

Wie stellen sich Konflikt und Struktur in Beziehungen dar?

Von Tilman Grande¹

Summary

How do conflict and structure present themselves in relationships?

It is argued that the approaches used up to now for analyzing dysfunctional relationship patterns are more or less explicitly based on a conflict model and therefore not adequate for describing relationships characterized by structural impairments of a patient's personality. Using the concepts of conflict and structure as derived from the Operationalized Psychodynamic Diagnostic system (OPD-2), four principles of a dysfunctional relationship formation are discussed. It is shown that the differentiation of conflict- and structure-related pathology is highly significant with regard to the selection of an appropriate psychotherapeutic strategy. Furthermore, the connections between the OPD axes relationship, conflict, and structure are conceptualized.

Z Psychosom Med Psychother 53/2007, 144–162

Keywords

Dysfunctional Relationship Patterns – Operationalized Psychodynamic Diagnostics – Structure-oriented Psychotherapy

Zusammenfassung

Es wird dargelegt, dass bisherige Ansätze zur Erfassung dysfunktionaler Beziehungsmuster mehr oder weniger explizit einem Konfliktmodell folgen und deshalb Schwierigkeiten haben, strukturbedingt beeinträchtigte Beziehungen in angemessener Weise zu beschreiben. Auf der Grundlage der Konzepte von Konflikt und Struktur in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) werden vier Prinzipien entwickelt, die bei der Bewältigung von Konfliktbereitschaften und strukturellen Einschränkungen in Beziehungen wirksam sind. Es wird gezeigt, dass diese Differenzierung bedeutsame Folgen für die psychotherapeutische Haltung und die Zielsetzung in therapeutischen Behandlungen hat. Die Arbeit konzeptualisiert gleichzeitig die Zusammenhänge zwischen Beziehung, Konflikt und Struktur in der OPD-2.

¹ Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin der Universität Heidelberg.

1. Einleitung

Die Analyse dysfunktionaler Beziehungsmuster und ihre praktische Umsetzung in der Fokalthherapie kann als eine erfolgreiche Linie der letzten dreißig Jahre Psychotherapieforschung angesehen werden. Zu nennen ist hier an erster Stelle die Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) (Luborsky 1977, 1988), die eine umfangreiche Forschung hervorgebracht (vgl. Albani et al. 2003) und in Psychotherapiemanuale Eingang gefunden hat (Barber u. Crits-Christoph 1995). Ähnliches lässt sich von dem Konzept der Zyklischen Maladaptiven Muster (CMP) (Strupp u. Binder 1984; Schacht u. Henry 1994) sagen, das in fokalen Kurzzeittherapien (Henry et al. 1993; Junkert-Tress et al. 2001; Tress et al. 2003; Binder 2004; Wöller u. Tress 2005) und bei der Typisierung von Beziehungsfiguren bei psychosomatischen Patienten (Tress et al. 2004) verwendet worden ist. Anregend für die Konzeptualisierung psychotherapeutischer Prozesse war auch die Control-Mastery-Theory der Mount Zion Psychotherapy Research Group (Weiss et al. 1986), in der die problematischen Beziehungsinszenierungen von Patienten als Anzeichen des unbewussten Bestrebens interpretiert werden, die Gültigkeit negativer Überzeugungen zur eigenen Person und zu den Objekten auszutesten (Curtis et al. 1994; Albani et al. 1999). Weitere wichtige Forschungsansätze mit Einfluss auf psychodynamische Behandlungskonzepte stammen von Perry (1994) und Horowitz (1989, 1994).

Alle diese Ansätze sind – in Anbetracht ihres psychodynamischen Theoriehintergrundes nicht verwunderlich – mehr oder weniger explizit einem *Konfliktmodell* verpflichtet. Im ZBKT unterscheidet Luborsky (1988, S. 13) zwischen einer Wunschkomponente, die sich auf „Derivate von Es-Impulsen“ zurückführen lasse, sowie Bedingungen, die die Befriedigung des Wunsches einschränken. Diese repräsentieren eine „Kontrollfunktion“, die nach psychoanalytischer Auffassung dem Über-Ich zugeordnet ist und sich auf der interpersonellen Bühne im enttäuschenden Verlauf der Interaktion inszeniert. Kennzeichnend dafür ist eine negative Reaktion des Objekts auf den Wunsch sowie eine darauf folgende negative Reaktion des Subjekts (z. B. Rückzug). In einer moderneren, schematheoretischen Konzeptualisierung von Binder (2004, S. 36) wird die interpersonelle Manifestation innerer Konfliktbereitschaften so beschrieben: „Relational theories . . . link dysfunctional mental activity with maladaptive interpersonal behavior. An individual has a dysfunctional mental working model of interpersonal relations when what appears to be, or is, a benign wish, intention, or anticipated act is expected to evoke a reaction in others that will cause the person distress or harm. In turn, the person's overt behaviour is guided by the dysfunctional working model; he or she unwittingly (i.e., unconsciously) orchestrates a scenario in which the other person is recruited into playing a role that . . . fulfills his or her expectations of dissatisfying interpersonal behavior.“

Unter der Konfliktperspektive erscheinen Beziehungsstörungen somit als sich wiederholende interpersonelle Gestalten, in denen unbewusste Wünsche und deren Abwehr in Szene gesetzt werden. Die Elemente dieser Inszenierung sind bedeutungsvoll mit Blick auf den zugrunde liegenden Konflikt. In Abweichung von diesem Modell zeigt jedoch die klinische Beobachtung, dass bei schweren Störungen eine gut

konturierte Beziehungsgestalt mit einem deutbaren Inhalt häufig fehlt oder nur unscharf zu erkennen ist, da sich das Beziehungsverhalten vor allem als brüchig, sprunghaft und weniger prägnant geformt präsentiert. Der Aufbau einer stabilen Beziehungsgestalt misslingt in solchen Fällen aufgrund struktureller Defizite, zum Beispiel missverständlicher und entgleisender Kommunikation, ungebremster Impulsivität, überwältigender Affekte, abrupter Steuerungsversuche, mangelnder Wechselseitigkeit oder fehlender Empathie (Grande et al. 1998a; Leichsenring 2004; vgl. auch Rudolf 2000, S. 86 ff.).

Strukturelle Fähigkeiten und ihre Einschränkungen sind – als ergänzender Gesichtspunkt zur konfliktorientierten Diagnostik – in jüngerer Zeit besonders eingehend in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2, Arbeitskreis OPD 2006) untersucht und beschrieben worden, die sich ihrerseits auf Konzepte wie das der strukturellen Ich-Störung (Fürstenau 1977, 1986), der Diagnostik von Ich-Funktionen (Blanck u. Blanck 1978, 1980; Bellak u. Goldsmith 1984) sowie auf Untersuchungen zur Behandlung schwer gestörter Patienten (Heigl-Evers u. Heigl 1983; Heigl-Evers u. Nitzschke 2002) stützt. Auch in der älteren psychoanalytischen Literatur lassen sich Konzepte finden, die in eine ähnliche Richtung weisen, etwa das der Grundstörung bei Balint (1970) oder das des Entwicklungsdefekts bei A. Freud (1973). Für den Strukturbegriff der OPD und die sich aus ihm ergebenden behandlungspraktischen Folgerungen ist wesentlich, dass strukturbedingte Einschränkungen nicht als etwas verstanden werden, das der Patient im Kontext einer Konfliktodynamik aktiv erzeugt, sondern als etwas *Gegebenes*. Strukturelle Störungen in diesem Sinne werden nicht gemacht, sondern passieren (vgl. Hoffmann u. Hochapfel 1999, S. 70). Dieses Verständnis von Struktur unterscheidet sich dezidiert von psychoanalytischen Denkrichtungen, in denen die Beeinträchtigung von Ich-Funktionen vor allem *als Folge* von Abwehrvorgängen (z. B. Spaltung) im Rahmen einer Konfliktodynamik interpretiert wird (etwa Kernberg 1983; vgl. dazu auch Rudolf 2006, S. 89). Der Unterschied ist bedeutsam, weil sich aus ihm zum Teil gegensätzliche therapeutische Strategien ableiten lassen. Darauf wird noch näher einzugehen sein.

Der Einfluss der Struktur auf die Beziehungsgestaltungen von Patienten ist im Rahmen der erwähnten Ansätze nicht spezifisch konzeptualisiert worden. Aufgrund der Konfliktorientierung wird ausschließlich der *Bedeutungsinhalt* des Beziehungsgeschehens fokussiert (Wünsche, Erwartungen, erlebte Reaktionen des Objekts), während die für die Diagnose struktureller Störungen bedeutsame *Form* nicht in den Blick kommt. Eine ZBKT-Studie ergab eine Zunahme von Beziehungsbeschreibungen mit negativem Inhalt in Abhängigkeit vom Grad der Beeinträchtigung (Albani et al. 2003). In anderen Untersuchungen erwies es sich jedoch als ausgesprochen schwierig, das Spezifische strukturell schwer gestörter Patienten mit diesem Instrument zu erfassen (Chance et al. 2000; Descôteaux et al. 2001).

Da die OPD eine simultane Diagnostik von Konfliktbereitschaften, strukturellen Merkmalen und dysfunktionalen Beziehungsmustern gestattet, lässt sich mit ihrer Hilfe (nach inzwischen mehr als zehn Jahren praktischer Anwendung) besonders fundiert die Frage erörtern, auf welche Weise sich Konflikt und Struktur in Bezie-

hungen niederschlagen (Grande et al. 1998a, 1998b, 2005). Nach einer Einführung in die Grundideen der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturdiagnostik nach OPD-2 werden vier Formen beschrieben, in denen sich Konfliktbereitschaften und strukturelle Einschränkungen interpersonell äußern können. An klinischen Fallbeispielen wird dargelegt, welche klinischen Phänomene durch diese Differenzierung fassbar werden und welche therapeutischen Konsequenzen sich daraus ableiten lassen.

2. Beziehungsdiagnostik nach OPD-2

In Abbildung 1 wird das Schema für die Analyse repetitiver Beziehungsmuster nach OPD-2 dargestellt. Die obere Hälfte bildet die *Erlebensperspektive des Patienten* ab. Dem rechten Feld werden dabei jene Beziehungsaspekte zugeordnet, die der Patient von Seiten der *anderen* erlebt; das linke enthält Reaktionen und Verhaltensweisen, die der Patient bei sich *selbst* erlebt. Was ein Patient selbst erlebt, wird seinen Beziehungsschilderungen im Untersuchungs- beziehungsweise Therapiegespräch entnommen.

Im unteren Teil des Schemas werden jene Aspekte des Beziehungsgeschehens abgebildet, die *andere* immer wieder in der Begegnung mit dem Patienten erleben, darunter auch der Untersucher (*Erlebensperspektive der anderen*). Diese Perspektive kann mit jener des Patienten übereinstimmen, unterscheidet sich jedoch gewöhnlich in charakteristischer Weise von ihr. Grundlagen der Beurteilung sind zunächst wieder die Beziehungsschilderungen, die mitunter Schlussfolgerungen auf das Erleben der Interaktionspartner des Patienten zulassen. Eine weitere Informationsquelle bildet

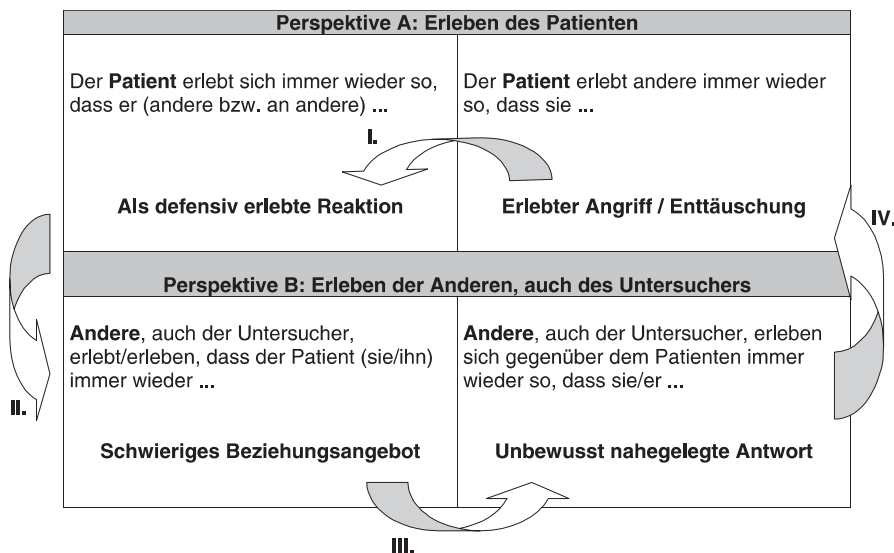


Abbildung 1: Schema der Beziehungsdiagnostik nach OPD

das Erleben des Untersuchers im Kontakt mit dem Patienten; er kann seine Gefühle, Phantasien und Impulse beobachten und prüfen, welche Beziehungsangebote der Patient macht (linkes Feld) und welche Antworten ihm dadurch nahe gelegt werden (rechtes Feld). Im Sinne einer kritischen Selbstbeschränkung werden jedoch nur jene Aspekte der Gegenübertragung berücksichtigt, die wahrscheinlich auch das Erleben anderer Interaktionspartner bestimmen und insofern generelle Bedeutung haben (Arbeitskreis OPD 2006).

In der Abbildung sind typische Zusammenhänge zwischen den vier Feldern markiert (Grande et al. 2004, 2005). In der Erlebensperspektive der Patienten verläuft die Abfolge der Ereignisse typischerweise von rechts nach links (I. Beziehungsdynamischer Zusammenhang): Die Patienten schildern wiederkehrende Beziehungsakte anderer, die sie als enttäuschend oder feindselig erleben und auf die sie *reagieren* müssen. Aus der Perspektive der anderen und des Untersuchers verhalten sich die Dinge in der Regel gerade umgekehrt: Was der Patient als seine *Reaktion* auf das Objekt schildert, erscheint hier als problematisches *Beziehungsangebot*, welches das Gegenüber herausfordert und verwickelt. Meist sind es diese *aktiven* Momente des eigenen Beziehungsverhaltens, die im Selbsterleben des Patienten ausgespart sind und zu einer charakteristische Differenz zwischen Selbst- und Fremderleben führen (II. Zusammenhang).

Der dritte (III.) beziehungs-dynamische Zusammenhang verbindet die beiden unteren Felder von links nach rechts. Der Patient legt mit seinem Beziehungsangebot bestimmte Reaktionen nahe, die in der Gegenübertragung als Gefühle, Phantasien und Handlungsimpulse erfahrbar werden. Der Untersucher kann nun prüfen: *Wie würde es der Patient erleben, wenn ich jenen Impulsen nachgeben würde, die er mir durch sein Beziehungsangebot nahe legt?* Würde er mein Verhalten dann genau so wahrnehmen, wie er das Verhalten anderer auch sonst immer wieder erlebt? Diese Fragen betreffen den IV. Zusammenhang zwischen den Feldern rechts unten und rechts oben. Wenn die Verbindung stimmig hergestellt werden kann, ist die Rekonstruktion des beziehungs-dynamischen Geschehens abgeschlossen. Sie beschreibt einen sich selbst verstärkenden Zirkel und zeigt, wie der Patient durch seine Beziehungsangebote genau jene Reaktionen provoziert, die er eigentlich befürchtet und vermeiden möchte.

Das problematische Beziehungsangebot (unten links) ist entscheidend für die *Aufrechterhaltung* des maladaptiven Zirkels: Dieses Angebot ist dem Patienten in wesentlichen Teilen nicht bewusst (Zusammenhang II). Es wird vom Inhalt und der Form her durch die Wünsche und Befürchtungen sowie durch die Empfindlichkeiten und regulativen Möglichkeiten des Patienten bestimmt, das heißt durch seine *Konfliktneigungen* und seine *strukturellen Voraussetzungen*.

3. Konflikt und Struktur

Die Unterscheidung konflikt- und strukturbedingter Störungsanteile ist in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) besonders konsequent herausgearbeitet worden (Rudolf et al. 1995, 1998; Rudolf 2006; Arbeitskreis OPD

2006). Beschrieben werden in der OPD einerseits unbewusste innere Motivkonstellationen, die aufgrund ihrer Widersprüchlichkeit die Bewältigung bestimmter Lebensanforderungen erschweren oder verhindern, und andererseits defizitäre psychische Funktionen, die für erfolgreiche Bewältigungsbemühungen benötigt werden und sich als unzureichend erweisen, wenn ihr Einsatz verlangt wird.

Eine Bühnenmetapher kann diesen Unterschied zwischen Konflikt- und Strukturperspektive erhellen: Man stelle sich vor, man gehe ins Theater und habe keinerlei Vorwissen zu der Aufführung. In diesem Fall würde man unwillkürlich nach einem dramatischen Inhalt suchen, der das Handeln der Figuren auf der Bühne erklärt. Die Aufmerksamkeit würde den Motiven und Absichten der Protagonisten gelten, auch ihren inneren Widersprüchen. Dies entspricht der Konfliktperspektive. Man setzt dabei als selbstverständlich voraus, dass die Aufführung nicht durch Einwirkungen gestört oder bestimmt wird, die mit dem Inhalt des Stücks nichts zu tun haben: etwa durch lockere Bühnenbilder oder Kulissen, die gemieden werden müssen, falsch gestellte oder brüchige Möbel, unvorbereitete oder ungeeignete Mitspieler und so weiter. Im Falle solcher Rahmenbedingungen wäre die Suche nach einem dramatischen Inhalt, der das Geschehen auf der Bühne verstehbar macht, schwierig oder erfolglos. Man wäre immer wieder durch unpassende Vorgänge irritiert und würde schließlich realisieren, dass dort zwar ein Spiel versucht wird, dieses aber durch eine unzureichende Ausstattung der Bühne und der Protagonisten so gestört wird, dass eine schlüssige Handlung nicht entstehen kann. Das wäre der Moment, in dem sich jene Kontextelemente in den Vordergrund drängen würden, die sonst den selbstverständlichen Hintergrund der Handlung bilden und ihr eigentlich problemlos dienen sollten. Dies entspräche einer Strukturperspektive.

Diese Art der Betrachtung impliziert, dass Konflikt und Struktur nicht unabhängig voneinander gedacht werden können, sondern sich gegenseitig bedingen und wechselseitig sichtbar werden lassen: Die Struktur muss einen Rahmen zur Verfügung stellen, in dem eine Konfliktspannung Halt findet und eine pränante Gestalt entwickeln kann. Umgekehrt wird dieser Rahmen durch ein spannungsreiches Konfliktgeschehen belastet und auf die Probe gestellt. Beide Aspekte werden erst dann zur Alternative, wenn nach der primären Verursachung und dem rechten Weg zur Behebung der Störung gefragt wird. Wenn ein Patient über wichtige strukturelle Funktionen problemlos verfügt, werden diese gewöhnlich nicht Gegenstand des diagnostischen Interesses und bilden stattdessen den Hintergrund für das Konfliktgeschehen, auf das sich die Aufmerksamkeit ausschließlich richtet. Wenn die Funktionen andererseits nur eingeschränkt verfügbar sind oder bei Belastung versagen, wird der diagnostische Blick von den Konflikthalten ab- und auf die strukturelle Ausstattung des Patienten gelenkt. Konflikthanforderungen können in solchen Fällen zwar als Anlass für das Sichtbarwerden struktureller Schwächen Bedeutung haben, sie sind in dieser Rolle jedoch diagnostisch nachrangig im Vergleich zu der offenbar werden den Brüchigkeit der Struktur, die das grundsätzlichere Problem darstellt. Am häufigsten hat man es freilich mit Mischformen zu tun, die unter Umständen hohe Anforderungen an den Diagnostiker und das therapeutische Handeln stellen.

4. Prinzipien der Beziehungsgestaltung

Mit welchen Besonderheiten der Beziehungsgestaltung ist im Falle struktureller Störungen zu rechnen? Nachfolgend werden vier Prinzipien beschrieben, die sich aus dem gerade dargelegten Verständnis von Konflikt und Struktur entwickeln lassen. Sie beschreiben verschiedene Wege, auf denen Patienten ihre Konfliktneigungen und strukturellen Empfindlichkeiten in der Begegnung mit anderen Menschen bewältigen, und zwar unter der Maßgabe der ihnen jeweils zur Verfügung stehenden (strukturellen) Mittel. Die Darstellung der Prinzipien orientiert sich an dem in Abbildung 1 gezeigten Zirkel. Sie beginnt jeweils mit einer Untersuchung des problematischen Beziehungsangebots (Feld links unten!), das den maladaptiven Zirkel aufrechterhält. Zur Bezeichnung bestimmter Konflikte und Strukturmerkmale werden nachfolgend die Begrifflichkeiten der OPD-2 verwendet (Arbeitskreis OPD 2006).

Prinzip 1: Konfliktmodus

Bei diesem Modus wird das dysfunktionale Beziehungsmuster durch den Wunsch des Patienten und die damit verkoppelten Befürchtungen bestimmt, die ihn eine negative Antwort des Gegenübers erwarten lassen. Das *Beziehungsangebot* des Patienten enthält deshalb neben einer Wunschkomponente bereits Anteile, mit denen er auf die antizipierte enttäuschende Antwort reagiert. Die Art dieser Reaktion ist für den Charakter des Beziehungsmusters prägend und bestimmt das weitere Schicksal der Interaktion: Der Patient kann etwa seinen Wunsch reaktionsbildend zurücknehmen und sich wunschlos präsentieren oder ihn mit besonderer Penetranz vortragen; er kann sich enttäuscht zurückziehen oder sich durch Angriff und Entwertung für die erwartete Enttäuschung revanchieren usw..

Das dysfunktionale *Verhalten des Gegenübers* wird durch jene Aspekte des Beziehungsangebots bestimmt, mit denen der Patient auf die antizipierte negative Antwort reagiert. Dies verführt das Gegenüber genau zu jenen Handlungen und Haltungen, die zu der Reaktion passen und sie in der Vorstellung des Patienten hervorgerufen haben (Strupp u. Binder 1984; Wachtel 1993; Binder 2004). Wirksam wird dabei das Prinzip der interpersonellen Komplementarität, das die Passung zwischen bestimmten Rollen beschreibt, die sich wechselseitig hervorrufen (Benjamin et al. 1986): Eine Grundhaltung der Rechtfertigung provoziert den Vorwurf und umgekehrt. Andere Beispiele sind Unterwürfigkeit und Dominanz, Autarkie und Vernachlässigung, Hilflosigkeit und Überfürsorge. Oft wird aber auch Gleiches mit Gleichem vergolten, zum Beispiel Kontrolle mit Gegenkontrolle oder Entwertung mit Gegenentwertung; in solchen Fällen wird auch von „negativer Komplementarität“ gesprochen (Strupp 1995; Tress et al. 1996). In der psychoanalytischen Diskussion werden diese Phänomene unter anderem als *interaktioneller Anteil* der Übertragung thematisiert (König 1982).

Das dysfunktionale *Objekterleben* des Patienten wird durch jene Anteile des Objektverhaltens bestimmt, die enttäuschen oder von ihm als enttäuschend erlebt werden können. Dies bedeutet, dass die Wahrnehmung selektiv ist und sich mit erhöhter

Empfindlichkeit auf jene Botschaften richtet, die die negative Erwartung bekräftigen. In der Literatur zur interpersonellen Theorie wird diese Tendenz häufig mit der Annahme erklärt, dass das Selbstbild auf diesem Wege bestärkt und stabil gehalten wird (Kiesler 1982; Anchin 1982). Die negative Antwort fügt sich in vertraute Schemata, wodurch ein paradoxes Gefühl der Sicherheit und Kontrollierbarkeit (anstatt Hilflosigkeit) entsteht. Die eingangs erwähnten Control-Mastery-Theory (Weiss et al. 1986) geht von der Annahme aus, dass die befürchtete Reaktion mit der (unbewussten) Absicht provoziert wird, die Gültigkeit bestimmter pathogener Überzeugungen zur eigenen Person und den Objekten auszutesten; enttäuschende Wahrnehmungen werden nach diesem Verständnis als Anzeichen dafür gewertet werden, dass sich nichts verändert hat. In jedem Fall bestätigt die selektive Wahrnehmung enttäuschender Aspekte des Objektverhaltens die Befürchtungen des Patienten und bekräftigt die defensiven Anteile seines Beziehungsangebots, die wiederum die dysfunktionale Antwort des Objekts provozieren (s. o.). Auf diese Weise beschleunigt sich der Zirkel.

Das dysfunktionale *Selbsterleben* des Patienten ist überwiegend auf reaktive Verhaltensweisen beschränkt, die (aus seiner Sicht) durch das negative Verhalten des Objekts bewirkt und deshalb von diesem verantwortet werden. Dabei werden die aktiven, beziehungsinitiierenden Anteile im eigenen Verhalten aus der Selbstwahrnehmung ausgeblendet und damit der bewussten Steuerung entzogen.

Beispiel: Eine 45-jährige Patientin ist immer wieder bemüht, es anderen recht zu machen, während sie für sich selbst nichts einfordert. Sie zieht aus diesem Bemühen das Gefühl, ihre Sache gut zu machen und Wertschätzung verdient zu haben. Andere erleben sie als tüchtig und robust, aber auch als leicht enttäuschbar und latent vorwurfsvoll. Man fühlt sich ihr gegenüber rasch verpflichtet. Impulse, sich ihr zu entziehen, werden von der Patientin empfindlich wahrgenommen. Sie erlebt dann, dass man ihr die Bemühungen nicht dankt und sie von anderen nichts zurückkommt. Dies wiederum verstärkt ihre Bitterkeit, die vom Gegenüber wahrgenommen wird. Es handelt sich bei diesem Beispiel um einen Versorgungskonflikt (nach OPD-2) im aktiven (altruistischen) Verarbeitungsmodus. Die scheinbare Selbstgenügsamkeit der Patientin provoziert die Missachtung ihrer Bedürfnisse (Komplementarität), wobei dieser Missachtung eine aggressive Komponente beigemischt ist, die auf den latenten Vorwurf und die Bitterkeit der Patientin antwortet (negative Komplementarität).

Prinzip 2: Strukturelles Unvermögen

Die Metapher einer brüchigen Bühne illustriert die Situation, dass Inszenierungen nach dem Modell des Konfliktmodus zwar versucht werden, jedoch durch eine unzureichende strukturelle Ausstattung in ihrer *Form* beeinträchtigt sind. Bei Strukturorientierung richtet sich der Blick deshalb auf das *Wie* der interaktionellen Abläufe und weniger auf ihren Inhalt beziehungsweise auf die Konflikte, die in ihnen verhandelt werden (Grande 2002).

Das *Beziehungsangebot* des Patienten ist wie im Konfliktmodus durch die eigenen Wünsche und die antizipierte negative Antwort des Objekts bestimmt. Das Beziehungsangebot reagiert bereits auf die erwartete Antwort. Diese Reaktion fällt jedoch zum Beispiel abrupt, heftiger oder irritierend aus, weil die für die Beziehungsregulation benötigten Funktionen beeinträchtigt sind. Betroffen sind dabei diejenigen

strukturellen Fähigkeiten, die zum Einsatz kommen, wenn das Selbst sich orientiert und auf das Gegenüber ausrichtet, Kontakt aufnimmt und die Interaktion steuert (vgl. Rudolf 2000, S. 86 ff.). Diese Fähigkeiten werden in der OPD-2 in Verbindung mit den Dimensionen „Selbststeuerung“ (Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulierung) beschrieben, besonders aber mit den objektgerichteten Funktionen innerhalb der Dimensionen „Kommunikation“ (Kontaktaufnahme, Affektmitteilung) und der „Regulierung des Objektbezugs“ (Interessenausgleich, Antizipation).

Das *Gegenüber* wird durch das schwierige Beziehungsverhalten des Patienten unter Druck gesetzt, das interaktionelle Geschehen durch beschwichtigende, steuernde oder begrenzende Interventionen mitregulieren zu müssen, wenn die Verbindung aufrecht erhalten werden soll. Ohne diese Bemühung kommt es leicht zu Entgleisungen, zum Beispiel zu aggressiven Eskalationen, Kommunikationsabbrüchen und zum Rückzug der Beteiligten (Grande et al. 1998b).

Das dysfunktionale *Objekterleben* des Patienten ist durch jene strukturellen Fähigkeiten bestimmt, die die Objektwahrnehmung (ganzheitliche und realistische Objektwahrnehmung) und die Empathie betreffen. Bei defizitärer Ausstattung verfügt der Patient über reduzierte Möglichkeiten, seine impliziten Vorannahmen zum Objekt zu überprüfen und zu korrigieren. Dies ist besonders dann bedeutsam, wenn dysfunktionale Konfliktbereitschaften zu einer verzerrten Wahrnehmung des Gegenübers disponieren (Konfliktmodus). Der Patient ist durch die strukturell eingeschränkte Objektwahrnehmung gleichsam noch stärker in der Welt seiner inneren Schemata eingefangen, wodurch sein Verhaltensmuster vergrößert wird und er für therapeutische Rückmeldungen schwerer erreichbar ist (s. Beispiel unten).

Das dysfunktionale *Selbsterleben* des Patienten ist durch strukturelle Einschränkungen geprägt, die die Selbstwahrnehmung (Selbstreflexion, Affektdifferenzierung) und die Kommunikation nach innen (Affekterleben) betreffen. Das bedingt unter anderem, dass die Folgen von Beziehungsabbrüchen oder misslungenen Interaktionen im Selbsterleben nicht angemessen repräsentiert sind, das heißt dass die normalerweise durch solche Fehlschläge ausgelösten Emotionen (Niedergeschlagenheit, Zweifel) und sich daran knüpfenden selbstkritischen Gedanken nicht für Korrekturen zur Verfügung stehen. Defizite dieser Art können – wie im folgenden Beispiel zu sehen – bereits schon dann gravierend sein, wenn das allgemeine Strukturniveau eines Patienten im mittleren Bereich liegt („mäßiges“ Integrationsniveau i. S. der OPD).

Beispiel: Ein 30-jähriger Patient tritt sehr dominierend auf und zeigt sich weitgehend unempfindlich für jede Art von Infragestellung, so dass andere sich schließlich immer wieder von ihm zurückziehen und Dinge für sich regeln, auch wenn er davon mitbetroffen ist. Er fühlt sich dann hintergangen und in seinem Wunsch nach Kontrolle bestärkt (Konflikt: Unterwerfung vs. Kontrolle, aktiver Modus). Erschwerend kommt hinzu, dass er kaum über Möglichkeiten verfügt, sich in andere hineinzuversetzen, so dass er die Folgen seines massiven Auftretens nicht wahrnehmen und diese Wahrnehmung für die Regulierung seines Verhaltens nutzen kann (eingeschränkte Empathie). Diese strukturelle Problematik *vergrößert* und *kompliziert* das zunächst konfliktbasierte Beziehungsmuster (vgl. Rudolf 2006, Rudolf u. Grande 2006).

Prinzip 3: Vulnerabilitätsschutz

Bei diesem Prinzip sind die Beziehungen durch strukturbedingte *Empfindlichkeiten* beeinträchtigt, die unvermeidlich angesprochen werden, wenn Betroffene sich involvieren. Das problematische Beziehungsmuster dient dem *Schutz* dieser Empfindlichkeiten. Dies bedeutet, dass strukturelle Voraussetzungen eines Patienten seine Beziehungsgestaltungen auf zweierlei Wegen beeinflussen: zum einen als Einschränkung jener Fähigkeiten, die zur Regulierung von Beziehungen benötigt werden (Prinzip 2); zum anderen als eine Vulnerabilität, die zu defensiven interpersonellen Verhaltensstrategien veranlasst (Prinzip 3). Beide Prinzipien sind dadurch miteinander verschränkt, dass der Patient seinen Schutz nur mit jeweils jenen Mitteln organisieren kann, die ihm strukturell zur Verfügung stehen.

Das *Beziehungsangebot* des Patienten wird bei diesem Prinzip einerseits bestimmt durch seine Beziehungswünsche und andererseits durch die Befürchtung, dass im Zuge der Annäherung an das Objekt vulnerable Punkte berührt werden könnten. Im Unterschied zum Konfliktmodus entsteht die Befürchtung also nicht durch die Erwartung, dass das Objekt auf einen *bestimmten* Wunsch ablehnend reagieren könnte. Die Befürchtung bezieht sich vielmehr darauf, dass gerade eine *resonante* Antwort des Gegenübers das Selbst noch stärker involvieren und dadurch überfordern könnte; dass zum Beispiel die eigenen Grenzen zum Objekt nicht aufrechtzuerhalten sein könnten, dass der Patient sich selbst verlieren, im Falle einer Zurückweisung vernichtet sein oder die Kontrolle über die eigenen Affekte verlieren könnte (Identität, Selbst-Objekt-Differenzierung, Selbstwert- und Affektregulierung). Die Ängste betreffen somit vor allem eine mögliche Gefährdung des *Selbst*. Das Beziehungsangebot des Patienten reagiert – analog zum Konfliktmodus – auf diese antizipierte Bedrohung. Es ist vor allem defensiv und von dem Bemühen bestimmt, das Objekt beziehungsweise das Verhältnis zum Objekt so zu steuern, dass die Situation für das Selbst erträglich bleibt. Dies kann dadurch geschehen, dass die bedrohlichen Aspekte des anderen – seine Mächtigkeit, sein Anderssein, seine Bedeutung – real oder im inneren Erleben verändert werden. Zu diesem Zweck können zum Beispiel alle möglichen Formen der äußeren und innerlichen Distanzierung, der Kontrolle und der Entwertung eingesetzt werden.

Die dysfunktionale *Antwort des Gegenübers* wird wiederum durch jene Anteile des Beziehungsangebots bestimmt, mit denen der Patient auf die antizipierte Bedrohung reagiert. Ein distanzierendes Verhalten verführt den Interaktionspartner dazu, den Patienten aus dem Kontakt zu verlieren. Ein von Kontrolle und Entwertung geprägtes Beziehungsangebot legt nahe, sich zu entziehen oder aber dagegen zu halten – mit dem Risiko der Eskalation. Paradoxerweise unterstützen jedoch auch jene Reaktionen des Objekts das dysfunktionale Muster, die den Beziehungswunsch positiv beantworten: Sie involvieren den Patienten zusätzlich, machen ihn dadurch schutzlos und fordern eine noch intensivere Gegenwehr (Kontrolle, Distanzierung, Entwertung) heraus.

Dieses Dilemma lässt sich auch mit Bezug auf das *Objekterleben* des Patienten darstellen. Dieses wird einerseits bestimmt durch jene Teile des Objektverhaltens, die seine Beziehungswünsche enttäuschen, indem sie auf das defensive Beziehungsange-

bot reagieren. Andererseits befriedigt diese Reaktion jedoch das Schutzbedürfnis des Patienten, der eine positive Antwort als bedrohlichen Übergriff, etwa als Vereinnahmung oder Bemächtigung erleben und abwehren würde. Infolgedessen entsteht eine irritierende und paradoxe Situation für das Objekt, das sich widersprüchlichen und unvereinbaren Erwartungen ausgesetzt fühlt. Diese unterscheidet sich deutlich von der Situation im Konfliktmodus, in der das Objekt in eine Konfliktspannung hineingezogen wird, weil von ihm etwas erwünscht und zugleich erwartet wird, dass es diesen Wunsch zurückweisen wird. Das Objekt befindet sich bei diesem Modus in einer zwar widersprüchlichen, aber dennoch gleichsam in sich schlüssigen Situation: Es ist in derselben Sache begehrt und gefürchtet, während beim Vulnerabilitätsschutz Wunsch und Drohung gleichsam thematisch „disparat“ sind.

Das dysfunktionale *Selbsterleben* des Patienten ist schließlich (wie im Konfliktmodus) auf reaktive Verhaltensweisen beschränkt, die in der eigenen Wahrnehmung durch das Objektverhalten ihre Rechtfertigung erfahren und damit vom Objekt verantwortet werden. Die aktiven, beziehungsinitiierenden Anteile des eigenen Verhaltens werden nicht gesehen oder unterschätzt.

Beispiel: Eine 25-jährige Patientin schildert eine mehrjährige intime Beziehung zu einem etwa 20 Jahre älteren Mann, die für den Zuhörer letztlich blass und unverständlich bleibt. Nachdem sie sich von ihm aus einem spontanen Entschluss heraus trennte, verlor sie vollkommen den Boden unter den Füßen. Weitgehend sozial isoliert, beschreibt sie ihren Wunsch nach freundschaftlichen Beziehungen, zugleich aber eine tiefe Unsicherheit im realen Kontakt mit anderen: Sie wisse dann jeweils nicht, wie das Gegenüber zu ihr stehe, wann eine vertrautere Verbindung entstanden sei und wie sie Zeichen freundlichen Entgegenkommens zu bewerten habe. Diese Unsicherheit sei so quälend, dass sie Begegnungen mit anderen jeweils nur mit großer innerer Anspannung überstehe. Nach außen lasse sie sich ihre Not aber nicht anmerken, sie wirke da wohl eher unauffällig oder sogar scheinbar souverän.

Ihr Bericht erscheint auf den ersten Blick durchaus differenziert und eindrücklich, aber es entsteht zwischen ihr und dem Untersucher keine Verbundenheit. Einige Male kommt es zu bizarren Missverständnissen, die diesen Mangel offenkundigen werden lassen. Es wird immer deutlicher, dass die Patientin sich der Situation anpasst, aber selbst außen vor bleibt. Auf die Frage, ob sie durch den aktuellen Gesprächskontakt ähnlich in Schwierigkeiten gerate wie bei anderen Begegnungen, antwortet sie: Nein, das sei hier kein Problem – sie wisse ja, dass der Kontakt nach diesem Gespräch beendet sei. In der Gegenübertragung entsteht eine tiefe Besorgnis, weil die Patientin sehr verloren wirkt, andererseits aber auch das Gefühl, sie durch ein therapeutisches Beziehungsangebot rasch zu überfordern.

Diagnostisch handelt es sich um eine Selbstpathologie und eine dadurch bedingte Schwierigkeit, sich im Kontakt mit anderen spüren und festhalten zu können; im Sinne der OPD lassen sich strukturelle Probleme im Bereich der Identität und der Selbst-Objekt-Differenzierung diagnostizieren.

Prinzip 4: Sekundär offensive Bewältigung

Beziehungen im Konfliktmodus (Prinzip 1) sind durch Wunsch und Abwehr gekennzeichnet, die sich im Beziehungsangebot kompromisshaft äußern. Für das Gegenüber ist neben dem defensiven Anteil stets auch ein Befriedigungsmoment spürbar, da der Patient vom ihm als Objekt „Gebrauch macht“ und es für seine Bedürf-

nisse „verwendet“. Problematische Beziehungsgestaltungen nach dem Prinzip des Vulnerabilitätsschutzes hingegen sind vor allem *defensiv*. Dies gilt auch dann, wenn Beziehungen durch diese Form der Bewältigung – von einer objektiven Warte aus gesehen – belastet, erschwert oder gar unmöglich gemacht werden. Eine kompliziertere Situation entsteht allerdings, wenn solche Muster nicht allein dem Schutz dienen, sondern der Patient daraus zusätzlich eine eigenständige Befriedigung zieht. Es entstehen in diesem Fall Beziehungsfiguren mit gleichsam *sekundär offensivem* Charakter. Angesprochen sind hier unter anderem destruktiv-narzisstische und pervers anmutende Formen der Beziehungsgestaltung. Mit Blick auf ihre klinische Bedeutung unter anderem bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen erscheint es angebracht, sie als ein weiteres, ergänzendes Prinzip hinzuzufügen.

Gemäßigte Beispiele dafür finden wir bereits bei Patienten, die über Möglichkeiten eines anal geprägten Umgangs mit Objekten verfügen und diese zur lustvollen Kontrolle in Beziehungen nutzen können, wenn es um die Bewältigung von Konflikten oder (häufiger) um den Schutz struktureller Vulnerabilitäten geht. Die Analytät wirkt in solchen Fällen vitalisierend und festigend, so dass andere Schwächen – vor allem strukturelle Defizite im Bereich des Selbst – kompensiert werden können. Die Patienten wirken dann unter Umständen oberflächlich deutlich stabiler, als es aufgrund ihrer strukturellen Verfassung eigentlich zu erwarten wäre. Lösungen dieser Art geben einem fragilen Selbst Kohärenz und Substanz (vgl. Kohut 1996, S. 116). Für die Behandlung stellen sie unter Umständen eine schwer zu meisternde Herausforderung dar, weil das aggressive Beziehungsangebot therapeutisch beantwortet und zugleich seine defensive Funktion gewürdigt werden muss.

Beispiel: Ein 43-jähriger Patient mit schweren strukturellen Einschränkungen im Bereich der Identität, Affektdifferenzierung, Affekttoleranz, Objektwahrnehmung und Antizipation kann sich in der strukturorientierten, stützenden Psychotherapie gut stabilisieren und bedeutsame Entwicklungsschritte in seinem zuvor stark reduzierten äußeren Leben machen. Seine Therapeutin bringt er immer wieder durch ein verbal oder szenisch übergriffiges und anzügliches Verhalten unter Druck, das besonders dann auftritt, wenn er – wie es leicht und oft geschieht – in eine ohnmächtige Position zu geraten droht. Eine Lustkomponente ist dabei spürbar und bewirkt in der Gegenübertragung immer wieder den Impuls, sich massiv gegen ihn zur Wehr setzen zu wollen. Durch die Vergegenwärtigung der restituierenden Funktion dieses Verhaltens gelingt es, die Empathie für die zugrunde liegende Brüchigkeit und Ohnmacht des Patienten zurück zu gewinnen und die therapeutische Antwort auf den Patienten so zu dosieren, dass er in einer für ihn erträglichen Weise mit seinem Verhalten konfrontiert wird.

5. Therapeutische Implikationen

Die Unterscheidung zwischen konflikt- und strukturbedingten Störungen hat wichtige Folgen für die therapeutische Haltung und das therapeutische Vorgehen (Grande 2002; Rudolf 2002, 2004, 2006; Rudolf u. Grande 2006). Sie schärft den Blick dafür, welche Aspekte des Patientenverhaltens aufgrund eines unbewussten Motivs (und dessen Abwehr) *intendiert* sind und vom Patienten deshalb grundsätzlich verantwor-

tet werden können, und welche ihm aufgrund eines strukturellen Unvermögens „passieren“. Für jene Handlungen, die er unbewusst „macht“, kann ihm eine Therapie zugemutet werden, die ihm die Einsicht in seine Motive vermittelt und ihm die Verantwortung für sein Tun zurückgibt: Der Patient soll in den Stand versetzt werden, „sich so oder anders zu entscheiden“ (Freud 1923, Anm. S. 280). Strukturbedingte Einschränkungen sind hingegen nicht motiviert, sondern das Problem selbst. Es kann nicht unterstellt werden, dass sie von dem Patienten unbewusst gemacht und verantwortet werden. Was ihm jedoch zugemutet und mit ihm therapeutisch erarbeitet werden kann, ist ein verantwortlicher und bewältigender *Umgang* mit der betreffenden Einschränkung.

Wenn wir es mit einer problematischen Beziehungsgestaltung zu tun haben, ist deshalb die Frage nach der *Intention* des Patienten klärend.

- Im *Konfliktmodus* ist die zentrale Absicht auf das Objekt gerichtet, das zugleich Gegenstand der Hoffnung wie der Enttäuschung ist. Die daraus resultierende Kompromissbildung „macht“ ein dysfunktionales Beziehungsangebot, das das Gegenüber „meint“.
- Die Beziehungsprobleme, die nach dem Prinzip des *strukturellen Unvermögens* entstehen, sind dagegen gar nicht intendiert; sie passieren einfach, wenn bestimmte strukturelle Funktionen überfordert werden. Sie dennoch als eine unbewusst absichtsvolle Produktion zu deuten, hieße den Patienten misszuverstehen und ihn zu überfordern.
- Im Falle des *Vulnerabilitätsschutzes* sind zwar Wünsche auf das Gegenüber gerichtet, die zentrale Intention aber, die das Muster dysfunktional werden lässt, zielt auf den Schutz des bedrohten Selbst. Das Beziehungsangebot ist deshalb primär defensiv und zwar auch dann, wenn der Patient die Beziehung zum Gegenüber objektiv beschädigt oder unmöglich macht.
- Beim zuletzt diskutierten Modus der *sekundär offensiven Bewältigung* liegen die Dinge komplizierter: Auch wenn es hier primär um den Schutz des Selbst geht, ist das defensive Bemühen mit einem Verhalten verschränkt, das eine Beschädigung oder Beeinträchtigung des Objekts intendiert und aus ihr Befriedigung zieht.

Aus diesen Unterscheidungen ergeben sich wichtige Folgerungen für die therapeutische Arbeit, die hier nur skizziert werden können (vgl. ausf. Rudolf 2006; Rudolf u. Grande 2006). Bei einem *konfliktorientierten*, motivklärenden Vorgehen sucht man hinter der symptomatischen Auffälligkeit nach dem „Eigentlichen“, das die Störung hervorbringt. Die Arbeit beginnt bei der Abwehr des Patienten, um zu den abgewehrten Motiven und Befürchtungen zu gelangen. Dazu verwendet man verschiedene Techniken, unter denen die Deutung eine hervorragende Stellung einnimmt. Bei der Behandlung sind Rahmenbedingungen und Interventionen hilfreich, die den Patienten in das Konfliktgeschehen involvieren und die damit verbundenen Affekte mobilisieren. Gelegenheit dazu bieten unter anderem Momente, in denen ein Konflikt in der therapeutischen Beziehung aktualisiert wird und im Hier und Jetzt bearbeitet werden kann. Die therapeutische Bewegung führt von der Abwehr zum Inhalt und zum affektiven Kern des Konfliktgeschehens. Die zentralen Elemente des Konflikts

werden dabei mit zunehmender Intensität in Szene gesetzt und vom Therapeuten deutend aufgenommen. Der Therapeut ist dabei Beobachter und Aufklärer, aber auch ein Akteur, der sich zum Objekt machen lässt und die Konflikte mit dem Patienten durchspielt. Ziel ist es, den Patient zum dem Regisseur des Dramas werden zu lassen, der er (unbewusst) bereits *schon ist*.

Im Falle des *strukturorientierten* Vorgehens sind die störenden Funktionseinschränkungen bereits das Problem selbst; nach etwas „Eigentlichem dahinter“ muss nicht mehr gesucht werden. Mitunter muss das strukturelle Problem allerdings hinter einem defensiven (oder gemischt defensiv-offensiven, s. o.) Beziehungsangebot erst entdeckt werden. Da Strukturprobleme zu Situationen führen, in denen der Patient überwältigt wird und scheitert, sind Techniken kontraindiziert, die zusätzlich involvieren und Affekte mobilisieren. Es ist vielmehr hilfreich, wenn sich der Patient umgekehrt von strukturbedingten „Unfällen“ distanzieren lernt, um seine Einschränkungen nach und nach besser wahrnehmen, objektivieren und steuern zu können. Wenn die Einschränkungen vor allem Funktionen des Objektbezugs betreffen (Objektwahrnehmung, Regulierung des Objektbezugs, Kommunikation), können dabei auch spiegelnde und konfrontierende Techniken notwendig sein. Auch die therapeutische Beziehung bietet immer wieder Anlässe für Unfälle. Dann gilt ebenfalls, dass der Therapeut dem Patienten helfen sollte, von dem Geschehen Abstand zu gewinnen und besser damit umzugehen. Die therapeutische Bewegung führt den Patienten somit aus Situationen der Überwältigung heraus in die Position des Beobachters; der Therapeut lädt den Patienten immer wieder ein, von der Bühne in den Zuschauerraum zu wechseln. Bei der Einübung dieses Wechsels in eine Position der

Tabelle 1: Prinzipien der Beziehungsgestaltung (Übersicht)

Gestaltungsprinzip	Zugrunde liegende Problematik nach OPD-2	Zentrale Intention des Patienten	Hauptsächliche therapeutische Strategie
1. Konfliktmodus	Kompromissartige Bewältigung von konflikthaften Beziehungswünschen	Auf das Gegenüber gerichtet (als Objekt der Wünsche und Befürchtungen)	Konfliktbezogen
2. Strukturelles Unvermögen	Strukturelle Einschränkungen, v. a. den Objektbezug betreffend	Keine Intention, die Beziehungsschwierigkeiten „passieren“	Strukturbezogen mit einer öfter spiegelnden, konfrontierenden therapeutischen Haltung
3. Vulnerabilitätsschutz	Strukturelle Einschränkungen, v. a. den Selbstbezug betreffend	Auf dem Schutz des Selbst gerichtet (wenn der Betroffene sich in Beziehungen involviert)	Strukturbezogen mit einer v. a. begleitenden, sorgenden, mitsteuernden therapeutischen Haltung
4. Sekundär offensive Bewältigung	Sekundär konflikthaft anmutend; primär v. a. strukturelle Einschränkungen im Bereich des Selbst	Sekundär auf das Gegenüber gerichtet; primärer Zweck ist der Schutz oder die Restitution des Selbst	Primär strukturbezogen mit Blick auf die zugrunde liegende Vulnerabilität

Selbstbeobachtung, Selbstfürsorge und Selbststeuerung übernimmt er eine begleitende, stützende und „elterliche“ Rolle (Rudolf 2006, S.157). Der Patient soll dabei zum Regisseur jener Ereignisse werden, die bislang mit ihm nur geschehen.

Die vier Prinzipien der Beziehungsgestaltung, ihre spezifische Problematik und die sich daraus ergebenden therapeutischen Strategien werden in Tabelle 1 zusammengefasst.

6. Diskussion

Aus einer Unterscheidung konflikt- und strukturbedingter Störungen oder Störungsanteilen, die sich an der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) orientiert, wurden vier „Bauprinzipien“ dysfunktionaler Beziehungsmuster entwickelt beziehungsweise vorgeschlagen. Die bislang dominierenden konflikt-dynamischen Erklärungsansätze erfahren dadurch eine Erweiterung und Korrektur, die erforderlich ist, um ein breiteres Spektrum klinischer Phänomene angemessen beschreiben zu können. Die vier Prinzipien können sich überlagern und komplexe Beziehungsgebilde erzeugen, in denen sich Elemente der Konflikt- und Strukturbewältigung mischen und miteinander verbinden.

Es könnte eingewandt werden, dass Konflikt und Struktur in dem hier vorgetragenen Ansatz zu scharf voneinander unterschieden werden. In der Tat ist es möglich, bestimmte klinische Phänomene (z. B. eine Affektüberflutung, einen Selbstwerteinbruch, eine kommunikative Entgleisung) sowohl aus der Konflikt- wie auch aus der Strukturperspektive zu betrachten, ohne dass ein Widerspruch entsteht: Strukturelle Fähigkeiten werden besonders dann beansprucht, wenn das Beziehungsgeschehen emotional bedeutsam ist, was im Falle einer Aktualisierung zentraler Konfliktthemen in besonderem Maße zutrifft. In solchen Fällen lässt sich eine Auffälligkeit einmal von der Seite des Konflikthanlasses und der damit verbundenen inneren Bedeutungen analysieren, zum anderen von der Seite der nur eingeschränkt verfügbaren oder vulnerablen strukturellen Funktionen, die unter der Beanspruchung nachgeben. Obgleich beide Perspektiven grundsätzlich möglich sind, macht die Wahl des Standpunktes aber einen entscheidenden Unterschied, wenn es um die *Behandlung* des Problems geht: Sie legt fest, welche Art der Intention dem Patienten unterstellt wird und beeinflusst damit in grundlegender Weise die Haltung und die implizite Zielsetzung des Therapeuten.

Ein weitergehender Einwand betrifft das verwendete Strukturkonzept als Ganzes. In der psychoanalytischen Literatur besteht eine Tendenz, die Einschränkung von Ich-Leistungen, wie sie in der Strukturachse der OPD beschrieben werden, nicht als eine eigenständige Realität zu verstehen, sondern eher als Ergebnis einer spezifischen Psychodynamik zu interpretieren, die zum Beispiel durch den Einsatz primitiver Formen der Abwehr (z. B. Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Verleugnung) gekennzeichnet ist. Es wird angenommen, dass diese ihrerseits durch heftigste Konflikte in Gang gesetzt wird, die unter der Dominanz prägenitaler aggressiver Strebungen stehen. Die Ich-Schwäche des Patienten wird damit nicht als eine *Voraussetzung* dieser

Art von Abwehr gesehen (wie in der OPD), sondern als ihr *Resultat*. Dies wiederum begründet eine in letzter Konsequenz konfliktorientierte, deutende therapeutische Vorgehensweise (vgl. z. B. Kernberg 1983, S. 153 ff.; Clarkin et al. 2001). Obgleich es diese Kausalität sicherlich auch gibt, erscheint das damit skizzierte pathogenetische Verständnis einseitig und das sich daraus ergebende therapeutische Programm problematisch. Wie schon Fürstenau (1977, S. 204) formuliert, enthält dieses Modell die „Unterstellung eines fiktiven Normal-Ichs“, das ungeachtet der Art und des Ausmaßes der jeweiligen Störung über intakte strukturelle Funktionen grundsätzlich verfügt. Therapeutisch ist der Ansatz schwierig, weil die Störung in erster Linie als etwas betrachtet wird, das der Patient „macht“. Diese Haltung läuft Gefahr, den Patienten zu überfordern. Mitunter führt sie auch zu einer Art Dämonisierung, wenn in schwierigen therapeutischen Situationen rasch aggressive oder destruktive Motive von Seiten des Patienten unterstellt werden. Die hier dargestellte strukturorientierte Auffassung ist in diesem Punkt vorsichtiger und zieht bereitwilliger die Möglichkeit in Betracht, dass der Kern der Störung durch ein Unvermögen gebildet wird, das anerkannt und therapeutisch berücksichtigt werden muss.

Literatur

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Kächele, H. (1999): Die „Control-Mastery“ Theorie – eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie von Joseph Weiss. *Forum der Psychoanal* 15, 224–236.
- Albani, C., Geyer, M., Kächele, H., Pokorny, D. (2003): Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. *Psychotherapeut* 48, 388–402.
- Anchin, J. C. (1982): Sequence, pattern, and style: Integration and treatment implications of some interpersonal concepts. In: Anchin, J. C., Kiesler, D. J. (Hg.): *Handbook of interpersonal psychotherapy*, S. 95–131. New York: Pergamon.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Balint, M. (1970): *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P. (1995): *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)*. New York: Basic Books.
- Bellak, L., Goldsmith, L. (1984): *The broad scope of ego function assessment*. New York: Wiley.
- Benjamin, L. S., Foster, S. W., Roberto, L. G., Estroff, S. E. (1986): Breaking the family code: Analysis of videotapes of family interactions by Structural Analysis of Social Behavior (SASB). In: Greenberg, L. S., Pinsof, W. M. (Hg.): *The psychotherapeutic process: A research handbook*, S. 391–438. New York: Guilford.
- Benjamin, L. S. (1993): *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
- Binder, J. L. (2004): *Brief dynamic psychotherapy. Clinical practice beyond the manual*. New York: Guilford.
- Blanck, G., Blanck, R. (1978): *Angewandte Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett.
- Blanck, G., Blanck, R. (1980): *Ich-Psychologie II. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Klett.

- Chance, S., Bakeman, R., Kaslow, N., Farber, E., Burge-Callaway, K. (2000): Core conflictual relationship themes in patients diagnosed with borderline personality disorder who attempted, or who did not attempt, suicide. *Psychother Res* 10, 337–355.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2001): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., Weiss, J. (1994): The plan formulation method. *Psychother Res* 4, 197–207.
- Descôteaux, J., Diguier, L., Lefebvre, R., Drapeau, M., Luborsky, L., Rousseau, J.-P., Hébert, É., Daoust, J.-P., Pelletier, S., Scullion, M. (2001): The Core Conflictual Relationship Theme of psychotic, Borderline, and neurotic personality organizations. *Psychother Res* 11, 169–186.
- Freud, A. (1973/1987): Entwicklungs-Psychopathologie aus psychoanalytischer Sicht. In: *Die Schriften der Anna Freud*. Band X, S. 2679–2703. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. *GW* 13, S. 237–289. Frankfurt: Fischer.
- Fürstenau, P. (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche* 31, 197–207.
- Fürstenau, P. (1986): Wandlungen des Verständnisses und der Therapie psychogener Störungen in jüngster Zeit. In: Kisker, K. P., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömberg, E. (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart* 1, S. 411–441. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Grande, T., Oberbracht, C., Rudolf, G. (1998a): Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“. In: Schauenburg, H., Freyberger, H. J., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hg.): *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, S. 121–138. Bern: Huber.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1998b): Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) – Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie* 2, 173–182.
- Grande, T. (2002): Therapeutische Haltungen im Umgang mit „Struktur“ und „Konflikt“. In: Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P. (Hg.): *Die Struktur der Persönlichkeit*, S. 236–248. Stuttgart: Schattauer.
- Grande, T., Rudolf, G., Jakobsen, T. (2004): Beziehungsdynamische Fallformulierung, Fokusbildung und Interventionsplanung auf der Grundlage der OPD-Beziehungsdiagnostik. In: Dahlbender, R. W., Buchheim, P., Schüssler, G. (Hg.): *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie*, S. 95–109. Bern: Huber.
- Grande, T., Dahlbender, R., Schauenburg, H., Stasch, M., Cierpka, M. (2005): Neue Möglichkeiten der Diagnostik dysfunktionaler Beziehungen – die Beziehungsachse der OPD-2. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 403–418.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1983): Das interaktionelle Prinzip. *Z Psychosom Med Psychoanal* 29, 1–14.
- Heigl-Evers, A., Nitzschke, B. (2002): Das analytische Prinzip „Deutung“ und das interaktionelle Prinzip „Antwort“. In: Heigl-Evers, A., Ott, J. (Hg.): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*, S. 55–111. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., Binder, J. L. (1993): Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: a prospective 1-year follow-up study. *J Consult Clin Psychol.* 61, 434–440.
- Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (1999): *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer. 6. Auflage.
- Horowitz, M. (1989): Relationship schema formulation: Role-Relationship Models and intrapsychic conflict. *Psychiatry* 52, 260–274.
- Horowitz, M. (1994): Configurational analysis and the use of Role-Relationship Models to understand transference. *Psychother Res* 4, 184–196.

- Junkert-Tress, B., Schnierda, U., Hartkamp, N., Schmitz, N., Tress, W. (2001): Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: a prospective 1-year follow-up study. *Psychother Res* 11, 187–200.
- Kernberg, O. F. (1983): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kiesler, D. J. (1982): Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In: Anchin, J. C., Kiesler, D. J. (Hg.): *Handbook of interpersonal psychotherapy*, S. 3–24. New York: Pergamon.
- König, K. (1982): Interaktioneller Anteil der Übertragung und phobische Persönlichkeitsstruktur. *Prax Psychother Psychosom* 27, 25–32.
- Kohut, H. (1996): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp. 6. Auflage.
- Leichsenring, F. (2004): Phänomenologie und Psychodynamik der Affekte bei Borderline-Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 253–270.
- Luborsky, L. (1977): Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In: Freedman, N., Grand, S. (Hg.): *Communicative structures and psychic structures*, S. 367–395. New York: Plenum.
- Luborsky, L. (1988): *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Ein Lehrbuch. Berlin: Springer-Verlag.
- Perry, J. C. (1994): Assessing psychodynamic patterns using the Idiographic Conflict Formulation Method. *Psychother Res* 4, 239–252.
- Rudolf, G., Buchheim, P., Ehlers, W., Küchenhoff, J., Muhs, A., Pouget-Schors, D., Rüger, U., Seidler, G. H., Schwarz, F. (1995): Struktur und strukturelle Störung. *Z Psychosom Med Psychother* 41, 197–212.
- Rudolf, G., Oberbracht, C., Grande, T. (1998): Die Struktur-Checkliste. Ein Anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturachse der OPD. In: Schauenburg, H., Buchheim, P., Cierpka, M., Freyberger, H. J. (Hg.): *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen*, S. 167–181. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2002): Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 163–173.
- Rudolf, G. (2004): Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 49, 363–376.
- Rudolf, G. (2006): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G., Grande, T. (2006): Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie. Ein OPD-basierter Leitfaden. *Psychotherapeut* 51, 276–289.
- Schacht, T. E., Henry, W. P. (1994): Modeling recurrent patterns of interpersonal relationship with Structural Analysis of Social Behavior: The SASB-CMP. *Psychother Res* 4, 208–221.
- Strupp, H. H., Binder, J. L. (1984): *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H. (1995): Frequenz – Dauer – Setting in der psychodynamischen Therapie: Ist 1 Jahr genug? In: Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th. (Hg.): *Lindauer Texte*, S. 143–163. Berlin: Springer-Verlag.
- Tress, W., Henry, W. P., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp, N., Scheibe, G. (1996): Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut* 41, 215–224.
- Tress, W., Junkert-Tress, B., Hartkamp, N., Wöller, W., Langenbach, M. (2003): Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 48, 15–22.

- Tress, W., Kruse, J., Ott, J. (Hg.) (2004): Psychosomatische Grundversorgung – Kompendium der interpersonellen Medizin. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Wachtel, P. L. (1993): Therapeutic communication. Principles and effective practice. New York: Guilford.
- Weiss, J., Sampson, H., Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986): The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research. New York: Guilford.
- Wöller, W., Tress, W. (2005): Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 110–127.

Korrespondenzadresse: Dr. Tilman Grande, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Universität Heidelberg, Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg, E-Mail: tilman_grande@med.uni-heidelberg.de