

Susanne Hörz, Marlene Träger, Gerlinde Siegl, Wolfgang Mertens

Department Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

Einsatz der OPD in der Psychotherapieforschung

Application of the OPD in Psychotherapy Research

Gefördert durch Köhler-Stiftung/Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, Baumgart-Stiftung, Bayerische Gleichstellungsförderung (BGF)

Zusammenfassung

Anhand einer Einzelfalluntersuchung aus einem größeren Psychotherapieforschungsprojekt zur Prozess- und Ergebnisforschung werden mit Hilfe der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) zunächst die lebensbestimmenden Konflikte (Achse III) und die psychische Struktur (Achse IV) zu Beginn einer ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie bestimmt und nach 300 Stunden erneut beurteilt. In einem zweiten Schritt werden unter Zuhilfenahme dieser OPD-Kriterien aus einer Forscherperspektive fünf therapeutische Foki ausgewählt und die Bewusstheit dieser Foki an vier Messzeitpunkten über den Therapieverlauf auf der Heidelberg Structural Change Scale (HSCS) beurteilt.

Schlüsselwörter

OPD – Diagnostik – Psychotherapieforschung – Prozessforschung – Heidelberger Umstrukturierungsskala

Summary

In a qualitative process outcome research project examining psychoanalytic psychotherapies a single case is described to exemplify the use of the OPD and the Heidelberg Structural Change Scale (HSCS). The diagnostic assessment based on OPD conflicts (axis III) and mental structure (axis IV) is compared before and after 300 hours of an outpatient psychoanalytic psychotherapy. Based on the OPD criteria five therapeutic foci are chosen and the awareness of these problem areas at four points in time is rated using the HSCS.

Keywords

OPD – diagnostics – psychotherapy research – process research – Heidelberg Structural Change Scale

■ Einleitung

Während Ergebnisforschung in der Psychoanalyse bereits seit den 1930er Jahren betrieben wird, ist die psychoanalytische Prozessforschung „nach wie vor ein Stiefkind“ (Thomä & Kächele, 2006, S. 13). Psychoanalytische Forscher bemängeln die Vieldeutigkeit psychoanalytischer Konzepte und Begriffe und fordern, dass die Vielzahl von Auffassungen über therapeutische Wirkfaktoren empirisch überprüft werden sollte (vgl. z. B. Bänninger-Huber, 2001; Bucci, 2005).

Die bisherige Psychotherapieforschung wird in verschiedenen Phasen beschrieben. In einer ersten Phase der Erfolgs- und Outcome-Forschung ging es um den Nachweis, dass Psychotherapie überhaupt wirkt, später standen Fragen der differentiellen Indikation und der Effektivität unterschiedlicher Therapieformen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. In einer letzten Phase, der Prozessforschung, wurden Vorgänge untersucht, die im Rahmen des therapeutischen Prozesses zu Veränderungen führen (vgl. Bänninger-Huber, 2001). Im Kontext der Prozessforschung weist Bucci (2005) auf drei For-

schergenerationen hin: Anfangs wurden objektive Verfahren entwickelt und von einzelnen Forschern auf Therapiesitzungen angewandt. Sie entstammten insbesondere zwei Vorgehensweisen, von der eine die psychische Struktur durch zentrale Beziehungsmuster (z. B. *Core Conflictual Relationship Theme*, CCRT [Luborsky, 1977], *Diagnosis/Plan Formulation Method* [Weiss, Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986]) erschließt und die andere therapeutische Interaktionen (z. B. *Psychotherapy Q-Set*, *PQS* [Jones, 2000]; *Referential Activity*, RA [Mergenthaler & Bucci, 1999]) erfasst. Von der nächsten Forschergeneration wurde eine große Auswahl wichtiger Verfahren in Kollaboration auf gemeinsame Datensets angewandt, um vor allem auch die Konstruktvalidität und die Zusammenhänge zwischen Mikroprozessen und Outcome-Forschung zu erfassen (vgl. die Mehrebenen-Methodologie im Ulmer Projekt, Musterfall Amalia X [Kächele et al., 2006]). Aktuell richtet sich das Interesse insbesondere auf die subjektive Erfahrung des Analytikers (vgl. Meyer, 1981, 1988; Tuckett, 2005), auf triangulierende Forschungsstrategien (z. B. Freedman, Lasky & Webster, 2009), auf die Wechselwirkung

von Forschung und klinischer Arbeit (Jiménez, 2009) sowie die Implikationen, die sich aus der Therapieforschung für die Praxis ableiten lassen können (Erhardt et al., 2010).

Weitere Schwerpunkte aktueller Forschung liegen darauf, Verbatim-Transkripte mit Aufzeichnungen von Psychotherapeuten zu vergleichen, den Einfluss der Therapeuten- und der Patientenvariablen auf den therapeutischen Veränderungsprozess stärker zu erforschen und eine größere Bandbreite empirischer Verfahren zur Prozessforschung zu entwickeln (z. B. Bänninger-Huber, 2001; Bucci, 2005; Mertens, 2004; Thomä & Kächele, 2006). Auch wurden zunehmend diagnostische Verfahren auf psychodynamischer Grundlage entwickelt und validiert oder befinden sich in der Validierung, so beispielsweise das *Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation* (STIPO; Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2004) oder die *Skalen psychischer Kompetenzen* (SPK) von Huber, Klug und Wallerstein (2006). Seit 1996 liegt auch das Manual zur *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD) vom Arbeitskreis OPD (1996) in zweiter Version OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) vor. Die OPD-Diagnostik ermöglicht nicht nur eine präzise Diagnostik, sondern liefert auch die Grundlage für die Untersuchung von Ergebnis und Prozess von Psychotherapien anhand der *Heidelberger Umstrukturierungsskala* (HSCS; Rudolf et al., 2000).

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2)

Mit der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (Arbeitskreis OPD, 1996, 2006) wurde ein Diagnosesystem entwickelt, das einerseits den Ansprüchen psychodynamisch orientierter Psychotherapeuten und andererseits den Erfordernissen wissenschaftlicher Kriterien mittels konsensuell erfasster und operational definierter Konzepte in einem multiaxialen Diagnosesystem gerecht zu werden versucht. Die OPD-2 erfasst die wesentlichen psychischen Prozesse, die an der Entstehung der Symptome und an deren Aufrechterhaltung beteiligt sind (vgl. Cierpka & Arbeitskreis OPD, 2006). Mit Hilfe operationalisierter Kategorien werden Einschätzungen auf den Achsen „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“, „Beziehung“ sowie „Konflikt“ und „Struktur“ vorgenommen. Die Einschätzungen („Ratings“) erfolgen auf der Basis eines halbstrukturierten Interviews („OPD-Interview“). Zusätzlich wird mit der fünften Achse „Psychische und Psychosomatische Störungen“ die deskriptiv-phänomenologische Statusdiagnostik (ICD-10, DSM-IV) integriert. Bei der „Konfliktachse“ werden sieben intrapsychische Konflikte beschrieben, die lebensbestimmend und zeitlich überdauernd sind und anhand deren Bedeutsamkeit die zwei wichtigsten Konflikte eingestuft werden (vgl. Tab. 1). Die Achse „Struktur“ beschreibt auf acht Subdimensionen („Selbstwahrnehmung“, „Objektwahrnehmung“, „Selbstregulierung“, „Regulierung des Objektbezugs“, „Kommunikation nach innen“, „Kommunikation nach außen“, „Bindung an innere Objekte“ und „Bindung an äußere Objekte“) sowie in einer Strukturgesamteinschätzung jeweils vier Integrationsniveaus der psychischen Struktur (1: gut integriert, 2: mäßig integriert, 3: gering integriert, 4: desintegriert; mit der Möglichkeit, Zwischenstufen einzuschätzen, also 1,5/2,5/3,5). Die Einschätzungen mittels der OPD

auf der Basis semistrukturierter videographierter Interviews zeigen insgesamt befriedigende Gütekriterien (Benecke et al., 2009; Cierpka et al., 2001, 2007; Schneider, Mendler, Heuft & Burgmer, 2008; Stasch, Schmal, Hillenbrand & Cierpka, 2007).

Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS)

Da die Diagnostik anhand der OPD ursprünglich eine primär diagnostische Orientierung hatte, wurde die *Heidelberger Umstrukturierungsskala* (HSCS) zur Veränderungsmessung entwickelt (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000, 2001). Die HSCS soll feinere therapiebedingte Veränderungen abbilden, die dem Ziel einer psychodynamischen Psychotherapie entsprechen, nämlich einem veränderten Umgang mit lebensbestimmenden Konflikten und Strukturmerkmalen der Persönlichkeit. Diese therapeutischen Veränderungsprozesse bewegen sich jenseits der rein symptomatischen Veränderungen, beispielsweise kann ein lebensbestimmender Konflikt erfolgreich bearbeitet worden sein, so dass er im Sinne einer Integration konstruktiv und produktiv im Leben umgesetzt und genutzt werden kann (Arbeitskreis OPD, 2006). Die HSCS stellt eine modifizierte Form der „Assimilation of problematic experience scale“ (APES) von Stiles et al. (1990) und Stiles, Meshot, Anderson und Sloan (1992) dar. Der Begriff der Assimilation wurde von den Autoren in Anlehnung an Piaget für einen Prozess verwendet, in dem schwierige Erfahrungen angeeignet, integriert und umgestaltet werden. Der von Stiles und Kollegen schulenübergreifend verwendete Prozess wurde von Rudolf et al. (2000) auf das psychoanalytische Modell der therapeutischen Veränderung bezogen. Auf einer 7-stufigen Skala wird eine Veränderung von therapeutischen Foki, die auf Grundlage eines OPD-Befundes ausgewählt wurden, eingeschätzt. Hierfür bilden die sieben Stufen eine Veränderung im Sinne einer zunehmenden Integration des Problemfokus ab, die von einer „Nichtwahrnehmung des Fokusproblems“ (Stufe 1) bis zur „Auflösung des Fokus“ (Stufe 7) eine schrittweise Bearbeitung und Veränderung beschreibt (vgl. Abb. 1). Die Autoren des Instruments empfehlen, fünf Foki zu wählen, welche die Symptomatik und Probleme des Patienten hervorrufen und aufrechterhalten. Damit es zu einer Besserung der Problematik kommt, muss sich in Bezug auf diese ausgewählten Therapiefoki eine deutliche Veränderung abzeichnen (Grande, Rudolf, Oberbracht & Jakobsen, 2001). Als erster Fokus der auf der OPD basierenden Foki sollte das zentrale dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten beschrieben werden, das sowohl aus dem vom Patienten berichteten als auch aus dem im Untersuchungsgespräch sichtbaren Beziehungsverhalten herausgearbeitet und in standardisierter Form protokolliert wird (Grande, Rudolf & Oberbracht, 1997). Zusätzlich sollen mindestens ein, maximal drei der in der OPD-Konflikt-Achse definierten lebensbestimmenden Konflikte sowie mindestens eine, maximal drei der aus der OPD-Struktur-Achse abgeleiteten strukturellen Auffälligkeiten gewählt werden. Die HSCS eignet sich zum einen dafür, individuelle Veränderungen in Psychotherapien qualitativ darzustellen (Jakobsen et al., 2007), und konnte auch als Indikator für strukturelle Veränderungen Unterschiede in Ergebnissen psychoanalytischen Psychotherapien langfristig vorhersagen (Grande et al., 2009).

Ziel dieser Arbeit ist es, zu veranschaulichen, wie die OPD-2 Diagnostik und die Veränderungsuntersuchungen anhand der HSCS in einem laufenden Psychotherapieforschungsprojekt eingesetzt werden und Veränderungen vor, während und nach einer psychoanalytischen Psychotherapie abbilden.

■ Methoden

Studiendesign

Der vorgestellte Einzelfall ist Teil des „Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts“ (MBWP), einer naturalistischen prospektiven Studie zur Untersuchung ambulanter psychoanalytischer Langzeittherapien. Sie wird am Department für Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität unter der Leitung von Prof. Dr. W. Mertens und Dr. S. Hörz in Kooperation mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V., München, durchgeführt. Ziel des Forschungsprojekts ist eine mikroprozessuale Untersuchung des Verlaufs anhand verschiedener Methoden der Psychotherapieforschung, beispielsweise der *Planformulierungsmethode* (Albani et al., 2000; Weiss et al., 1986) oder des *Psychotherapieprozess-Q-Sets* (PQS; Jones, 2000) unter Berücksichtigung der Therapeuten-, der Therapieforscher- und der Patienten-Perspektive. Für die Eingangsdiagnostik wird neben weiteren standardisierten und qualitativen Verfahren, wie z. B. Methoden der Bindungsforschung, die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD-2), eingesetzt. Veränderungen im Verlauf der Therapien werden unter anderem anhand der *Heidelberger Umstrukturierungsskala* (HSCS) an bis zu fünf Messzeitpunkten (Therapiebeginn, nach 80 Stunden, nach 160 Stunden, nach 240/300 Stunden und nach einem Katamnese-Interview) eingeschätzt.

Methodische Vorgehensweise zur Erstellung der OPD-Diagnostik

Die im Forschungsprojekt erhobenen OPD-Interviews wurden per Video aufgezeichnet, und die Achsen III „Konflikt“ sowie die Achse IV „Struktur“ wurden durch zwei Rater¹ beurteilt. Die Rater erstellten ihre Ratings zunächst unabhängig voneinander und bildeten anschließend nach ausführlicher Falldiskussion einen Konsens, der die OPD-Auswertung in dieser Studie darstellt. Die Achsen I, II und V wurden zur Beantwortung der hier beschriebenen Fragestellung nicht mit einbezogen. Nach Abschluss der psychoanalytischen Psychotherapie wurde ein weiteres OPD-Interview durchgeführt und auf Video aufgezeichnet, das von zwei unabhängigen Raterinnen nach dem gleichen Verfahren ausgewertet wurde. Die OPD-Auswertung nach Abschluss der Therapie stellt somit wiederum das OPD-Konsensrating des zweiten unabhängigen OPD-Raterpaars dar. Durch die unabhängigen OPD-Rater zu Therapiebeginn und -abschluss soll ein Interviewer-Bias vermieden werden.

Methodische Vorgehensweise zur Bestimmung der HSCS-

¹ Alle Rater und Interviewer dieser Studie sind durch die OPD-Trainingsseminare in dem Verfahren geschult und zertifiziert.

Foki

Für die vorliegende Studie wählten zwei weitere Beurteiler, d. h. Rater, anhand des OPD-Interviews unabhängig voneinander fünf therapeutische Foki aus und stuften diese auf der HSCS ein². Anschließend wurden die Ergebnisse miteinander verglichen und ausführlich diskutiert und in einem nächsten Schritt nach Konsensbildung die ausgewählten Foki und deren Einstufung in einem Gutachten festgehalten. Die zu Therapiebeginn (T1) ausgewählten Foki wurden auf der Basis weiterer OPD-Interviews nach 80 Therapiestunden (T2), nach 160 Therapiestunden (T3) und zu Therapieende (T4) nach demselben Verfahren erneut bewertet und auf der HSCS eingestuft. Um die Objektivität der HSCS-Beurteilungen zu gewährleisten, wurde von unabhängigen Ratern, die verblindet für die Ratings der ersten Rater waren, bei einem Teil der HSCS-Ratings ebenfalls Einstufungen auf der HSCS-Skala vorgenommen. Die Interrater-Reliabilität für die Einstufungen auf der 7-stufigen Skala betrug $r = .79$ ($p < .01$).

■ Ergebnisse

Ein 42-jähriger Mann stellte sich wegen Alkoholprobleme, seiner Stimmungsschwankungen und seiner Schwierigkeit, an seine Gefühle „zu kommen und sie auszudrücken“, bei einem der am Forschungsprojekt beteiligten Studientherapeuten vor. Vom Studientherapeuten wurden eine Dysthymia (F34.1), eine soziale Phobie (F40.1) und eine dependente Persönlichkeitsstörung (F60.7) diagnostiziert. Im Rahmen der therapeutischen Vorgespräche erklärte sich der Patient einverstanden, dass seine Therapie vom Forschungsprojekt begleitet wird, und er wurde zu verschiedenen Interviews, unter anderem dem OPD-Interview, eingeladen.

OPD-Diagnostik vor und nach der Psychotherapie

In der *OPD-Diagnostik zu Therapiebeginn*, auf Grundlage des OPD-Interviews zu Beginn der Studie erstellt, wurde der *Selbstwertkonflikt* im vorwiegend aktiven Modus als sehr bedeutsam und als lebensbestimmender Konflikt ausgewählt, da sich der Patient in Bezug auf mehrere Lebensbereiche unsicher zeigte und sich den gegebenen Anforderungen nicht gewachsen fühlte. Von seinem Vater ignoriert zu werden, stürzte ihn stets aufs Neue in tiefe Scham- und Versagensgefühle. Er beschrieb sich nach wie vor von der Bestätigung seiner Eltern abhängig. Im Rahmen seiner Möglichkeiten war er beruflich bisher zwar erfolgreich, konnte seinen Vater aber nicht genügend beeindrucken. Der Patient zeigte sich enttäuscht, wenn andere seine Sichtweisen und Empfindungen nicht teilten. Auffallend war auch seine Einteilung in „stark“ bzw. „groß“ (Objekt) und „schwach“ bzw. „klein“ (Subjekt) und sein Wunsch, sich anderen überlegen zu zeigen.

Als zweiter sehr bedeutsamer und lebensbestimmender Konflikt wurde der *Unterwerfung- versus Kontrolle-Konflikt* im gemischt eher passiven Modus gewählt: Der Patient nahm

² Die Auswahl der HSCS-Foki erfolgte auf Grundlage der OPD-1, daher resultieren geringfügige Unterschiede in der Nomenklatur von OPD-2 Diagnostik und HSCS-Foki.

seine Wünsche, Rechte und Bedürfnisse nur sehr eingeschränkt wahr, war in hohem Maße pflichtbewusst, bescheiden, zuverlässig und hilfsbereit. Er war abhängig von der Aktivität anderer, übernahm nur selten (und dann alkoholisiert, um seiner Angst Herr zu werden) die Initiative und konnte schwer nein sagen. Die Hierarchien in der Herkunftsfamilie waren eindeutig; ebenso neigte er in einigen Beziehungen dazu, sich unterzuordnen. Nur in seinen Partnerschaften zeigte er immer wieder das Bedürfnis, die „Zügel in die Hand zu nehmen“ und sich gegenüber seiner Partnerin durchzusetzen.

Auch der *ödipale Konflikt* erhielt eine Gewichtung als sehr bedeutsam, da er sich in mehreren Beziehungen manifestierte. Die primäre Form der Beziehungsgestaltung war bei diesem Patienten dyadisch; Konkurrenz und allgemeine Ausdrucksformen männlicher Potenz und Kraft wurden eher vermieden. Der Patient bemühte sich, lieb und ungefährlich zu erscheinen. In der Partnerschaft des Patienten fand Sexualität nur in den ersten beiden Jahren statt; danach schien sich die Frau von seinem ausgeprägten Wunsch nach Nähe und seinen sexuellen Wünschen zu distanzieren. Die restlichen Konflikte bewegten sich im Bereich zwischen „nicht vorhanden“ und „bedeutsam“ (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Tabellarische Darstellung des Konflikt-Ratings nach OPD-2 zu Therapiebeginn

	Konflikttyp	0	1	2	3	9
1.	Individuation vs. Abhängigkeit			X		
2.	Unterwerfung vs. Kontrolle				X	
3.	Versorgung vs. Autarkie		X			
4.	Selbstwertkonflikt				X	
5.	Schuldkonflikt	X				
6.	Ödipaler Konflikt				X	
7.	Identitätskonflikt		X			

Hauptkonflikt (HK)	Modus (HK)	zweitwichtigster Konflikt
Selbstwertkonflikt	Vorwiegend aktiv	Unterwerfung vs. Kontrolle

Konfliktskala: 0= nicht vorhanden;
 1 = wenig bedeutsam; 2 = bedeutsam;
 3 = sehr bedeutsam; 9 = nicht beurteilbar

In Tabelle 2 sind die Ratings der Strukturdimensionen bei diesem Patienten zu Therapiebeginn dargestellt. Die *Selbstwahrnehmung* wurde auf einem mäßigen Strukturniveau eingeschätzt. Dies lag beispielsweise in einer mäßig ausgeprägten Fähigkeit zur Selbstreflexion begründet. Auch wurde die *Objektwahrnehmung* auf einem mäßigen Strukturniveau eingestuft; die Objekte erschienen entweder einseitig positiv (z. B. der Onkel) oder negativ (z. B. der Vater), bzw. es vermittelte

sich überhaupt kein Bild der Personen. Die *Selbstregulierung* war nicht auffällig in Bezug auf die *Impulssteuerung* und die *Affekttoleranz*. Jedoch konnte die *Selbstwertregulierung* als stöbar eingeschätzt werden. Diese Dimension wurde aufgrund dieser Informationen oberhalb eines mäßigen Strukturniveaus gewertet. Die *Regulierung des Objektbezugs* erschien dagegen mäßig integriert. Der Patient konnte wichtige Beziehungen nicht schützen, so war zum Beispiel die Beziehung zu seiner Partnerin durch seine passiven Wünsche belastet, und es war nicht möglich, einen Interessensausgleich herzustellen. Die *Kommunikation nach innen* wurde zwischen einem guten und mäßigen Integrationsniveau angesiedelt, da der Patient lebendig von Träumen und Phantasien sprechen konnte. Die *Kommunikation nach außen* verwies auf ein mäßiges Strukturniveau, da sich der Patient beispielsweise sehr unsicher und verlegen in der Kontaktaufnahme zeigte. Die *Bindungsdimension der inneren Objekte* wurde auf einem mäßigen Strukturniveau eingeschätzt. Der Patient hatte Angst, das stützende Objekt zu verlieren, weil er nicht auf innere haltgebende Objekte zurückgreifen konnte. Für die *Bindung an äußere Objekte* wurde ein gutes bis mäßiges Integrationsniveau diagnostiziert. Bezeichnend für eine Einschränkung der *Bindungsfähigkeit* war die Objektabhängigkeit, denn „er fühle sich ohne seine Frau nicht lebensfähig“. Besser integriert war seine Fähigkeit, Hilfe anzunehmen, was sich u. a. darin äußerte, dass er in seiner Verzweiflung einen Therapeuten aufsuchte. Das *Lösen der*

Tabelle 2: Tabellarische Darstellung des Struktur-Ratings nach OPD-2 zu Therapiebeginn

	Strukturdimension	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a	Selbstwahrnehmung			X					
1b	Objektwahrnehmung			X					
2a	Selbstregulierung		X						
2b	Reg. d. Objektbezugs			X					
3a	Kommunikation innen		X						
3b	Kommunikation außen			X					
4a	Bindung innen			X					
4b	Bindung außen			X					
5	Strukturgesamt			X					

Strukturskala: 1 = gut; 2 = mäßig; 3 = gering; 4 = desintegriert; 9 = nicht beurteilbar

Bindung dagegen erschien als schwierig: Er hielt innerlich an der Partnerin fest, wollte sich aber äußerlich nichts anmerken lassen. Das *Gesamtstrukturniveau* wurde aus den vorangestellten Überlegungen zu den einzelnen Strukturdimensionen auf einem mäßigen Niveau eingestuft.

Eine weitere **OPD-Einschätzung nach Abschluss der Psychotherapie** wurde auf Grundlage des OPD-Interviews zum Zeitpunkt der 300. Therapiestunde erstellt. Von unabhängigen Raterinnen, die verblindet waren für die OPD-Diagnostik zu Beginn der Studie, wurde eine weitere OPD-Diagnostik auf den Achsen III und IV erstellt. Der Patient schilderte im Interview einige Veränderungen durch die Psychotherapie, die sich auch in der OPD-Diagnostik zeigten. Auf die Frage des Interviewers zum Zeitpunkt der Beendigung der analytischen Therapie, was ihm die Analyse gebracht habe, antwortete der Patient: „Auf einer äußeren Ebene beginnt für mich ein neues Leben.“ Er führte näher aus, dass er sich getrennt habe und diese auch verarbeitet habe. „Ich habe das Gefühl, Abschied genommen zu haben und dass jetzt ein neues Leben mit der neuen Partnerin beginnt.“ Auch der Kontakt zu seinen Eltern sei anders geworden: „Was sich innerlich deutlich verändert hat, ist die Beziehung zu meinem Vater. Diese ist entspannter, ich reagiere weniger impulsiv, ich bin weniger gereizt, und erstmals ist es für mich möglich, körperliche Nähe zu ihm zuzulassen. Gleichzeitig habe ich mehr Abstand zu ihm und erlebe mich ihm gegenüber gelassener.“ Für das Wohl der Mutter fühlte er sich weniger verpflichtet, er stellte erstmals fest, dass sich die Eltern aufeinander beziehen. Ihm sei klargeworden, dass die Eltern eine Beziehung, ja sogar eine sexuelle Beziehung zueinander haben. Am Beispiel einer Arbeitskollegin berichtete er, dass er sich ihr gegenüber angemessen abgrenzen konnte und sich nicht mehr so schnell gekränkt oder von ihr kritisiert fühlte. Ein wesentliches Resultat der Therapie sei die Erkenntnis, wie unwohl er sich ohne Partnerin fühle: „Ich bin alleine nichts, das ist mein zentraler Punkt. Leider konnte ich das Thema nicht bearbeiten, weil ich nach der Trennung sehr schnell wieder eine Partnerin hatte. Meiner neuen Partnerin gegenüber spüre ich mehr Verbundenheit, und ich brauche sie, um mich nicht alleine zu fühlen. Andererseits kann ich mich ihr nicht wirklich nahe fühlen. Ich vermeide es, ohne Partnerin, also allein zu sein. Ich weiß, das ist ein bedrohlicher Zustand, und ich vermeide ihn deshalb.“

Der subjektiven Einschätzung des Patienten bezüglich seines Therapieerfolges steht die folgende Beurteilung nach den OPD-Kriterien gegenüber: In der Konflikt-Diagnostik zeigte sich nun als sehr bedeutsam, also lebensbestimmend, der *Individuations-/Abhängigkeits-Konflikt*. Nachdem zu Therapiebeginn und über lange Zeit der Therapie das Thema *Unterwerfung versus Kontrolle* im Vordergrund stand und bearbeitet wurde, zeigt sich nun der darunterliegende Grundkonflikt des Patienten, nämlich seine existentielle Auseinandersetzung mit dem jetzt deutlich wahrgenommenen Problem, weder allein sein noch mit dem anderen wirklich zusammensein zu können. Diese Schwierigkeit fiel in verschiedenen Lebensbereichen auf: In der Beziehung zu seinen Eltern fühlte er sich lange als Kind, es fiel ihm schwer, sich innerlich zu lösen. Mittlerweile

zeigte er weniger Angst davor, von den Eltern vereinnahmt zu werden. Er schrieb den Eltern eine eigene Paar- und Intimbeziehung zu. Das gab ihm die Möglichkeit, sein Bedürfnis nach Nähe und auch nach Abgrenzung deutlicher wahrzunehmen, da er sich selbst nicht mehr als unverzichtbares Bindeglied dieser Dreierbeziehung erlebt. In seiner Partnerbeziehung war er ständig um eine ausreichende Unabhängigkeitsposition bemüht. Seine Sexualität schien in der Beziehung zwar eine Rolle bei der Sicherung des Bedürfnisses nach Nähe zu spielen, im Interview ging er über die Nachfragen des Interviewers jedoch hinweg. Im Beruf achtete er sehr auf größtmögliche Selbstständigkeit. Er schilderte seine Probleme mit Kollegen und seine zahlreichen Bemühungen, über die Herstellung unterschiedlicher Teamkonstellationen Kooperationsprobleme zu lösen. Der *Selbstwertkonflikt* erwies sich auf Grundlage des Interviews als zweiter lebensbestimmender Konflikt wie auch in der OPD-Diagnostik zu Therapiebeginn. Insgesamt überhöhte der Patient auf eine sympathische Art und Weise seinen Selbstwert. Im Beruf zeigte es sich, dass er seine eigene Position und Bedeutung überschätzte. Über eigene Schwächen und Fehler sprach er nicht, im Vergleich mit anderen, besonders Kollegen, erlebte er sich als leistungsfähiger, belastbarer und kompetenter. Er suchte in besonderem Maße nach Einzigartigkeit und Bedeutsamkeit, verdeutlichte, dass er aus dem Rahmen fallen wollte und sich als etwas Besonderes fühlte. So betonte er, dass er ein Mann sei, der unterschiedliche Arbeitsfelder miteinander kombinieren könne und aufgrund seiner intellektuellen Fähigkeiten von der Psychoanalyse mehr als andere profitiere. Die anderen Konflikte wurden zu diesem Zeitpunkt als nicht vorhanden oder wenig bedeutsam beurteilt (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Tabellarische Darstellung des Konflikt-Ratings nach OPD-2 nach 300 Stunden psychoanalytischer Psychotherapie

	Konflikttyp	0	1	2	3	9
1.	Individuation vs. Abhängigkeit				x	
2.	Unterwerfung vs. Kontrolle		x			
3.	Versorgung vs. Autarkie		x			
4.	Selbstwertkonflikt				x	
5.	Schuldkonflikt	x				
6.	Ödipaler Konflikt		x			
7.	Identitätskonflikt		x			

Hauptkonflikt (HK)	Modus (HK)	zweitwichtigster Konflikt
Individuation vs. Abhängigkeit	Passiv	Selbstwertkonflikt

Konfliktskala: 0 = nicht vorhanden; 1 = wenig bedeutsam; 2 = bedeutsam; 3 = sehr bedeutsam; 9 = nicht beurteilbar

In der Diagnostik zur OPD-Achse IV, dem Strukturrating, wurde von den unabhängigen Ratern zum Abschluss der Therapie eine Veränderung im Strukturniveau und in der Beurteilung der einzelnen Strukturdimensionen festgehalten (vgl. Tab. 4). Das Gesamtstrukturniveau wurde auf 1,5 festgelegt, was eine klare Verbesserung vom mäßigen Strukturniveau zu Therapiebeginn darstellt. Der Patient verfügte somit über gute bis mäßige strukturelle Fähigkeiten. Ihm stand ein psychischer Innenraum zur Verfügung, in dem er seine Bedürfnisse, Phantasien, Gefühle etc. differenziert wahrnehmen konnte. Der Patient besaß eine gute Fähigkeit zur Selbstreflexion. Die Selbstwertregulierung war leicht eingeschränkt. Seine zentrale Angst galt dem Verlust oder der Trennung vom wichtigen Objekt. Dies entsprach der Einstufung zwischen einem mäßigen und guten strukturellen Integrationsniveau und erklärte sich aber durch den zentralen, lebensbestimmenden Individuations- vs. Abhängigkeits-Konflikt. Im Einzelnen wurden die Dimensionen wie folgt beurteilt: Die *Selbstwahrnehmung* wurde nun als gut integriert beurteilt, und spiegelte somit einen deutlichen Zuwachs an Fähigkeiten in diesem Bereich wider, von mäßiger Integration bei Therapiebeginn zur guten Integration bei Therapieende. Er zeigte nun gute Fähigkeiten, über sich als Mensch und seine inneren Vorgänge zu reflektieren. Affekte nahm er sehr differenziert wahr und war intensiv mit der Weiterentwicklung seiner Identität, die an Konstanz und Kohärenz gewann, beschäftigt. Die *Objektwahrnehmung* wurde zwischen gut und mäßig integriert eingestuft. Die Abgrenzung von anderen gelang nicht immer sicher. Manchmal wirkte es, dass es dem Patienten schwerfiel, ein ganzheitliches, realistisches Bild von anderen zu entwerfen. Die *Fähigkeit zur Selbstregulierung* wurde ebenfalls zwischen gut und mäßig integriert beurteilt. Besonders in Bezug auf seine aggressiven und sexuellen Impulse erlebte er sich als unter großem Druck stehend und regulierte sie durch Übersteuerung, ansonsten wirkte es, als könne er negative oder ambivalente Affekte gut ertragen. Sein Selbstwertgefühl war störrisch, was sich in Selbstüberhöhung und einem Bedürfnis nach Bestätigung durch andere äußerte. Auch seine Fähigkeit der *Regulierung des Objektbezugs* wurde nun zwischen den Bereichen gut und mäßig integriert angesiedelt (Veränderung seit Therapiebeginn). Er zeigte nun eine verbesserte Fähigkeit, seine Beziehungen zu schützen und seine eigenen Interessen meist angemessen aufrechtzuerhalten, ohne die Interessen der anderen zu übergehen. Auf negative Reaktionen reagierte er allerdings oft übertrieben und gekränkt, womit die Einstufung zwischen gut und mäßig begründet wurde. Die *Kommunikation nach innen* wurde auch zwischen gut und mäßig integriert beurteilt. Wie zum ersten Messzeitpunkt wurde deutlich, dass er mit Hilfe von Phantasien und Träumen seinen Erlebnisraum erweitern und sich lebendig fühlen konnte. Affekte konnten jedoch nicht immer in ihrer Vielfältigkeit zugelassen werden. Die *Kommunikation nach außen* wurde ebenso zwischen gut und mäßig integriert beurteilt, was gleichfalls als eine Veränderung im Lauf der Therapie gewertet werden kann (mäßige Integration zu Therapiebeginn). Er zeigte nun eine gute Fähigkeit zu lebendiger Kontaktaufnahme, jedoch schien es ihm noch schwerzufallen, ein Wir-Gefühl zuwege zu bringen und sich von den Gefühlen anderer erreichen zu lassen. Bei den

beiden Bindungsdimensionen wurde die gleiche Einstufung wie zu Therapiebeginn vorgenommen, auf einem mäßigen Integrationsniveau. Die Dimension *Bindung an innere Objekte* wurde als mäßig integriert beurteilt. Es erschien nach wie vor als die zentrale Angst des Patienten, den wichtigen und stützenden Anderen zu verlieren. Im Verlauf des Interviews wurde deutlich, dass es ihm noch nicht gelang, stabile und überdauernde Bilder von wichtigen Menschen zu entwerfen. Im Moment des Alleinseins schienen sie verloren zu gehen, und er wirkte unfähig, in diesen Momenten für sich zu sorgen oder sich zu beruhigen. Die *Bindung an äußere Objekte* wurde ebenfalls als mäßig integriert beurteilt. Der Patient war ständig darum bemüht, Verluste zu vermeiden. Abschiede wurden übergangen, indem er möglichst übergangslos neue Bindungen einging. Er beschrieb, in Notlagen insbesondere seine Partnerinnen als hilfreich zu empfinden. Im Vergleich der Strukturdiagnostik zu Therapiebeginn und -ende zeigt sich somit in vier der acht Strukturdimensionen und im Gesamtstrukturniveau eine Verbesserung im Sinne einer strukturellen Veränderung.

Tabelle 4: Tabellarische Darstellung des Struktur-Ratings nach OPD-2 nach 300 Stunden psychoanalytischer Psychotherapie

	Strukturdimension	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a	Selbstwahrnehmung	x							
1b	Objektwahrnehmung		x						
2a	Selbstregulierung		x						
2b	Reg. d. Objektbezugs		x						
3a	Kommunikation innen		x						
3b	Kommunikation außen		x						
4a	Bindung innen			x					
4b	Bindung außen			x					
5	Strukturgesamt		x						

Strukturskala: 1= gut; 2= mäßig; 3= gering; 4= desintegriert; 9= nicht beurteilbar

Auswertung der Veränderung der Problemfoki auf der HSCS

Entsprechend der Empfehlung und Studien von Grande und Kollegen (Grande et al., 2001; Grande, Rudolf, Oberbracht & Pauli-Magnus, 2003) wurden fünf Problemfoki, die an der Aufrechterhaltung der Schwierigkeiten beteiligt sind, ausgewählt und deren Veränderung an fünf Messzeitpunkten

bestimmt. Als erster Fokus wurden die dysfunktionalen Beziehungsmuster anhand der Items der OPD-Beziehungssache formuliert. Da sich die Probleme des Patienten in erster Linie anhand der lebensbestimmenden Konflikte und weniger durch strukturelle Einschränkungen erklären ließen, wurden drei Konfliktfoki und ein Strukturfokus ausgewählt. In Abbildung 1 sind die Foki und deren Veränderung auf der HSCS im Therapieverlauf dargestellt.

1. Fokus: Beziehungsdynamische Formulierung

Die Beziehungsdynamik des Patienten wurde anhand folgender OPD-1 Items (Arbeitskreis OPD, 1996) formuliert: Der Patient erlebt sich mit Menschen immer wieder so, dass er (1) andere bestimmt und beherrscht, (2) ausbeutet und manipuliert und (3) sich besonders anvertraut und anlehnt. Er erlebt andere immer wieder so, dass diese versuchen, (1) ihn zu bestimmen und beherrschen, dass (2) sie sich anpassen, sich unterwerfen und (3) ihn zurückweisen. Andere erleben ihn so, dass (1) er wichtige Objekte entwertet und beschämt, dass (2) er besonders rivalisiert, (3) sich zurücknimmt und selbst entwertet. Andere, einschließlich der Untersucher, reagieren auf sein Verhalten so, dass (1) sie sich anpassen und

unterwerfen, (2) ihm trotzen, (3) sich widersetzen und ihn zurückweisen. Die Einstufung dieses Problemfokus auf der HSCS ist in Abbildung 1 dargestellt.

Zum Zeitpunkt des **Therapiebeginns (T1)** wurde der Patient auf **Stufe 3-** („Vage Problemwahrnehmung“ mit Tendenz zu „Ungewollte Beschäftigung/Äußere Konfrontation“) eingestuft. Hier wurden die unterschiedlichen Aspekte seiner Beziehungsmuster verschieden eingestuft. Der Patient hatte erste Einsichten in den kausalen Zusammenhang zwischen seinem Dominanzstreben und der reaktiven Tendenz anderer, ihn deshalb aggressiv zurückzuweisen, gewonnen. Während der Patient also im Hinblick auf diese Aspekte relativ reflektiert und selbstkritisch war (HSCS: 3 bzw. teilweise 3+), waren andere Aspekte seiner maladaptiven Muster noch weitgehend von der Bewusstwerdung ausgeschlossen. Zum **2. Zeitpunkt (T2)** wurde das Beziehungsverhalten weiterhin auf **Stufe 3-** eingestuft, da zwar im Bereich der Selbstwahrnehmung in vielen Fällen eine vage Problemwahrnehmung einsetzte und der Patient die Konsequenzen seines Verhaltens differenziert betrachten konnte, er aber weiterhin keine Einsicht in sein Verhalten zeigte, andere zu entwerten und zu beschämen, was in diesem Interview im Vordergrund stand. Zum **3. Zeitpunkt**

Abbildung 1: Einstufungen auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) im Therapieverlauf

	Beziehung	Unterwerfungs-Kontrolle-Konflikt	Selbstwertkonflikt	Ödipal-sexueller Konflikt	Strukturfokus: Internalisierung
1. Nichtwahrnehmung des Fokusproblems					
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus				T1	
3. Vage Fokuswahrnehmung	T1, T2, T3	T1, T2, T3	T1, T2, T3	T2	T1, T2
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus				T3	T3
5. Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich					T4
6. Neustrukturierung im Fokusbereich	T4	T4	T4	T4	
7. Auflösung des Fokus					

T1: Therapiebeginn, T2: 80 Stunden, T3: 160 Stunden, T4: 300 Stunden

(T3) wurde die Bewusstheit seiner Beziehungsmuster auf **Stufe 3+** („Vage Problemwahrnehmung“ mit der Tendenz zu „Anerkennung und Erkundung des Problembereiches“) eingestuft, da sich in einigen Bereichen, z. B. seinen Tendenzen, andere zu manipulieren, eine deutliche Anerkennung der Problematik zeigte. Andererseits entzogen sich einige Aspekte seiner problematischen Beziehungsmuster größtenteils ganz seiner Einsicht. Zum **4. Zeitpunkt (T4)**, beim Abschluss der Therapie, zeigte sich eine deutliche Veränderung in der Beziehungsgestaltung des Patienten, die auf der **Stufe 6** („Neuordnung des Problembereiches“) eingeschätzt wurde. Lediglich in der Beziehung zum Therapeuten erlebte der Patient, dass er immer noch in der Lage war, andere zu kontrollieren und zu manipulieren. Sowohl die Entwertung anderer als auch die Selbstentwertung hatten sehr abgenommen, was mit den Veränderungen in Bezug auf die Größenphantasien und Minderwertigkeitsgefühle zusammenhängen könnte. So konnte er erkennen, dass er bisher die Schuld hauptsächlich bei den anderen sah. Nun konnte er aber seine eigene Beteiligung an Konflikten wahrnehmen. Für die Stufe 6 sprach auch die Affektlage des Patienten. Es wirkte, als habe sich ein neues und integriertes Selbstverständnis ergeben, wodurch er nicht mehr auf frühe Formen der Bewältigung zurückgreifen musste.

2. Fokus: Achse 3 – Unterwerfung – vs. Kontrolle-Konflikt

Konflikte um das Verhältnis von Unterwerfung und Kontrolle in wichtigen Beziehungen waren für das Erleben und Verhalten des Patienten von zentraler Bedeutung. Er sah signifikante Beziehungen zu anderen Menschen meist unter den Aspekten von „stark vs. schwach“, „oben vs. unten“ etc. Dies galt insbesondere für seine Partnerschaft, über die er explizit im Interview sagte, dass er immer darauf aus gewesen sei, in der Beziehung seine Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen, wobei sich „die Frau“ dann untergeordnet habe. Vormalig habe er die Wünsche seiner Frau gar nicht wahrgenommen, was für ihn bequemer gewesen sei. Erst jetzt, nachdem sich seine Frau zunehmend von ihm abgrenzte und eine Trennung avisierte, konnte er –notgedrungen– dieses Kontrollbedürfnis zurücknehmen und kritisch hinterfragen. Auch zeigte sich beispielsweise in seiner Haltung der therapeutischen Beziehung gegenüber, dass er nach wie vor stark mit der aktiven Seite des Konfliktmodus identifiziert war: Auch hier präsentierte er den Wunsch und die Vorstellung, den Analytiker nach seinen Bedürfnissen manipulieren und kontrollieren zu können. Er traute sich diese „Lenkung“ des Therapeuten ohne Weiteres zu, da er implizit davon ausging, der Überlegene zu sein. Gleichzeitig sprach er aber von seinen Wünschen, vom Analytiker in seinem Dominanzstreben gebremst und abgegrenzt zu werden. Dieser Konfliktfokus wurde zum Zeitpunkt des **Therapiebeginns (T1)** auf der HSCS auf **Stufe 3-** („Vage Problemwahrnehmung“ mit Tendenz zu „Ungewollte Beschäftigung/Äußere Konfrontation“) eingestuft. Dies wurde damit begründet, dass dem Patienten die Probleme, die aus seinem aktiven Konfliktbewältigungsmodus in Beziehungen entstanden, in einem gewissen Maß durchaus bewusst waren. Aufgrund der negativen Konsequenzen, wie der aktuellen Zurückweisung durch seine Frau, konnte er sein Kontrollbedürfnis als eigenes Problem

anerkennen und zeigte einen deutlichen Leidensdruck deswegen. Die Problematik hatte eine Kontinuität für den Patienten, und er konnte sie auch in anderen Lebensbereichen erkennen. Ein besseres Rating wurde nicht vergeben, da die andere Seite des Konflikts, nämlich seine Wünsche nach Unterwerfung, noch sehr stark abgewehrt waren und sich hier noch kein Problembewusstsein erkennen ließ. Zum **2. Zeitpunkt (T2)** nahm der Konflikt um Unterwerfung versus Kontrolle auch eine zentrale Rolle ein. Wie auch zum ersten Interview konnte der Patient insbesondere im Bereich der Partnerschaften sein Bedürfnis, Partnerinnen kontrollieren und seine Wünsche und Vorstellungen durchsetzen zu wollen, deutlich erkennen. In der Beziehung zum Therapeuten wurde ihm ebenfalls das Bedürfnis nach Kontrolle und Manipulation deutlich. Entgegen seinen Erwartungen führte er den Analytiker nicht an der Nase herum, beschrieb sich aber als immer eine Nasenlänge voraus und steuerte hiermit auch den Verlauf der Therapie. Der im ersten Interview beschriebene Wunsch nach Unterwerfung wurde im zweiten Interview weniger deutlich. Ein Rating auf der **Stufe 3** („Vage Problemwahrnehmung“) wurde gewählt, da dem Patienten, wie auch im ersten Interview, die aktiven Konfliktbewältigungsmodi bewusst waren. Für sein Kontrollbedürfnis in der Therapie als auch für den passiven Konfliktmodus, nämlich seine Unterwerfungswünsche, war jedoch zu diesem Zeitpunkt kein Problembewusstsein vorhanden. Dem Patienten war es zum **3. Zeitpunkt (T3)** gelungen, ein Problembewusstsein für die aktive Seite dieses Konfliktes zu entwickeln. Der Patient schien nach 1 ½ Jahren Partnerschaft einen Weg gefunden zu haben, auf die Bedürfnisse der Partnerin besser einzugehen. So schilderte er, dass ein „ausgewogenes Miteinander“ entscheidend wäre. In der Beziehung zum Therapeuten hatten sich seine Manipulationsversuche deutlich reduziert; er beschrieb sogar, partiell vollständig seine Kontrolle aufzugeben, was sich in der Idealisierung des Therapeuten zeigte. Im Gegensatz zum zweiten Interview, in dem er dazu tendierte, den Therapeuten zu entwerten, um ihn somit auf Distanz zu halten, konnte er die Beziehung nun als stützend, sehr vertrauensvoll und stabil erleben und auch Kontrolle abgeben und Unterwerfungsängste ablegen. Eine Wertung auf der **Stufe 3+** („Vage Problemwahrnehmung“ mit Tendenz zu „Anerkennung und Erkundung des Problembereiches“) wurde gewählt, da der Patient zum dritten Interview ein reifes Problembewusstsein entwickeln konnte. So erlebte er die eigene Kontrolle als sehr belastend und formulierte den Wunsch, auch andere Personen nicht mehr kontrollieren zu wollen. Somit war ein Veränderungswunsch – jedoch nur in Ansätzen – vorhanden. Eine interessierte Beschäftigung oder dauerhafte aktive Bewältigung war allerdings kaum spürbar; so schien er die Verantwortung an den Therapeuten zu übergeben, der ihm helfen sollte, dies zu überwinden. Zum **4. Zeitpunkt (Therapieende)** war eine deutliche Veränderung im Umgang mit diesem Problembereich zu verzeichnen. In Bezug auf die Therapie konnte der Patient anerkennen, dass er weiterhin die Neigung hatte, andere zu kontrollieren und manipulieren. Der Patient schilderte sein Bedürfnis, die Therapie als harmonisch und stützend erleben zu wollen und daher viele Konflikte herausgehalten zu haben. Dieses Harmoniebedürfnis stand dem Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt entgegen. Auch

in Bezug auf seine Partnerschaft äußerte er, dass er heute der Partnerin viel gelassener gegenüber treten, sie auch ganz anders mit einbeziehen und auf sie Rücksicht nehmen könne. Den passiven Modus des Konfliktes erlebte der Patient bisher in der Beziehung zum Vater. Allerdings konnte er auch hier feststellen, dass sich die Beziehung deutlich verändert habe, diese stehe „auf einer neuen Basis“, und bei Konflikten gelänge es ihm heute, anders damit umzugehen. Der Konflikt wurde zu diesem Zeitpunkt auf **Stufe 6-** („Neuordnung des Problem-bereiches“ mit Tendenz zu „Auflösung alter Strukturen im Problembereich“) eingeordnet, da sich die „aktiv interessierte Beschäftigung“ (3. Zeitpunkt) mit dem Konflikt zu einer Neuordnung in diesem Bereich hin verändert hatte. Dies war sowohl in der Partnerschaft als auch in der Beziehung zum Vater spürbar, nur in der Beziehung zum Therapeuten schien er noch wenig spielerisch damit umgehen zu können. Insgesamt war aus seinen Erzählungen ein deutliches Nachlassen seines Kontroll- und Machtbedürfnisses spürbar.

3. Fokus: Achse 3 – Selbstwertkonflikt

Bei dem Patienten war die gemischte Form des Selbstwertkonflikts auffällig. Anteile des Kleinheits- und des Größenselbst bzw. des passiven und aktiven Modus bestanden nebeneinander. Der Patient äußerte einerseits deutliche Größenphantasien, andererseits zeigte er die Tendenz, sich immer wieder zurückzunehmen und selbst zu entwerten. Größenphantasien und Objektentwertung fanden sich auch in seinen Äußerungen über seine Herkunftsfamilie oder bezüglich Arbeitskollegen. Größenphantasien zeigten sich auch, wie oben schon beschrieben, gegenüber dem Analytiker, bei dem er selbstverständlich davon ausging, dass er im Grunde der „Überlegene“ war. An diesem Punkt wurde auch deutlich, dass „Unterwerfung- vs. Kontrolle-Konflikt“ und Selbstwertkonflikt bei diesem Patienten eng miteinander verbunden waren, d. h., dass seine Vorstellungen, andere manipulieren und beherrschen zu können, auch erheblich zu seiner narzisstischen Aufwertung und Stabilisierung beitrugen. Der umgekehrte Zusammenhang mochte ebenfalls eine Rolle spielen, nämlich dass die Angst vor narzisstischer Entwertung und Beschämung durch andere in ihm auch das Bedürfnis erzeugte, andere „unter Kontrolle zu bekommen“, um solchen Kränkungen „vorzubeugen“. In dem Wechsel von Größen- und Kleinheits-selbst war der Leitaffekt der Scham bei dem Patienten auf den ersten Blick nicht besonders ausgeprägt, so konnte er etwa Manifestationen des Kleinheits-selbst und seine starken Abhängigkeitsbedürfnisse freimütig äußern. Deutliche Scham war aber im Hinblick auf seine aktuellen Paarprobleme zu verzeichnen, auf die er trotz mehrmaligen Nachfragens des Interviewers nicht näher eingehen wollte. Schließlich sprach für die Bedeutung des Selbstwertkonflikts auch die teilweise arrogante Haltung des Patienten in der Interviewsituation, mit der er seine Unsicherheit kompensierte. Der Selbstwertkonflikt wurde auf der HSCS zum **1. Zeitpunkt (T1)** auf **Stufe 3-** („Vage Problemwahrnehmung“ mit Tendenz zu „Ungewollte Beschäftigung/Äußere Konfrontation“) eingeordnet, auch deshalb, weil er im Rahmen des Interviews sagte, er habe eine „Narzissmusproblematik“, und diese wäre für ihn der zentrale Fokus der Therapie, d. h., er wolle seine narzisstischen

Strebungen in der Analyse bearbeiten und lösen. Wegen dieser „Narzissmusproblematik“ habe er beispielsweise ziemliche Probleme in seiner Partnerschaft. Der Patient glaubte selbst, dass dieses sein zentrales Problem sei und sich seine anderen Schwierigkeiten mehr oder weniger von selbst aus dem Weg räumen würden, wenn er diesen Punkt lösen könne. Andererseits wirkte es aber auch so, dass dem Patienten offenbar sehr viele Aspekte seines Selbstwertkonflikts noch nicht bewusst waren und er damit noch „kein Problem“ hatte (z. B. mit seinen Größenphantasien, seiner leicht arroganten Art etc.). Zum **2. Zeitpunkt (T2)** lag der Schwerpunkt des Selbstwertkonflikts auf dem Größenselbst, das Kleinheits-selbst trat in den Hintergrund. So beschrieb der Patient, dass er nun „wiederauferstanden sei“, nachdem es im vergangenen Jahr beruflich und privat zu einem Zusammenbruch und damit verbundenen Kränkungen gekommen war. Er betonte ausdrücklich, dass er diese Erfolge seiner eigenen Person zuschreibe, an Zufälle glaube er nicht. Wobei der „Schritt zur Therapie“ wichtig gewesen sei. Größenphantasien klangen auch in der Beziehung zum Therapeuten durch. In der Therapie traute er sich zu, über das therapeutische Geschehen mehr bzw. vieles besser zu wissen. So wisse er genau, wie ein klassische Analyse aussehe und inwieweit Träume zu deuten seien. Hier komme der Therapeut seinen Anforderungen nicht nach. Er neigte zur Entwertung des Therapeuten, indem er betonte, dass er vieles bereits schon früher erkannt habe, die Therapie diene ihm jetzt nur zur Unterstützung. Die massive Entwertung des Therapeuten könnte dem Patienten neben der eigenen Selbstwertstabilisierung auch zur Verleugnung der intensiven Beziehung und der sich daraus ergebenden Objektabhängigkeit dienen (s. Internalisierung). Dieser Fokus wurde somit zum **2. Zeitpunkt** auf der HSCS auf **Stufe 3-** („Vage Problemwahrnehmung“ mit der Tendenz zur „Ungewollter Beschäftigung/Äußere Konfrontation“) eingeordnet, da der Patient zum zweiten Interview mit seinen Größenphantasien voll identifiziert war. Diesmal wurde sein Kleinheits-selbst kaum deutlich, es kam zu keinen Selbstentwertungen und damit einer Verschiebung auf den aktiven Konfliktbewältigungsmodus. Zum **3. Zeitpunkt (T3)** war das Oszillieren zwischen Größenphantasien und Minderwertigkeitsgefühl im Vergleich zum zweiten Messzeitpunkt deutlich reduziert. Der Patient entwertete sich in diesem Interview nicht mehr und räumte sogar Schwächen ein. Nach wie vor sah er sich in Schlüsselrollen, so betonte er, dass in seinen beruflichen Tätigkeiten ohne ihn nichts laufen würde. Mehr als früher erkannte er aber jetzt, wenn er dazu beigetragen hat, dass etwas schiefgelaufen war; früher hatte er die Unfähigkeit ausschließlich anderen zugewiesen. Der Therapeut, den er letztes Mal massiv entwertete, wurde jetzt von ihm so sehr idealisiert, dass er nicht einmal Kritik an ihm äußern wollte. Inzwischen konnte er anerkennen, wie viel die Therapie nutzte, was er beim vergangenen Interview ausschließlich als sein eigenes Verdienst betrachtet hatte. Eine Schamproblematik zeigte sich auch in der Äußerung, er befürchte, den Therapeuten mit seinen Träumen zu überfrachten. Hier wurde deutlich, dass er die Beschäftigung mit seinen Träumen als Zumutung betrachtete. Auf der HSCS wurde der Fokus zum **3. Zeitpunkt** auf **Stufe 3+** („Vage Problemwahrnehmung“ mit Tendenz zu „Anerkennung und Erkundung des

Problembereiches“) eingeordnet. Es fehlte noch weitgehend an aktiver Erkundung des Problemfokus. Abgesehen von der aktuellen Betrachtung seiner Ex-Beziehung, bei der er seine aktive Seite des Konfliktes eingesehen hatte und auch offensiv daran arbeitete, seine Fehler in der jetzigen Beziehung nicht zu wiederholen, war die Beschäftigung des Patienten mit der Thematik noch passiv. Es wurde nur an einzelnen Punkten sichtbar, dass der Patient seinen Selbstwert problematisierte, er bezeichnete ihn aber nicht als Therapie- oder überhaupt als Entwicklungsziel. Zum **4. Interview (T4)**, bei Therapieabschluss, wurde deutlich, dass Selbst- und Fremdentwertung deutlich abgenommen hatten. So hatte sich der Patient in den vergangenen Interviews als der Überlegene dargestellt und den Therapeuten in seinen Fähigkeiten deutlich entwertet. In diesem Interview konnte er dem Therapeuten sehr viel Wertschätzung entgegenbringen, sah die Gründe für das Aussparen gewisser Themen und Bereiche bei sich. Auch im beruflichen Bereich hatte er die Schuld bisher ausschließlich bei den anderen gesehen, nun konnte er seine eigene Beteiligung erkennen. So erlebte er sich nun wesentlich kritikfähiger, wohingegen er früher damit ein großes Problem hatte. Sowohl Größenphantasien als auch Minderwertigkeitsgefühle hatten deutlich abgenommen. In der Beziehung zu einer Arbeitskollegin, die ihm gegenüber sehr kritische Äußerungen machte und ihn auf Fehler hinwies, konnte er auch die nötige Distanz einnehmen, ohne gekränkt zu sein. Auch in Bezug auf kritische Äußerungen des Vaters reagierte er heute weniger gekränkt, und habe den nötigen Abstand, diese anders zu bewerten. Weiterhin betonte er aber immer noch die den Selbstwert stabilisierende Funktion des anderen, auch wenn er Veränderungen feststellen konnte. So schilderte er, dass es immer das Gefühl gab, alleine nichts wert zu sein. Demzufolge gebe es auch heute die Überlegung, dass es ohne seine jetzige Partnerin auch ganz anders sein könnte, da er daraus viel Stabilität erführe. Dies sei in der Therapie oft Thema gewesen. Der Fokus wurde zum 4. Zeitpunkt auf **Stufe 6-** („Neuordnung des Problembereiches“ mit Tendenz zu „Auflösung alter Strukturen im Problembereich“) eingestuft. Es war nun festzustellen, dass der Patient in vielen Bereichen Stufe 6 erreicht hatte. Die Größenphantasien waren verschwunden, von illusionären Vorstellungen hatte er Abschied genommen. Er konnte thematisieren, wie wichtig diese Größenphantasien für ihn gewesen waren, aber heute nicht mehr seien. Einseitige Urteile über Personen, und damit vor allem die Entwertung der anderen, hatten deutlich abgenommen. Ihm war es gelungen, die eigene Beteiligung an Fehlern und die damalige rasche Schuldzuschreibung auf andere zu betrachten. Damit verbunden hatte sich die Beziehung zu anderen wichtigen Objekten verändert, diese waren weniger durch Entwertung und Kränkung belastet. Zudem konnte er die eigenen Grenzen besser wahrnehmen, ein neues Selbstverständnis war nun entstanden. Hierzu passt auch die Affektlage von Stufe 6, nämlich Erleichterung, Dankbarkeit, Beruhigung. In anderen Bereichen war die Stufe 6 noch nicht voll ausgeprägt, beispielweise war es ihm in der therapeutischen Beziehung nicht gelungen, Ärger und Kritik zu äußern, da das Bedürfnis nach Wertschätzung hier noch sehr stark ausgeprägt war. Er konnte es problematisieren und reflektiert betrachten und äußerte sein Bedauern,

dass gewisse Aspekte dadurch nicht durchkamen. Zusammenfassend wurde als Gesamtwert die Stufe 6- ausgewählt.

4. Fokus: Achse 3 – Ödipaler Konflikt

Der ödipale Konflikt des Patienten spielte eine zentrale Rolle in seiner Psychodynamik und war im Interview deutlich zu erkennen. Die ödipalen Konflikte in seiner Primärfamilie waren augenfällig: Es bestand eine sehr starke Rivalität zwischen ihm und dem Vater, der vom Patienten ganz entwertet und abgelehnt wurde. Auf der anderen Seite fand sich eine klare Koalitionsbildung mit der Mutter, die erotisch-inzestuöse Anklänge aufwies: Der Patient schilderte sich implizit als „besseren Mann“ für die Mutter, der sie verstand und unterstützte, während der Vater sie nur schlecht behandelte und enttäuschte. Der Patient ließ auch durchblicken, dass er eine Trennung der Mutter vom Vater immer befürwortete und auch mit der Mutter häufig darüber gesprochen habe. Er zeigte sich enttäuscht, dass die Mutter wegen ihrer „Ängstlichkeit“ diesen Schritt nicht geschafft habe. Bei dem Patienten war die Problematik des „ödipalen Siegers, der doch keiner ist“, sehr deutlich zu spüren. Neben der manifesten ödipalen Rivalität waren aber – wesentlich stärker abgewehrt – beim Patienten auch starke Wünsche spürbar, die sich auf die negative ödipale Dynamik bezogen. Dies zeigte sich z. B. in dem Wunsch, sich von einem idealisierten „Übervater Freud“ beschützen zu lassen. Der Fokus des ödipalen Konflikts wurde zum **1. Interview (T1)** auf der HSCS auf **Stufe 2** - („Ungewollte Beschäftigung/Äußere Konfrontation“ mit Tendenz zu „Abwehr/Nichtwahrnehmung des Fokus“) eingeschätzt. Der Patient ließ an manchen Stellen des Interviews einen leichten Leidensdruck hinsichtlich der Folgen der ödipalen Dynamik erkennen. Dennoch stellten die Themen für ihn nicht ein fassbares, kontinuierliches Problem dar. Vielmehr entstand der Eindruck, dass die ödipale Problematik bei dem Patienten noch sehr stark unbewusst geblieben und abgewehrt war. Bewusst war eher von einer klaren Identifikation mit der ödipalen Rolle des Rivalen auszugehen, die für ihn noch weitgehend „kein Problem“ darstellte. Er berichtete auch keine Konflikte mit Männern im Alltag, bzw. wo Konflikte mit anderen Männern berichtet wurden (wie mit dem Vater), erklärte er diese ganz aus den Fehlern des anderen, nicht aus seinem eigenen Rivalitätsstreben. Zum **zweiten Zeitpunkt (T2)** spielte der ödipale Konflikt weiterhin eine zentrale Rolle. Der Patient erkannte in der Beziehung zur Mutter eine klassisch ödipale Situation, fühlte sich jedoch deutlich freier, weniger abhängig von ihr. Dennoch tendierte er dazu, das Problem der Mutter zuzuschieben, indem er beispielsweise sagte, dass die Mutter seine Persönlichkeit nicht anerkenne. Weniger hatte er eine Bewusstheit für die Beziehungswünsche, die von seiner Seite ausgingen. Sein Wunsch bezüglich des Verhältnisses zur Mutter war es demnach, dass die Beziehung so weiterginge; er würde sich jedoch wünschen, nicht weiterhin Stellvertreter des Vaters zu sein, aber diese Konstellation ließe sich wohl nicht auflösen. Als Konsequenz hieraus ergaben sich für den Patienten Trennungs- und Bindungsängste. Die Beziehung zur Mutter beeinflusste seine aktuellen Partnerschaften; so äußerte er, dass er vorsichtig sein müsste, um sich nicht ganz zu verlieren. In der Beziehung zum Vater wurden Wut- und

Hassgefühle deutlich. Nun gelang es ihm jedoch besser, sich dem System des Vaters bzw. der Beziehung zu ihm besser zu entziehen, und er beschrieb, sich damit besser zu fühlen. Negative Gefühle dem Vater gegenüber hatten sich reduziert, da er erkannte, dass er diesen nicht ändern konnte. Für ihn sei es der beste Weg, die Unabhängigkeit zu gewähren. Im Gespräch wurde deutlich, dass die Entwertung und Ablehnung des Vaters, und damit verbunden der Wunsch, mit diesem zu rivalisieren, deutlich abgenommen haben. Zum 2. Interview (T2) wurde dieser Fokus auf der HSCS auf **Stufe 3+** („Vage Problemwahrnehmung“ mit der Tendenz zu „Anerkennung und Erkundung des Problembereichs“) eingeordnet. Es handelte sich beim ödipalen Konflikt um ein großes und hauptsächlichliches Thema in der Therapie. Der Patient erkannte die ödipale Konstellation, auch wenn er nicht wusste, wie sich diese in bisherigen Beziehungen niederschlugen, z. B. in Rivalitäten zu anderen Männern. Dennoch wurde ihm zunehmend bewusst, dass sich die Beziehung zur Mutter und damit verbundene Wünsche auch in seinen Partnerschaften widerspiegeln. Neben einem deutlichen Problembewusstsein gab es den Wunsch nach Veränderung sowie bereits entstandene Änderungen, die die Beziehungen zu Vater und Mutter deutlich erleichterten. Zum 3. **Zeitpunkt (T3)** war der ödipale Konflikt weiterhin ein wesentliches Therapiethema. Aufgrund der intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik konnte der Patient nun seine Eltern differenzierter wahrnehmen, wohingegen sein Standpunkt gegenüber den Eltern schwarz-weiß (böser Vater, gute Mutter) gemalt wurde. Ihm war nun bewusst, dass sich das Verhalten der Eltern nicht ändern würde, weil die Dreiecksbeziehung zu festgefahren war (die Mutter war mehr mit ihm verheiratet als mit dem Vater), und dass es seine Aufgabe sei, diese ihm zugeschobene Rolle im Dreieck abzulegen. Auch erkannte er, dass er bisher die Mutter in Schutz genommen und damit das Spiel mitgespielt hatte. Er sah jetzt, dass ihn dies überforderte und dies auch nicht seine Aufgabe war. Sein Vater habe ihn nie als eigene Persönlichkeit anerkannt (vermutlich gerade nicht als *männliche* Persönlichkeit), woraus der Patient den Schluss zog, er müsse selbst dafür sorgen, als solche aufzutreten. Falls der Vater dies nicht akzeptieren könne, sei das dessen Problem. Dieses veränderte Bild seiner Eltern beeinflusste auch das Selbstverständnis des Patienten: Wenn er nicht mehr die gewohnte Rolle einnehmen musste, konnte er mehr er selbst sein. Der Fokus wurde zum 3. Messzeitpunkt auf der HSCS auf **Stufe 4** („Anerkennung und Erkundung des Problemfokus“) eingeordnet. Der Patient erkannte und problematisierte ödipale Konstellationen sowohl innerhalb seiner Primärfamilie als auch innerhalb seiner Sekundärfamilie. Aufgrund dieses Problembewusstseins war er aktiv bemüht, Einfluss zu nehmen auf seine Rolle in seiner Primärfamilie, wobei ihm auch schon erste Schritte gelungen waren. Er versuchte gezielt, sein Selbstbild grundsätzlich neu zu bewerten, da er jetzt seine Chance dazu sah, aber noch nicht wusste, in welche Richtung die Veränderungen gehen sollten. Somit erschien die Einstufung auf Stufe 4 angemessen. Zum 4. **Zeitpunkt (T4)** zeigte sich eine deutliche Veränderung im Umgang mit dem Fokus. Der Patient war jetzt in der Lage, seine Eltern als Paar wahrzunehmen. Während er früher die Sexualität der Eltern völlig

ausgeblendet habe, so könne er den Eltern nun ihre Beziehung zugestehen, die er früher nie akzeptiert hatte. Dies spricht für eine Neuordnung der Dreierbeziehung. Auch speziell die Beziehung zu seinem Vater habe er auf eine neue Basis gestellt, es gebe jetzt weniger Konflikte, die Beziehung sei entspannter. Es sei ihm inzwischen sogar möglich, körperlichen Kontakt zu seinem Vater aufzunehmen, was früher ausgeschlossen gewesen sei. Zudem berichtete er, er sei kritikfähiger als früher, sehe die Schuld nicht mehr nur bei anderen und könne mehr Verantwortung abgeben. Zwar sah er selbst nicht direkt einen Zusammenhang zwischen seinen Beziehungsmustern gegenüber Männern und der Beziehung zu seinem Vater, jedoch betonte er, diese positiven Veränderungen hätten sich auf die Beziehungen zu seinen Geschäftspartnern ausgewirkt. Zu Therapieende (T4) wurde dieser Fokus auf der HSCS auf **Stufe 6-** („Neuordnung des Problembereichs“ mit Tendenz zu „Auflösung alter Strukturen im Problembereich“) eingestuft. Da sich die trianguläre Beziehung zu den Eltern neu geordnet hatte und er nun eine angemessene Rolle einnehmen konnte, konnte dieser Bereich als bewältigt betrachtet werden. Auch in seinen Beziehungen zu Männern war auf spielerische Weise ein anderer Umgang möglich, der Patient musste nicht mehr aktiv dafür arbeiten. Lediglich die Polarisierung Männer/Frauen schien noch nicht aufgelöst zu sein, zumindest noch nicht emotional, sondern nur kognitiv. Aus diesen Gründen wurde eine Gesamteinstufung auf 6- gewählt.

5. Fokus: Achse 4 – Internalisierung

Als fünfter Fokus wurde die Strukturdimension „Internalisierung“ aus dem Bereich „Bindung: Innere Objekte“ gewählt. Der Patient thematisierte selbst im Interview seine starke Objektabhängigkeit, insbesondere gegenüber Frauen bzw. Partnerinnen. Er sagte dazu, dass er die Unterstützung seiner Partnerin dringend brauche, weil die ihm Sicherheit und Kraft gebe, und dass er im Leben vor allem dann funktionsfähig wäre, wenn er in einer stabilen Beziehungssituation lebe. Bei Trennungen, wenn das Objekt verloren ginge, würde er „in ein Loch stürzen“, sich gewissermaßen „auflösen“, den Bezug zu sich selbst und zum Leben verlieren, er sei dann ganz „kraftlos“ und sozusagen nicht mehr lebensfähig. Somit erschien die emotionale Bedeutung des wichtigen Anderen deutlich überhöht, wie es in den OPD-Kriterien für das strukturelle Thema der Internalisierung gefordert wird. Die zentrale Angst des Patienten bezog sich darauf, das wichtige, stützende und steuernde Objekt zu verlieren. Dabei war aber auch zu berücksichtigen, dass der Patient diese Abhängigkeit durch sein Kontrollbedürfnis in Beziehungen (die Fäden in der Hand halten) abzuwehren bzw. einzugrenzen versuchte. In Verlassenheitssituationen musste sich der Patient umgehend ein Ersatzobjekt verschaffen, in Form einer Therapie, die dann für ihn den „Rettungsanker“ darstellte. Dieser Fokus wurde auf der HSCS zum 1. **Zeitpunkt (T1)** auf **Stufe 3** („Vage Problemwahrnehmung“) eingeschätzt. Der Patient konnte seine starke emotionale Abhängigkeit von den Objekten erkennen und ausdrücken. Er konnte auch seine Probleme damit und den Leidensdruck, der durch Trennungen bei ihm entstand, beschreiben. Allerdings gelang es dem Patienten noch nicht, seine Objektabhängigkeit selbst als Problem zu thematisieren,

erst wenn es durch äußere Konfrontationen wie Verlassenheitssituationen dazu kam, setzte er sich damit auseinander. Er zeigte aber eine Bewusstheit um seine Verletzlichkeit in dieser Hinsicht und dass diese etwas mit ihm zu tun hatte. Somit konnte man von einer vagen Problemwahrnehmung ausgehen. Zum **2. Zeitpunkt (T2)** war dieser Fokus noch immer ein zentraler Problembereich im Leben des Patienten. In der aktuellen Partnerbeziehung des Patienten wurde deutlich, wie rasch er ein Objekt benötigte, um die emotionale Stabilisierung des stützenden und steuernden Objekts nicht zu verlieren. Hierbei konnte er im Interview seine starke Objektanhängigkeit nicht thematisieren. In der zentralen Angst des Patienten, dieses wichtige Objekt zu verlieren, spiegelte sich jedoch diese starke Objektabhängigkeit wider. In der damaligen Trennungssituation diente ihm zunächst der Therapeut als stabilisierendes Objekt („Rettungsanker“ im 1. Interview), nach kurzer Zeit aber dann bereits die neue Partnerin. Da ihm zu Behandlungsbeginn der Therapeut als stabilisierendes Objekt diente und sich womöglich über die ersten 80 Stunden Therapie ein sehr intensives Verhältnis eingestellt hatte, könnte man vermuten, dass er dieses, indem er den Therapeuten durch Abwertung auf Distanz hielt, verleugnete. Eine andere Überlegung wäre, dass er nun, da er über eine stabile intakte Partnerbeziehung verfügte, nicht mehr so sehr auf den Therapeuten angewiesen war und daher riskierte, diesen im Rahmen seines Kontrollbedürfnisses zu provozieren und zu entwerten. Der Fokus wurde zum 2. Zeitpunkt auf **Stufe 3** („Vage Problemwahrnehmung“) eingeordnet. Der Patient wusste um die stabilisierende Funktion seiner Partnerin, wurde mit der Problematik aber nur in Trennungssituationen konfrontiert. Lagen keine Trennungen oder Verluste vor, handelte es sich hierbei um kein aktuelles Thema, daher bestand auch kein Leidensdruck. Er konnte diese Problematik aber auch nicht als solche beschreiben. Dass gerade dies dazu führte, dass er sich von anderen Objekten, wie der Partnerin, abhängig machte, war ihm nicht bewusst. Insgesamt war bei ihm für dieses Thema ein vages Problembewusstsein entwickelt. Zum **dritten Zeitpunkt (T3)** war die Abhängigkeit des Patienten von seinen Objekten noch spürbar, jedoch war der Patient sich inzwischen darüber bewusster. So bemerkte er, Schwierigkeiten damit zu haben, den Analytiker zu kritisieren, da er ein Ideal für ihn darstelle. Er müsse den Analytiker auf Abstand halten, um sich vor zu viel Nähe zu schützen. Seine ehemalige Partnerin konnte der Patient nun sehr viel differenzierter sehen als im letzten Interview, hatte ihr gegenüber sogar Schuldgefühle. Somit wirkte es, als sei eine emotionale Bindung über die Zeit erhalten geblieben. Die Schilderung der ehemaligen Partnerin und die Schuldgefühle des Patienten sprachen dafür, dass der Patient zunehmend besser in der Lage war, eine emotionale Bindung zu ehemals wichtigen Objekten aufrechtzuerhalten. Die jetzige Beziehung beschrieb der Patient als ausgewogener. In der Beziehung zu seiner ehemaligen Partnerin habe er sich über die Anerkennung seiner Frau stabilisiert und ihr nichts zurückgegeben. Somit hatte der Patient repräsentiert, dass er auf ein stabilisierendes Objekt angewiesen war. Der Fokus wurde zum 3. Zeitpunkt auf **Stufe 4** („Anerkennung und Erkundung des Problemfokus“) verortet. Obwohl keine Trennungssituation vorlag, beschäftigte sich der Patient mit seiner Objektabhängigkeit, insbesondere in Bezug auf den Therapeuten. Er erkannte und

problematisierte seinen Selbstschutz vor zu viel Nähe. Aus der letzten Beziehung zog er aktiv Konsequenzen: Was er dort als Fehler erkennen konnte, wollte er jetzt anders machen. Auch nahm er sich gezielt vor, die letzte Beziehung zu verarbeiten. Aufgrund seiner Schuldgefühle und seiner Trauer bezüglich der ehemaligen Partnerin zeigte er einen echten, auch spürbaren Leidensdruck. Außerdem zeigten diese Affekte, dass er Verantwortung übernommen hatte. Wenngleich die Trauer bereits der Affektlage der Stufe 5 entsprach, so beinhalteten die Konsequenzen, die der Patient zog, noch keine grundsätzliche Neubewertung des Selbstbildes. Aus diesem Grund wurde Stufe 4 ausgewählt. Zum **4. Zeitpunkt (T4)**, dem Ende der Therapie, war die Objektabhängigkeit noch immer stark ausgeprägt. So erklärte der Patient, er habe sich durch Therapeut und Partnerin stabilisiert. Er wisse nicht, wie es ihm ohne Partnerin ergehen würde. Auch benötigte er eine Frau, um sich nicht einsam zu fühlen. Zwar war ihm diese Abhängigkeit nun relativ gut bewusst, sie war aber dennoch deutlich vorhanden. Dies sei in der Therapie ständig Thema gewesen, und dennoch ließe es sich nicht ändern. Den Abschied von dem Therapeuten habe er schon länger vorbereitet, es sei kein schmerzlicher Abschied. Dies spricht dafür, dass die Tatsache, das stützende Objekt zu verlieren, zumindest nicht mehr angstbesetzt war. Dieser Fokus wurde zum Ende der Therapie (T4) auf **Stufe 5+** („Auflösung alter Strukturen im Problembereich“ mit Tendenz zu „Neuordnung des Problembereichs“) eingeschätzt. Bezüglich der starken Objektabhängigkeit war ein Bedauern darüber spürbar, dass sich dies nicht ändern ließe. Dies entspricht von der Affektlage und der Akzeptanz der eigenen Grenzen der Stufe 5. Hinsichtlich der anderen Punkte befand der Patient sich auf Stufe 6. Dennoch wurde die Einstufung auf 5+ gewählt, da das Thema Objektabhängigkeit als dominierend empfunden wurde.

■ Diskussion

Veränderungen im Verlauf der psychoanalytischen Langzeittherapie anhand verschiedener Methoden: Gegenüberstellung der Ergebnisse anhand der OPD und der HSCS

Ziel dieser Studie war es, den Einsatz der OPD-Diagnostik und der Heidelberger Umstrukturierungsskala im Rahmen eines Psychotherapieforschungsprojekts anhand eines Einzelfalles darzustellen. Von zwei unabhängigen Rater-Teams wurde zu zwei Messzeitpunkten eine OPD-Diagnostik auf Achsen III und IV erstellt, die eine Veränderung eines der beiden lebensbestimmenden Konfliktthemen (von Unterwerfung vs. Kontrolle zu Individuation vs. Abhängigkeit) und eine strukturelle Veränderung auf der Hälfte der Strukturdimensionen sowie dem Gesamtstrukturniveau zeigte. Das OPD-Strukturniveau verbesserte sich im Lauf der Therapie von „mäßig“ zu „gut bis mäßig“. Die Veränderungen in der Bedeutsamkeit der Konflikte in der OPD-Diagnostik nach Abschluss der Therapie können gut mit dem Resultat einer psychoanalytischen Psychotherapie in Einklang gebracht werden: Das Thema Kontrolle-Unterwerfung wurde deutlich bearbeitet (vgl. Veränderung bei diesem Konflikt auf der HSCS) und das zugrunde liegende Konfliktthema, nämlich die Individuations-Abhängigkeits-

Problematik, trat mehr zum Vorschein. Dieses Thema kann allerdings vom Patienten gut reflektiert werden (siehe subjektive Beurteilung nach Therapieende im Rahmen des OPD-Interviews). Auch könnte die Veränderung im Hauptkonflikt durch die bei diesem Patienten enge Verschränkung zwischen Selbstwert- und Unterwerfung- vs. Kontrolle-Konflikt erklärt werden (vgl. Verlauf der beiden Konflikte auf der HSCS): Der Selbstwertkonflikt stand als lebensbestimmendes Konfliktthema zu beiden Messzeitpunkten im Vordergrund, während sich die begleitenden Konfliktthemen veränderten. Ergänzend zu dieser eher statusorientierten OPD-Diagnostik zu zwei Messzeitpunkten wurden die Forschungsinterviews von weiteren unabhängigen Ratern anhand der HSCS beurteilt und die Veränderung und Bearbeitung von fünf therapeutischen Foki über vier Zeitpunkte im Verlauf der Psychotherapie abgebildet. Es zeigt sich eine deutliche Veränderung in allen HSCS-Foki, die sich im Verlauf der psychoanalytischen Psychotherapie im Durchschnitt von einer „vagen Fokuswahrnehmung“ zu einer „Neustrukturierung im Fokusbereich“ bewegten. Die Veränderungen auf der HSCS korrespondieren mit den Veränderungen in der OPD-Diagnostik insofern, als bei beiden Perspektiven von unabhängigen Ratern eine deutliche Verbesserung zum vierten Messzeitpunkt (Therapieende) festgehalten wurde. Um die Nachhaltigkeit der gefundenen Effekte zu untersuchen, ist in der aktuellen Studie zudem geplant, katamnestic Interviews ein und zwei Jahre nach Abschluss der Therapie durchzuführen.

Die qualitative Auswertung anhand dieser operationalisierten Instrumente der Therapieforschung kann in einem nächsten Schritt des Forschungsdesigns des MBWP mit Auswertungen aus den Therapiestunden, beispielsweise anhand des Psychotherapy Q-Sorts (Jones, 2000), in Zusammenhang gebracht werden, um gemäß einer qualitativen Prozess-Outcome-Forschung, auch im Sinne der Forderungen von Bucci (2005), die Veränderungen im therapeutischen Prozess den im Forschungssetting erhobenen Ergebnissen gegenüberzustellen. Mit dem Vorgehen in dieser Studie wird ein Postulat der Prozess-Outcome-Forschung eingelöst: Nur anhand einer differenzierten Betrachtung einzelner Fälle können genauere Aufschlüsse darüber gewonnen werden, was Psychoanalytiker jenseits des Markennamens ihrer jeweiligen Richtung vis-à-vis einem bestimmten Patienten tatsächlich tun und welche Vorgänge Veränderungsprozesse in der therapeutischen Dyade bewirken. So wenig wie Psychoanalytiker ihr behandlungspraktisches Vorgehen aus bestimmten Theorien deduzieren, so wenig erfolgen ihre Interventionen aufgrund bestimmter Schulrichtungen (vgl. Jiménez, 2008). Diese Erkenntnis trägt einen lang gehegten Mythos zu Grabe, ist aber unverzichtbar.

■ Literatur

- Albani, C., Volkart, R., Humbel, J., Blaser, G., Geyer, M. & Kächele, H. (2000). Method of plan formulation: first German language rehabilitation study of the Joseph Weiss „control mastery theory“. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50, 470-471.
- Arbeitskreis OPD (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-1). Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber.
- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber.
- Bänninger-Huber, E. (2001). Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung- und wieder zurück? *Psychotherapeut*, 46, 348-352.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R.W., Biebl, W. & Doering, S. (2009). First results on the reliability and validity of the OPD-2 axis structure. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 84-96.
- Bucci, W. (2005). Process research. In A.M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (pp. 317-334). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Cierpka, M., Arbeitskreis OPD (2006). OPD-2. Die neue Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapeut*, 51, 171-174.
- Cierpka, M., Grande, T., Oberbracht, C., Schneider, G., Schüßler, G., Heuft, G., Dahlbender, R.W., Schauenburg, H. & Schneider, G. (2001). Zur Validität der OPD. *Psychotherapeut*, 46, 122-133.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., Stasch, M. & and the OPD Task Force (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology*, 40, 209-220.
- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B.L. & Kernberg, O.F. (2004). Structured Interview of Personality Organization (STIPO). Unpublished Manuscript. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York. (Deutsche Übersetzung von S. Doering, Universität Münster).
- Erhardt, I., Mertens, W., Benecke, C., Zehetleitner, M. & Hörz, S. (2010). Klinische Praxis und formalisierte Diagnostik: Lässt sich der Bericht für den Gutachter mit einem OPD-Rating vergleichen? *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 1, 79-106.
- Freedman, N., Lasky, R. & Webster, J. (2009). The ordinary and the extraordinary countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 303-331.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stennes, M. & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19, 344-357.
- Grande, T., Rudolf, G. & Oberbracht, C. (1997). Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In M. Leuzinger-Bohleber & U. Stühr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick* (S. 415-431). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. & Jakobsen, T. (2001). Therapeutic changes beyond the symptoms – effects of inpatient treatment according to the Heidelberg Structural Change Scale. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 213-233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13, 43-58.

- Huber, D., Klug, G. & Wallerstein, R.S. (2006). Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jakobsen, T., Knauss, C., Agarwalla, P., Schneider, R., Hunziker, H. & Küchenhoff, J. (2007). Eine Komparative Kasuistik auf der Grundlage quantitativer Ergebnismessungen und qualitativer Prozessbeschreibungen als Beitrag zum Verständnis therapeutischer Prozesse. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 1, 119-142.
- Jiménez, J.P. (2008). Theoretical plurality and pluralism in psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 579-599.
- Jiménez, J.P. (2009). Grasping psychoanalysts' practice in its own merits. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 231-248.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Holzer, M., Hohage, R., Mergenthaler, E., Jiménez, J.P., Leuzinger-Bohleber, M., Neudert-Dreyer, L., Pokorny, D. & Thomä, H. (2006). The German specimen case, Amalia X: empirical studies. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 809-826.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). New York: Plenum Press.
- Mergenthaler, E. & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72 (Pt 3), 339-354.
- Mertens, W. (2004). Plädoyer für eine theorie-, modell- und methodenplurale psychoanalytische Forschung - wider einen unfruchtbaren Dogmatismus theoretischer und methodischer Art. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 48-66.
- Meyer, A.E. (1981). Psychoanalytic process between the Scylla of "condensation" and the Charybdis of "systematic acoustic deficit." Introduction to a research project. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 27, 103-116.
- Meyer, A.E. (1988). What makes psychoanalysts tick? A model and a method of audio-recorded retroreports. In H. Dahl, H. Kächele & H. Thomä (Eds), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 273-290). Berlin: Springer.
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C. (2001). Heidelberger Umstrukturierungsskala. Unveröffentlichtes Manual. Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg.
- Schneider, G., Mendler, T., Heuft, G. & Burgmer, M. (2008). Validity of axis III „Conflicts“ of Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD-1)-empirical results and conclusions for OPD-2. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 6-62.
- Stasch, M., Schmal, H., Hillenbrand, E. & Cierpka, M. (2007). The use of OPD-based focused interventions in inpatient psychotherapy: effects on outcome and course of treatment. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 309-323.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Lewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Margison, F.R., Shapiro, D.N., Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M. & Sloan, W.W. Jr. (1992). Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie* (Bd. III Forschung). Berlin: Springer.
- Tuckett, D. (2005). Does anything go? Towards a framework for the more transparent assessment of psychoanalytic competence. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 31-49.
- Weiss, J., Sampson, H. & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford Press.

■ Danksagung

Frau Dr. Dipl.-Psych. Verena Hümmeler,
Dipl.-Psych. Claudia Denscherz und
Dipl.-Psych. Ingrid Erhardt
danken wir für Teile der Datenauswertung.

■ Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl.-Psych. Susanne Hörz
Ludwig-Maximilians-Universität München
Department Psychologie
(Klinische Psychologie und Psychotherapie)
Leopoldstr. 13 | D-80802 München

Tel: +49 (0)89 2180-5196
Fax: +49 (0)89 2180-6372
hoerz@psy.lmu.de