen Struktur eine äußerst wichtige Grundlage für die therapeutische Arbeit mit jungen Menschen darstellt. Das tiefergehende und exakte Wissen um die Vorgänge und die Auswirkungen von psychischen Krankheiten auf die Entwicklung und die Reifung der psychischen Struktur von jungen Menschen ermöglicht TherapeutInnen die Wahl der adäquaten therapeutischen Mittel. Nur so kann offenbart werden, wie tiefgreifend die Veränderungen einer psychischen Krankheit im Denken, Fühlen und Handeln von Personen sein können. Dies muss jedes Mal von neuem von TherapeutInnen beachtet und reflektiert werden, um einen wertschätzenden und verständnisvollen Umgang mit diesen Menschen zu gewährleisten. Dabei fällt insbesondere die große Bedeutung der frühen Entwicklung für das Führen eines leidarmen Lebens auf, da die psychische Struktur und ihre Mechanismen sich wie ein Haus aufeinander aufbauen. Ist das Fundament auf wackeligem und weichem Untergrund gebaut, gerät auch das Haus bei kleinsten Belastungen ins Wanken. Bei Belastungen fällt dieses auch viel leichter in sich zusammen, als ein Haus, dass auf festem Untergrund gebaut wurde. So verhält es sich analog mit der psychischen Struktur, bei der die einzelnen Steine und der Erdboden für die zahlreichen Unterstrukturen der Psyche stehen und die Belastungen für leidvolle Lebensereignisse und Krisen. Mit diesem Wissen konnte dargestellt werden, welche Techniken sich anbieten, um die Struktur zu festigen und seelisches Leiden zu verringern. Alle Techniken geschehen dabei in der Begegnung zwischen TherapeutIn und KlientIn. Insoweit kann das der Einleitung vorangestellte Zitat von Martin Buber: "Alles wirkliche Leben ist Begegnung." bekräftigt werden. Jede Begegnung kann wirkliches Leben sein, aber wirkliches Leben kann nur in der Begegnung stattfinden. So wie das Kleinkind nur in Abhängigkeit von der Mutter überleben kann, können Menschen sich nur im Dialog mit anderen Menschen weiterentwickeln und den Umgang mit ihren psychischen Fähigkeiten üben. An diesem Punkt setzt die Therapie an, die versucht die Sprache des Alltags in eine einfühlsame und beziehungsstiftende Weise zu bringen. Dies geschieht durch aufmerksames Zuhören und Verbalisieren, sowie durch Erkennen der Handlungs- und Beziehungsmuster im Kontakt. Nur durch das Erkennen dieser Muster können TherapeutInnen und KlientInnen diese in Worte fassen und versuchen Dysfunktionalitäten zu benennen. Erst nach diesem Schritt kann mit der Veränderung begonnen werden. Dazu kommen weitere Techniken der gezielten Aufmerksamkeit, die unbewusste Themen und Konflikte

zu entdecken versucht. Insbesondere unter dem Aspekt der zahlreichen unbewussten Konflikte des dargestellten Konfliktmodells erscheint dies bedeutsam. Diese Techniken müssen in einem haltenden und sicheren Rahmen angewandt werden, der außer in einer psychiatrischen Klinik oder einer therapeutischen Praxis, auch in einer Einrichtung der Jugendhilfe gegeben sein kann. Dies wurde eingehend an dem Beispiel von Pape2 e.V. deutlich, welches alle therapeutisch wirksamen Eigenschaften der genannten Settings vereinen und bereitstellen kann. Die Tatsache, dass eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft ein klinisch stationäres Setting simulieren kann, ist hierbei von besonderer Bedeutung. Die spezifische Technik der strukturbezogenen Psychotherapie ist dabei ein adäquates Mittel, um fokussiert "Nachbeelterung" und Hilfe bei der Nachentwicklung der psychischen Struktur leisten zu können. Dies geschieht wieder durch Begegnung und nach dem Prinzip der stetigen Differenzierung und Integration der psychischen Struktur. Dabei findet dieser Vorgang während und als Konsequenz der Begegnung zwischen KlientInnen und TherapeutInnen statt. Insbesondere das Nutzen von Foki auf bestimmte psychische Funktionen und Strukturen ermöglicht hierbei ein präzises und nachvollziehbares Verfahren der Hilfeleistung. Nicht zuletzt wird die Hilfe dadurch transparenter und evaluierbarer, wie an den Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapien deutlich wurde. Im Kontext dieser Überlegungen wurde am Beispiel von Anna S. gezeigt, wie wichtig eine umfassende Diagnostik für die Hilfe ist. Über ihre Depression hinaus zeigte sie viele strukturelle Schwierigkeiten, die als Grundlage für die Bearbeitung ihrer motivationalen Konflikte, verbessert werden müssen. Dieser Fall kommt wahrscheinlich sehr oft in der Jugendhilfe vor, da es junge Menschen kennzeichnet, dass sie die Stabilität im Leben noch nicht gefunden haben. Dies brauchen sie auch gar nicht, denn dafür sind eigentlich Eltern und FreundInnen verantwortlich. Ist dies jedoch aufgrund von zu großen Defiziten oder anderen Benachteiligungen nicht möglich, tritt die Jugendhilfe an deren Stelle. Insbesondere ein Rahmen wie bei Pape2 e.V. bietet dafür die richtige Struktur. Diese zeichnet sich durch die Betreuung zu jeder Tageszeit und die familienähnliche Wohnstruktur aus, die das Leben in der Familie und mit Gleichaltrigen simulieren soll. Insbesondere die Möglichkeit einzelne Foki zu setzen und der Reihe nach zu bearbeiten, ermöglicht eine bessere und gesündere Entwicklung. Die Aufenthaltsdauer von bis zu zwei Jahren unterstützt dies konzeptuell. Dabei erscheinen die Techniken der strukturbezogenen Psychotherapie besonders bei jungen Menschen effektiv. Diese zeichnen sich durch eine hohe Instabilität und einen großen Bedarf an Unterstützung und fremder Initiative aus. Dies kann die strukturbezogene Psychotherapie leisten, da die stützenden und wertschätzenden Techniken eine solide Grund-

lage für verändernde und konfrontierende Arbeit bietet. Insoweit wurden die Fragen nach den wissenschaftlichen Grundlagen und den Wirkfaktoren der strukturbezogenen Psychotherapie hinreichend diskutiert und beleuchtet. Anschließend ist die Frage, ob Menschen mit psychischen Erkrankungen mit der strukturbezogenen Psychotherapie geholfen werden kann mit Ja zu beantworten. Bei der Eingrenzung auf junge Menschen ist die Antwort Ja sogar auf besonders geeignet zu erweitern. Auch in welchem Rahmen so eine Therapieform in der Kinder- und Jugendhilfe stattfinden kann, wurde am Beispiel von Pape2 e.V. hinreichend dargestellt.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Techniken und die Rahmenbedingungen der strukturbezogenen Psychotherapie als besonders geeignet für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen erscheint. Dabei ist nicht mehr die Schwere der Störung von entscheidender Bedeutung, sondern die präzise Diagnostik, aus der sich die Hilfeplanung ergibt. Besonders bei der Vielfalt von psychischen Erkrankungen erscheint dies unerlässlich. Dennoch ist die Forschungslage stark lückenhaft. Es bedarf in Zukunft intensiverer Studien zur Wirksamkeit der strukturbezogenen Psychotherapie. Insbesondere die dabei wirksamen Faktoren müssen beleuchtet und transparent gemacht werden, damit diese auch in anderen Kontexten genutzt werden können. Weiterhin muss unterschieden werden, ob die spezifischen Techniken oder eher die wertschätzende Grundhaltung und die Beachtung der Persönlichkeit von KlientInnen und TherapeutInnen ausschlaggebend für den Erfolg von therapeutischer Arbeit ist. Dennoch ergibt sich für die Zukunft der Behandlung von psychischen Krankheiten ein positives und hoffnungsvolles Bild, so dass auch "schwierigen" Fällen adäquat geholfen werden kann.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber Verlag

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2007): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 6. Auflage 2007. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Erikson, Erik Homburger (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag

Erikson, Erik Homburger (1974): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Ernst Klett Verlag

Freud, Anna (1984): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Freud, Sigmund (2007): Das Ich und das Es. Metapsychologische Schriften. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Gedo, John E. (2000): Motiv, Motivation In: Mertens, Wolfgang (2000): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Hartmann, Heinz (1972): Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Ernst Klett Verlag

Hoffmann, Sven Olaf/Hochapfel, Gerd (2009): Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in die Psychodiagnostik und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH

Horn, Hildegard/Geiser-Elzer, Annette/Reck, Corinna/Hartmann, Mechthild/Stefini, Annette/Victor, Daniela/Winkelmann, Klaus/Kronmüller, Klaus-Thomas (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. In: In: Cierpka, Manfred/Lehmkuhl, Ulrike/Lenz, Albert/Seiffge-Krenke,

Inge/Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kidnerpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie,Beratung und Psychiatrie. 54.Jahrgang. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG

Kernberg, Otto (1984): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Kießling, Ulrich (2008): Rudolf, G. (2006). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer. In: Cierpka, Manfred/Lehmkuhl, Ulrike/Lenz, Albert/Seiffge-Krenke, Inge/Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kidnerpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie,Beratung und Psychiatrie. 57.Jahrgang. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG

Klein, Melanie (1962): Das Seelenleben des Kleinkindes. Und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart: Ernst Klett Verlag

Kohut, Heinz (1973): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Kriz, Jürgen (2001): Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz

Laplanche, Jean/Pontalis, Jean-Bertrand (1973): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag

Mentzos, Stavros (2008): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Mertens, Wolfgang (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie Bd.1. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Mertens, Wolfgang (1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie Bd.3. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Mertens, Wolfgang (1994): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 2 Kindheit und Adoleszenz. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Mertens, Wolfgang (1997): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 1 Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Mertens, Wolfgang (2004): Einführung in die psychoanalytische Therapie Bd.2. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Mertens, Woflgang (2005): Psychoanalyse. Grundlagen, Behandlungstechnik und Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Nissen, Bernd (2009): Zur Bestimmung der Möglichkeiten klinisch-psychoanalytischer Forschung. Ein Beitrag zur Forschungsdiskussion. In: Bohleber, Werner (Hrsg.): Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 63. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Rudolf, Gerd/Grande, Tilman/Jakobsen, Thorsten/Krawietz, Bärbel/Langer, Monika/Oberbracht, Claudia (2004b): Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie. In: Gerlach, Alf/Schlösser, Anne-Marie/Springer, Anne (Hrsg.): Psychoanalyse des Glaubens. Gießen: Psychosozial-Verlag

Rudolf, Gerd (2009): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer GmbH

Stascheit, Ulrich (2007): Gesetze für Sozialberufe. 15. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Stemmer-Lück, Magdalena (2004): Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Therapien und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Windaus, Eberhard (2005): Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. In:

Cierpka, Manfred/Lehmkuhl, Ulrike/Lenz, Albert/Seiffge-Krenke, Inge/Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kidnerpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie,Beratung und Psychiatrie. 54.Jahrgang. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG

Winkens, Bianca (2001): Die Bedeutung struktureller Persönlichkeitsorganisationen als Abwehr psychischer Veränderung. Perspektiven Kleinianischer Psychoanalyse. Tübingen: Edition Diskord.

http://www.pape2.de/site/download/Flyer-Pape2.pdf Zugriff 26.12.2010

http://www.pape2.de/site/download/LeistungsvereinbarungEingliederungshilfe.pdf Zugriff 27.12.2010

http://www.pape2.de/site/download/LeistungsvereinbarungJugendhilfe.pdf Zugriff 27.12.2010

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Dabei habe ich nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, sind als solche eindeutig kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht veröffentlicht und noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

_____

Eric Recke

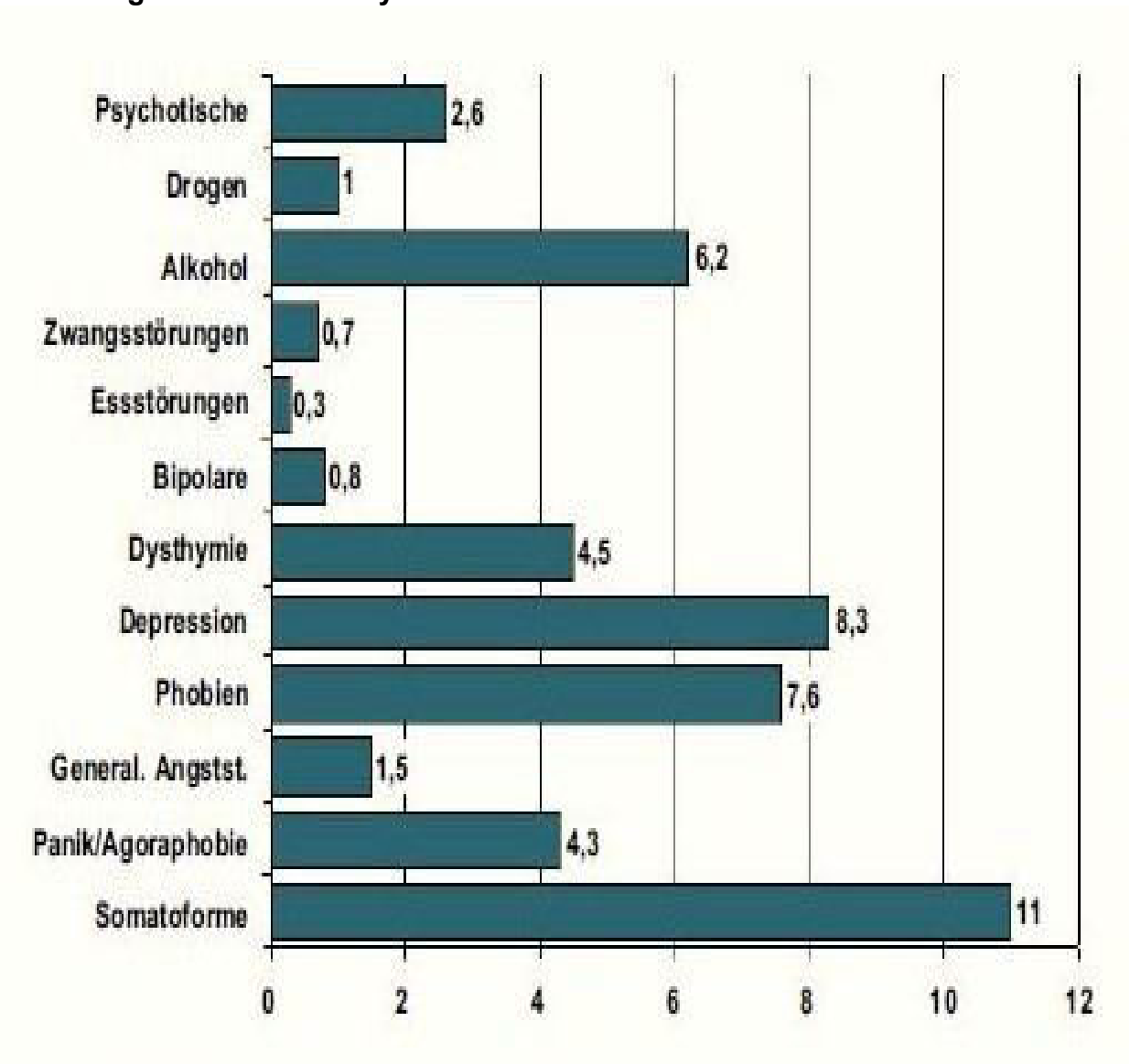
Hamburg, den 25.02.2011

Anhang

Inhaltsverzeichnis

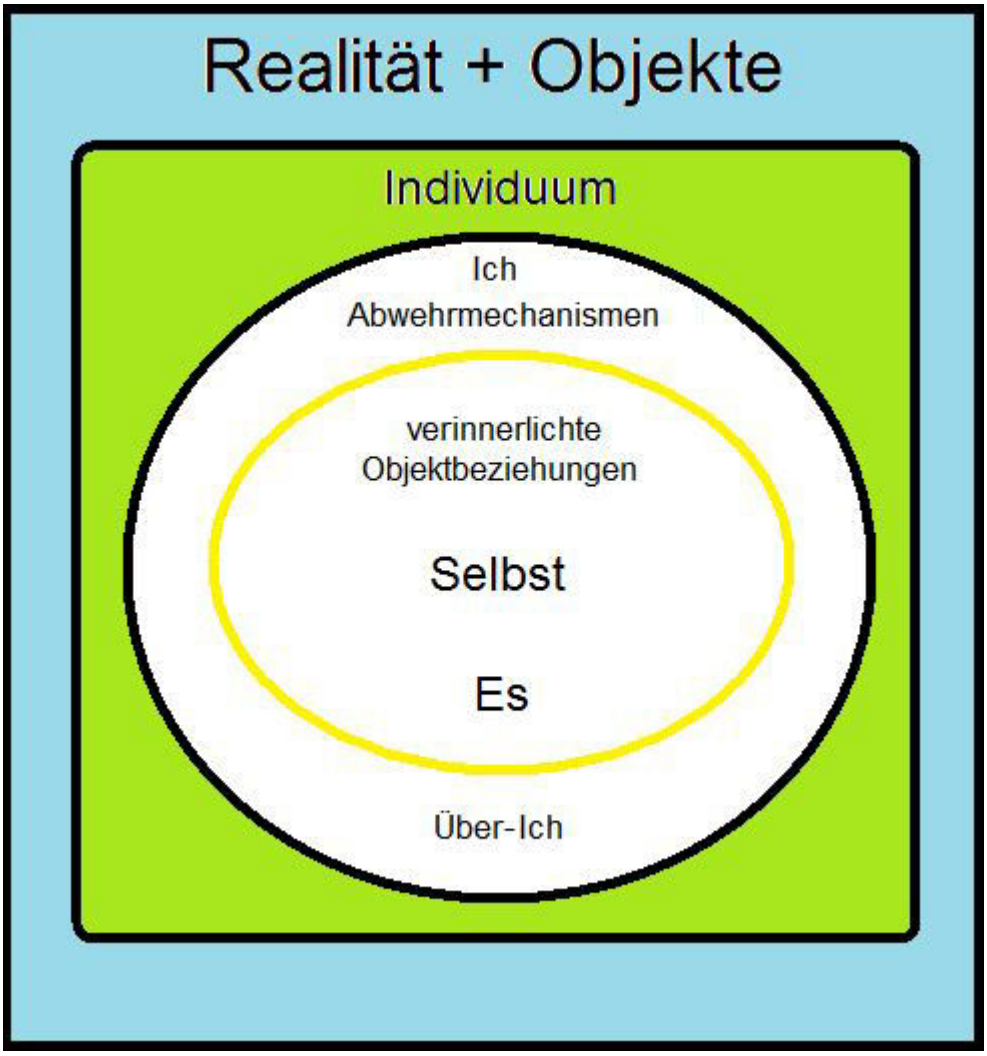
1. Bundesgesundheitssurvey 1998: Prävalenzrate 12 Monate.....1
2. Psychisches Strukturmodell.....2
3. Tab. 7-4.....2
4. Tab. 7-5.....3

1. Bundesgesundheitssurvey 1998: Prävalenzrate 12 Monate



Quelle: Gunther Groen (2010): Studienmaterial des Seminars Ängste und Depressionen.

2. Psychisches Strukturmodell



3. Tab. 7-4

Tab. 7-4 Ausgangswert und Endwert des Strukturniveaus in den 3 drei Outcome-Gruppen

Outcomegruppe	Ausgangswert	Endwert
unverändert	2,5	2,7
Bewältigung erreicht	2,1	2,0
umstrukturiert	2,1	1,8

Quelle: Rudolf, Gerd (2009): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer GmbH. S.186

4. Tab. 7-5

Tab. 7-5

Besserungsquoten bei stationärer Psychotherapie (Therapeuteneinschätzung)

Affektdifferenzierung	72 %
Affekttoleranz	50 %
Affektausdruck	74 %
Affektverständnis	76 %

Quelle: Rudolf, Gerd (2009): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer GmbH. S.188