

Zur Konfliktdynamik bei chronischer Depression – Ergebnisse zur Konflikt- und Strukturachse der OPD in der LAC-Studie¹

Johannes Kaufhold², Alexa Negele², Marianne Leuzinger-Bohleber²,
Lisa Kallenbach², Mareike Ernst², Ulrich Bahrke²

Summary

Conflict dynamics in chronic depression – Results of the conflict and structure axis using the OPD in the LAC Study

Objectives: Using the psychoanalytical theory on depression, we investigated whether the need for care conflicts and conflicts of self-worth predominate in chronically depressed patients on the conflict axes of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). Two additional questions examined whether passive modes dominate in the processing of conflicts and the extent to which the level of structure influences conflict and its processing.

Methods: In the course of the LAC Depression Study examining the effectiveness of psychoanalytic and behavioral therapeutic long-term treatments of chronically depressed patients, the axes conflict and structure of the OPD were assessed for 217 patients before the beginning of treatment.

Results: The need for care dominated self-sufficiency conflict, followed by individuation versus dependency and self-worth. The conflict of self-worth occurred most frequently for the second most important conflicts. The passive mode predominated with regard to the processing of conflicts. At higher levels of structure, the need for care and self-worth conflicts appeared more frequently. A lower level of structure was accompanied by a strong passive need for care and a passive processing of the individuation versus dependency conflict.

Conclusions: The results show a moderating effect of the structure on the processing of conflicts. From a clinical and theoretical perspective, the results refer to the influence of experienced losses in chronically depressed patients. This agrees with psychoanalytical concepts.

Z Psychosom Med Psychother 63/2017, 151-162

Keywords

Chronic Depression – Psychoanalytic Theory of Depression – Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) – Conflict Axis – Structure Axis

Zusammenfassung

Fragestellung: Ausgehend von psychoanalytischen Theorien zur Depression wird untersucht,

¹ Die Autoren danken Dr. Matthias von der Tann für die großzügige finanzielle Unterstützung, ohne die die OPD-Studie nicht möglich gewesen wäre. Desweiteren wird die LAC-Depressionsstudie von der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.), der Heidehof Stiftung und dem International Advisory Board der IPA (Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung) finanziell gefördert.

² Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt am Main.

ob bei chronisch depressiven Patienten in der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) Versorgungs- und Selbstwertkonflikte überwiegen. In zwei ergänzenden Fragestellungen wird erfasst, ob es eine Dominanz passiver Modi in der Konfliktverarbeitung gibt und welchen Einfluss das Strukturniveau auf Konflikt und Konfliktverarbeitung hat.

Methode: Im Rahmen der LAC-Depressionsstudie zur Wirksamkeit psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitbehandlungen bei chronisch depressiven Patienten wurden bei 217 Patienten vor Behandlungsbeginn die OPD-Achsen Konflikt und Struktur erhoben.

Ergebnisse: Als Hauptkonflikt dominiert der Versorgung vs. Autarkiekonflikt, gefolgt von Individuation versus Abhängigkeit. Bei den zweitbedeutsamsten Konflikten tritt der Selbstwertkonflikt am häufigsten auf. Hinsichtlich der Konfliktverarbeitung überwiegt ein passiver Modus. Bei höherem Strukturniveau tritt häufiger der Versorgungs- und Selbstwertkonflikt auf. Ein niedrigeres Strukturniveau geht mit starken passiven Versorgungswünschen und aktiver Verarbeitung des Individuationskonflikts einher.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen einen moderierenden Effekt des Strukturniveaus auf die Konfliktgestaltung. In klinisch-theoretischer Hinsicht weisen sie auf den Einfluss von Verlust Erfahrungen bei chronisch depressiven Patienten hin, was in Übereinstimmung mit psychoanalytischen Konzepten zu Depression steht.

1. Einführung

In den knapp 100 Jahren intensiver Beschäftigung mit Depression, die laut WHO (2001) zur häufigsten Volkskrankheit in entwickelten Staaten zählt, hat die Psychoanalyse ein reichhaltiges Wissen über die ihr zugrundeliegenden Psychodynamiken erworben. In „Trauer und Melancholie“ entwickelte Freud (1917) die zentrale Annahme, dass Depression eine Reaktion auf den Verlust eines bedeutsamen Objekts darstellt, wobei es sich dabei sowohl um ein reales äußeres Objekt als auch um eine innere bedeutsame Objektrepräsentanz handeln kann. Im Zentrum steht die psychische Verarbeitung der Verlusterfahrung. In der Depression ist die gegenüber dem Liebesobjekt bestehende Ambivalenz durch Enttäuschungen und Kränkungen so stark, dass das Objekt nicht aufgegeben werden kann. Es kommt zu einer narzisstischen Identifizierung, durch die das Objekt ins Ich aufgenommen wird. Als Folge ist das Objekt als „Schatten“ präsent, und der Hass, der dem Objekt gilt, richtet sich nun gegen das Ich.

In seinem Übersichtsartikel zu psychoanalytischen Depressionstheorien führt Bohleber (2010) aus, dass Weiterentwicklungen nach Freud zunächst die sadistische Qualität des Überichs und darin die Aggression ins Zentrum rückten, siehe insbesondere Klein (1960). Dagegen betont Jacobsen (1977) den Einfluss frühkindlicher Frustrationen und Enttäuschungen, die eine übermäßige Idealisierung des Liebesobjekts zur Folge haben. Narzisstische Kränkungen führen zu einer Entwertung des Liebesobjekts, die nur ertragen werden kann, indem allmächtige Eltern-Imagines ins Überich introjeziert werden, die entwerteten hingegen ins Ich. So kann an der Hoffnung auf Liebe festgehalten werden, das Ich ist aber der Feindseligkeit der idealisierten Imagines ausgesetzt. Schließlich wurde die Depression im narzisstischen Regulationssystem angesiedelt als Spannung zwischen ausgeprägten narzisstischen Erwar-

tungen und Idealen sowie der Unfähigkeit, diesen nachzukommen. Die dominierenden Affekte sind Scham, Verlassenheitsangst, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Sidney Blatt (Blatt et al. 1976) unterscheidet zwei Formen von Depressionen: Bei einer abhängig-anaklitischen Depression dominieren Verlassenheits-, Vernichtungs- und Verarmungsängste. Bei einer introjektiv-selbstkritischen Depression dagegen sind die Objektrepräsentanzen von ambivalenten Zügen mit Feindseligkeit, Aggression und Über-Idealisierung geprägt.

Nach Bohleber (2010) dominiert bei neueren Ansätzen eine integrative Sichtweise. So geht Bleichmar (2013) beispielsweise davon aus, dass der chronisch depressive Zustand die gemeinsame Endstrecke unterschiedlicher Pathogenesen darstellt. Dies bezieht sich sowohl auf ein Zusammenwirken von Psyche und Biologie als auch eine Vielzahl unterschiedlicher Konfliktdynamiken und internalisierter Objektbeziehungen. Für den Ausbruch einer Depression verantwortlich ist ein Gefühl der Hilflosigkeit. Es gibt eine Fixierung auf einen zentralen Wunsch, der nicht verwirklicht, aber auch nicht aufgegeben werden kann. Diese Unerfüllbarkeit zieht ein Gefühl tiefer Hilflosigkeit und Machtlosigkeit nach sich. Neben Aggression können Schuld und Schuldgefühle, Frustrationen bei der Verwirklichung narzisstischer Bestrebungen, narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Verfolgungsängste, Ich-Defizite oder traumatische Erfahrungen Ursachen einer Depression sein. Diese Faktoren können einzeln, in Kombination oder Sukzession wirksam werden.

Diese innere Welt der Selbst- und Objektrepräsentanzen manifestiert sich notwendigerweise als konflikthafte inneres und äußeres Geschehen. Solche psychodynamischen Konflikte im Selbst- und Beziehungserleben sind auch Gegenstand der Konfliktachse der OPD. Als gut validiertes Instrument (Cierpka et al. 2007; Cierpka et al. 2001; Schneider et al. 2008) erlaubt sie es, ein breites Spektrum unterschiedlicher Konfliktkonstellationen zu erfassen. Dabei geht es um unbewusste und zeitlich überdauernde Konfliktmuster, die in einem aktiven oder passiven Modus auftreten. In der aktiven Form dominiert eine kontraphobische, bei der passiven eine regressive Verarbeitung (Arbeitskreis OPD 2006). Theoretisch gründen die ausgewählten Konflikte auf einem Motivationssystem, das neben der psychoanalytischen Konflikttheorie auf der Bindungstheorie und konflikthafter Interaktionserfahrungen basiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Konflikt und Struktur miteinander verwoben sind: Dominieren bei geringerer Struktur Konfliktschemata, die um Grandiosität/Abwertung kreisen, treten bei höherem Strukturniveau neurotische Konflikte auf, bei denen es um die Beziehungsgestaltung zur Selbstwertregulation geht (s. OPD 2006, S. 99–102). Empirisch konnten Rudolf et al. (2004) die Konflikte in drei Gruppen einteilen: ein geringes Strukturniveau korreliert mit *Individuation versus Abhängigkeit* und *Selbstwertkonflikt*, ein mäßiges mit *Versorgung versus Autarkie* und *Schuldkonflikt* und ein gutes mit *ödipalem Konflikt* und *Unterwerfung versus Kontrollkonflikt*. Als Bindungskonflikt verorten sie den depressiven Grundkonflikt primär im Bereich des Selbstwertkonflikts mit Überschneidungen zu *Individuation versus Abhängigkeit* und *Versorgung versus Autarkie*.

Zur Frage nach OPD-Konfliktmustern bei bestimmten psychischen Erkrankungen gibt es bisher keine eindeutige empirische Befundlage. Dies hängt damit zusam-

men, dass die meisten Studien an unausgelesenen stationär-psychosomatischen Patientenkollektiven erfolgten. Für stationäre psychosomatische Patienten trat in der Studie von Grande et al. (1998) zur Häufigkeit der beiden wichtigsten Konflikte der Selbstwertkonflikt (23 %), gefolgt vom Schuldkonflikt (17 %) und schließlich dem *Versorgung versus Autarkiekonflikt* (15 %) auf. In der Studie von Schneider (2008) dominierte als Hauptkonflikt der *Versorgung versus Autarkiekonflikt* (32 %) und der Selbstwertkonflikt (25 %). In einer Studie mit einem großen Stichprobenumfang (n = 2222) von Pieh et al. (2009) war der häufigste Konflikt *Individuation versus Abhängigkeit* (27 %), gefolgt vom *Selbstwertkonflikt* (18 %). Diese Studie basiert aber im Gegensatz zu den anderen Studien nicht auf videogestützten Ratings, sondern auf einer therapeutischen Einschätzung.

In einer störungsspezifischen Studie mit depressiven Patienten in (teil-)stationärer Behandlung fand Rost (2011), dass der *Versorgung versus Autarkiekonflikt* (44 %) und der *Selbstwertkonflikt* (28 %) dominierten, *Schuldkonflikte* und *ödipale Konflikte* hingegen nur in geringem Ausmaß auftraten. Mit Bezug auf die Studie von Schneider et al. (2008) kommt Rost zu der Schlussfolgerung, dass sich bei depressiven Patienten keine störungsspezifischen Konfliktmuster finden lassen. Auch die bei einem depressiven Störungsbild zu erwartende passive Verarbeitung des Konflikts konnte Rost nicht bestätigen, stattdessen trat eine aktive Verarbeitung mit 50 % knapp häufiger als eine passive (44 %) auf. Die Schlussfolgerung fehlender störungsspezifischer Konfliktmuster ist allerdings insofern problematisch, da der Studie von Schneider et al. (2008) nicht zu entnehmen ist, wie hoch der Anteil depressiver Patienten in der Stichprobe war. Nach Probst et al. (2009) machen depressive Störungen etwa 45 % der Diagnosen in psychosomatischen Kliniken aus.

Die LAC-Studie vergleicht psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression, näheres zur Studie siehe Beutel et al. (2012). Es handelt sich um eine Patientengruppe, die bei einem Mittelwert von 32.6 im Beck-Depressions-Inventar (BDI-2) in den Bereich schwere Depression fällt. Die Patienten weisen entweder eine depressive Episode von mindestens einem Jahr, beziehungsweise eine Dysthymie von mindestens zwei Jahren auf, bei vielen ist die tatsächliche Erkrankungsdauer deutlich länger. Über zwei Drittel der Patienten befanden sich bereits in psychotherapeutischen Vorbehandlungen, oft mehrfach. 60 % der Patienten waren vor Behandlungsbeginn arbeitsunfähig, häufig mehrmonatig. Der Anteil von Patienten ohne Beziehung ist deutlich höher als der Bundesdurchschnitt, dies gilt auch für die Scheidungsrate.

In Bezug auf die OPD-Konfliktverteilung in der LAC-Studie lässt Blatt (Blatt et al. 1976) Konzept einer anaklitischen Depression erwarten, dass *Individuation versus Abhängigkeit* mit dem Thema enge Beziehung und Symbiose, *Versorgung versus Autarkie* mit Wünschen nach Versorgung und Geborgenheit, und *Selbstwert* bei der introjektiven Depression die Konflikte prägen. Dem steht bei Bleichmar (2013) und Taylor (2010) die Annahme entgegen, dass in der Psychodynamik der Depression eine Vielzahl von Objektbeziehungskonfigurationen in unterschiedlicher Bedeutsamkeit zusammenwirken, was gegen die Dominanz einzelner weniger Konfliktmuster spricht. Dem entspricht auch das Rating der OPD, bei dem jeder der Konflikte

nach seiner jeweiligen Bedeutsamkeit eingeschätzt wird. Als weitere Frage soll auf die von Rudolf et al. (2004) postulierten Zusammenhänge von Konfliktart und Strukturturniveau bei chronisch depressiven Patienten eingegangen werden.

Folgende Fragestellungen werden untersucht:

1. Lässt sich die Dominanz von *Versorgungs-* und *Selbstwertkonflikt* bei chronisch depressiven Patienten bestätigen?
2. Wie ist das Verhältnis von aktiven und passiven Modi der Verarbeitung der Hauptkonflikte?
3. Unterscheiden sich Konfliktverteilung und Modus der Verarbeitung in Abhängigkeit vom Strukturturniveau?

2. Methode

2.1. Stichprobe

Einschlusskriterien für die LAC-Studie waren Patienten zwischen 21 und 60 Jahren mit einer depressiven Episode von mindestens zwölf Monaten oder einer Dysthymie oder Double Depression, sowie eine Symptomschwere gemessen mit dem Quick Inventar Depressiver Symptome, QIDS-C, von mehr als 9 und im Beck Depressions Inventar, BDI-2, von mehr als 17 Punkten. Ausschlusskriterien waren eine psychotische Symptomatik, Substanzabhängigkeit, Borderline, schizotypische, schizoide, paranoide oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen sowie akute Suizidalität. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Beutel et al. (2012).

Als Stichprobe wurden 268 chronisch depressive Patienten im Zeitraum zwischen 2007 und 2013 rekrutiert. Einer Behandlung unterzogen sich 238 Patienten. Von 217 dieser Patienten liegen OPD-Interviews vor Behandlungsbeginn vor.

70 % der 217 Patienten sind weiblich. Das Durchschnittsalter liegt bei 41 Jahren, die Standardabweichung beträgt 10.4 Jahre. Als Diagnosen lagen bei 58.5 % entweder eine depressive oder mehrere depressive Episoden, bei 13.4 % eine Dysthymie und bei 28.1 % eine Double Depression vor.

2.2. OPD-Diagnostik

Die Auswertung beschränkt sich auf die Konflikt- und Strukturachse der OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2006), zusätzlich wurde zur Erfassung von Veränderungen im Therapieprozess die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS, Rudolf et al. 2000) eingesetzt. Die OPD-Konfliktachse erfasst sieben unbewusste Konflikte des Patienten. Die Skalierung erfolgt in fünf Stufen von „nicht vorhanden“ bis „sehr bedeutsam“. Je nach Art der Hauptkonflikte fand sich bei Schneider et al. (2008) eine Interraterreliabilität im Bereich von 0.5–0.83, bei Rost (2011) lag der ICC zwischen 0.31–0.8. Diese zum Teil eher moderaten Koeffizienten erklären sich mit der Beobachtungsferne unbewusster Konflikte.

Das psychische Funktionsniveau der Strukturachse wird auf den Dimensionen Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerung, emotionale Kommunikation und Bin-

dung bestimmt. Diese Bereiche sind dabei unterteilt jeweils in ihrem Bezug auf ein psychisches „Innen“ und ein soziales „Außen“. Zusätzlich erfolgt eine Gesamteinschätzung des Strukturniveaus von „gut“ bis „desintegriert“, durch die Verwendung von Zwischenstufen gibt es insgesamt sieben Stufen. Benecke et al. (2009) fanden eine gute bis sehr gute Interraterreliabilität von 0.61–0.82 für die verschiedenen Dimensionen und von 0.83 für das Gesamtniveau.

2.3. Durchführung

Die OPD-Interviews erfolgten vor Behandlungsbeginn, für die Interviewer verblindet hinsichtlich der Zuweisung der Patienten zur Behandlungsgruppe und Therapieart³. Die videoaufgezeichneten Interviews wurden in einem ersten Schritt separat von zwei klinisch erfahrenen und zertifizierten OPD-Diagnostikern hinsichtlich Konflikt und Struktur geratet. In einem zweiten Schritt erfolgt ein Konsensrating. Ebenfalls im Konsens werden abschließend die für den jeweiligen Patienten fünf zentralen Foki auf der HSCS bestimmt. Zusätzlich werden zur Qualitätssicherung jährliche Rater-Workshops zur Überprüfung der Interraterreliabilität abgehalten.

An der Auswertung der OPD-Interviews waren insgesamt zehn Rater in insgesamt elf Raterpaarkombinationen beteiligt. Da in der umfangreichen Trainingsphase⁴ bereits Interviews im Konsens geratet wurden, liegen nur von 157 Interviews Daten zu den Paarratings vor. Drei Raterpaare mit 33, 40, 45 Interviews haben dabei zusammen 78 % der Interviews ausgewertet, die anderen Raterkombinationen treten selten auf. Bezüglich der Interraterreliabilität der Konfliktachse weist der ICC Werte zwischen 0.52 bis 0.65 auf (K1: 0.59, K2 0.52, K3 0.64, K4 0.53, K5 0.65, K6 0.60, K7 0.08). Lediglich der ICC des *Identitätskonflikts* fällt mit 0.08 sehr niedrig aus, dieser wurde jedoch lediglich zwei Mal geratet. Für die Strukturachse liegt die Interraterreliabilität der acht Dimensionen zwischen 0.58 bis 0.7, bei 0.76 für das Gesamtniveau (Selbstwahrnehmung 0.68, Objektwahrnehmung 0.62, Selbstregulierung 0.63, Regulierung Objektbezug 0.60, Kommunikation innen 0.58, Kommunikation außen 0.64, Bindung innere Objekte 0.64, Bindung äußere Objekte 0.7). Entsprechend kann insgesamt festgestellt werden, dass sich die Interraterreliabilität der LAC-Studie trotz der hohen Rateranzahl im Bereich anderer Untersuchungen bewegt.

2.4. Auswertung

Die statistischen Auswertungen wurden mit dem Statistik Programm SPSS 22.0 für den Macintosh durchgeführt. Kategoriale Analysen wurden als Häufigkeitsvergleiche in Form von χ^2 -Verfahren berechnet.

³ Die OPD-Interviews und -ratings erfolgten nach unter Mitarbeit von Valentina Albertini, Ulrich Bahrke, Katharina Bakker, Heinrich Deserno, Ingeborg Göbel-Ahnert, Amelie Klambeck, Rosalba Maccarone-Erhardt, Alexa Negele, Nicole Pfenning-Meerkötter, Angelika Ramshorn-Privitera, Sabine Stehle, Christa Sturmfels und Heike Westenberger-Breuer.

⁴ durch Claudia Oberbracht und Henning Schauenburg

3. Ergebnisse

3.1. Verteilung der Konflikte

Bei den Hauptkonflikten dominiert mit 43 % der *Versorgung versus Autarkiekonflikt*. Mit knapp 20 % folgt der *Individuation versus Abhängigkeitskonflikt*. Im Gegensatz zu den Hypothesen tritt der *Selbstwertkonflikt* mit 18 % nicht auffällig häufig als Hauptkonflikt auf. Kaum kommen *ödipale Konflikte* und *Identitätskonflikte* vor. Dass der *Selbstwertkonflikt* eine bedeutsame Rolle spielt, zeigt sich bei den Ergebnissen zu den zweitbedeutsamsten Konflikten. Hier ist der *Selbstwertkonflikt* mit 31 % der am häufigsten auftretende Zweitkonflikt, gefolgt von *Unterwerfung versus Kontrolle* (25 %) und *Versorgung versus Autarkie* (19 %). Bei Betrachtung der Kombinationen der beiden jeweils bedeutsamsten Konflikte zeigt sich, dass ein *Versorgung versus Autarkiekonflikt* am häufigsten mit dem *Selbstwertkonflikt* oder mit dem Konflikt *Unterwerfung versus Kontrolle* einhergeht.

3.2. Zum Modus der Konfliktverarbeitung

Ein überwiegend aktiver Modus tritt bei 11 % auf, ein gemischt – eher aktiver bei 30 %, ein gemischt – eher passiver bei 32 % und ein vorwiegend passiver bei 27 %. Bei Zusammenfassung von überwiegend aktiv und gemischt eher aktiv zu einem aktiven Modus und überwiegend passiv und gemischt eher passiv zu einem passiven Modus überwiegt der passive Modus (59.1 %) gegenüber dem aktiven Modus (40.9 %) deutlich. In Hinblick auf die einzelnen Konflikte ist beim *Versorgung versus Autarkiekonflikt* und beim *Selbstwertkonflikt* der passive Modus stärker ausgeprägt, während beim *Individuation versus Abhängigkeitskonflikt* der aktive Modus häufiger auftritt (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Hauptkonflikte und Modus der Konfliktverarbeitung

	Hauptkonflikt		2. wichtigster Konflikt		Gesamt		Modus Hauptkonflikt			
	N	%	N	%	N	%	aktiv		passiv	
							N	%	N	%
K1 Individuation vs. Abhängigkeit	41	20.0	11	5.4	52	12.7	21	10.3	19	9.4
K2 Unterwerfung vs. Kontrolle	26	12.7	50	24.5	76	18.6	11	5.4	15	7.4
K3 Versorgung vs. Autarkie	88	42.9	38	18.6	126	30.1	34	16.7	53	26.1
K4 Selbstwertkonflikt	36	17.6	63	30.9	96	23.5	11	5.4	25	12.3
K5 Schuldkonflikt	11	5.4	22	10.8	33	8.1	4	2.0	7	3.4
K6 ödipaler Konflikt	1	0.5	19	9.3	20	4.9	1	0.5		
K7 Identitätskonflikt	2	1.0	1	0.5	3	0.7	1	0.5	1	0.5
Gesamtsumme	205	100.0	204	100.0	409	100.0	83	40.8	120	59.1

3.3. Der Zusammenhang von Konflikt und Struktur

Das Gesamtstrukturniveau verteilt sich wie folgt: gut-mäßig 12 (5.6 %), mäßig 142 (66.4 %), mäßig-gering 48 (22.4 %) und gering 12 (5.6 %). Für Analysen des Zusammenhangs von Konflikt und Struktur wurden die Patienten in zwei Gruppen mit einem Cut-Off-Wert bei „mäßig“ zugeordnet: ein höheres Strukturniveau mit Ratings im Bereich „gut“ und „gut-mäßig“ (N = 151) sowie ein niedrigeres im Bereich „mäßig“ und „mäßig-gering“ (N = 63).

Bei geringerem Strukturniveau kommt hochsignifikant häufiger der *Individuation versus Abhängigkeitskonflikt* vor. Bei höherem Strukturniveau treten dagegen hochsignifikant häufiger der *Versorgung versus Autarkiekonflikt* und der *Selbstwertkonflikt* auf (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Häufigkeiten, Prozente und standardisierte Residuen der Hauptkonflikte bei höherem und niedrigerem Strukturniveau

Konflikt	SN+		Res	SN–		Res	χ^2	p
	N	%		N	%			
K1 Individuation vs. Abhängigkeit	17	11.6	3.4	23	41.1	–2.2	18.65	0.000***
K2 Unterwerfung vs. Kontrolle	18	12.2	–0.9	8	14.3	–0.6	0.3	0.87
K3 Versorgung vs. Autarkie	70	47.6	–1.6	17	30.4	1.0	6.92	0.009**
K4 Selbstwertkonflikt	33	22.4	–1.1	3	5.4	0.7	9.28	0.002**
K5 Schuldkonflikt	7	4.8	0.1	4	7.1	–0.1	0.27	0.61
K6 ödipaler Konflikt			–0.7	1	1.8	–0.4		
K7 Identitätskonflikt	2	1.4	–0.1			0.1		
Gesamtsumme	142	100		63	100			

Bei einer Berücksichtigung des Modus der Konfliktverarbeitung zeigt sich zudem, dass bei niedrigerem Niveau genauso oft eindeutig aktive/passive Richtungen wie gemischte auftreten. Bei höherem Niveau dagegen kommen signifikant häufiger Mischformen vor ($\chi^2 p < .05$). Auch tritt bei niedrigem Strukturniveau der aktive Modus tendenziell häufiger auf als bei höherem Strukturniveau ($\chi^2 p = .06$). Bei Betrachtung der einzelnen Konflikte wird deutlich, dass dies besonders für den *Versorgung versus Autarkiekonflikt* gilt. So dominiert beim höheren Strukturniveau die passive Variante, beim niedrigen Strukturniveau dagegen deutlich die aktive ($\chi^2 p < .01$). Der *Versorgung versus Autarkiekonflikt* kommt bei höherem Strukturniveau genauso häufig in aktiver wie passiver Form vor, während bei niedrigem Strukturniveau die passive Variante im Sinne eines ausgeprägten Versorgungswunsches dominiert ($\chi^2 p < .01$). Beim Konflikt *Unterwerfung versus Kontrolle* sowie *Selbstwert* und *Schuldkonflikt* gibt es diesbezüglich keine Unterschiede (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Häufigkeiten, Prozente und standardisierte Residuen aktiver und passiver Modus der einzelnen Hauptkonflikte bei höherem und niedrigerem Strukturniveau

Konflikt	SN+						SN–					
	aktiv			passiv			aktiv			passiv		
	N	%	Res	N	%	Res	N	%	Res	N	%	Res
K1 Individuation vs. Abhängigkeit	6	4.1	–1.0	11	7.5	1.0	15	26.8	0.8	8	14.3	–0.9
K2 Unterwerfung vs. Kontrolle	7	4.8	–0.2	11	7.5	0.2	4	7.1	0.3	4	7.1	–0.3
K3 Versorgung vs. Autarkie	32	21.8	0.9	38	25.9	–0.7	2	3.6	–1.8	15	48.4	1.4
K4 Selbstwertkonflikt	10	17.2	0.0	23	15.6	0.0	1	1.8	0.1	2	3.6	–0.1
K5 Schuldkonflikt	2	1.4	–0.3	5	3.4	0.3	2	3.6	0.5	2	3.6	–0.3
K6 ödipaler Konflikt							1	1.8				
K7 Identitätskonflikt	1	0.7		1	0.7							
Gesamt	58	39.5		89	60.5		25	44.6		31	55.4	

4. Diskussion

Die LAC-Studie konzentriert sich auf die Untersuchung chronischer Formen von Depression. Die Dauer und Schwere der Symptomatik dieser Stichprobe mit einer häufig langen depressiven Vorgeschichte und der damit klaren Störungsspezifität macht sie für die Untersuchung der Konfliktachse besonders interessant. Die Größe der Stichprobe erlaubt zudem die Berücksichtigung des Strukturniveaus und dessen Einfluss auf die Konfliktgestaltung.

Hinsichtlich der Verteilung der Hauptkonflikte dominiert in dieser Untersuchung wie auch bei Rost (2011) mit fast identischen Prozentwerten und deutlichem Abstand der *Versorgungskonflikt*. Insbesondere im Vergleich mit Studien an nicht störungsspezifischen Patientengruppen ist die Auftretenshäufigkeit des *Versorgungskonflikts* mit über 42 % sehr groß. Dieser Konflikt ist von der Spannung zwischen einem ausgeprägten Versorgungswunsch beziehungsweise dessen Abwehr in Form von Altruismus und Selbstgenügsamkeit geprägt. Der zweithäufigste Hauptkonflikt *Individuation versus Abhängigkeit* bildet starke Nähe- beziehungsweise Symbiosewünsche versus forcierte Distanz ab. Der *Selbstwertkonflikt* tritt als Hauptkonflikt weniger häufig auf, als nach vielen psychoanalytischen Konzepten zu erwarten gewesen wäre. Allerdings ist er der häufigste zweitbedeutsamste Konflikt, was deutlich macht, dass dem narzisstischen Regulationsystem gleichwohl in der depressiven Psychodynamik eine wichtige Bedeutung zukommt. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Blatts (Blatt et al. 1976) Konzept einer distinkten Aufteilung in objekt- und selbstbezogene Formen der Depression. Stattdessen kann von einem Zusammenwirken dieser beiden Dimensionen ausgegangen werden, was den Konzeptualisierungen von Bleichmar (2013) und Taylor (2010), aber auch dem Konfliktverständnis der OPD (2006) entspricht.

Obwohl in der psychoanalytischen Literatur die Bedeutung von Schuldgefühlen betont wird, tritt der *Schuldkonflikt* als Konfliktthema selten auf. Dies dürfte auf die Dominanz von Motiven der Versorgung, Individuation und des Selbstwerts zurückzuführen sein, die ein Schuldthema allerdings verdeckt beinhalten können.

Für die Annahme der OPD (2006), dass Konflikt und Struktur Pole einer klinischen Ergänzungsreihe darstellen (s. a. Mentzos 1991), wobei die Struktur die Folie für die Ausgestaltung des konflikthaften Geschehens liefert, finden sich in den Ergebnissen vielfältige Belege. So dominiert bei höherem Strukturniveau signifikant häufiger der *Versorgung versus Autarkiekonflikt*, während bei niedrigerem Strukturniveau der *Individuation versus Abhängigkeitskonflikt* am häufigsten auftritt. Diese Ergebnisse replizieren die Befunde von Rudolf et al. (2004). Nicht bestätigt wurde jedoch, dass der *Selbstwertkonflikt* mit einem geringen Strukturniveau einhergeht.

In Hinblick auf den Modus der Konfliktverarbeitung dominiert trotz des Überwiegens von Mischtypen insgesamt der passive Modus, der sich dem Krankheitsbild insbesondere der chronischen Depression mit ausgeprägten Ohnmachtserfahrungen einfügt. Aber auch hier hat das Strukturniveau eine zentrale moderierende Funktion: So treten bei höherem Strukturniveau signifikant mehr Konflikte in aktiv-passiven Mischformen auf. Dies verweist auf eine höhere Fähigkeit, Spannung und Ambivalenz zu ertragen. Auf der Ebene der einzelnen Konflikte kommen bei höherer Struktur alle Konflikte ähnlich häufig in passiver wie aktiver Form vor, dies deutet auf eine größere Flexibilität in der Konfliktgestaltung hin. Bei niedrigerem Strukturniveau dominiert beim *Versorgung versus Autarkiekonflikt* fast vollständig der passive Modus. Dies verweist auf die schon erwähnte ausgeprägte Objektsehnsucht, an der anklammernd und abhängig nach einer Phase der altruistischen Erschöpfung festgehalten wird. Entsprechend fehlt die Möglichkeit, diese Wünsche im aktiven Modus zu befrieden. Beim *Individuation versus Abhängigkeitskonflikt* hingegen tritt bei niedrigem Strukturniveau doppelt so häufig der aktive Modus auf, der von übersteigerter emotionaler und existentieller Unabhängigkeit, Angst vor Nähe und Verschmelzung sowie dem Vermeiden von Kontakt geprägt ist. Diese Befunde legen nahe, dass bei Patienten mit niedrigem Strukturniveau entweder starke Anklammerungstendenzen oder aber totale Beziehungsvermeidung dominieren.

Psychodynamisch betrachtet beziehen sich sowohl der *Versorgung versus Autarkiekonflikt* als auch der *Individuation versus Abhängigkeitskonflikt* auf erlebte Abhängigkeit. Ersterer umfasst die „Abhängigkeit in der Beziehung“, zweiterer die „Abhängigkeit von der Beziehung“. In der Beziehung ist es die Angst vor dem Verlust der Liebe des Objekts, während sich die Abhängigkeit von der Beziehung auf Angst vor Trennung vom Objekt bezieht. Wie in der Einleitung ausgeführt, spiegelt sich in beidem die seit Freud (1917) und Jacobsen (1977) für das depressive Geschehen als zentral erachtete Erfahrung eines erlebten Objektverlusts und der als unerfüllbar erlebten Sehnsucht nach diesem Objekt wider (Bleichmar 2013). Die Differenzen sind primär auf die unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeit, Ambivalenz zu ertragen oder zu Spaltung zu neigen, und dem Steuern von Impulsen, insbesondere von Aggressionen, zurückzuführen. Die Frage, ob dem *Versorgung versus Autarkiekonflikt* oder dem *Individuation versus Abhängigkeitskonflikt* unterschiedliche

Verlusterfahrungen beziehungsweise Verarbeitungsmöglichkeiten zugrundeliegen, liegt nahe. Sie kann aber vor dem Hintergrund fehlender Daten und dazu erforderlicher Einzelfallbetrachtungen hier nicht beantwortet werden. Allerdings berichten nach einer Studie zum Zusammenhang von Trauma und Depression mit dem Childhood Trauma Questionnaire knapp 74 % der LAC-Patienten von klinisch bedeutsamen, häufig multiplen Kindheitstraumatisierungen insbesondere im Primärbeziehungsgeschehen (Negele et al. 2015).

Abschließend soll hervorgehoben werden, dass die Ergebnisse aufgrund des Fehlens einer klinischen Vergleichsgruppe und der sich daraus ergebenden Problematik der Verallgemeinerbarkeit einen eher explorativen Charakter haben. Dennoch gibt es für die Depression mit dieser Studie nun eine zweite OPD-Studie, die hinsichtlich der Dominanz des *Versorgungskonflikts* zu gleichen Ergebnissen kommt wie Rost (2011) und im Hinblick auf die Konfliktverteilung als Grundlage für etwaige Vergleiche mit anderen Störungsbildern dienen kann. Auch die Befunde zum Zusammenhang von Konflikt, Modus der Verarbeitung und Struktur können entsprechend vorsichtig als Beleg für das Verwobensein von Konflikt und Struktur verstanden werden und legt eine Überprüfung und Vertiefung dieser Zusammenhänge nahe.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W., Doering, S. (2009): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2-Strukturachse. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 84–96.
- Beutel, M. E., Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Bahrke, U., Negele, A., Haselbacher, A., Fiedler, G., Keller, W., Hautzinger, M. (2012): Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 13, 117–130.
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P., Quinlan, D. M. (1976): Experiences of depression in normal young adults. *J of Abnorm Psych* 85, 383–389.
- Bleichmar, H. (2013): Verschiedene Pfade, die in die Depression führen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U., Negele, A. (Hg.): *Chronische Depression: Verstehen – Behandeln – Erforschen*, S. 82–97. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bohleber, W. (2010): Editorial. Zur Psychoanalyse der Depression. Erscheinungsformen – Behandlung – Erklärungsansätze. *Psyche* 59, 781–788.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüßler, G., Heuft, G., Dahlbender, R. W., Schauenburg, H., Schneider, G. (2001): Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut* 46, 122–133.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., Stasch, M., von der Tann, M. (2007): The operationalized psychodynamic diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopath* 40, 209–220.
- Freud, S. (1917): Trauer und Melancholie. *Gesammelte Werke* 10, S. 428–446. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Grande, T., Oberbracht, C., Rudolf, G. (1998): 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. 105–138. Bern: Huber.
- Jacobson, E. (1977): Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer, manisch-depressiver Zustände. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Klein, M. (1960): Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. *Psyche* 14, 256–283.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015): Working with severely traumatized, chronically depressed analysands. *Int J of Psychoanal* 96, 611–636.
- Mentzos, S. (1991): Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Leuzinger-Bohleber, M. (2015): Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depress Res Treat* 1, 1–11.
- Negele, A., Kaufhold, J., Leuzinger-Bohleber, M. (2016): Childhood trauma through patient and therapist perspectives: Linking chronic depression to relational multiple trauma. *Psychoanal Psychother* 30, 300–328.
- Pieh, C., Frisch, M., Meyer, N., Loew, T., Lahmann, C. (2009): Validierung der Achse III (Konflikt) der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Z Psychosom Med Psychother* 55, 263–281.
- Probst, T., von Heymann, F., Zaudig, M., Konermann, J., Lahmann, C., Loew, T., Tritt, K. (2009): Effektivität einer stationärer psychosomatischen Krankenhausbehandlung – Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 407–420.
- Rost, R. (2011): Subtypen depressiver Persönlichkeitsentwicklung zur Validierung der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). Dissertation an der Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut* 45, 237–246.
- Rudolf, G., Grande, T., Jakobsen, T. (2004): Struktur und Konflikt: Gibt es strukturspezifische Konflikte? In: Dahlbender, R. W., Buchheim, P., Schüssler, G. (Hg.): *Lernen an der Praxis*, S. 195–205. Bern: Huber.
- Schneider, G., Mendler, T., Heuft, G., Burgmer, M. (2008): Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1) – empirische Ergebnisse und Folgerungen für die OPD-2. *Z Psychosom Med Psychother* 54, 46–62.
- Taylor, D. (2010): Therapiemanual für die „Tavistock Adult Depression Study“. *Psyche* 64, 833–861.
- WHO (2011): Gender and women's mental health. Zugriff am 20.03.2016 unter http://who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Johannes Kaufhold, Sigmund-Freud-Institut, Myliusstr. 20, 60323 Frankfurt am Main, E-Mail: kaufhold@sigmund-freud-institut.de