

G. Heuft, G. Schneider, S. O. Hoffmann und G. Schüßler

Die Konflikt-Achse (Achse III) in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD

Zusammenfassung Die Notwendigkeit einer Operationalisierung psychoanalytischer Konfliktdiagnostik gründet in den zunehmenden Ansprüchen an die Validität und Reliabilität diagnostischer Kriterien. Dies ist für die Planung von Studien, die unter dem Gesichtspunkt einer Evidence Based Medicine (EBM) akzeptiert werden sollen, ebenso relevant wie für die Qualitätssicherung im Rahmen klinischer Versorgung. Neben den sieben repetitiv-dysfunktionalen Konfliktmustern wird das Konzept einer eingeschränkten Konflikt- und Gefühlswahrnehmung entsprechend dem Alexithymie-Konzept und das Konzept des Aktualkonfliktes diskutiert. Es wird auf die Bedeutung der Leitaffekte für ein valides Konfliktrating hingewiesen. Außerdem wird begründet, dass beim Rating der aktiven versus passiven Modalität des führenden Konfliktes der biographisch führende Modus abgebildet werden soll. Zur Erhöhung der Validität wird am Beispiel des Autonomie-Abhängigkeits-Konfliktes und des Versorgungs-Autarkie-Konfliktes jeweils ein differenzierendes Begriffscluster vorgestellt. – Da in diesem Jahr die englische Übersetzung der OPD verfügbar sein wird, zeichnet sich die Möglichkeit ab, auch international mit Hilfe der operationalisierten Konzepte wieder ein wissenschaftliches Interesse an psychoanalytischen Inhalten entwickeln zu können.

Schlüsselwörter: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD, Konflikt, Struktur, Aktualkonflikt.

The conflict axis (axis III) of Operationalized Psychodynamic Diagnostics OPD

Abstract Considering increasing demands with regard to validity and reliability of diagnostic criteria, the necessity arises to operationalize psychoanalytic diagnostics of intrapsychic conflicts. This is an important issue in the planning of studies which should fulfill criteria of Evidence Based Medicine (EBM) and also for quality management in clinical treatment. In addition to the seven repetitive and dysfunctional patterns of intrapsychic conflict, the concept of "limited perception of conflict and feelings", based on the alexithymia concept, and the concept of the "current external conflict" are discussed. The importance of the main emotions for a valid rating of intrapsychic conflict is emphasized. In rating the active vs. passive mode of processing of the most important conflict, the biographically predominating attitude should be represented. In order to increase the OPD's validity, clusters of terms that lead to further differentiation are introduced exemplary for the conflicts "dependence vs. autonomy" and "desire for care vs. autarchy". With the English translation of the OPD becoming available this year, operationalized concepts may lead to a renewed international scientific interest with regard to psychoanalytic issues.

Keywords: Operationalized Psychodynamic Diagnostics, OPD, Intrapsychic conflict, structure, current external conflict.

L'axe-conflits (axe III) du diagnostic psychodynamique opérationnalisé (DPO)

Résumé La nécessité de rendre opérationnel le diagnostic psychanalytique des conflits se fonde sur les exigences croissantes posées à la validité et à la reliabilité des critères diagnostiques. Cet aspect est pertinent par rapport à la planification d'études devant être approuvées sous l'angle d'une Evidence Based Medicine (EBM) comme d'ailleurs au niveau de la gestion

de qualité dans le cadre de l'offre clinique. L'article traite d'une part des sept schémas de conflit répétitif-dysfonctionnel, mais aussi du concept du manque d'une perception des conflits et des affects, en fonction du concept de l'alexithymie et de celui du conflit actuel. On souligne l'importance des affects directeurs pour une évaluation valide du conflit. On démontre

également qu'au moment d'effectuer un rating de la modalité active ou passive du conflit directeur, c'est le mode dominant au niveau de la biographie qui doit être reflété. Un groupe de concepts permettant une meilleure différenciation et donc une validité accrue sont présentés en utilisant l'exemple des conflits autonomie-dépendance et attachement-autarcie. Selon les expériences faites à ce jour, la validité du rating sur l'axe du DPO des conflits augmente en fonction de la précision avec laquelle on utilise le manuel. De manière paradoxale les «jeunes» collègues disposant d'une certaine expérience clinique au niveau de la perception d'affects directeurs et de la perception scénique (effectuées par le biais du contre-transfert) parviennent à une opérationnalisation plus valide que ceux qui se considèrent comme des psychanalystes expérimentés. Il est de fait que lorsqu'on dispose de nombreuses années d'expérience en psychanalyse, on risque de penser qu'on sait ce que l'on entend par conflit oedipe-sexuel ou par conflit dépendance-autonomie – et qu'on ne vérifie pas les critères dans le manuel. Il s'en suit que les ratings se fondent sur une conception «privée» des différents termes conceptuels, ce qui a des conséquences négatives pour la fiabilité. Il est également à conseiller à des équipes travaillant constamment avec le DPO, pour poser des diagnostics dans un cadre ambulatoire par exemple, d'effectuer à

l'occasion des comparaisons avec d'autres groupes, ceci afin de vérifier qu'elles ne sont pas influencées par un éventuel biais interne.

Lorsqu'il s'agit de former de jeunes collègues à la psychanalyse, le DPO peut contribuer à leur enseigner assez rapidement les termes et concepts de manière claire, alors qu'on sait que la lecture des textes psychanalytiques de base prend souvent plusieurs années – et ne produit pas le résultat escompté puisqu'en psychanalyse il n'existe pas de métathéorie complète. La formation au DPO qui est offerte à plusieurs endroits sous forme de cours de base ou avancés ne rend toutefois pas l'étude de ces textes superflue, car il demeure indispensable de saisir les concepts actuels en fonction de leur source historique.

Entre-temps l'expérience clinique a montré que le diagnostic des conflits peut également apporter une contribution importante à la focalisation du traitement, ce qui ne signifie pas forcément que ce dernier va se concentrer sur le conflit dominant. Le fait que le DPO conceptualise les conflits de manière très claire va également ouvrir de nouveaux champs de recherche intéressants. – Une traduction du DPO en anglais doit être disponible dès cette année, ce qui va permettre de promouvoir l'intérêt scientifique international pour les contenus de la psychanalyse, ceci sur la base de concepts opérationnalisés.

Warum operationalisierte Konfliktdiagnostik?

Wissenschaftlich fundierte Fachpsychotherapie arbeitet heute im Rahmen der beiden psychotherapeutischen Grundverfahren: der psychoanalytisch/psychodynamischen und der kognitiv-behavioralen Psychotherapieverfahren. Daneben werden eine Fülle von Psychotherapiemethoden und Psychotherapietechniken beschrieben, deren Einsatz im Rahmen von auf den Grundverfahren basierten Behandlungen derzeit mit unterschiedlicher Intensität diskutiert wird. Außerdem hilft innerhalb der beiden genannten Grundverfahren die systemische Perspektive dabei, den familiären bzw. psychosozialen Kontext des Patienten im Behandlungsverlauf besser einzustellen.

Nachdem sowohl die ICD-10 (1990) als auch das DSM-IV (1996) über eine syndromale Diagnostik erklärtermaßen „theorielastige“ Konzepte wie das Neurosenkonzept zu Gunsten einer (weltweit/transkulturell angestrebten) höheren Reliabilität der diagnostischen Kategorien zu überwinden trachteten, suchte eine Gruppe überwiegend wissenschaftlich arbeitender psychoanalytischer Psychotherapeuten in Deutschland eine valide und reliable operationalisierte – psychoanalytisch basierte – Konfliktdiagnostik zu formulieren. Im Rahmen des Gesamtprojektes zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) (1996, 1998) wurden neben den Achsen I (Krankheitsverarbeitung), II (Beziehungsverhalten), IV (Struktur) und V (Syndromale Ebene – ICD-10) die Achse III als Konfliktachse herausgearbeitet.

Die WHO hatte bereits 1984 in ihrem Ziel 31 gefordert: „Bis zum Jahr 2000 soll es in allen Mitgliedsstaaten

Strukturen und Verfahren geben, die gewährleisten, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung laufend verbessert und Gesundheitstechnologien bedarfsgerecht weiterentwickelt und eingesetzt werden“ (zur Übersicht vgl. Heuft und Senf, 1998). Versteht man Qualitätssicherung nicht als Selbstzweck und auch nicht als Kontroll- und Disziplinierungsinstrument, sondern der Sicherung einer guten klinischen Patientenversorgung verpflichtet, kann sich auch die Fachpsychotherapie als Teil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dieser Forderung nicht verschließen. Die Operationalisierung psychodynamischer Inhalte soll dazu beitragen, dass psychoanalytische Diagnosekriterien auch bei steigenden Anforderungen an eine wissenschaftlich begründete Fachpsychotherapie Bestand haben können. Außerdem sollten mit Hilfe dieses Instrumentes Studien psychoanalytischer Behandlungen planbar werden, deren Ergebnisse auch unter den Aspekten einer Evidence Based Medicine (EBM) bestehen können.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die aktuelle Diskussion um die operationalisierte Konfliktdiagnostik aufzuweisen.

Wie gewinnt man die qualitativen Daten zur Konflikt-Diagnostik? – das OPD-Interview

Betrachtet man die von uns entwickelte Phasenstruktur des OPD-Interviews, wie sie auch im OPD-Manual niedergelegt ist (vgl. Tabelle 1), erscheint der Erhebungsmodus für die Konflikt-Achse auffällig wenig expliziert. Nach der (1.) *Eröffnungsphase* ist bei der (2.) *Ermittlung von Beziehungserfahrungen und Beziehungsepisoden*

Tabelle 1. Gliederung des OPD-Interviews in 5 Phasen gemäß OPD-Manual*OPD-Interview – Phasenstruktur*

1. Eröffnungsphase
2. Ermittlung von Beziehungserfahrungen und Beziehungsepisoden
3. Ermittlung des Selbsterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensbereiche
4. Ermittlung des Objekterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensgestaltung
5. Psychotherapiemotivation, Behandlungsvoraussetzung, Einsichtsfähigkeit

vor allem die Achse II angesprochen. In der nachfolgenden (3.) *Ermittlung des Selbsterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensbereiche* und (4.) *Ermittlung des Objekterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensgestaltung* geht es vor allem um die Evaluation von Dimensionen der Struktur-Achse (Achse IV). Werden (5.) *Psychotherapiemotivation, Behandlungsvoraussetzungen, Einsichtsfähigkeit* diskutiert, bilden diese Dimensionen die Grundlage für das Rating auf der Achse I.

Der psychoanalytisch ausgebildete OPD-Anwender wird verständlicher Weise darauf hinweisen, dass er bereits in der *Eröffnungsphase* die Gesamtszene, die sich mit dem Patienten ereigne, im Blick habe, um daraus bereits erste Hypothesen über die grundlegende Konfliktproblematik zu erhalten. Die aus der psychoanalytischen Erstinterview-Technik abgeleitete hohe Bedeutung der Initialszene im psychoanalytischen Interview führt zu einer sehr frühen impliziten Festlegung des Diagnostikers. Das Dogma vom ersten Satz, in dem der Patient „alles“ sage, muss trotz seiner für Psychoanalytiker anhaltenden Faszination im Kontext der OPD kritisch reflektiert werden. Aus zahlreichen Versuchen ist allgemein bekannt, dass Beurteiler, denen zu Beginn einer experimentell arrangierten Interaktion eine einseitige Information über den zu Beurteilenden bzw. über die Gesamtszene mitgeteilt wurde, sich entsprechend dieser Fehlinformation folgerichtig verhielten und auch ihr Gegenüber in die im Experiment vorgegebene Rolle zu „manipulieren“ verstanden. Gerade die heute stärkere Beachtung findenden Ressourcen eines Patienten (hier: im Umgang mit seinem konflikthaften Erleben) drohen bei einem solchen Vorgehen unterbewertet zu werden.

Diagnostik ist ohne grundlegende theoretische Konzepte nicht denkbar, „da die Theorie bestimmt, was wir beobachten“ (Albert Einstein). Der Untersucher bringt in die Untersuchungssituation nicht nur seine theoretischen Grundannahmen, sondern auch seine Person ein und erzeugt damit ein je unterschiedliches Bild des Patienten. Diagnostik umfasst im weitesten Sinne sowohl den Versuch einer individuellen Gesamtdiagnose, aber auch eine klassifikatorische Einordnung. Diese klassifikatorischen Einordnungen müssen klaren und präzisen Regeln folgen.

Dieses erkenntnistheoretische Dilemma fordert dazu auf, mit der im OPD-Manual für das Konflikt-Rating ge-

nannten Vorgabe ernstzumachen, die Konflikt-Diagnostik auf der Nachweisbarkeit dysfunktional-repetitiver Muster nach Möglichkeit in drei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen (Herkunftsfamilie; Beruf; Umgang in Gruppen etc.) zu basieren. Es kann aus Sicht der OPD-Konfliktdiagnostik zukünftig nicht mehr möglich sein, Konfliktdiagnostik mit Formulierungen wie: „Für *mich* ist das ein Patient mit einem hohen Versorgungsanspruch ...“ zu betreiben. Es muss aus dem Interview (Video) auch für Dritte nachvollziehbar werden können, an welchen Stellen im Interview der Patient entweder direkt in der Untersuchung oder in anderen Lebensbereichen welchen Konflikt in welchem Modus dargestellt hat.

Die Konfliktdimensionen

Die Achse III differenziert zwischen sieben jeweils „polar“ formulierten Konflikten. Jedem dieser Konflikte sind Leitaffekte zugeordnet, deren Beachtung die Diagnostik wesentlich erleichtern hilft. Unterschieden werden als repetitiv-dysfunktionale Konfliktthemen: (1.) Abhängigkeit vs. Autonomie [Leitaffekt: existentielle Angst], (2.) Unterwerfung vs. Kontrolle [Leitaffekt: Ärger], (3.) Versorgung vs. Autarkie [Leitaffekt: Trauer und Depression], (4.) Selbstwertkonflikte (Selbst- vs. Objektwert) [Leitaffekt: Scham vs. narzisstische Wut], (5.) Schuldkonflikte [Leitaffekt: Schuldgefühle bzw. unangemessenes Fehlen von Schuldgefühlen], (6.) ödipal-sexuelle Konflikte [Leitaffekt: Erotisierung], (7.) Identitätskonflikte (Identität vs. Identitätsunsicherheit) [Leitaffekt: Unsicherheit]. Jeder dieser Konfliktthemen kann in einem (überwiegend) aktiven bzw. (überwiegend) passiven Modus als biographisch relevantes repetitiv-dysfunktionales Muster über die bereits angesprochenen Kriterien nachweisbar werden.

Eingeschätzt wird jede einzelne Konfliktdimension danach, ob sie *nicht vorhanden, vorhanden und wenig bedeutsam, vorhanden und bedeutsam* oder *vorhanden und sehr bedeutsam* ist (in Abhängigkeit von den aufgefundenen Kriterien). Daneben gibt es noch die Möglichkeit anzugeben, der Konflikt sei nicht beurteilbar. Auf diesem Wege erhält man ein für den jeweiligen Patienten typisches Konfliktprofil. Dieses Profil repräsentiert die tatsächlich nachweisbare Konfliktodynamik und folgt nicht den theoretischen Vorannahmen traditioneller entwicklungspsychologischer Modelle. Das bedeutet konkret, dass beispielsweise ein Patient mit der syndromalen Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31) neben einer spezifischen Charakterisierung seiner Struktur (Achse IV) nicht etwa zwingend ausschließlich sog. „frühe/orale“ Konfliktthemen aufweisen muss. Weiter unten wird die notwendigen Differenzierung zwischen Versorgungs- und Abhängigkeitskonflikten beispielhaft dargestellt.

Neben diesen sieben Konfliktdimensionen gibt es eine (8.) Dimension für Patienten mit einer „Alexithymie“-Problematik: eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung [Leitaffekt: in typischer Weise das Fehlen von Affekten], die nach den gleichen Abstufungen eingeschätzt wird. Auf die (9.) Konfliktdimension „Aktualkonflikt“ (akute äußere Lebensbelastung) wird weiter unten noch ausführlicher eingegangen.

Nachfolgend sind einzelne Rater-Kriterien und erläuternde Abgrenzung einzelner Konfliktdimensionen untereinander aufgeführt.

Kriterien einer validen Konflikt-Diagnostik

In einer Übersicht stellt Tabelle 2 die zentralen Kriterien für das Konflikt-Rating zusammen. Da die menschliche Existenz per se konflikthaft angelegt ist und entsprechend der Persönlichkeitsstruktur des einzelnen auch Stereotypien und Mustern folgt, muss beim Konflikt-Rating darauf geachtet werden, dass die angesprochenen repetitiven Konfliktmuster *erlebens- und verhaltensbestimmend* sein müssen. Dies setzt voraus, dass der Untersucher den begründeten Eindruck gewinnt, der Patient könne sich selbst von den Konflikt-Manifestationen in den verschiedenen Lebensbereichen nur schwer freihalten oder sei von den komplementären Abwehr-Operationen deutlich eingenommen. Damit liegt schon nahe, dieserepetitiven Konfliktmuster auch als *dysfunktional* anzusprechen. Die Dysfunktionalität kann bereits in der Szene zusammen mit dem Untersucher im „Hier und jetzt“ erfahrbar oder aber durch die Schilderungen in den verschiedenen Lebensbereichen offenkundig werden. Zweifellos trägt die Manifestation der dysfunktionalen Konfliktthematik in der Untersuchungssituation zu einer Erhöhung der Rating-Validität bei, ohne dass sie als zwingend erforderlich angesehen werden muss. Eine sich zunächst ganz überwiegend im Untersucher ereignende Gegenübertragungsantwort kann ohne weitere Explizierung des Konfliktthemas im Dialog mit dem Patienten im Rating keinen Niederschlag finden. Formulierungen wie: „Der Diagnostiker wird sich vermutlich in seiner *Gegenübertragung* sehr kontrolliert gefühlt haben ...“ können und dürfen nicht zu einem höheren Rating des Konfliktes „Unterwerfen versus Kontrolle“ (in diesem Fall im aktiven Modus) ohne die weiteren positiven Kriterien (Tabelle 2) führen, wenn der Diagnostiker diese verspürte Kontrolle nicht zumindest probenhalber im Interview zusammen mit dem Patienten angesprochen hat. Erst durch diese Klärung der angesprochenen Dynamik kann deutlich werden, ob der Patient – anstelle eines Konfliktthemas – doch eher einen kontrollierenden Modus zur Aufrechterhaltung der bedrohten strukturellen Stabilität bei einem gering integrierten Strukturniveau zeigt.

Tabelle 2. Kriterien für ein valides Konflikt-Rating

OPD-Achse III (Konflikt)

Rater-Kriterien:

Die repetitiven Konfliktmuster müssen

1. ⇒ erlebens- und verhaltensbestimmend sein
2. ⇒ dysfunktional sein (erfahrbar im „Hier und jetzt“ oder/und berichtet)
3. ⇒ durch (Leit-)Affekte identifizierbar sein
4. ⇒ in Übertragung und Gegenübertragung validiert werden können

cave: „Verdacht auf ...“ ist nicht zu kodieren

Die Bedeutung der Leitaffekte für die Diagnostik der einzelnen lebensbestimmenden Konflikte ist bereits angesprochen worden. Wird stärker darauf geachtet, dass beim Konflikt *Abhängigkeit versus Autonomie* der *Leitaffekt* einer existentiellen Angst die zentrale Rolle spielt im Vergleich zum Leitaffekt von Trauer und Depression beim Konflikt *Versorgung versus Autakie*, wäre die häufig als schwierig empfundene Abgrenzung zwischen diesen beiden Konflikten bereits wesentlich weniger problematisch.

Zum Verhältnis der Konflikt- und der Struktur-Achse in der OPD

Die Konflikt- und Strukturachse der OPD stehen zueinander in einem Ergänzungsverhältnis. Generell gilt, dass bei Patienten mit einem *durchgängig desintegrierten Strukturniveau* keine abgrenzbaren Konflikte im Interview zu sichern sind. In diesem Falle muss auf der Konfliktachse jeweils „nicht beurteilbar“ geratet werden. Im anderen Extrem (vgl. Tabelle 3) sind bei Patienten mit *guter* bzw. mit *mäßig integrierter Struktur* bei sorgfältiger Interview-Führung und entsprechender Motivation des Patienten zu Mitarbeit in der Diagnostik *alle* Konfliktdimensionen in ihren unterschiedlichen Ausprägungen einzuschätzen. Bei Patienten, die ein *gering integriertes Strukturniveau* aufweisen, können einzelne umschriebene oder mehrere Konfliktdimensionen nur schwer einschätzbar werden. Die nicht einschätzbaren Konfliktdimensionen sollten wiederum als „nicht beurteilbar“ gekennzeichnet werden. Beispielsweise kann bei strukturell stärker gestörten Patienten nicht selten eine überkontrollierende Haltung beobachtet werden, die jedoch eine regulative Funktion hat und keinen motivationalen Konflikt im Sinne der Dimension „Unterwerfung versus Kontrolle“ darstellt. Hier muss dann entschieden werden, ob entweder „nicht beurteilbar“ für diesen Konflikt zutrifft oder genügend Material im Interview vorhanden ist, um eventuell sogar entscheiden zu können, dass der Konflikt „Unterwerfung versus Kontrolle“ „nicht vorhanden“ ist.

Ein ähnliches Vorgehen gilt für den Selbstwertkonflikt und den Identitätskonflikt: Besteht in diesen Bereichen eine geringe strukturelle Integration (Selbstwert- oder Identitätsdiffusion), können beide Konflikte nur als „nicht beurteilbar“ beschrieben werden.

Strenggenommen kommt damit zumindest das Rating der nicht beurteilbaren Konfliktdimensionen in Bezug zum Strukturniveau in die Rolle einer abhängigen Variablen. Dies hat für die Auswertungspraxis zur Folge, dass immer dann, wenn Patienten mit mehreren als „nicht beurteilbar“ charakterisierten Konfliktdi-

Tabelle 3. Achse III (Konflikt) versus Achse IV (Struktur)

Alle Konfliktdimensionen	gut integriert
Einzelne abgrenzbare Konflikte	mäßig integriert
Keine abgrenzbaren Konflikte	gering integriert
	desintegriert

mensionen betrachtet werden, gleichzeitig das Strukturniveau dieser Patienten mit aufgeführt werden muss, um diese Patienten von denjenigen Patienten abzugrenzen, (1.) die sich wenig geöffnet haben oder öffnen konnten, (2.) die unter der von den zeitlich überdauernden Konflikten abgegrenzten Dimension „eingeschränkte Konflikt-/Gefühlswahrnehmung“ zu klassifizieren sind oder (3.) infolge einer insuffizienten Interview-Technik hinsichtlich vieler Konfliktdimensionen nicht eingeschätzt werden konnten. Im Gegensatz zu einer mangelhaften Interview-Technik und in Abgrenzung von den Patienten, die sich nicht öffnen wollen, sind die Patienten, die durch eine *eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung* gekennzeichnet sind, in der Untersuchungssituation oft zugewandt und um Kontakt bemüht, ohne dass sie dadurch in die Lage kämen, sich gefühlsmäßig vertieft zu öffnen. Obwohl sie unter einem hohen Symptom-zentrierten Leidensdruck stehen können, fehlen von dem entsprechenden Leitaffekt getragene konflikthafte Episoden aus den verschiedenen Lebensbereichen weitgehend.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass bei den Patienten, bei denen die *eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung* als vorhanden und bedeutsam oder als sehr bedeutsam gekennzeichnet wird, nicht zwingend ausgeschlossen ist, einzelne der 7 zeitlich überdauernden Konflikte ebenfalls begründet zu raten, soweit dies möglich ist. Natürlich ist aber in diesen Fällen ausnahmslos eine eher unvollständige und bruchstückhafte Erfassung des Konfliktprofils zu erwarten. – Sinngemäß gleiches gilt für die Dimension der konflikthafte äußeren Lebensbelastungen: Auch ein Rating in dieser Dimension schließt nicht automatisch die Diagnose einzelner zeitlich überdauernder weniger bedeutsamer Konflikte aus. Entscheidend ist, ob die zeitlich überdauernden Konflikte als (sehr) bedeutsam und symptombestimmend aufgefasst werden müssen.

Zum Modus der Konflikt-Verarbeitung

Für denjenigen Konflikt, der als der wichtigste betrachtet wird, wird in einem 4-stufigen Rating der Modus der Verarbeitung zwischen den Extremen „vorwiegend aktiv“ versus „vorwiegend passiv“ eingeschätzt. Die Charakterisierung des führenden Konfliktes hinsichtlich seines Verarbeitungsmodus hat vor allem eine große klinische Bedeutung. Sie hilft, die Beziehungsqualität, die der Patient aufgrund seines führenden Konfliktmuster vorwiegend zu konstellieren neigt, mit einem hohen Wiedererkennungswert zu charakterisieren. Ohne dass dies schon näher untersucht wäre, lässt sich zumindest vermuten, dass bei fokalthérapeutisch konzeptualisierten Behandlungen die Formulierung des Fokus mit hoher Wahrscheinlichkeit den Modus der Verarbeitung im Falle einer Bearbeitung dieses zentralen Konfliktes enthalten wird.

Unsicherheiten gibt es erfahrungsgemäß wegen des *Zeitfensters* einer Beurteilung des passiven versus aktiven Modus. So konnte klinisch beobachtet werden, dass Patienten nach einer Auslösesituation bzw. der Zuspitzung ihrer Konfliktproblematik den Modus der Konfliktverarbeitung zum Zeitpunkt der Untersuchung

scheinbar „gewechselt“ haben. Beispielsweise wäre an einen Patienten zu denken, dessen führender Konflikt „Unterwerfung versus Kontrolle“ ist: Nach einer krisenhaften Zuspitzung zeigte der Patient ganz überwiegend im Interview den passiven Modus, während aus allen Interview-Episoden deutlich hervorgeht, dass in seiner Biographie bis vor einem halben Jahr der aktive Modus dominiert hat.

Selbst wenn man einmal unterstellt, dass auch in der Gegenübertragung der „neue Modus“ nicht nur als inszeniert empfunden wird, sondern jetzt als erlebbar dominierend imponiert, sollte *der bis dahin über lange Jahre als führend evaluierbare Modus geratet* werden. Damit wird zum einen sichergestellt, dass die historische Perspektive der Biographie, die das Konfliktrating stets im Auge hat, konsequent auch beim Modus der Verarbeitung eingehalten wird. Außerdem wird diese Operationalisierung auch der klinischen Erfahrung gerecht, dass bei einem Wegfall der aktuellen krisenhaften Zuspitzung durch plötzliche äußere günstige Umstände mit hoher Wahrscheinlichkeit der vormals bestehende Modus der Verarbeitung, wie er bisher in der Biographie bestimmend war, wieder aufgenommen werden würde.

Charakterisierung der Konfliktdimensionen über Begriffscluster

Auf der Achse II (Beziehungen) hat sich zwischenzeitlich bewährt, sowohl beim Rating als auch bei Auswertungen bevorzugt die Cluster der Beziehungsdimensionen zu berücksichtigen. Auf diesem Hintergrund entstand der Versuch, beispielhaft für den Konflikt *Abhängigkeit versus Autonomie* und den Konflikt *Versorgung versus Autarkie* jeweils ein solches Begriffscluster im Sinne eines semantischen Differentials zu formulieren.

Wie Abb. 1 zunächst beim Konflikt *Abhängigkeit versus Autonomie* verdeutlicht, besteht der charakteri-

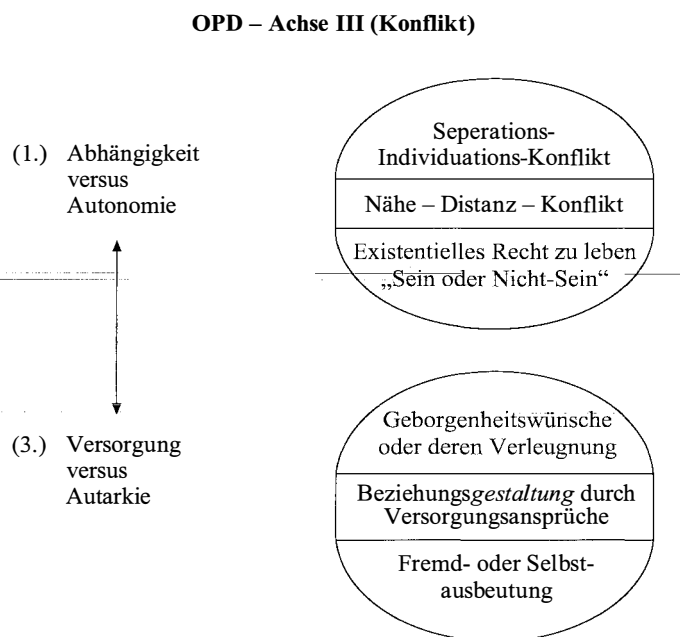


Abb. 1. Charakterisierung von Konfliktdimensionen über Begriffscluster (Erläuterung im Text)

sierende „Hamburger“ aus einer zentralen charakterisierenden Aussage sowie einem oberen und unteren Pol. Das Schaubild symbolisiert, dass beim Konflikt Abhängigkeit versus Autonomie im Zentrum ein Nähe-Distanz-Konflikt angesprochen ist, der in seiner reiferen Ausprägung (z.B. auch bei fortschreitender Therapie) die Qualität eines Separations- Individuations-Konfliktes haben kann (oberer Pol). Im Falle einer weiteren (malignen) Regression innerhalb dieser Konfliktthematik geht es um das Gefühl eines existentiellen Rechtes auf Leben, um Sein oder Nicht-Sein. Ein so betroffener Patient würde den passiven Modus seiner Abhängigkeit etwa so formulieren: „Wenn sich meine Partnerin, die für mich unendlich wichtig ist, abwendet, stehe ich vor dem Nichts, bin nichts mehr.“

In Abgrenzung zu dem Konflikt Abhängigkeit versus Autonomie ist der Konflikt *Versorgung versus Autarkie* im Zentrum gekennzeichnet durch Versorgungsansprüche, die die Beziehung im wesentlichen gestalten. Zur Abgrenzung: hier sind nicht notwendige versorgende/pflegende Handlungen/Beziehungen etwa bei behinderten Menschen oder bei chronisch-psychisch Erkrankten gemeint, die aus praktischen wie ethischen Gründen einer Unterstützung bedürfen. Im oberen Pol wäre das Thema der überstarken Wünsche nach Geborgenheit anzusiedeln, während im unteren Pol die Versorgungsansprüche in eine Fremd- oder Selbstausbeutung entsprechend dem passiven oder aktiven Modus kumulieren könnten.

Vorgeschlagen wird, diese Cluster durchgängig für alle Konflikte zu formulieren, um auf diesem Wege eine höhere semantische Präzision im Verständnis der Konflikt-Inhalte zu erreichen.

Zum Konzept „Konflikthafte äußere Lebensbelastung“ – der Aktualkonflikt

Wie die in der OPD formulierten 7 zeitlich überdauernden Konflikte muss sich auch das Konzept Aktualkonflikt (9. Konfliktdimension) an den drei grundlegenden Anforderungen, die Weismann (1959) an eine psychodynamische Konfliktformulierung gestellt hat, messen lassen: (1.) Die psychodynamische Formulierung solle von der deskriptiven (phänomenologischen) und psychodynamischen Beobachtung ausgehen, (2.) diese in eine präzise, allgemeinverständliche Sprache bringen und (3.) die psychodynamische Konfliktformulierung müsse sich aus dem klinischen Interview erschließen lassen. Diese der Reliabilität dienenden Kriterien konnten bisher weder vom Diagnostic Profile der Hamstead Klinik (Eissler et al., 1977) noch durch die Psychodynamic Conflict Rating Scale (Perry et al., 1989) eingelöst werden. Den angesprochenen Anforderungen am ehesten gerecht wurde bisher das Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) (Weinryb und Rössel, 1981), da die dort beschriebenen 8 psychodynamischen Grundkonflikte ebenfalls phänomenologisch beschrieben werden.

Auf der syndromalen Ebene der ICD-10 steht der Aktualkonflikt der OPD der „Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung“ (F43) mit der Spezifizierung einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (F43.1) nahe. Hierbei ist jedoch – der Operationalisie-

rung folgend (Dilling et al., 1991, S. 154) – im Gegensatz zum Aktualkonflikt „ein außergewöhnliches belastendes Lebensereignis“ als direkte Ursache der akuten schweren Belastung und des Traumas zu fordern („primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren“). Die ICD-10-Kategorien heben insofern eher auf die Ich-funktionale Verarbeitungskapazität respektive die soziale und politische Schutz-(Un-)Möglichkeit bei Traumata ab, während der Aktualkonflikt nicht nur über äußere besondere Belastungen operationalisiert ist, sondern auch die aktuelle unbewusste Konfliktodynamik des Individuums im Blick hat. Für Patienten mit einem deutlichen symptomvermittelten Leidensdruck, deren Anamnese/Biographie trotz sorgfältiger Untersuchung keine pathogenen repetitiven Konfliktmuster erkennen lässt und deren Lebenslauf nach Erreichen des Erwachsenenlebens (etwa nach Gründung einer eigenen Familie oder/und beruflicher Entwicklung) eine strukturelle Störung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschließen lässt, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, aktuelle ungelöste motivationale Konflikte gesondert zu erfassen (vgl. Abb. 2).

Ursächlich für die Probleme dieser Patienten können entweder massive *konflikthafte äußere Lebensbelastungen* oder primär intrapsychisch erlebte konflikthafte Belastungen durch Entwicklungs- und Alterungsprozesse im Lebenslauf sein (Heuft et al., 1997a, b). Einen solchen Aktualkonflikt kann der Betreffende entweder in einem passiven oder in einem aktiven (Abwehr-) Modus zu bearbeiten suchen. Im Gegensatz zum psychoneurotischen Konflikt sind dem Patienten die motivationalen Beweggründe im Erleben äußerer und innerer aktueller Konflikte (vgl. Hoffmann und Hochapfel, 1999; Schüßler, 1995) teilweise oder ganz bewusst. Das *pathogene Element* wird *nicht* über die Qualität der

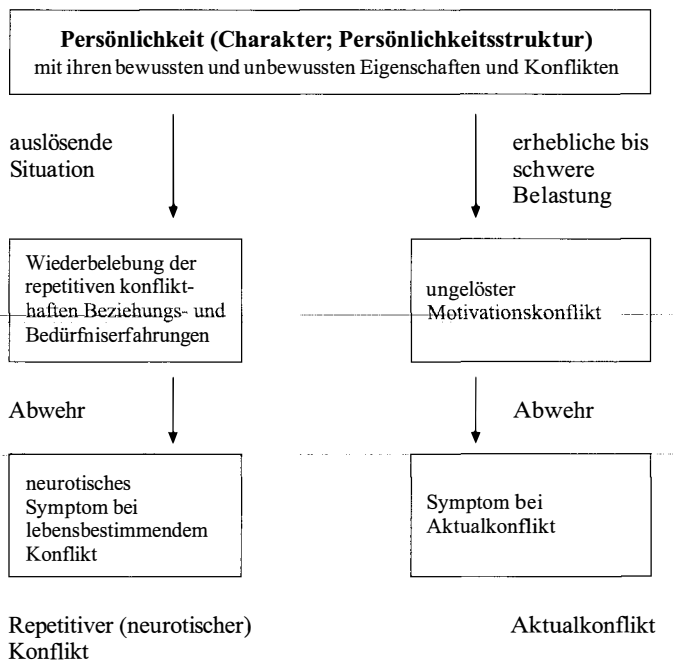


Abb. 2. Schematische Darstellung der Psychodynamik von lebensbestimmenden Konflikten und Aktualkonflikten (in Anlehnung an Schüßler, 1995)

Bewusstheit des Konfliktes, sondern über seine prinzipielle, subjektive oder objektive Unlösbarkeit definiert. Der Patient ist in jeder Hinsicht mit einer adäquaten Bewältigung überfordert. Daraus folgt, dass die Realqualität der konflikthafteren äußeren Lebensbelastung in der Regel erheblich sein wird. Prinzipiell gilt aber auch hier, dass die relative Überforderung der Ich-Möglichkeiten durch die äußere Realbelastung zur Dekompensation führt. Abbildung 2 stellt die Entwicklung neurotischer Symptome und von Symptomen bei Aktualkonflikten einander differenzierend gegenüber.

Deutlich wird die Notwendigkeit, Aktualkonflikte von definierbaren Schwellen- und Auslösesituationen (Dührssen, 1954/55) bei den zeitüberdauernden Konfliktmustern abzugrenzen. Hierin besteht für Anfänger u.U. die größte Schwierigkeit im Umgang mit dem Konzept Aktualkonflikt.

Abbildung 3 zeigt in einem verkürzten klinischen Algorithmus die Möglichkeiten einer differentiellen

Therapieindikation am Ende des diagnostisch-therapeutischen Prozesses auf: Bei Vorliegen eines Aktualkonfliktes sehen wir die Indikation zu einer auf diesen Aktualkonflikt bezogenen psychoanalytisch konzipierten oder kognitiv-behavioral konzipierten Fokaltherapie. Je nach Schwere der (psychosomatischen) Symptomatik muss auch die Durchführung einer solchen Behandlung im stationären Rahmen möglich sein.

Sollte sich im Behandlungsverlauf herausstellen, dass neben einem Aktualkonflikt repetitiv-neurotische Konflikte wesentlich wirksamer sind, kann die Behandlung im Einvernehmen mit dem Patienten in eine entsprechend modifizierte Psychotherapie „umgewandelt“ werden (Schritte 8; 9; 14 in Abb. 3). Gleiches gilt, wenn sich eine Persönlichkeitsstörung erst im Laufe der Behandlung eines Aktualkonfliktes aufdecken sollte (Schritte 10; 11; 14 in Abb. 3). Weiterhin sollte unter dem Gesichtspunkt der differentiellen Therapieindikation eine sich erst im Therapieverlauf zeigende Trau-

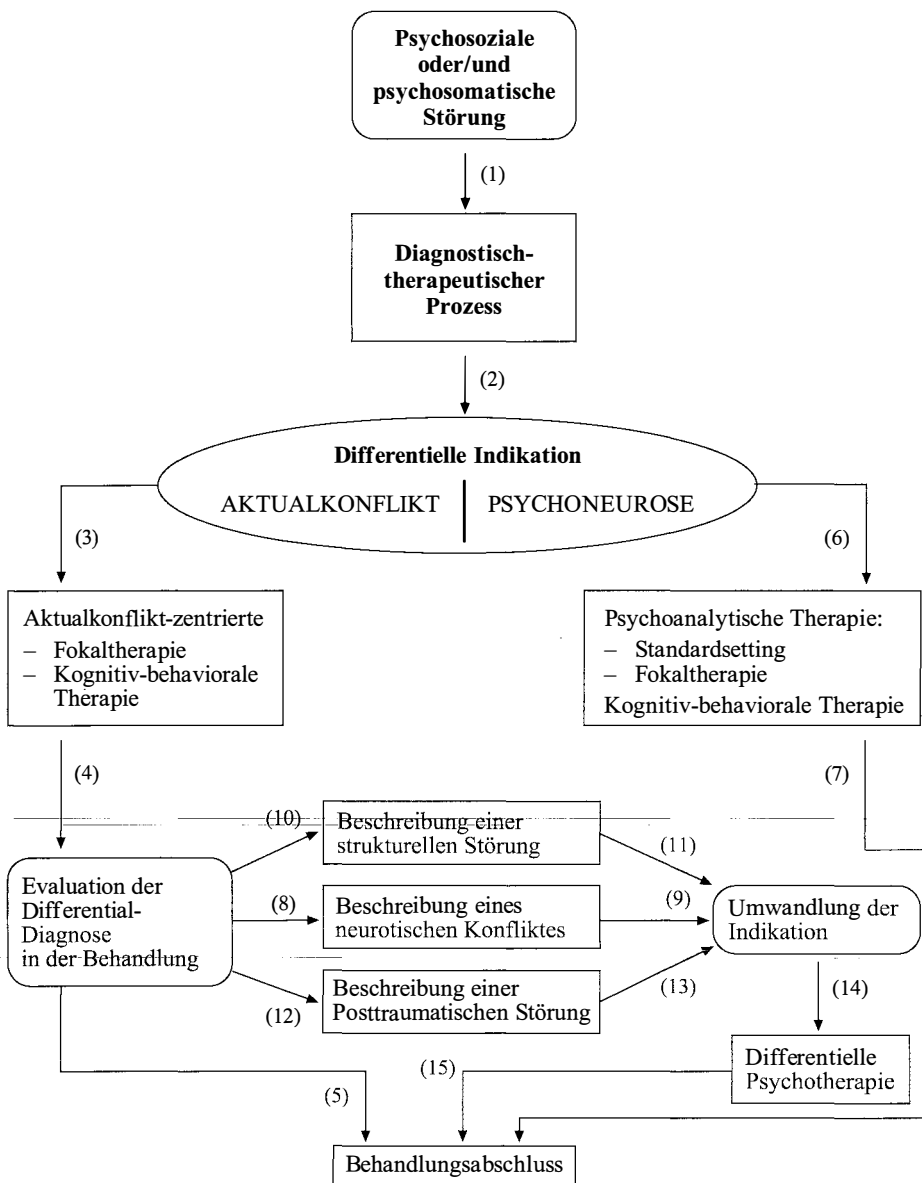


Abb. 3. Verkürzter klinischer Algorithmus zur differentiellen Psychotherapie-Indikation bei Aktualkonflikten versus zeitlich überdauernden (psychoneurotischen) Konflikten

ma-Reaktivierung (Heuft, 1993) abgegrenzt werden, weil aus dieser diagnostischen Perspektive für den therapeutischen Prozess besondere behandlungstechnische Implikationen erwachsen (Schritte 12; 13; 14 in Abb. 3). – Da sich die Differentialdiagnostik des Aktualkonfliktes somit im Behandlungsverlauf evaluiert, gewinnt man durch diese diagnostische Kategorie eine zusätzlich Option, ohne den Patienten bewährte Behandlungsangebote vorzuenthalten.

Schlussfolgerungen für Ratertraining und klinische Bedeutung der Konflikt-Achse

Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen ist die Reliabilität der Ratings auf der OPD-Konfliktachse um so höher, je genauer mit dem Manual gearbeitet wird. Paradoxer Weise sind die eher „jüngeren“ Kollegen, die bereits über einige klinische Erfahrungen in der (Gegenübertragungs-vermittelten) Wahrnehmung von Leitaffekten und dem szenischen Wahrnehmen verfügen, zu einer besseren Operationalisierung in der Lage, als diejenigen, die sich selber als erfahrener Psychoanalytiker einschätzen. Die Gefahr besteht gerade bei langjähriger psychoanalytischer Erfahrung darin, dass davon ausgegangen wird, man wisse schon, was unter einem *ödipal-sexuellen Konflikt* oder unter einem *Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt* zu verstehen sei – ohne dass die Kriterien aus dem Manual geprüft werden. Die Folge ist, dass die Ratings auf dem „privaten“ Verständnis der einzelnen konzeptionellen Begriffe basieren, mit ableitbaren negativen Folgen für die Validität.

Auch Arbeitsgruppen, die z.B. im Rahmen ambulanter Diagnostik ständig mit OPD arbeiten, sind im jetzigen Stadium gut beraten, bei Gelegenheit mit anderen Gruppen in einen Reliabilitätsvergleich einzutreten, um einen sich u.U. einstellenden lokalen Bias aufzudecken.

Bei der Einarbeitung jüngerer Kollegen in das psychoanalytische Arbeitsfeld kann die OPD dazu beitragen, relativ rasch eine begriffliche und damit konzeptuelle Klarheit zu lehren, die erfahrungsgemäß über die langwierige Lektüre der psychoanalytischen Primärquellen oft Jahre benötigt – und dann auch nicht gelingt, da es keine geschlossene psychoanalytische Metatheorie gibt. Das OPD-Training, das an vielen Orten in Form von Grund- und Aufbaukursen angeboten wird, will das Studium dieser Quellen nicht überflüssig machen, da die aktuellen Konzepte in ihrem historischen Bezug zu sehen unverzichtbar erscheint.

Die klinische Erfahrung zeigt zwischenzeitlich, dass die Konfliktdiagnostik einen wichtigen Beitrag auch bei der Fokusformulierung leisten kann, ohne dass jedoch der führende Konflikt mit dem Behandlungsfokus identisch sein müsste. Hier eröffnen sich aufgrund der Klarheit der in der OPD konzeptualisierten Konflikte spannende neue Forschungsfelder.

Literatur

- Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Huber, Bern (2. Aufl 1998) (engl. Aufl im Druck)
- Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV (1996). Beltz, Weinheim
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1990) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kap V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Dührssen A (1954/55) Das Problem der auslösenden Konfliktsituation in der Diagnostik psychogener Erkrankungen. *Z Psychosomat Med* 1: 45–51
- Eissler KR, Freud A, Kris M, Solnit A (1977) Psychoanalytic assessment: the diagnostic profile. Yale Univ Press
- Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierungen im Alter. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43: 46–54
- Heuft G, Hoffmann SO, Mans EJ, Mentzos S, Schüßler G (1997a) Das Konzept des Aktualkonfliktes und seine Bedeutung für die Therapie. *Z Psychosom Med* 43: 1–14
- Heuft G, Hoffmann SO, Mans EJ, Mentzos S, Schüßler G (1997b) Die Bedeutung der Biographie im Konzept des Aktualkonfliktes. *Z Psychosom Med* 43: 34–38
- Heuft G, Senf W (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Thieme, Stuttgart New York
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin, 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Perry JC, Luborsky L, Silberschatz G, Popp L (1989) An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same videotaped interview. *Psychiatry* 52: 302–323
- Schüßler G (1995) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Uni med, Lorch
- Weinryb RM, Rössel RJ (1991) Karolinska Psychodynamic Profile KAPP. *Acta Psych Scand* 83: 1–23
- Weisman A (1959) The psychodynamic formulation of conflict. *Arch Gen Psychiat* 1: 288–309

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Domagkstraße 11, D-48129 Münster, Bundesrepublik Deutschland.

Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft, Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster. Arbeitsschwerpunkte: Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie; Qualitätssicherung; Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; chronische Dyspepsie.

Dr. med. Gudrun Schneider, Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster. Arbeitsschwerpunkte: Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie; Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik.

Univ.-Prof. Dr. med. Sven Olaf Hoffmann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz, Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Arbeitsschwerpunkte: zahlreiche Publikationen und Lehrbücher aus dem gesamten Spektrum des Fachgebietes.

Univ.-Prof. Dr. med. Gerhard Schüßler, Vorstand der Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Innsbruck, Lehrstuhl für Medizinische Psychologie und Psychotherapie; Arbeitsschwerpunkte: psychosomatische und psychodynamische Grundlagen- und angewandte Forschung.