

Beziehungsdynamiken besser verstehen

Tiefenpsychologisches Wissen
für die psychiatrische Arbeit

Reinhard Lütjen

Reinhard Lütjen
Beziehungsdynamiken besser verstehen
Tiefenpsychologisches Wissen für die psychiatrische Arbeit

Psychiatrie
Verlag 



Prof. Dr. Reinhard Lütjen, Jahrgang 1954, ist Diplom-Psychologe und approbierter Psychotherapeut. Er lehrt am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der FH Kiel.

Von 1980 bis 1995 war er in verschiedenen klinischen und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen tätig, u. a. als Stationspsychologe im Langzeitbereich der Klinik Rickling in Schleswig-Holstein und

als Projektleiter für den Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen im Bereich Hamburg-Bergedorf. Zusätzlich war er von 1993 bis 2002 Fachkoordinator der Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in Schleswig-Holstein.

Seit 1995 ist er als Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychiatrie an der FH Kiel tätig. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen »NutzerInnenorientierung in Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen« und »subjektorientierte Ansätze in der Psychiatrie«. Außerdem arbeitet er in eigener Praxis als Psychotherapeut.

E-Mail: reinhard.luetjen@fh-kiel.de

Reinhard Lütjen

Beziehungsdynamiken besser verstehen

Tiefenpsychologisches Wissen
für die psychiatrische Arbeit

Psychiatrie
Verlag 

Reinhard Lütjen
Beziehungsdynamiken besser verstehen
Tiefenpsychologisches Wissen für die psychiatrische Arbeit

1. Auflage 2020
ISBN-Print 978-3-88414-938-6
ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-087-6
ISBN E-Book (EPUB): 978-3-96605-095-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2020
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Lektorat: Uwe Britten, Eisenach
Umschlagkonzeption: GRAFIKSCHMITZ, Köln,
unter Verwendung eines Fotos von biloba/photocase.de
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein
Satz: Psychiatrie Verlag
Druck und Bindung: Medienhaus Plump, Rheinbreitbach

Vorbemerkung	9
1. Eingengt zwischen Kliniksehnsucht und Selbstentlassung – zur Einführung	11
2. Vom Triebkonflikt zum Trauma: psychodynamische Zugänge im historischen Wandel	15
Psychoanalytische Störungsmodelle im kurzen Überblick	16
Der intersubjektive Ansatz in den psychodynamischen Theorien	21
3. Innerlich verdrängen oder äußerlich abspalten: Abwehr und Abwehrmechanismen	23
Die Verdrängung und andere Abwehrmechanismen	23
Vom Abwehrkonzept zur Stressbewältigung	27
Zur Klassifikation von Abwehrmechanismen	28
Der subjektive Sinn von Abwehrmechanismen	32
Die »negative therapeutische Reaktion«	34
4. Vertrauen und Sicherheit oder Misstrauen und Distanz: Bindung und Mentalisierung	38
Die Entwicklung des Bindungssystems	39
Bindungstypen oder Bindungsstile	41
Was haben psychoanalytische Theorien und Bindungstheorie gemeinsam?	44
Kindliche Bindungsmuster und Beziehungsverhalten beim Erwachsenen	45
Mentalisierung	48
Bindungstypen und Mentalisierungsstörungen	54
Mentalisierungsbasierte Therapie und Beratung	58

5. Verwundung und Verstörung: Trauma und Traumatisierung	64
Situationale und relationale Traumadefinitionen	69
Traumafolgestörungen	70
Trauma und Beziehungsgestaltung: Identifikation mit dem Aggressor	72
6. Gegenseitige Gefühlsresonanz: Übertragung und Gegenübertragung	81
Die Allgegenwärtigkeit von Übertragung und Gegenübertragung	86
Konkordante und komplementäre Gegenübertragungsmuster	88
Übertragung und Gegenübertragung bei spezifischen Krankheitsbildern	90
7. Zwischen Grandiosität und Minderwertigkeit: Selbst-Theorie und Narzissmus	103
Das Selbst	106
Narzisstische Kränkungen und ihre Kompensationsmöglichkeiten	109
Die Bewältigung narzisstischer Kränkungen	111
Narzissmus als klinisches Phänomen	113
Das Krankheitsbild der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	114
Narzissten in einer Helferbeziehung begegnen	117
8. Zwischen Begeisterung und Verzweiflung: die Borderlineproblematik	127
Grundlegende Überlegungen zur Objektbeziehungstheorie	129
Die Besonderheiten der Borderline-Persönlichkeits-Organisation	136
Hilfreiche Hinweise zum Umgang mit Borderlinebetroffenen	141

9. Zwischen Selbstverlust und Weltverlust: psychotische Sphären **149**

Das psychodynamische Verständnis von Psychosen:

psychotische Prozesse als Schutz- oder Bewältigungsmöglichkeiten **156**

Containing **177**

Schizophrene Kommunikation **179**

Die Fallen der Gegenübertragung bei psychotisch beeinträchtigten Menschen **181**

Psychopharmaka machen »psychoseunfähig« **182**

10. Gemeinsam das leuchtende Herbstlaub wahrnehmen: intersubjektive Bezogenheit und psychodynamische Achtsamkeit **186**

Intersubjektivität **187**

Die Trias »Präsenz – Gegenübertragung – Einsicht« **189**

Seite absichtlich frei gelassen.

Vorbemerkung

Das vorliegende Buch entspringt zwei persönlichen Erfahrungswelten: meiner sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Tätigkeit in ambulanten und stationären Institutionen sowie meiner Lehrtätigkeit am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel. In meiner beruflichen Praxis bin ich psychischen Problematiken in vielfältiger Form begegnet. Meist in eher leichteren Formen bei Psychotherapie-Klientinnen und -Klienten, in häufig sehr schwerwiegender Form bei Menschen, die ich sozialpsychiatrisch betreute.

Zu Beginn meiner Berufstätigkeit fühlte ich mich oft in einem Zustand zwischen Heraus- und Überforderung angesichts des Spektrums psychischen Leidens, mit dem ich konfrontiert war. Mein Bedürfnis, die betroffenen Menschen in ihren Konflikten, in ihren extremen Gefühlszuspannungen, in ihrer Verzweiflung an der Welt tiefergehend zu verstehen, war dementsprechend stark – vor allem deswegen, weil ich bei vielen Klientinnen und Klienten, die man bei oberflächlicher Betrachtung leicht als »psychotisch«, »persönlichkeitsgestört« oder einfach »verrückt« abwerten könnte, zutiefst menschliche, existenzielle Problematiken erkannte, die eigentlich jedem Menschen begegnen können.

Dem Wechsel aus der Praxis in einer Hochschullehrer-Tätigkeit habe ich es zu verdanken, dass ich genügend gedanklichen Freiraum bekam, mir ein weitergehendes Verständnis für schwierige psychische Konflikt- und Beziehungsdynamiken zu eröffnen. Geholfen hat mir dabei vor allem der tiefenpsychologische bzw. psychodynamische Ansatz. Insgesamt sind diese Ideen und Modelle, die sich aus der Psychoanalyse entwickelt haben, derzeit eher in der Gefahr, unpopulär zu werden. Angesichts dieser Tendenzen möchte ich mit diesem Buch versuchen, zu verdeutlichen, welches Potenzial in dem aktuellen psychodynamischen Wissen steckt. Die einzelnen Kapitel des Buches bauen nicht unmittelbar aufeinander auf, Quellenhinweise finden sich jeweils am Kapitelende.

Dieses Buch wäre nicht zustande gekommen ohne die Beteiligung von vielen Menschen, denen ich hier nur in allgemeiner Form danken kann: erstens den Klientinnen und Klienten, deren Lebenswege ich zum Teil nur kurz, zum Teil aber auch über viele Jahre begleiten konnte und von deren Problematiken

sich hier viele wiederfinden, natürlich in anonymisierter Form. Und zweitens den Studierenden in Kiel, die mich durch ihr Interesse an sozialpsychiatrischen und psychologischen Themen immer wieder dazu motiviert haben, theoretisches Wissen so darzubieten, dass man es für die Praxis möglichst gut nutzen kann.

Dem Psychiatrie Verlag danke ich, dass er der inhaltlichen Ausrichtung dieses Buches folgen konnte und mir durch Frau Karin Koch eine sehr wohlwollende Unterstützung geboten hat.

Ein ganz besonderer Dank geht an Herrn Dr. Theo Piegler, Hamburg, von dessen umfassendem Wissen ich seit Jahrzehnten sehr profitiere und der mich bei diesem Vorhaben freundschaftlich und fachlich äußerst differenziert begleitet und mir zu dem gesamten Text ausführliche Rückmeldungen gegeben hat.

Nicht erst zuletzt danke ich meiner Frau Doris Lütjen, die mir wie immer seit vielen Jahren eine liebevolle Basis für kreative Inspiration und ruhige Gedankenentwicklung bereitet hat.

Kiel, im März 2020

Reinhard Lütjen

1. Eingeengt zwischen Kliniksehnsucht und Selbstentlassung – zur Einführung

In der sozialpsychiatrischen Arbeit begegnet man sehr unterschiedlichen Menschen. Mit einigen kommen die Helfenden relativ schnell und unkompliziert in Kontakt, andere sind sehr zurückhaltend oder gar abweisend, sodass es schwierig ist, eine engere unterstützende Beziehung zu ihnen aufzubauen. Und dann gibt es weitere, die sich vielleicht völlig verschließen, oder auch Menschen, bei denen man glaubt, dass man gut miteinander auskommt und sich sympathisch sei – während es dann in Phasen umschlagen kann, in denen die helfende Person kritisiert, gemieden oder gar plötzlich abgewertet wird, ohne dass sie sich erklären kann, was nun eigentlich passiert ist. So kann der Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen kompliziert werden.

Frau T. war so ein »komplizierter« Fall:

BEISPIEL Als ich Frau T. kennenlernte, war sie knapp vierzig Jahre alt. Sie litt zu diesem Zeitpunkt seit etwa 15 Jahren an psychotischen Episoden, die zu vielen Klinikaufenthalten, sozialpsychiatrischen Betreuungsversuchen in stationären Wohneinrichtungen und in ambulanter Form geführt hatten. Insgesamt ist es in der Zeit ihrer Erkrankung zu mindestens zwanzig unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsversuchen gekommen, die von ihr meist nach relativ kurzer Zeit durch »Selbstentlassung« abgebrochen wurden.

Dabei war oft ein merkwürdiges Schema des Verlaufs ihrer akuten Krankheitsphasen zu erkennen: Es fing damit an, dass sich ihr psychisches Befinden verschlechterte, sodass es langsam zu einer krisenhaften Zuspitzung kam, die sie schließlich nicht mehr aushielt, weshalb sie sich freiwillig in die Akutpsychiatrie zur Behandlung begab. Die Aufenthalte in der stationären Behandlung oder in der Tagesklinik dauerten meistens nur etwa zwei Wochen, dann brach sie die Behandlung ab, und zwar gegen den ärztlichen Rat.

Anfangs, wenn sie psychisch sehr labil war, schien sie das Aufgefangenwerden in der Klinik akzeptieren, zum Teil sogar genießen zu können. Diese positive Haltung kippte aber schnell um. Nach etwa einer Woche wurde sie immer unzufriedener, beschimpfte das Personal und die Mitpatienten, wurde zusehends aggressiv, bis es dann zum Behandlungsabbruch ihrerseits kam.

In der ambulanten Betreuung waren die Verläufe etwas abgemildert, aber auch

hier kam es zu abrupten Beziehungsabbrüchen, Krisen und Zusammenbrüchen. Als es einmal im Tageszentrum der sozialpsychiatrischen Einrichtung zu einer Auseinandersetzung mit ihr kam, warf sie sich unversehens zu Boden, stampfte mit Armen und Beinen und schrie mit der Stimme eines dreijährigen Kindes. Beruhigungsversuche der Mitarbeiterinnen schienen sie eher noch weiter in diesen regressiven Zustand zu treiben. ✕

Wie sind solche merkwürdigen bis bizarren Lebensäußerungen von Klientinnen und Klienten zu verstehen? Ist es schlichtweg psychotische Pathologie, die Außenstehenden einfach nicht zugänglich ist, bei der einem das Gegenüber einfach fremd und unverständlich bleibt? Die klassische medizinische Psychiatrie hat Psychosen in früheren Zeiten in diesem Sinne, also als nicht versteh- oder nicht einfühlbar verstanden.

Diesen Pessimismus in Bezug auf schwere psychische Erkrankungen muss man heute nicht mehr teilen. Es gibt mittlerweile vielerlei moderne Ansätze, und zwar auch auf der Basis der Psychoanalyse, die als »psychodynamische« bzw. »tiefenpsychologische« Ansätze zusammengefasst werden. Sie umfassen alle Therapieformen, die sich aus der Psychoanalyse entwickelten, wobei sie sich von den ursprünglichen Annahmen Sigmund Freuds zum Teil weit entfernt haben. Diese psychodynamischen Ansätze haben sich in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr denjenigen psychischen Erkrankungen zugewendet, die in früheren Zeiten noch als eher unbehandelbar galten. Diesen Ansätzen möchte ich mich in diesem Buch mit der Zielsetzung widmen, sie für die alltägliche sozialpsychiatrische Arbeit nutzbar zu machen.

Psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Theoriemodellen wird häufig eine Abgehobenheit und Lebensferne und auch immer noch Unwissenschaftlichkeit unterstellt. Dies führt dann leider dazu, dass man sich auch wenig mit ihnen beschäftigt und dass wichtige Erkenntnisse und Verständnishilfen, die man aus diesen Modellen gewinnen kann, ungenutzt bleiben. An dieser Stelle würde es zu weit führen, die wissenschaftstheoretischen Hintergründe zu analysieren, die dazu geführt haben, dass heutzutage die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Richtungen die psychotherapeutischen Diskurse dominieren. Dazu kommt noch, dass die Psychoanalyse als therapeutisches Verfahren meist in intimeren Settings der Einzelpsychotherapie stattfindet, sodass eine Ausdehnung psychodynamischer Ansätze auf den »offeneren« sozialpsychiatrischen Bereich eher begrenzt stattgefunden hat, obwohl von ihnen eine Menge Anregungen für die alltägliche Praxis ausgehen könnte, wie die Ausführungen in diesem Buch hoffentlich zeigen werden.

Für eine gelingende sozialpsychiatrische Tätigkeit, egal, in welchem Kontext und ob in ambulanten oder stationären Einrichtungen, ist entscheidend, inwieweit es Helferinnen und Helfern gelingt, in Kontakt mit dem psychisch erkrankten Menschen zu treten, um langsam mit ihm eine unterstützende Beziehung aufzubauen, die möglichst so tragfähig ist, dass beide Seiten auch konflikthafte Situationen überstehen und einen gegenseitigen Verständnishorizont unter erschwerten Bedingungen aufzubauen in der Lage sind.

Das Beispiel von Frau T. zeigt, wie fragil solche Kontakte sein können: Anfangs sucht sie Hilfe, kann diese auch annehmen, aber dann schlägt es um, und sie lehnt es aggressiv ab, dass man sich um sie kümmert, und bricht den Klinikaufenthalt oder die ambulante Betreuung ab. Man könnte zu der naiven Schlussfolgerung kommen: »Na ja, dann will sie halt nicht, sie muss für sich selbst wissen, was gut für sie ist.« Das würde aber bedeuten, dass sich das therapeutische Gegenüber kaum um ein weitergehendes Verständnis bemüht, weshalb Frau T. so reagiert, und nicht hinterfragt, ob sie vielleicht innere »gute Gründe« für dieses nach außen hin erst einmal merkwürdige Verhalten hat. Verantwortungsvolle therapeutische Tätigkeit – und hier schließe ich jede sozialpsychiatrische Arbeit ein – bedeutet immer, dass wir versuchen müssen, die subjektive Innenwelt der Klientinnen und Klienten zu erkunden und ihr gerecht zu werden, auch wenn die betroffenen Personen erst einmal merkwürdig-unverständliche Verhaltensweisen zeigen.

Das vorliegende Buch soll Verständnismöglichkeiten für schwierige Praxissituationen, für komplizierte Beziehungsgeschehnisse und für schwer verständliche Krisenhaftigkeiten aufzeigen, denen man in der sozialpsychiatrischen Arbeit jederzeit begegnen kann. Dabei geht es nicht darum, den psychodynamischen Ansatz zur alleinigen Zugangsmöglichkeit für schwere psychische Problematiken zu verklären. Mir ist aber wichtig, die Chancen zu verdeutlichen, die dieser Ansatz für ein tiefgehendes Verstehen von Menschen mit schweren psychiatrischen Beeinträchtigungen bietet.

Was also ist nun los mit Frau T.? Wie kann man ihre Problematik verstehen? Ihre äußerlich merkwürdig anmutenden Verhaltensweisen sind gut im Licht des »psychotischen Dilemmas Symbiose/Fusion versus Individuation« (Näheres dazu in Kapitel 9) zu verstehen. Wenn sie zu Hause ist, geht es ihr krisenhaft schlecht, weil sie sich einsam fühlt und auf keine festen Identitätsstrukturen zurückgreifen kann, die es ihr ermöglichen würden, es allein mit sich selbst auszuhalten. Wenn sie dann – immer freiwillig – in die Klinik geht, findet sie hier zunächst einen stabilisierenden fürsorglichen Rahmen, der ihr in ihrem bisherigen Leben gefehlt hat. Dort aber fühlt sie sich schon bald schlecht, weil

das komplexe soziale Beziehungsgefüge in der Klinik für sie nicht zu bewältigen ist. Sie fürchtet unbewusst, sich von den therapeutischen Bezugspersonen und auch von Mitklienten nicht genügend abgrenzen zu können. Ihre innere Autonomie könnte sich lockern und somit droht »Verschmelzungs-« bzw. »Fusionsgefahr«. Dieser Auflösung kommt sie dann durch Streitsuche und schließlich mit »Selbstentlassung« zuvor, nur um dann wieder mit der anderen Seite des psychotischen Dilemmas, der mangelnden Individuation und Autonomie, konfrontiert zu werden.

BEISPIEL Frau T. mag nicht allzu viel über ihre Vergangenheit reden, aber das, was man von ihr weiß, verdeutlicht, dass ihre biografischen Umstände es ihr sehr schwer gemacht haben, eine irgendwie gefestigte psychische Struktur auszubilden: Sie hatte eine höchst ambivalente Beziehung zur Mutter, die hin- und herschwang zwischen Sich-abgelehnt-Fühlen und Überschwemmt-Werden durch sie. Den Vater verlor sie im Alter von 13 Jahren durch Suizid. Die wichtigste Bezugsperson in ihrer Kindheit war die Großmutter, die aber starb, als Frau T. neun Jahre alt war (und gerade »wegen unklarer Unfälle und ständigem Wasserlassen« in einer Klinik behandelt wurde).

Ihre aggressiven Ausbrüche führen bei manchen Mitarbeiterinnen dazu, Frau T. abzuwerten und ihr abzusprechen, dass sie überhaupt für eine Betreuung geeignet sei. Die Betreuerinnen nehmen vor allem wahr, dass sie von Frau T. abgewertet werden, nicht aber, dass Frau T. gewissermaßen »böse Beziehungspartner« braucht, um durch die negativ gefärbte Beziehung zu ihnen genügend Abgrenzung zu haben und sich in der Interaktion nicht »aufzulösen«. Ihre Streitsuche wird gewissermaßen zum Selbstrettungsversuch. Als sich dies in der Fallsupervision klärt, können die Betreuerinnen Frau T. wohlwollender und entspannter gegenüberreten.

Die Betreuerinnen können die öfter auftretenden Angriffe und Streitereien ihrer Klientin nun eher akzeptieren, weil sie ihren subjektiven Sinn verstehen und erkennen, dass es ein unbewusster Bewältigungsversuch von Frau T. ist, um ihre Identität zu retten. Frau T. wird nun zunehmend freundlicher und zugänglicher, weil sie merkt, dass man ihr mit mehr Verständnis begegnet. ✕

Es kann schon paradox zugehen in den psychiatrischen Arbeitsfeldern: Man muss Streiterei und Unfreundlichkeit zulassen, um dann letzten Endes mehr Freundlichkeit und Kooperation im Umgang miteinander zu erreichen. Aber gerade darin liegen unzählige Möglichkeiten, uns Menschen in unserer ganzen Tiefe erleben zu können. Auch das lehren uns die Psychoanalyse und die heutigen psychodynamischen Ansätze.

2. Vom Triebkonflikt zum Trauma: psychodynamische Zugänge im historischen Wandel

Sigmund Freuds Analysen der Psyche des Menschen erbrachten bahnbrechende Erkenntnisse, die gegen viele damals herrschende gesellschaftliche Tabus verstießen und deswegen auch auf vehemente Kritik und Abwehr trafen. Seine Überlegungen haben sich dann aber zu einem der bekanntesten und in der Fachwelt bedeutendsten psychologischen Konzepte entwickelt – und das nicht nur in der Fachwelt. Es gibt wohl keine andere psychologische Theorie, die unter Laien so bekannt ist wie die Psychoanalyse. Begriffe wie »Verdrängung« oder »Lustgewinn« sind in die Alltagssprache eingedrungen. Diese Popularisierung hatte aber auch einen Nachteil: Auch heute noch werden mit »Psychoanalyse« hauptsächlich jene Schlagworte verbunden, die schon Freud geprägt hat, die aber inzwischen zum Teil ganz anders verstanden werden als damals: »Sexualtrieb«, »Aggressionstrieb«, »Ödipus-Konflikt«, »orale Phase« usw.

Dazu kommt, dass die frühen Erkenntnisse der Psychoanalyse vor allem durch die therapeutische Behandlung von meist gut situierten Bürgern und vor allem Bürgerinnen in westlichen Gesellschaften zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden. Man könnte schlussfolgern, dass die Psychoanalyse, wenn sie immer noch durch diese Vorstellungen geprägt wäre, den Anschluss an die heutige Zeit und die Probleme und Konflikte verloren hat, wie sie in der (post-)modernen Gesellschaft vorherrschen. So hat sich etwa die Sexualmoral gravierend verändert.

Dem ist nicht so: Die historisch aus der Psychoanalyse hervorgegangenen psychodynamischen Ansätze haben sich in viele Richtungen weiterentwickelt, haben sich psychischen Problematiken und Klienten zugewandt, die früher als »unbehandelbar« galten, und haben zur Entwicklung von Behandlungskonzepten nicht nur in der isolierten Behandlungspraxis der Psychoanalytiker, sondern in psychiatrischen Kliniken, in außerklinischen sozialpsychiatrischen Betreuungseinrichtungen und in anderweitigen Therapiesettings beigetragen.

Das, was die psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Ansätze seit ihren Anfängen vor allem ausmacht, ist die Annahme, dass wir Menschen ein

Unbewusstes haben und dass sich zwischen den Menschen unbewusste Prozesse abspielen. Dies war allerdings keine neue Erkenntnis, denn mit dem Unbewussten haben sich schon vor der Psychoanalyse Autoren wie Friedrich Nietzsche und andere beschäftigt (PIEGLER 2015).

Eine wirkliche Neuentdeckung Freuds bestand vor allem in der »Einsicht, dass das Innenleben des Menschen durch je individuelle Erfahrungen organisiert und in einer ganz bestimmten Weise strukturiert ist. Den Motor menschlichen Handelns sah er in den angeborenen sexuellen Triebkräften. Der Gegensatz von gesellschaftlich geprägten Forderungen und individuellen Bedürfnissen und Wünschen formt einen großen Teil der Konfliktstruktur, an der sich jeder Mensch in einer ihm eigenen individuellen Weise abarbeitet« (ebd., S. 55).

Innovativ war also, dass die Psychoanalyse die Innenwelt des Menschen, seine Gefühle und Impulse immer in ihrer Beziehung zu und in ihrer Wechselwirkung mit psychosozialen Gegebenheiten betrachtet hat – mit all den möglichen Konflikten, Ambivalenzen, Autonomie- und Identitätsproblemen usw. Aber das war noch gar nicht alles. Dass eine intensive zwischenmenschliche Interaktion, wie sie in der therapeutischen Beziehung zum Ausdruck kommt, zu einer Verbesserung oder »Heilung« von »Symptomen« beitragen kann, war ebenfalls eine neue Erkenntnis.

Psychoanalytische Störungsmodelle im kurzen Überblick

Drei wesentliche Störungsmodelle, die in der Geschichte der Psychoanalyse zur Beschreibung und Herleitung psychischer Problematiken entwickelt wurden, sollen im Folgenden zur Einführung erläutert werden: das Trieb-, das Struktur- und das Traumamodell. Die für das Verständnis schwerer psychischer Erkrankungen aktuell wichtigen Modelle, das Struktur- und das Traumamodell, werden jeweils in gesonderten Kapiteln an späterer Stelle ausführlicher behandelt – zu dieser Thematik finden sich bei Annegret BOLL-KLATT und Mathias KOHRS (2018) und Gerd RUDOLF (2014) gründliche Darstellungen.

Das psychodynamische Modell der konfliktbedingten Störungen

Das erste Erklärungsmodell für psychische Konflikte und manifeste psychische Störungen ist von Freud auf der Basis der oben beschriebenen Grundannahmen vom Unbewussten und von angeborenen Triebkräften in der Zeit der vorletzten Jahrhundertwende ausgearbeitet worden. Seine (vor allem weibliche) Klientel litt häufig an inneren Konflikten, die sie zur Unterdrückung jedweder Bedürftigkeiten, die als »anstößig« galten, zwang. Er »ging vom zeitspezifischen Phänomen der Hysterie aus und erkannte, dass die Hysterie [...] auf aus der Kindheit stammende psychosexuelle Konflikte zurückzuführen« ist (BOLL-KLATT & KOHRS 2018, S. 281).

Ohne dies hier umfassend ausführen zu können, sollen die wichtigsten Elemente des konfliktbedingten Störungsmodells kurz umrissen werden.

Triebe Die Gedanken, Gefühle und Handlungen eines Menschen sind, so dieses Modell, durch Triebe ausgelöst bzw. beeinflusst. Dabei handelt es sich um unbewusste emotionale Impulse oder »innerseelische motivationale Quellen« (ebd., S. 305), die sich als Sexual- und als Aggressions- bzw. Todestrieb äußern. Das Todestriebmodell spielte für Freud eine große Rolle, ist von der zeitgenössischen Psychoanalyse aber aufgegeben worden. Zudem muss der Triebbegriff heute anders ausgelegt werden.

Instanzen In den ersten 5–6 Lebensjahren entwickeln sich innere Persönlichkeitsstrukturen, die sogenannten psychischen Instanzen, in denen die Bedürfnisse (Es), aber auch die Anforderungen aus der Umwelt (Über-Ich) repräsentiert sind. Das sich entwickelnde Ich muss zwischen diesen oft gegenläufigen Tendenzen vermitteln.

Prozess der Abwehr Unangenehme, peinliche, tabuisierte Gedanken, Gefühle oder Impulse aus der Triebwelt des Individuums erzeugen Angst und werden durch Abwehrmechanismen (vor allem Verdrängung) vom Bewusstsein ferngehalten (siehe dazu Kapitel 3).

Innerpsychische Dynamik Triebe, Abwehr und Instanzen befinden sich im dauernden Wechselspiel.

Konfliktaktualisierung und Symptombildung Zwischen kindlich-altersspezifischen Bedürfnissen und Wünschen sowie den von den wichtigen Bezugspersonen an das Kind herangetragenen Normen und Verboten, aber auch Vernachlässigungen kann es zu inneren Spannungen und Belastungen kommen, die Angst erzeugen und deswegen abgewehrt, zum Beispiel verdrängt werden. Im Erwachsenenleben kann sich unter Stress und Belastung diese Abwehr aber

labilisieren und zur Symptombildung führen (RUDOLF 2014). Daraus können sich psychische Krankheiten in Form von Angst-, Zwangs- oder depressiven Störungen entwickeln.

Die mehr oder weniger akuten psychischen Problematiken wie Angst- und Zwangsstörungen oder Depressionen standen lange Zeit im Fokus dieses Erklärungs- und Behandlungsansatzes. Das konfliktbedingte Störungsmodell ist im Laufe der Zeit in verschiedene Richtungen spezifiziert worden, dabei wurden auch jeweils unterschiedliche Konfliktformen beschrieben (siehe RUDOLF 2014).

Ein typisches Beispiel für die Herleitung eines psychischen Problems durch das Konflikt-Störungsmodell:

BEISPIEL »Eine 28-jährige Frau gerät wiederkehrend im beruflichen Kontext in Überforderungs- und Erschöpfungszustände. Anforderungen, insbesondere durch männliche ältere Chefs, muss sie immer nahezu perfektionistisch erfüllen. [...] Bewusst erlebt diese Patientin zwar Zorn und Ärger auf die äußere Überforderung; es gelingt ihr jedoch kein flexiblerer Umgang damit, da jegliche autonome Abgrenzungsreaktion letztendlich als unmöglich rationalisiert wird.

Aus der biografischen Anamnese ist erwähnenswert, dass sie schon als Vorschulkind versucht hat, sich die Zuwendung und Anerkennung ihres Vaters durch Fleiß und besondere Leistungen zu sichern, was ihr passager auch gelang. Trotzdem musste sie die Erfahrung machen, dass sie die Rivalität mit der Mutter um den Vater nicht gewinnen konnte« (entnommen aus BOLL-KLATT & KOHRS 2018, S. 285). ✕

Das psychodynamische Modell der strukturbedingten Störungen

Die oben erwähnten Störungsformen wie Angst, Zwang oder Depression lassen sich gut auf innerpsychische Konflikte zurückführen. »Es gibt aber ganz anders geartete Störungen, gekennzeichnet durch Orientierungs- und Identitätsprobleme, fehlendes affektives Selbstverständnis, Kontrollverluste und ausgeprägte Beziehungsschwierigkeiten, die sich nur schwer durch unbewusste Konflikte erklären lassen« (RUDOLF 2014, S. 38). Betroffene können ihre Konflikte gerade nicht intrapsychisch verdrängen, wie oben im Konfliktmodell beschrieben. Es erfolgt vielmehr eine externalisierende Abwehr, bei der beispielsweise im Sinne einer »Spaltung« die Konflikte in die interpersonelle Umwelt (etwa

durch das Verantwortlich-Machen anderer Personen: Du bist schuld, dass es mir so schlecht geht!) verlagert werden (siehe Kapitel 3). Für diese Störungen gelten andere Entstehungsbedingungen, die sich auf die mangelhafte innere psychische Strukturiertheit des Individuums beziehen und die deswegen auch als »strukturelle« oder »strukturbedingte Störungen« bezeichnet werden. Prägnante Beispiele dafür sind verschiedene Persönlichkeitsstörungen (narzisstische Störung, Borderline-Störung usw.).

Folgende Aspekte sind für strukturbedingte Störungen wichtig:

- belastete frühkindliche Beziehungssituationen, fehlende Verfügbarkeit von positiven Beziehungserfahrungen durch wichtige Andere;
- Erlebnisse von hilflosem Ausgeliefertsein an die schwer erträgliche Umwelt;
- eine ungünstige psychische Entwicklung, bei der wenig integrierende psychische Funktionen erlangt wurden mit der Folge von Identitätsdiffusion und spaltenden Abwehrformen;
- strukturelle Krisen und Zusammenbrüche bei situativen Anforderungen und biografischen Entwicklungsaufgaben (siehe RUDOLF 2014).

Menschen mit strukturbedingten Störungen gehören wegen der Schwere und häufig auch aufgrund der Chronizität ihrer Störungen zur engeren Klientel in der sozialpsychiatrischen Arbeit. Auf dieses Thema werde ich in den Kapiteln 7 und 8 ausführlich eingehen.

Ein typisches Beispiel für die Herleitung eines psychischen Problems durch das Struktur-Störungsmodell:

BEISPIEL »Eine 23-jährige Patientin befindet sich mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf einer psychotherapeutischen Akutstation. Durch einen kleinen Fehler in der Terminabstimmung kommt es zu einer Überschneidung zwischen der Gruppentherapie und einer balneologischen Anwendung mit Fango und Massage. Die Patientin möchte viel lieber zur Massage als zur Gruppe gehen, weiß aber, dass laut Stationsregeln die Gruppentherapie absolut Vorrang hat. Aufgrund der Schwäche ihres Ichs kann sie diesen Es-Über-Ich-Konflikt aber intrapsychisch nicht bewältigen. [...] In projektiver Verzerrung denkt sie daran, dass sie die Gruppenmitglieder schon beim letzten Mal so feindlich angesehen hätten und sicherlich dächten, dass sie doch nur die Gruppe störe. Auch wisse sie, dass die Therapeutin sie nicht leiden könne und froh sei, wenn sie nicht an der Gruppe teilnähme. So entscheidet sich die Patientin, zur Massage zu gehen. Als die Therapeutin sie auf ihr Fehlen in der Gruppe anspricht, bricht es aggressiv-vorwurfsvoll aus ihr heraus: ›Sie und die anderen wollen mich doch gar nicht dabeihaben und jetzt