

Gesetze, sondern wir können die Wirklichkeit, auf die wir sie anwenden, nicht mit ausreichender Genauigkeit messen. Zudem steigt der Rechenbedarf schnell an, je mehr Zeit vergeht.

Auch biologische Systeme funktionieren im Prinzip nach relativ einfachen und exakt beschreibbaren Regeln (Algorithmen). Der Mathematiker *Benoit Mandelbrot*<sup>14</sup> meint, dass auch die Anweisungen im Genom lebender Organismen aus einfachen Regeln bestehen, z. B. wie Zellen sich teilen oder wie Teile ihres Genoms repliziert werden müssen, um Zellbausteine zu synthetisieren. Dass einfache biologische Regeln eindrucksvolle, komplexe Strukturen hervorbringen können, legt daran, dass sie sich ständig wiederholen. (Ein Baum entsteht, indem er eine einzige Form in sich selbst stetig iteriert.) Wenn die Prozesse der Zellteilung und Replikation genügend lang auf viele Elemente einwirken, treten durch positive und negative Rückkopplung völlig neue kollektive Wirkungen und Gruppeneigenschaften auf, die man nicht im Voraus berechnen kann. Sie emergieren, brechen durch, kommen zum Vorschein wie die individuellen Persönlichkeitsmerkmale von Menschen. Weder die Biologie noch gar die Psychologie lassen sich nach dieser Sichtweise auf physikalische und chemische Prozesse reduzieren. Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.

Sind wir Menschen nun vollkommen vorausbestimmt, oder haben wir ein gewisses Maß an Willensfreiheit? Aus der Sicht der Systemtheorie ist die Welt und sind auch wir Menschen in unserem Denken und Verhalten determiniert. Nur kann das, was wir sein und tun werden, nicht mit linearen mathematischen Modellen vorausgesagt werden.<sup>15</sup> Unsere Freiheit liegt, wenn überhaupt, in der komplexen Architektur unserer Gehirne, in der verschwendischen Zahl der in ihnen zusammenarbeitenden Neuronen und Synapsen, dem besonderen Maß ihrer Vernetztheit und in der Qualität unserer sozialen Vernetztheit, die inzwischendurch weltumspannende technische Kommunikationsmöglichkeiten potenziert wurde. Diese schier grenzenlose Matrix ermöglicht uns die ständige Konstruktion neuer Wirklichkeiten und immer rascher wachsende individuelle und kollektive Bewusstseinsleistungen. Die nach meiner Ansicht höchste Leistung menschlichen Bewusstseins ist die, .....

14 B. Mandelbrot, 1983: „Die fraktale Geometrie der Natur“, Basel: Birkhäuser.

15 Auch wir selbst können unser Verhalten nur für wenige Sekunden mit Sicherheit bestimmen. Schon das, was wir in wenigen Minuten tun werden, und erst recht das, was wir morgen, in einem Monat, in einem Jahr tun oder sein werden, entzieht sich unserer vollständigen Kontrolle.

dass wir uns mit unserem eigenen Denken und Erleben kritisch auseinandersetzen können, dass wir wissen, dass wir uns irren können, dass unser Gehirn die Welt, die wir als wirklich erleben, zum erleblichen Teil selbst erschafft und dass es so viele Wirklichkeiten wie Menschen gibt. Die Frage aber, ob wir durch immer höhere Entwicklungen unseres Bewusstseins wirklich freier werden, wird ebenso offen bleiben wie die Frage, ob wir so viel Bewusstsein und Freiheit überhaupt verkraften können.

## Struktur und strukturelle Störung bei Gerd Rudolf

Die meisten psychodynamischen Modelle von Struktur und Persönlichkeit unterscheiden verschiedene Struktur- und Persönlichkeitstypen danach, mit welchen charakteristischen habituellen Selbstsicherungs-, Konfliktvermeidungs- und Konfliktbewältigungsmechanismen diese Typen arbeiten und in welcher Ausprägung sie ihre interpersonellen Beziehungen unbewusst gestalten und regulieren. Struktur und Persönlichkeit haben in diesen Modellen viel damit zu tun, welche Beziehungserfahrungen ein Mensch verinnerlicht hat, welche bewussten und vor allem unbewussten Beziehungswünsche und -erwartungen er an seine Mitmenschen heranträgt, welche interpersonellen Konflikte er ungewollt immer wieder provoziert und wie sich andere im Kontakt mit diesem Menschen fühlen und wie sie auf diesen Menschen reagieren.

Auch *Gerd Rudolf* definiert psychische Struktur im interpersonellen Kontext. Auch er sieht strukturelle Konflikthalte infolge frühkindlicher Beziehungsstörungen. Das aber, worauf Rudolf bei der strukturellen Einschätzung eines Menschen seinen Schwerpunkt legt, sind die „psychischen Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind.“<sup>16</sup> Unabhängig von der Spezifität seiner interpersonellen Konflikte benötigt jeder Mensch eine Reihe struktureller Fähigkeiten (wir könnten auch „Ich-Funktionen“ sagen), um „das eigene Selbst und das System der interpersonellen Beziehungen zu regulie- .....

16 G. Rudolf, 2004: „Strukturbezogene Psychotherapie – Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen“, Stuttgart: Schattauer, Seite 58.

ren“. Die OPD-Struktur-Checkliste, an der Rudolf entscheidend mitgewirkt hat, umfasst die folgenden psychischen Funktionen:

- Selbstwahrnehmung (Selbstreflexion, Selbstbild, Körper selbst, Identität, Affektdifferenzierung)
- Selbststeuerung (Affektoleranz, Selbstwertregulierung, Impulssteuerung, Antizipation der Reaktionen der Umwelt)
- Abwehr
- Objektwahrnehmung (Selbstobjektdifferenzierung, Empathie, ganzheitliche Objektwahrnehmung, objektbezogene Affekte)
- Kommunikation (Kontakt, Verstehen fremder Affekte, Mitteilung eigener Affekte, Reziprozität im Sinne von Herstellen eines Wir-Gefühls)
- Bindung (Internalisierung emotionaler stabiler Bilder von wichtigen Menschen, Lösungs-, Variabilität der Bindung).<sup>17</sup>

In Bezug auf die Affekte sieht Rudolf folgende strukturelle Fähigkeiten als essenziell an:

- eigene Affekte deutlich erleben können (Affektgenerierung)
- erlebte Affekte erragen können (Affektoleranz)
- erlebte Affekte introspektiv differenzieren können
- erlebte Affekte zum Selbstverständnis nutzen können
- erlebte Affekte zum Situationsverständnis nutzen können
- eigene Affekte inhibieren oder exprimieren können (Affektregulierung)
- eigene Affekte anderen mimisch und sprachlich mitteilen können (Affektausdruck)
- Affekte anderer entschlüsseln und verstehen können
- sich in die Affektwelt anderer einfühlend können (Empathie)
- Objektpräsenzen mit konstanten positiven Affekten besetzen.<sup>18</sup>

Die Funktionalität der Struktur eines Menschen hängt davon ab, in welchem Maße und mit welcher Zuverlässigkeit ihm diese Funktionen zur Verfügung stehen. Eine strukturelle Störung ist zu diagnostizieren, wenn die Verfügbarkeit der genannten Fähigkeiten eingeschränkt ist. Der Kern der strukturellen Störung liegt nach Rudolf, wie die aufgelisteten psychischen Funktionen zeigen, nicht so sehr im inhaltlich-thematischen „Was“

.....

17 G. Rudolf, 2004: „Strukturbezogene Psychotherapie“, Stuttgart: Schattauer, Seite 80.

18 G. Rudolf, 2004: „Strukturbezogene Psychotherapie“, Stuttgart: Schattauer, Seite 44.

(z. B. Aggression, Sexualität oder Beziehung zu den Eltern), sondern vielmehr in der Dysfunktionalität des formalen „Wie“ des emotionalen Umgangs mit sich selbst und mit anderen.

So nimmt der strukturell gestörte Patient seine eigenen Affekte nicht differenziert wahr, sondern erlebt zum Beispiel eine Überflutung mit negativen Affekten wie Ratlosigkeit, diffuse Leere, ungerichteter oder gegen sich selbst gerichteter Hass. Das Interesse für und die Wahrnehmung von anderen Menschen ist zum Beispiel durch tiefes Misstrauen, eine Unklarheit der eigenen Bedürfnisse in Bezug auf andere Menschen und eine Unsicherheit über die Wünsche anderer Menschen überschattet. Keine Beziehung wird als wirklich tragfähig erlebt, auch nicht die Therapiebeziehung. Strukturell gestörte Patienten fühlen sich ihren inneren Bewegungen ausgeliefert, sie werden von Impulsen überwältigt, gegen die sie, wenn überhaupt, nur mit größter Anstrengung ihr Gleichgewicht bewahren können. Die Abwehr ist unreif im Sinne einer Tendenz zu Spaltung und Dissoziation. In der Kommunikation mit dem Therapeuten kommt kein rechter Rapport zustande, in dem Sinne, dass sich auf beiden Seiten ein Gefühl von „jetzt haben wir uns verstanden“ einstellen würde.

In Anlehnung an die OPD bewertet Rudolf je nach dem Grad der Ausprägung und der Verfügbarkeit oder der Dysfunktionalität der oben aufgelisteten Fähigkeiten das Strukturniveau eines Patienten als gut, mäßig, gering integriert oder desintegriert. Ich möchte die Bedeutung des Strukturniveaus am Beispiel der Bewältigung von Angst verdeutlichen: Angst spielt bei den meisten psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankheitsbildern eine Rolle. Bei einem guten Integrationsgrad kann der Patient seine Angst deutlich erleben, introspektiv den bedrohlichen Charakter der Angst wahrnehmen, aber – im Gegensatz zum geringen Strukturniveau – die Angst aushalten und beherrschen sowie verstehen, warum eine bestimmte Situation bei ihm diese Angst ausgelöst hat. Der strukturell gut integrierte Patient kann anderen gegenüber von seiner Angst sprechen und ist in der Lage, trotz seiner eigenen Angst bei anderen Menschen Affekte zu erkennen, sich in sie einzufühlen und sie zu verstehen. Der strukturell gut integrierte Patient leidet unter seinen neurotischen Konflikten, er hat aber Kontrolle über seine täglichen sozialen und beruflichen Lebensvollzüge. Ein Patient mit einem mäßigen bis geringen Strukturniveau wird hingegen von seiner Angst überflutet. Seine Angst ist diffus, „frei flatternd“ und steht nicht in einem klar erkennbaren Kontext einer Angst auslösenden Situation. Der Patient ist in seinen Lebensvollzügen und Sozialkontakten erheblich behindert und weitgehend

unfähig, seine Aufmerksamkeit etwas anderem als dem bedrohlichen inneren Erleben zuzuwenden.

Die strukturelle Gestörtheit eines Patienten muss nicht immer durch gravierende Lebenskonstellationen und Borderline-typische Verhaltensweisen äußern. Sie kann sich – so Rudolf – auch hinter einer stark denk- und sprachorientierten, d. h. scheinbar sehr reflektierten und kontrollierten Haltung verbergen und eine komplexe neurotische Beeinträchtigung im Sinne einer reiferen Störung vortäuschen (wie zum Beispiel bei Patienten mit psychosomatischen oder depressiven Störungen). Rudolf nennt folgende Unterscheidungskriterien für neurotische und strukturelle Störungen<sup>19</sup>:

Merkmale neurotischer Störungen	Merkmale struktureller Störungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• blockierte Handlungsfähigkeit (ich bin unfähig, etwas für mich Wichtiges im Umgang mit anderen zu erreichen)</li> <li>• unerfüllte objektbezogene Bedürfnisse</li> <li>• Widersprüchlichkeit von Handlungsimpulsen</li> <li>• negative Objektbilder (versagend, zurückweisend, entwertend usw.)</li> <li>• negative Affekte</li> <li>• negative Selbstbewertung</li> <li>• neurotische Bewältigungsmuster (his-trionisch, zwanghaft usw.)</li> <li>• pathogene Überzeugungen</li> <li>• dysfunktionale Beziehungs- und Übertragungsbereitschaften (Rückzug, Unterordnung, Opferposition, Präventivaggression)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sich selbst nicht erleben und verstehen können</li> <li>• die Welt, die Objekte, die Situation emotional nicht verstehen können</li> <li>• von Affekten und Impulsen überflutet werden oder erstarren</li> <li>• sich von anderen abgeschnitten oder mit ihnen verwickelt fühlen</li> <li>• sich innerlich nicht auf positive Erfahrungen stützen können</li> <li>• sich selbst verlieren und ohne Orientierung sein</li> <li>• Notwendigkeit von Gegenmaßnahmen, welche stimulieren, beruhigen, strukturieren (Selbstverletzung, Essanfall, Suchtmittel)</li> <li>• das Leiden resultiert weniger aus der Blockade eigener Handlungsimpulse als vielmehr aus dem Tun anderer, das schwer zu ertragen ist (die von anderen versagte Befriedigung)</li> </ul>

## Konstitution als Disposition für körperliche und seelische Krankheiten

Klaus Grawes Buch „Neuropsychotherapie“<sup>20</sup> enthält eine Reihe empirischer Belege für eine wichtige Annahme in der psychodynamischen Psychotherapie, dafür nämlich, dass Menschen, die eine psychische Störung entwickeln, sich schon vor Ausbruch der Störung von jenen unterscheiden, die keine psychische Störung entwickeln. Der wichtigste Unterschied scheint zu sein, dass Menschen mit einer Disposition zu psychischen Störungen im Durchschnitt stärker zu negativen Emotionen neigen als andere und diese Emotionen schlechter herunterregulieren können. Sie haben oft eine Vorgeschichte von negativen Erfahrungen mit Bindung, Selbstwert und Inkongruenzkontrolle und infolgedessen eine Neigung zu erhöhter Inkonsistenzspannung. Ihre Konsistenzsicherungsmechanismen sind von klein auf wenig adaptiv, Vermeidungsschemata dominieren. Stark gebahnte neuronale Schaltkreise reagieren – mehr oder weniger unbewusst – auf alles, was irgendwie bedrohlich sein könnte. Bei neuen Entwicklungsaufgaben oder Lebensveränderungen kann es leicht zu überschießenden Stressreaktionen kommen, die zudem lange anhalten. Störungsmuster werden mehr und mehr zu einem sehr gut gebahnten Gedächtnisbesitz, der schließlich ein Eigenleben führt.

Grawe legt dar, wie Verletzungen von Grundbedürfnissen in der frühen Kindheit eine erhöhte Inkonsistenzspannung und ein erhöhtes Erregungsniveau weiter Teile des assoziativen Cortex, des limbischen und noradrenergen Systems verursachen können. Bei bedrohlichen und unkontrollierbaren Inkongruenzsituationen (das real Erlebte weicht erheblich von dem Intendierten ab, ohne dass Hoffnung besteht, diese Situation verändern zu können) werden – so Grawe – die neurosekretorischen Kerne des Hypothalamus aktiviert, und es wird über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse eine anhaltende Cortisolausschüttung ausgelöst. Dauerhaft erhöhte Cortisolspiegel schädigen die Pyramidenzellen im Hippocampus und bewirken eine Degeneration von noradrenergen Axonen und Nervenendigungen im Cortex. Dadurch könnten bereits erworbene Verhaltensfähigkeiten gelöscht werden. Unkontrollierbarer Stress schaffe ungünstige Lernbedingungen. Lernerbeit sei die für negative Emotionen

19 G. Rudolf, 2004: „Strukturbezogene Psychotherapie“, Stuttgart: Schattauer, Seite 50.

20 K. Grawe, 2004: „Neuropsychotherapie“, Göttingen: Hogrefe.

zuständige Amygdala (Mandelkerne), nicht aber der für Kontextlernen notwendige Hippocampus (der Hippocampus Sorge dafür, dass Stress- und Angstreaktionen nur in einem Kontext auftreten, der eine wirkliche Bedrohung darstellt). Gelernt werde kein geeignetes Coping, gelernt würden Störungsmuster. Diese reduzieren zwar – so Grawe – kurzfristig die Inkonsistenzspannung, langfristig erhöhen sie diese jedoch. Durch ver- zweifelte Kontrollanstrengungen und eine übermäßige Aktivierung des Vermeidungssystems (zum Beispiel in Form von Dissoziation, Grübeln, übermäßiger Beachtung, Vermeidung oder Bekämpfung von Angst) würde das auf Bedürfnisbefriedigung ausgerichtete Annäherungssystem gelähmt. Das System sei dann insgesamt mehr mit sich selbst, mit Inkonsistenzreduktion als mit der notwendigen Auseinandersetzung mit der Umgebung beschäftigt. Wichtige Bedürfnisse blieben auf der Strecke. Depressionen sieht Grawe als Ergebnis einer maximalen Aktivierung des Vermeidungssystems im Sinne einer generalisierten Schutzhaltung, die dann eintritt, wenn keinerlei Hoffnung mehr besteht, eigene Bedürfnisse zu befriedigen und Kontrolle auszuüben.<sup>21</sup>

Die Frage nach den Besonderheiten der prämotorischen Struktur eines Patienten ist nicht neu. Schon die antiken Ärzte fragten sich, warum unter vergleichbaren Lebensumständen und Umwelteinwirkungen der eine Mensch krank wird und der andere nicht? Auf *Hippokraties* (ca. 460-377 v. Chr.) geht die sog. „Humoralpathologie“ zurück. Sie wurde von *Galen* weiterentwickelt und dominierte bis weit ins 19. Jahrhundert die alte „Schul“-Medizin.<sup>22</sup> Die Konstitution eines Menschen, das heißt, die individuelle Beschaffenheit seines Organismus, aber auch sein seelisches Temperament und seine Krankheitsbereitschaft hängen nach dieser Lehre vom Mischungsverhältnis von vier Körpersäften (Blut, Schleim, schwarze Galle und gelbe Galle, die den vier antiken Elementen Luft, Wasser, Erde und Feuer zugeordnet wurden) ab. Nach Vorstellung der Humoralpathologie zeichnet sich ein gesunder und ausgeglichener Mensch durch das Gleichgewicht der vier Säfte (Bulkrasie) aus. Krankheiten und Charakterauffälligkeiten entstehen durch das Übergewicht

21 K. Grawe, 2004: „Neuropsychotherapie“, Göttingen: Hogrefe, Seite 244 ff.

22 Virchows Zellulärpathologie gilt als der entscheidende Wendepunkt, der zu einem modernen, streng naturwissenschaftlichen Denken überleitete, das noch heute die „neue“ Schulmedizin beherrscht.

eines oder mehrerer der vier Säfte (Dyskrasie<sup>23</sup>). Heute noch sprechen wir von einem

- Phlegmatischer (Übergewicht von Phlegma = Schleim = kalt und feucht, Element: Wasser), wenn wir eine schwerfällige und langsame Natur bezeichnen wollen, einen Menschen mit der Tendenz, passiv, nachdenklich, ruhig, beherrscht, friedlich und ausgeglichen zu sein und ein großes Durchhaltevermögen zu haben
- Sanguiniker (Übergewicht von Sanguis = Blut = heiß und feucht, Element: Luft), wenn die bezeichnete Person extrovertiert, kontaktfreudig, sorglos und lebensfroh ist, allerdings mit einer Tendenz, erregbar und unbeständig zu sein
- Melancholiker (Übergewicht von schwarzer Galle = kalt und trocken, Element: Erde) bei schwermütigen Menschen mit der Tendenz, zurückhaltend, schweigsam, ungesellig, pessimistisch, bedrückt, launisch und ängstlich zu sein
- Cholischer (Übergewicht von gelber Galle = heiß und trocken, Element: Feuer), wenn der Betreffende tendenziell reizbar, jähzornig, aggressiv, unruhig, empfindlich, aber auch optimistisch und aktiv ist.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts suchte der Nervenarzt *Ernst Kretschmer* einen zeitgemäßen wissenschaftlich-empirischen Weg für eine psychiatrische Konstitutionspsychologie. Er nutzte historisch-biographische Analysen, experimentelle Methoden und Testverfahren, um typenspezifische Merkmale zu objektivieren. Er beschrieb drei Körperbautypen:

- Leptosome mit einem schizothymen Charakter und einer Neigung zu schizophhrenen Erkrankungen
- Pykner mit einem zyklotymen Charakter und einer Neigung zu manisch-depressiven Erkrankungen
- Athletiker mit einem viskösen Charakter und einer Neigung zu epileptischen Erkrankungen
- Dysplastiker als Mischform mit verschiedenen Merkmalen.

Auch Kretschmers Typologie gilt heute nicht mehr als wissenschaftlich anerkannt. Andere Wissenschaftler kritisierten erhebliche Mängel in seinem

23 In diesem Zusammenhang sei auch der Begriff der „Idiosynkrasie“ genannt, der eine angeborene Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe bezeichnet. Er findet noch heute Anwendung für die häufigen nicht allergischen Unverträglichkeitsreaktionen.

methodischen Vorgehen. Die große Bekanntheit, die Kreischmiers Typen bei Ärzten, vor allem natürlich bei Psychiatern, erreichte, zeigt jedoch den Bedarf an einer wissenschaftlich fundierten Konstitutionslehre.

Eine andere psychiatrische Klassifikation geht auf *Kurt Schneider*<sup>24</sup> zurück. Schneider teilte Menschen, deren Persönlichkeit nicht den üblichen Maßstäben von Normalität entspricht, in zehn Typen ein. Er unterschied

- hyperthyme
- depressive
- selbstunsichere
- fanatische
- geltungsbedürftige
- stimmungsstabile
- explosible
- genitallose
- willenlose und
- asthenische Psychopathen.

## Die Neurosenstrukturen von Schultz-Hencke

Kurt Schneider sah die genannten Persönlichkeitstypen als angeboren an. Der Neo-Psychoanalytiker *Harald Schultz-Hencke*<sup>25</sup> wollte sich mit einer solchen statischen, rein phänomenologisch-deskriptiven Betrachtung nicht zufrieden geben, weil sie keine Möglichkeiten zur Veränderung aufzeigte. Ihn interessierte, in welchem Umfang neben den angeborenen (genotypischen) auch erworbene (peristatische) Faktoren in die Struktur eingehen. In Übereinstimmung mit Schneider erkannte er die asthenische Persönlichkeit als im Wesentlichen angeboren an. Auch bei den Hypertymen, Depressiven und Dysphorischen überwiegen nach Schultz-Hencke genotypische Faktoren. Aber bei selbstunsicheren (ängstlichen), explosiblen und noch mehr bei geltungsstüchtigen (propulsiven), fanatischen (paranoiden) und willenslosen

Psychopathien sah er deutliche peristatisch-psychodynamische Einflüsse und damit Möglichkeiten einer therapeutischen Einflussnahme.

Die Persönlichkeitsstruktur entwickelt sich nach Schultz-Hencke in den ersten fünf Lebensjahren aus angeborenen Merkmalen. Die angeborene Anlage oder Konstitution des Kindes wird durch die besonderen Umwelteinflüsse zu einer individuellen Persönlichkeitsstruktur ausdifferenziert. Problematische angeborene Faktoren wie Hyperensibilität, Hypermotorik, Hypersexualität, Debilität oder Organminderwertigkeit können unter ungünstigen Umwelteinflüssen zu einer Struktur werden, die für eine spätere neurotische Erkrankung disponiert. Schultz-Hencke nannte eine solche disponierende Struktur „Neurosenstruktur“.

Nach Schultz-Hencke wirken sich auf die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes Härten oder Verwöhnung (sowie der unberechenbare Wechsel des elterlichen Erziehungsverhaltens zwischen Härte und Verwöhnung) besonders ungünstig aus. Härten können auch durch widrige äußere Umstände wie zum Beispiel wirtschaftliche Not, schwere Krankheit eines Elternteils oder eines Geschwisters sowie durch ein Scheitern der elterlichen Beziehung entstehen. Ungünstige Rahmenbedingungen haben vor allem die Folge, dass sich die natürlichen Grundantriebe des Kindes nicht in gesundheitsfördernder Weise entfalten können. Schultz-Hencke unterschied

- ein „intentionales“ Antriebserleben im Sinne von Aufmerksamkeit, Neugier und Zuwendung zur Welt
- ein „oral-kaplatives“ Antriebserleben im Sinne von Zugriff, Nehmen, Einverleiben der Welt
- ein „retentiv-anales“ Antriebserleben im Sinne von Nicht-hergeben-Wollen (alle Lust will Ewigkeit)
- ein „aggressiv-geltungsstrebiges“ Antriebserleben im Sinne von expansivem „Aggredi“, Herangehen, Suche nach Beachtung, Bestätigung und Zustimmung (Hass, sobald die Umwelt Widerstand leistet)
- ein „urethrales“ Antriebserleben im Sinne von Sich-gehen-Lassen, Impulsivität, Sich-im-hohen-Bogen-Verströmen und Hingabe
- „liebendes-sexuelles“ Antriebserleben im Sinne bejahender Zuwendung und zärtlicher Kontaktsuche.

Das Antriebserleben lässt sich auf drei Grundtendenzen reduzieren: Besitzstreben, Geltungsstreben, Sexualstreben. Neurotiker sind nach Schultz-Hencke durch ein ungewöhnlich starkes Maß an Geheimtheit einer oder mehrerer dieser Antriebsmomente charakterisiert. Die Hemmung des Antriebs-

.....

24 K. Schneider, 1943: „Die psychopathischen Persönlichkeiten“, Wien: Franz Deutige.

25 H. Schultz-Hencke, 1951: „Lehrbuch der analytischen Psychotherapie“, Stuttgart: Thieme.

erlebens ist in gewissen Grenzen eine notwendige Anpassungsleistung der kindlichen Selbststeuerung an die Anforderungen der Umwelt und an die Lebensumstände, die es vorfindet. Die Hemmungen, Anpassungen und Abwehrmechanismen, mit denen das Kind auf die meist chronisch wirksamen Bedingungen seines jungen Lebens reagiert, verdichteten und verfestigten sich mit der Zeit zu charakteristischen und dauerhaften Erlebens- und Verhaltensmustern. Die Gesamtheit dieser habitualisierten Muster oder Schemata nennen wir „Persönlichkeit“, „Persönlichkeitsstruktur“ oder auch „Charakter“ bzw. „Charakterstruktur“. Wenn wir mit Schultz-Hencke betonen wollen, dass es sich um eine Disposition handelt, die besonders anfällig für eine neurotische Störung ist, sprechen wir von „Neurosenstruktur“.

Die Neurosenstruktur ist gewissermaßen das Resultat der subjektiv erlebten und verinnerlichten früheren Realität, einschließlich der – teilweise unbewusst gewordenen – Defizite und Konflikte dieser Zeit sowie der dazugehörigen kompensatorischen Anpassungs- und Lösungsversuche. Für Schultz-Hencke hat jeder Mensch neurotische Anteile. Der Unterschied zwischen manifester Persönlichkeitsstörung und „normaler“ Persönlichkeit ist für ihn kein qualitativer, sondern ein quantitativer. Der Neurotiker ist stärker und deformierender gehemmt als der psychisch Gesunde. Er ist als Folge seiner Hemmung oft im besonderen Maß bequem und hat gleichzeitig übertriebene Ansprüche an sich, seine Umwelt und an das Leben. Schultz-Hencke definierte vier neurotische Hauptdispositionen, die sich jeweils durch eine bevorzugte Hemmung eines spezifischen Antriebslebens auszeichnen. Er unterscheidet eine depressive, eine zwanghafte, eine schizoide und eine hysterische Struktur.<sup>26</sup>

Die depressive Struktur ist nach Schultz-Hencke durch die Gehemtheit oraler und aggressiver Antriebe gekennzeichnet. Menschen mit einer depressiven Struktur haben latent Riesensprüche und einen mörderischen Hass auf versagende Beziehungspersonen.<sup>27</sup> Orale und aggressive Antriebsmomente sind derart bedrohlich, dass sie durch Furcht und Schuldgefühle vollständig

.....

26 Neurassthenisch nennt Schultz-Hencke eine fünfte Struktur, die neben „intentionalen Gestörtheiten“ zwanghafte, hysterische und depressive Züge zeigt. Es handelt sich also um eine „Mischstruktur“. Schultz-Hencke führt die Darstellung der neurassthenischen „Reserve“-Struktur nicht weiter aus.

27 Schultz-Hencke spricht vom „latenten Raubmörder“. Der depressiv strukturierte würde zum Raubmörder werden, wenn es gelänge, künstlich seine „Verdängungsdecke zu beseitigen“.

antagonisiert werden müssen. Infolge der vollständigen Abwehr erscheint der depressiv strukturierte in Versuchungs- und Versagungssituationen wehrlos. Er kann seine Bedürfnisse nicht vertreten und nicht verteidigen. Die Forderungen der Umwelt empfindet er als Last, sie erdrücken ihn. Aufgestaute aggressive Energie findet keinen anderen Weg als – in der Form von Selbstmordimpulsen – gegen das eigene Selbst.

Auch die zwanghafte Struktur krankt nach Schultz-Hencke an der Hemmung des „Aggredi“, aber mehr im Sinne der motorischen Entfaltung. „Eine lebhafte Bereitschaft zum Handeln, und zwar am rechten Ort, zur rechten Zeit, in rechter Weise“, kommt beim zwanghaft strukturierten nicht zustande. In Versuchungs- oder Versagungssituationen brechen die gehemmten „dranghaft-motorischen“ Impulse umso heftiger durch und bedrohen den Kranken.

Bei der schizoiden Struktur ist das intentionale Antriebsleben gehemmt, mit der Folge einer außerordentlich tief gehenden Kontaktgestörtheit, einer Zwiespältigkeit und eines grundlegenden Misstrauens gegenüber den Mitmenschen, einer daraus resultierenden Unverbundlichkeit in den Beziehungen oder gar einer schroffen Distanz zum sozialen Umfeld.

Die hysterische Struktur beruht nach Schultz-Hencke darauf, dass kein ausreichend rationales Weltbild vorhanden ist, wie es sich im vierten und fünften Lebensjahr normalerweise auf dem Wege der Realitätsprüfung herausbildet. Die resolute Erforschung der Welt, wie sie wirklich ist, einschließlich der Ergündung der Geheimnisse der Sexualität und der Herkunft der Kinder, wurde bei hysterisch strukturierten gehemmt. Die uralte Produktivität frühkindlicher Phantasie und Intuitivität findet mangels ordnender und planender Ratio keinen Boden. Die infantile Expansivität führt mangels Struktur zu keinem adäquaten Verhalten. Die Irrationalität drückt sich in der Sprache aus, mit welcher der hysterisch strukturierte „Schindluder“ betreibt. „Bulenspiegelei und Clownerie beherrschen Erleben, Ausdruck und Handeln.“ Hysterisch strukturierte spielen planlos die Rolle anderer: Sie leben „im fremden Gewand“.

## Neurosenstrukturen sind keine Persönlichkeitsstörungen

Die Neurosenstrukturen von Schultz-Hencke haben das psychodynamische Denken, zumindest in Deutschland, deutlich beeinflusst.<sup>28</sup> Die Psychotherapie-Richtlinien und das auf ihnen beruhende Gutachterverfahren verlangen von Therapeuten, die eine analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie durchführen wollen, einen Bericht an den Gutachter der Krankenkasse, der die aktuelle Symptomatik des Patienten vor dem Hintergrund seiner lebensgeschichtlich erworbenen strukturellen Besonderheiten zu erklären vermag.<sup>29</sup> Der Bericht sollte sowohl eine symptomatische Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Diagnosen (ICD-10, zum Beispiel F32.11: mittelgradige depressive Episode mit Somatisierung) als auch eine strukturelle Diagnose enthalten. Die Psychotherapie-Richtlinien lassen offen, ob die Strukturdiagnose konflikt-dynamisch-inhaltlich im Sinne Schultz-Henckes (zum Beispiel ängstlich-depressive Neurosenstruktur) und/oder formal im Sinne der Strukturiveaus der OPD gestellt werden soll.

- Die Strukturbezeichnungen von Schultz-Hencke sind nicht direkt in der ICD-10<sup>30</sup> oder im DSM-IV<sup>31</sup> zu finden. Die beiden Diagnostikmanuale verstehen sich als rein deskriptive Klassifikationen und enthalten sich bewusst jeglicher psychodynamischer Aussagen. In der ICD-10 und im DSM-IV finden sich aber brauchbare Zusammenstellungen und präzise Beschreibungen klinisch bedeutsamer Persönlichkeitsstörungen. Die Strukturbezeichnungen von Schultz-Hencke finden sich nur indirekt wieder, und zwar als depressive, .....
28. Vor allem durch die Schultz-Hencke-Schülerin Annemarie Dührssen, die entscheidend dazu beigetragen hat, dass Psychotherapie eine Kassenleistung wurde.
29. Neben der Struktur muss eine aktuelle Belastungs-, Konflikt-, Versuchsungs- oder Versagungssituation dargelegt werden, die erklärt, warum der Patient aktuell erkrankt ist und psychotherapeutische Hilfe braucht.
30. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.
31. Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ ist eine multiaxiale Struktur, welche folgende Achsen umfasst: I. klinische Störungen und Syndrome, II. Persönlichkeitsstörungen, III. körperliche Störungen und Zustände, IV. psychosoziale und kontextuelle Belastungsfaktoren, V. Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.

zwanghafte, schizoide und hysterische (hysterische) Persönlichkeitsstörung. Zusätzlich zu der Typisierung von Schultz-Hencke führen die ICD-10 und der DSM-IV weitere Persönlichkeitsstörungen, unter anderem abhängige, ängstlich-selbstunsichere, paranoide, narzisstische, negativistische und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen, auf.

Die Begriffe „Neurosenstruktur“ und „Persönlichkeitsstörung“ sind verwandt, aber sie bezeichnen keineswegs dasselbe. Persönlichkeitsstörungen sind chronische Krankheitsbilder. Die Persönlichkeitsstruktur ist bei den Persönlichkeitsstörungen derart dysfunktional, belastend oder lebensbehindernd, dass sie selbst das behandlungsbedürftige Problem ist. Persönlichkeitsstörungen sind in der Regel das Ergebnis einer langen krankhaften Entwicklung. Sie zeigen meist keinen klaren Beginn, der mit einer aktuellen krankheitsauslösenden Belastungs- oder Konfliktsituation korreliert werden könnte. Die Bearbeitung interpersoneller oder intrapsychischer Konflikte bringt die Therapie – wenn sich die Patienten überhaupt darauf einlassen – oft nicht weiter. Die Introspektions-, Übertragungs- und Einsichtsfähigkeit der Patienten ist deutlich eingeschränkt. Eine aufdeckende Psychotherapie ist – wie wir unten noch von Gerd Rudolf erfahren werden – durch eine strukturbezogene Psychotherapie zu ersetzen. Häufig leider das soziale Umfeld mehr unter der Persönlichkeitsstörung als der Patient selbst. Mithunter ist die Motivation zur Veränderung beim Patienten so gering oder die Belastung für die therapeutische Beziehung so groß, dass keinerlei Form von Psychotherapie durchgeführt werden kann.

Im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen sind Neurosenstrukturen neopsychoanalytische Konstrukte. Sie sind keine Krankheiten, sondern nur Dispositionen und finden damit in der ICD-10 keine Berücksichtigung. Erst durch zusätzliche Faktoren, zum Beispiel eine Versuchsungs- oder Versagungssituation, werden behandlungsbedürftige Symptome ausgelöst. Neurosenstrukturen, die nicht zur manifesten neurotischen Erkrankung geworden sind, sind quasi gut angepasste und kompensierte Persönlichkeitsstörungen ohne eigenen Krankheitswert. Ich lege daher dem Leser nahe, klar zwischen Persönlichkeitsstörungen und Neurosenstrukturen zu unterscheiden. Es spricht aber meines Erachtens nichts dagegen, die international einheitliche Nomenklatur und präzise Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV und in der ICD-10 zu nutzen, um die den Persönlichkeitsstörungen verwandten Neurosenstrukturen – wie nachfolgend geschehen – zu klassifizieren. Die im DSM-IV und in der ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsseigenschaften, die in den Persönlichkeitsstörungen

als manifeste Normabweichungen und grobe Dysfunktionalitäten imponieren, würden sich in den Neurosenstrukturen lediglich als Tendenzen und Reaktionsmöglichkeiten zeigen, die erst unter besonderen Anforderungen, zum Beispiel bei neuen Entwicklungsaufgaben oder unter neu hinzutretenden Lebensbelastungen, Auffälligkeiten zeigen können.

## **Charakteristika von zehn Neurosenstrukturen**

Im Folgenden sind die Charakteristika von zehn Neurosedstrukturen zusammengestellt. Im Anschluss an jede Strukturdarstellung finden Sie eine Schnellorientierung mit jeweils sieben Kriterien, die auf die wesentlichen unbewussten Aspekte der jeweiligen Struktur, so wie sie theoretisch anzunehmen sind, abzielen.

### **Die altruistisch-depressive Struktur**

#### **Psychischer Befund**

Der oft gemütvoll veranlagte Patient zeigt ein im Allgemeinen gut angepasstes und sozial erwünschtes Verhalten, übernimmt früh und bereitwillig Verantwortung und Aufgaben, zeigt sich unkompliziert, pflegeleicht und rücksichtsvoll, weil er im besonderen Maß die Anerkennung und Liebe anderer, vor allem der Eltern, braucht. Der Patient erregt aufgrund dieser Eigenschaften leicht die spontane Anteilnahme des Therapeuten. Latent bestehen jedoch – wie Schultz-Hencke betont – Riesenansprüche und Hass auf die versagenden Beziehungspersonen. Der Patient kann seine Bedürfnisse nicht vertreten und nicht verteidigen. Unter Belastung und Versagung, zum Beispiel wenn der Patient nicht genügend Anerkennung und Bestätigung von außen erhält, dekompenziert er leicht, neigt dann zu gedrückter Stimmung, zum Verlust von Lebensfreude und Interesse. Es zeigt sich dann leicht ermüdbar, antriebslos, leidet an Denk-, Kon-

zentration-, Schlaf- und Appetitstörungen, quälender innerer Unruhe, Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen und Ich-Hemmung, setzt sich vermehrt mit dem Tod auseinander, Suizidphantasien. Es kann sich auch eine oral-sadistische, fordernd-insistierende Haltung mit ausgeprägtem Neid und Missgunst zeigen (passiv-aggressive Persönlichkeit im Sinne Abrahams).

#### **Biographische Anamnese**

Nach Dührssen wurde den vitalen Ansprüchen an das Leben von den ersten Lebensjahren an die Befriedigung versagt. Die Eltern waren unfähig, die Bedürfnisse des Kindes empathisch zu spiegeln und zu befriedigen, zum Beispiel wird das Kind von einer (zum Beispiel vollberufstätigen, mehrere Kinder versorgende oder in einer wirtschaftlichen Notlage befindlichen und daher) überlasteten Mutter hastig und ungeduldig gestillt. Infolge des mangelnden Interesses der Mutter für das kindliche Omnipotenzgebaren muss sich das Kind den Gesten der Mutter anpassen. Oft unsichere Bindung, häufige Abwesenheit eines oder beider Elternteile, schwere Krankheit eines Elternteils, Verlust eines Elternteils, Parentifizierungssituation. Eltern verlegen eigene Ambitionen auf das Kind. Das Kind erwirbt die von den Eltern erwarteten Fähigkeiten (zum Beispiel Geduld, Höflichkeit, Gehorsam, Altruismus, Fleiß, Leistung), lebt aber mit dem Gefühl, dass es eher für imaginäre Eigenschaften als für sein wahres Selbst geliebt wird.

#### **Psychodynamik**

Mangelnde Verinnerlichung guter Objekte, dadurch keine ausreichend stabile Selbstrepräsentanzen, Introjektion ambivalenter (geliebter und gehasster) Objekte. Nach Schultz-Hencke sind vor allem orale und aggressive Antriebe gehemmt. Ständige ungesättigte Bedürfnisspannung, ohne dass die natürlichen Bedürfnisse und das Besitzstreben ausgedrückt werden können. Das orale und das aggressive Antriebsmoment sind derart bedrohlich, dass sie durch Furcht und Schuldgefühle vollständig antagonistisiert werden müssen. Aufgestaute aggressive Energie findet keinen anderen Weg, als sich gegen das eigene Selbst und die bösen Introjekte zu richten (zum Beispiel in der Form von Selbstmordimpulsen). Infolge der vollständigen Abwehr erscheint der depressiv strukturierte in Versuchungs- und Versagungssituationen wehrlos. Wendung von Aggressionen gegen das Selbst, kompensatorische Überhöhung des Ich-Ideals, hohe

... (unvollständig) ... ein strenges, überforderndes, unachgiebiges Über-  
... (unvollständig) ... fusionäre Sehnsucht und Abhängigkeit von einem äußeren  
... (unvollständig) ... und Anerkennung spendenden – Objekt.  
... (unvollständig) ... regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach grenzenloser  
... (unvollständig) ... Wertschätzung und emotionaler Sättigung durch ein ideales Objekt.

### **Schnellorientierung zur altruistisch-depressiven Struktur**

**Wesensmerkmale:** angenehm, allgemein gut angepasst, bemüht sich, stellt hohe Ansprüche an sich

**Impliziter/unbewusster Auftrag:** Zeige mir, dass ich wertvoll und liebenswert bin; sei für mich ein ideales Gegenüber; gib mir alles, was ich bislang entbehren musste

**Abgewehrt:** vor allem oral-kapitative und egoistische Bedürfnisse sowie Wut und Aggression

**Abwehrmechanismen:** Abspaltung, Verleugnung, Verdrängung eigener Bedürfnisse, Wendung von Aggression gegen das eigene Selbst und die bösen Introjekte

**Gegenübertragung:** Man mag den Patienten spontan, irgendwann stellen sich Schuldgefühle, Ineffizienzgefühle, u. U. Ärger ein, wenn der Behandlungsfortschritt stagniert

**Unbewusster Grundkonflikt:** Ich sehne mich danach, um meiner selbst willen geliebt und wertgeschätzt zu werden, ich sehne mich nach einem idealen Menschen, der alle meine Bedürfnisse versteht und befriedigt (und mit dem ich verschmelzen kann), aber zuvor muss ich mich als ideales Gegenüber für andere ständig um Liebe und Wertschätzung bemühen

**Besonders vulnerabel für:** Enttäuschung durch idealisierte Menschen, (drohender) Verlust von Anerkennung, Verlust bzw. Verlassenwerden von Menschen, die Anerkennung spenden (zum Beispiel Kinder gehen aus dem Haus), Überforderungssituationen (kann nicht Nein sagen)

### **Die abhängige oder dependente Struktur**

#### **Psychischer Befund**

Der Patient ist in regressiver, dem Alter nicht angemessener Weise anklammernd, zeigt wenig eigene Willensäußerungen und Eigeninitiative. Überausprägung primärer Fähigkeiten: naives Vertrauen und Zutrauen, Glaube, Hoffnung, Geduld, Gehorsam. Der Patient ist überaus nachgiebig und versöhnlich und hofft auf nicht endende Unterstützung und Fürsorge, wenig Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Angst, alleine zu sein und verlassen zu werden, inaktive Erwartungshaltung.

#### **Biographische Anamnese**

Das Kind erfährt während der oralen Phase genügend Zuwendung und Aufmerksamkeit, so dass sich ein primäres (naives) Vertrauen bilden kann. Die Mutter hört mit der Fürsorge nicht auf, obwohl es entwicklungsmäßig angemessen wäre. Autonomie entwickelt sich nicht, wenn das Kind in der Separations-Individualisations-Phase<sup>32</sup> (6. bis 36. Monat) bei einer selbstsicheren und liebenden Mutter nicht erfährt, dass es sich selbstständig bewegen (auch auf Dritte hin) und entfallen kann, ohne deshalb den Schutz und die Zuneigung der Mutter zu verlieren. Die Mutter benötigt das Kind als von ihr abhängiges Selbstobjekt, kontrolliert es, behindert seinen Erwerb von Kompetenzen und reagiert ängstlich, wenn sich das Kind von ihr entfernt. Die abhängige Struktur, v. a. in Kombination mit Borderline-Anteilen, disponiert zu Missbrauch.

#### **Psychodynamik**

Innere psychische Repräsentation guter Objekte, jedoch Fixierung an die Mutter mit bleibenden symbiotisch-fusionären Wünschen. Unzureichende emotionale Besetzung von Dritten (Triangulierung). Abwehr von negativen Gefühlen. Unterwerfung, Verzicht auf Trotzreaktionen und Autonomie. Kritische und abgrenzende Ich-Funktionen entwickeln sich unzureichend. Inkorporation von Nahrung und Suchtmitteln als primitive Form der Abwehr bei realer oder phantasierter Trennung vom dringend benötigten Objekt.

.....  
32 So genannt von Margaret Mahler in „Symbiose und Individuation“.