

Ralf T. Vogel

Strukturprobleme – Anmerkungen zur Supervision von Behandlungen strukturell beeinträchtigter Patienten

Structural problems – comments on the supervision of treatments of structurally impaired patients

Patienten mit sogenannten schweren strukturellen Beeinträchtigungen machen zahlenmäßig einen immer höheren Anteil der ambulant oder klinisch behandlungsbedürftigen Menschen aus. Ihre mangelnde intrapsychische Strukturierung wirkt sich in Problemen mit der therapeutischen und auch supervisorischen (Außen-)Struktur aus und verunsichert deren Verlauf. Der Beitrag führt zunächst in das Thema der psychischen Struktur ein und weist dann auf die besondere Aufgabe hin, die der Supervision in diesem affektiv oft aufgeladenen Kontext zukommt

Schlüsselwörter

Supervision – Persönlichkeitsstruktur – Übertragung – Intersubjektivität

Patients with so-called serious structural impairments represent an ever-increasing proportion of the people needing inpatient or outpatient treatment. Their lack of intra-mental structuring is manifested in problems with the therapeutic and also supervisory (outer) structure, and makes their course uncertain. The article first introduces the subject of the mental structure and then addresses the special task that supervision has in this often affectively highly charged context.

Keywords

supervision – personality structure – transfer – intersubjectivity

Die psychische Struktur – Ein kurzer Überblick

Der Strukturbegriff ist in der psychodynamischen Denktradition aus unterschiedlichen theoretischen Richtungen her gefasst worden und bleibt bis heute, auch unter den oft synonym gebrauchten Bezeichnungen Persönlichkeit, Persönlichkeits- bzw. -Lebensstil, Charakter etc., heterogen definiert. Zunächst wurden Freuds bekannte Topiken, die heuristischen Aufteilungen der Psyche einmal in ‚Bewusst-Vorbewusst- Unbewusst‘ und dann in ‚Es-Ich-Überich‘, als Strukturmodell bezeichnet. Sodann kam mit dem Begriff der Persönlichkeitsstruktur (früher auch ‚Neurosenstruktur‘) eine deskriptiv-qualitative

Beschreibung verschiedener Persönlichkeitsstile in die Diskussion deren Nähe zu den inhaltlich-normativ definierten Persönlichkeitsstörungen deutlich ist:

- Schizoide Persönlichkeitsstruktur
(Angst vor zu viel Nähe und Abhängigkeit)
- Depressive Persönlichkeitsstruktur
(Angst vor Einsamkeit, Ablehnung und Isolation)
- Zwanghafte Persönlichkeitsstruktur
(Angst vor Chaos Unsicherheit und Antriebslosigkeit)
- Hysterische Persönlichkeitsstruktur
(Angst vor Unfreiheit und Erstarrung)
(vgl. Schulz-Henke, 1989; Riemann, 1999)

Eine allgemeine Definition der Persönlichkeitsstruktur, ohne diese bereits in Unterkategorien aufzugliedern würde heute ungefähr so lauten: Die Persönlichkeitsstruktur ist „das zu jedem Entwicklungszeitpunkt einer Person einzigartige Gesamtsystem – aufgrund ihrer grundlegenden physischen und psychischen Merkmale, ihrer charakteristischen Anpassungsweisen in der Auseinandersetzung mit personinternen und personexternen Gegebenheiten sowie ihres Selbst- und Welterlebens.“ (<http://www.psychology48.com>).

Otto F. Kernberg (z.B. 1976) legte den ersten psychoanalytischen systematischen Ansatz einer Analyse der Struktur als „Funktionsniveau der Persönlichkeit“ vor. Er unterschied zwischen einem ‚Neurotischen Organisationsniveau‘, einem ‚Borderline-Organisationsniveau‘ sowie einem ‚psychotischen Organisationsniveau‘. Der Terminus ‚Struktur‘ meint bei ihm in erster Linie die Ichfunktionen (inkl. Der Abwehrmechanismen) v. a. aber die Qualität der Objektbeziehungen, sowohl der äußeren als auch der verinnerlichten (Objektpräsenzten). Später kam auch noch die Einschätzung der Selbstrepräsentanzen hinzu.

Als Unterscheidungskriterien der verschiedenen Struktur-Niveaus wurden genannt:

- Reifegrad der Abwehrmechanismen
- Realitätsprüfung
- Affekt/Impulskontrolle
- Reifegrad der Objektbeziehungen
- Identität

V. a. die entwicklungspsychologische Reife der Abwehrmechanismen spielt bei der Diagnostik eine herausragende Rolle. Die gängige Einteilung lautet hier (vgl. u. a. König, 1997): Reifere (neurotische) Abwehrmechanismen (höhere Struktur):

- Verdrängung
- (Affekt-) Isolierung
- Reaktionsbildung
- Intellektualisierung und Rationalisierung

Reifere Abwehrmechanismen verlaufen vorwiegend *intrapsychisch*, im inneren Erleben des Einzelnen und bedürfen für ihre Ausgestaltung wenig soziale Interaktion.

Unreifere (frühe) Abwehrmechanismen (niedrigere Struktur):

- Spaltung
- primitive Idealisierung
- Entwertung
- Projektion
(- Projektive Identifizierung)

Primitivere Abwehrmechanismen drängen nach Handlung und finden vorwiegend mittels *interpersoneller* Vorgänge) statt. Sie sind auch hauptverantwortlich für die Beziehungsstörungen von Patienten auf niedrigerem Strukturniveau.

So ergibt sich die psychoanalytische Festlegung der Struktur als ein dem jeweiligen Menschen zugrundeliegenden Funktionsmodus, der ab einem bestimmten Ausprägungsgrad zur Störung (die inhaltlich allerdings nur vage bestimmt wird) mutiert. Es geht allgemein um die Fähigkeit, flexibel über seine Ich-Funktionen verfügen zu können. „Struktur“ wird zu einer Messvariable des psychischen Störungsgrades der Person. Die heute klinisch relevanteste, nunmehr stark an quantifizierbaren Kriterien ausgerichtete Bestimmung der Struktur finden wir - historisch gesehen, wohl ebenfalls am ehesten in der Tradition der Ich-Psychologie und deren Terminus der ‚Ich-Struktur‘ liegend – in der modernen OPD-Klassifikation und ihrer Einteilung in ein gut – mäßig – gering – desintegriert beschriebenes Strukturniveau.

Eine integrative psychodynamische Definition des psychischen Strukturbegriffes legt z. B. Rüger (2002) vor:

„Unter Struktur verstehen wir das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen. Sie ist relativ zeitstabil und umfasst alles, was im Erleben und Verhalten des einzelnen Menschen regelhaft und repetitiv abläuft. Struktur begründet den zeitüberdauernden persönlichen Stil, mit dem der einzelne immer wieder aufs Neue sein intrapsychisches und interpersonelles Gleichgewicht herstellt.“

Alternative psychodynamischen Modelle, die zwar nicht nahtlos übersetzbar sind, aber doch eine große Nähe zu diesem Strukturbegriff haben wären z.B. in der Analytischen Psychologie C.G. Jungs die Betrachtung des Menschen unter der Perspektive der Einstellungsfunktionen (intuitiv vs. empfindend, denkend vs. fühlend, extrovertiert vs. introvertiert), der Kohärenz des Ichkomplexes oder der Funktionsfähigkeit der Ich-Selbst Achse (Vogel, 2016). Die Selbstpsychologie Kohuts spricht in ähnlichem Zusammenhang etwa von der ‚Kohärenz des Selbst‘ (vgl. z. B. Lichtenberg u. a., 2000).

Das OPD-2 definiert Struktur als „Grad der Verfügbarkeit der psychischen Funktionen“ (was u. U. zu einer strukturspezifischen Fokusformulierung führen kann) und meint damit „die Regulierung des Selbst und seiner Beziehungen zu den Objekten“. Die dafür herangezogenen Dimensionen sind:

- Selbst- und Objektwahrnehmung
- Steuerung (Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs)
- Abwehr
- Kommunikation nach innen und außen
- Bindung an innere und äußere Objekte

Die vier bereits genannten Integrationsstufen: Gut – mäßig – gering – desintegriert, gelten für jede dieser Dimensionen. In der Struktur-Checkliste der OPD finden sich entsprechende Operationalisierungsversuche, die wertvolle Anregungen zur Diagnostik geben können (Arbeitskreis OPD, 2000). Die sog. ‚Strukturbezogene Psychotherapie‘ entwickelt daraus spezifische therapeutische Handlungsanleitungen, indem verschiedene, teils heterogene psychoanalytische Traditionen pragmatisch miteinander verknüpft werden: „Die Methode der Strukturbezogenen Psychotherapie stützt sich auf die Begrifflichkeit der OPD und die Befunde der Entwicklungspsychologie. Sie hat konzeptionell Berührungen mit den Modellen von Anna Freud, Michael Balint und Heinz Kohut. Sie greift therapeutische Empfehlungen von Heigl-Evers und Heigl auf und hat Ähnlichkeiten mit dem Vorgehen der Mentalization based Psychotherapy“. (Rudolf, 2011, S, 121)

Der Strukturbegriff ist in sämtlichen psychodynamischen Schulrichtungen inzwischen gängig (Rudolf u. a., 2012). Das darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit ihm auch einige, durchaus supervisionsrelevante, Probleme in die theoretische und praxisbezogene Diskussion hineingeraten, denn der Strukturbegriff

- suggeriert statische Gegebenheit ist aber hochdynamisch („temporäres Strukturniveau“)
- kann als ‚Label‘ genutzt werden
- kann zur Rechtfertigung von Therapie-Fehlschlägen genutzt werden (→ ‚down-diagnosing‘)
- enthält häufig unreflektierte Wertsetzungen
- führt u. U. zur Geringschätzung der Konfliktpathologie.

Trotz dieser zu berücksichtigenden Hürden stellt jedoch die Betrachtung des Menschen auch unter dem Aspekt der Persönlichkeitsstruktur eine der großen Errungenschaften der psychoanalytischen Theorieentwicklung nach Freud dar und wird heute auch außerhalb der Psychoanalyse befohrt und, meist in etwas abgewandelter Terminologie, auch praktisch nutzbar gemacht.

Strukturelle Störungen

In diesem Aufsatz soll es um die Supervision von Psychotherapeuten gehen, die Patienten mit mittleren bis schweren strukturellen Störungen behandeln. Der Begriff der ‚Strukturellen Störung‘ wird, teilweise synonym, auch durch folgende Termini erfasst

- Störung des Ich/der Ich-Funktionen
- Ich-strukturelle Störung
- Frühstörung
- Urstörung
- Borderline-Struktur (Störung auf Borderline-Niveau)
- Geringes Strukturniveau (OPD)
- Urbeziehungsstörung (Neumann, 1990)

In der therapeutischen Situation dominieren realitätsinadäquate und die Realitätswahrnehmung temporär beeinträchtigende Abwehrmechanismen, primitive (Teil-)Objektbeziehungen und ein heftiges Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen: „(...) In

der strukturellen Störung resultiert das Leiden weniger den blockierten Ansätzen des eigenen Handelns (wie im neurotischen Konflikt) als vielmehr aus dem Tun der anderen (die verweigernde Bestätigung, entzogene Zuwendung), das schwer zu ertragen ist. Wenn der neurotische Modus betont: „Ich bin unfähig, etwas für mich Wichtiges im Umgang mit anderen zu erreichen“, dann betont der strukturelle Modus: „Die Objektwelt ist für mich unerträglich; sie versetzt mich in eine Verfassung, die ich nicht aushalten kann.“ (Eife, 2008, S. 88)

Als Entstehungsbedingungen struktureller Störungen gelten (Rudolf, 2013):

- Angeborene Disposition
- Früh erworbene Schädigung
- Psychosoziale Familienbedingungen
- Psychosoziale Traumatisierung

Strukturelle Störungen betreffen, trotz mancher mehr oder weniger überzeugender Versuche, einen Strukturfokus zu eruieren (ebd.), das Gesamt einer Persönlichkeit. In den klassischen Diagnoseschemata sind dies vorwiegend Patienten mit schwereren Persönlichkeitsstörungen, aber auch bei Patienten mit zunächst eher monosymptomatisch erscheinenden Problemen (Angststörungen depressive Störungen etc.) finden sich bei näherer Betrachtung nicht selten strukturelle Defizite.

Supervisionsrelevante Besonderheiten bei strukturell gestörten Patienten

Die psychotherapeutischen Behandlungen schwerer strukturell beeinträchtigter Menschen zeichnen sich – therapieschulübergreifend – durch einige deutliche Erschwernisse aus:

- Heftige und oft weitgehend unbewusste Übertragungs-Gegenübertragungs-Verstrickungen
- Hoher Druck beim Patienten, zu Agieren, also aus unbewusster Motivation zu handeln (acting-out)
- Gefahr des ‚Mit-Agierens‘ der Therapeuten
- ‚Psychische Ansteckung‘ mit partiellem Verlust von Ich-Funktionen des Therapeuten
- V.a. in Tiefenpsychologisch fundierten Therapien: Schwierige Fokusbildung und Erschwernis der fokuserorientierten Arbeit durch interaktionelle Störungsanteile

Der Supervisor stellt gerade in diesem Kontext eine oft unerlässliche sichere Basis dar. All die genannten Faktoren sollten regelmäßig in entsprechenden Supervisionen berücksichtigt werden, auch wenn sie von den Supervisanden bisweilen nicht direkt ins Gespräch gebracht werden. Supervisionsrelevant sind dabei v.a. heftige affektive Reaktionen seitens des Therapeuten als Antwort auf diese Erschwernisse. In ausführliche Gegenübertragungsanalysen reichen sie von Angst vor den Patienten, Versagensangst, Insuffizienzgefühlen, aggressiv-ablehnenden Gefühlen und erotischen Impulsen bis hin zu einer omnipotenten Abwehr dieser Affekte. Es bedarf einer sehr vertrauensvollen supervisorischen Beziehung, um diese Affekte versprachlichen zu können.

Ermann (1996) unterscheidet folgende therapeutische Beziehungsebenen.

- Ebene der Realbeziehung
- Ebene des Arbeitsbündnisses
- Ebene der Übertragungsbeziehung

Je höher der strukturelle Störungsgrad, desto mehr verschwimmen diese Ebenen und selbst die Realebene wird vom therapeutischen Geschehen tangiert. V.a. aber die Ebene des Arbeitsbündnisses, zu dem v.a auch die Settingvariablen und die sog. ‚Therapeutische Allianz‘ gehören, gerät unter Druck. Deren Bildung und Aufrechterhaltung wird enorm erschwert. Dazu gehören (Rudolf, 2013, S. 84):

- Verabredung konkreter therapeutischer Zusammenarbeit
- Verabredung der therapeutischen Regeln
- Einigung über die wichtigste Problematik
- Einigung über die therapeutische Zielsetzung

Auf der Übertragungsebene herrscht auf reifem Strukturniveau eine objektbezogene Übertragung (z. B. Vaterübertragung) vor, während wir auf mäßigem bis geringen Strukturniveau von Selbstobjekt-Übertragungen bis hin zu projektiven Identifikationen ausgehen müssen.

Im supervisorischen Alltag haben wir es mit der Einschätzung des Strukturniveaus des vorgestellten Patienten, aber auch des Strukturniveaus des vorstellenden Kollegen zu tun. Es stellt sich die Frage: Welches Strukturniveau ist tolerabel?

Zu beachten ist dabei:

- Schwerer strukturell beeinträchtigte Patienten eignen sich nur bedingt für die Ausbildung
- Die Supervision dient in verstärktem Maße der Triangulierung (Übernahme einer distanzierten Beobachterfunktion, vgl. Zwiebel, 2007)
- Oft ist eine höhere Supervisionsfrequenz nötig
- Therapeuten müssen in den irritierenden Gegenübertragungen begleitet und validiert werden
- Die Supervision schützt das Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut und geht dabei „mit gutem Beispiel voran“
- Supervisoren müssen (wie Therapeuten) häufiger Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen
- Supervisoren werde in ein eventuell stattfindendes Mit-Agieren unbewusst mit einbezogen
- Das Strukturniveau der Therapeuten muss die oben beschriebenen Gegenübertragungseffekte tolerieren können

Die supervisorische Beziehung verändert sich hierbei spürbar. Der Supervisor bemerkt die Not des Supervisanden und kommt selbst unter Handlungsdruck oder er entwickelt eine bestimmte Art (heftige, verwirrte, insuffiziente, ablehnende, ängstliche ...) der Gegenübertragung

- dem Supervisanden gegenüber
- dem Patienten gegenüber
- der Institution gegenüber

Die supervisorische Beziehung spiegelt hierbei ganz oder in Teilen

- a) die intrapsychische Situation des Patienten
- b) die interpersonelle Situation zwischen Patient und Supervisanden

Diese komplexen, zwei Menschen ineinander verstrickenden Prozesse in der Arbeit mit strukturell beeinträchtigten Patienten werden theoretisch am besten durch die Intersubjektivitätstheorie abgebildet. Die therapeutische Beziehung wird dabei nicht mehr primär als unbewusste Wiederholung früherer Beziehungen bzw. Externalisierung gegenwärtiger Wünsche oder Konflikte gesehen.

Über die Betrachtung der Selbstobjektübertragungen:

- Bedürfnis nach Spiegelung/Spiegelübertragung
- Bedürfnis nach Idealisierung/idealisierenden Übertragung

Bedürfnis nach Gleichheit und Zugehörigkeit/Alter-Ego oder Zwillingsübertragung wird zunehmend deutlich, dass im therapeutischen Geschehen Übertragung und Gegenübertragung als unbewusste Organisationsprinzipien von Patient und Therapeut aufgefasst werden müssen, als „intersubjektives System der reziproken Beeinflussung“ (z. B. Stolorow u. a., 1987 in Jaenicke, 2006, S. 32). Die Veränderungen der Patienten gehen unvermeidlich und direkt einher mit einer Veränderung der Therapeuten, es kommt zu einer „gegenseitigen Regulierung“. Das Ergebnis ist eine „bidirektionale, reziproke Gemeinsamkeit der therapeutischen Beziehung“ (Jaenicke, 2006, S. 27). C. G. Jung, der historische Vorläufer der Intersubjektivitätstheorie, drückte das so aus: „Es ist (...) mit keinem Kunstgriff zu vermeiden, dass die Behandlung das Produkt einer gegenseitigen Beeinflussung ist, an welcher das ganze Wesen des Patienten sowohl wie das des Arztes teilhat“ (Jung, 1931, GW Bd 16, § 163). D. h. im modernen Worten: „Der Therapeut, der sich ins intersubjektive Feld hineinbegibt, muss bereit sein, mannigfache intensive Gefühle seiner Patienten – oder die Dissoziation aller Affekte – auszuhalten, zu modulieren und sich auf sie einzustimmen“ (Jaenicke, 2006, S. 19)

Das heuristisch sehr wertvolle ‚klinische Sechseck‘ der Supervision (nach Grinberg, 1990), das die supervisorische Situation aufteilt in die Akteure: Supervisor, Supervisand, Lehrtherapeut, Patient, weitere Supervisoren/Kollegen, Umfeld, (z. B. Ausbildungsinstitut) macht die intersubjektive Komplexität der supervisorischen Situation deutlich, denn in diesem gesamten Feld gelten die ‚Regeln der Intersubjektivität‘.

Dies hat gravierende Konsequenzen:

1. Es wird deutlich, wie sehr Therapeut „und Supervisor in der Supervisionsarbeit nicht nur aufeinander bezogen, sondern auch miteinander verwoben sind (...) und Supervisor und Supervisand“ eine gemeinsame Wirklichkeit konstruieren, die beide Subjektivitäten mit einschließt“ (Otscheret, 2004, S. 229)
2. Aufzeigen/Demonstrieren der ‚Kunst‘ der Einnahme der ‚dritten Position‘ (Beobachterposition) durch den Supervisor (z. B. durch ‚laut denken‘)
3. „Besondere Verfügbarkeit seines subjektiven Erlebens“ (Otscheret, 2004, S. 227) und taktvolle, kongruente Mitteilung der eigenen Gegenübertragung durch den Supervisor.

Abschließend noch eine kurze Anmerkung zum Thema ‚Struktur und Supervisionsgruppe‘: Auch (Supervisions-)Gruppen haben ein Strukturniveau. Strukturell beschädigte Menschen lösen einen ‚Inszenierungsdruck‘ aus und therapeutische Übertragungsprozesse spiegeln sich komplementär oder konkordant in der Supervision! Notwendig ist in der Einzel- wie in der Gruppensupervision die szenische Betrachtung des Supervisionsgeschehens. Dazu ist die Supervision/Intervision des Supervisors unumgänglich.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2000). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. OPD-1. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Eife, G. (2008). Die Strukturbezogene Therapie nach Gerd Rudolf und die Individualpsychologie Alfred Adlers. Ähnlichkeiten und Differenzen. *Zeitschrift f. Individualpsychol.*, 33 (4), 405-436.
- Ermann, M. (1996). *Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grinberg, L. (1990). *The Goals of Psychoanalysis*. London
- Jaenicke, Ch. (2006). *Das Risiko der Verbundenheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jung, C. G. (1931/1990). *Die Probleme der modernen Psychotherapie. GW Bd. 16, Studienausgabe*. Olten: Walter Verlag.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object Relation Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson.
- König, K. (1997). *Abwehrmechanismen*. Frankfurt: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. & Fosshage, J. (2000). *Das Selbst und die motivationalen Systeme*. Frankfurt: Brandes und Apsel.
- Neumann, E. (1990). *Das Kind. Struktur und Dynamik der werdenden Persönlichkeit*. Zürich: Bonz.
- Otscheret, L. (2004). Psychoanalytische Supervision aus intersubjektivitätspsychologischer Sicht. *Analytische Psychologie*, 136, 2.
- Otscheret, L. (2004a). Dialektik ohne Dialog: Intersubjektivität bei C.G. Jung. *Analytische Psychologie*, 138, 4. *Psychology48* (2015). *Das Psycho-Lexikon*. psychology48.com
- Riemann, F. (1999). *Grundformen der Angst* (33. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2011). *Psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G., Grande, T. & Henningsen, P. (2012). *Die Struktur der Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Rüger, U. (2002). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 48, 117-138.
- Schultz-Hencke, H. (1940/1989). *Der gehemmte Mensch: Entwurf eines Lehrbuches der Neo-Psychoanalyse* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Vogel, R. T. (2016). *C. G. Jung für die Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zwiebel, R. (2007). Gedanken zur phobischen Position des Analytikers. In: Müller u. a. (Hrsg.). *Zumutungen: Die unheimliche Wirklichkeit der Übertragung*. Gießen: Psychosozial.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Ralf T. Vogel
Uhlandstr. 11 | 85055 Ingolstadt | Tel. 0841-3704916