

Das gesunde Ich

Versuch einer aktuellen Grenzziehung zwischen Saluto- und Pathogenese

Dr. phil. Dipl. Psych. T. Grande, Heidelberg

Gehalten vor der NGaT in Malente am 11. November 2004

Gesundheit aus der Perspektive der Krankheit

Gesundheit ist eine Frage des Gleichgewichts, so ist es in den hippokratischen Schriften zu lesen. Das betont auch H.G. Gadamer (1993), der die Gesundheit des Menschen auf die Erfahrung des Gleichgewichts bezieht als »etwas, das sich gleichsam selbst und von selbst in seinen Bahnen hält«. Dem entspricht ein Wirken des Arztes, das nicht das Aufbauen einer neuen Gleichgewichtslage von Grund auf, sondern das Abfangen des schwankenden Gleichgewichts und ein Stärken der das Gleichgewicht bildenden Faktoren zum Ziel hat. Ganz in diesem Sinne gab Karl Menninger (1968) seinem Buch über »Seelische Gesundheit und Kreativität im Lebensprozess« den Titel: »Das Leben als Balance«. Darin gelangt er zu einer systemisch-prozesshaften Darstellung von Gesundheits- und Krankheitsvorgängen, die aus Bewältigungs- und Anpassungsbemühungen des intrapsychischen und interpersonellen Systems entspringen.

Für den Kliniker und Therapeuten ist Gesundheit das verlorene und anzustrebende Gut. Er beschäftigt sich mit ihr zumeist von einem Standpunkt des subjektiv Beeinträchtigten, objektiv Dysfunktionalen, also des Pathologischen. Von hier gesehen ist Gesundheit ein virtuelles Ideal, das zwar angestrebt, aber selten erreicht wird. Im kurativen Bereich geht es um die Wiederherstellung der verlorenen Gesundheit durch therapeutische Maßnahmen (wie wird man wieder gesund, wenn man krank ist?). Im Gegensatz dazu beschäftigt sich die Gesundheitspsychologie eher mit der Gesundheit als primär Gegebenem, das es zu erhalten und durch präventive Maßnahmen zu schützen gilt (wie verhindert man es, krank zu werden, wenn man gesund ist?). Als Voraussetzung dafür gilt es zu klären, welche genetischen Ausstattungen, sozialen Entwicklungsbedingungen, aktuellen Lebenskonstellationen und Verhaltensbereitschaften dazu beitragen, dass jemand »gesund« ist. Von besonderem Interesse ist hier die Frage, was er dazu beitragen kann, um gesund zu bleiben (das Thema der Salutogenese). Aus der Perspektive des Pathologischen betrachtet, gibt es nur eine begrenzte Anzahl von möglichen Beeinträchtigungen (z.B. Symptomen, Störungen), aber eine schier unendliche Fülle in der Bandbreite des Normalen, Gesunden.

Die Grenzlinie zwischen beiden Bereichen ist schwer zu ziehen, so dass sich der Kliniker in der Regel auf seine Pathologiekriterien beruft: Entweder sind die diagnostisch vereinbarten Kriterien einer Störung, zum Beispiel für das Vorliegen einer Magersucht, erfüllt, dann ist auch sein diagnostisches und therapeutisches Interesse aufgerufen; oder aber diese Kriterien sind nicht erfüllt, dann ist das Essverhalten einer speziellen jungen Frau vielleicht auffällig, aber kein Thema von Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit; sie ist nicht krank, also gesund. In Ermangelung einer Gesundheitsdefinition wird gesund als noch nicht krank verstanden.

Die Disposition zur Störung

Mit dieser einfachen Regelung sind freilich nicht alle Probleme gelöst, denn es fehlt eine Erklärung für das abrupte Auftreten von Störungen aus dem Zustand der Gesundheit heraus. Für den Kliniker ist es plausibel, hier Dispositionen anzunehmen, die in der Persönlichkeit bereitlagen und durch äußere Ereignisse aktiviert wurden. Im psychodynamischen Verständnis handelt es sich dabei um unbewusste Konfliktbereitschaften oder um strukturelle Vulnerabilitäten, die nun, vor dem Hintergrund einer aufgebrochenen Symptomatik, als pathogene Wirkmechanismen der Störung verstanden werden.

Ein Fallbeispiel:

Eine Frau von Anfang 50 wird auf dem Weg zur Arbeit in einen eher leichten Auffahrunfall verwickelt; sie erleidet ein Schleudertrauma, dessen Symptome binnen weniger Tage abklingen, doch stellt sich im Laufe einiger Wochen eine zunehmend intensive Schmerzsymptomatik im Nacken und Rücken ein, aufgrund derer sie für lange Zeit krankgeschrieben werden muss. Der Unfall war objektiv geringfügig, die Frau war vorher gesund/.die ausgeprägte Schmerzsymptomatik ist aus der Sicht der untersuchenden Neurologen und Orthopäden nicht ausreichend erklärbar. Ein psychodynamischer Blick auf die Lebenssituation der Patientin zeigt, dass sie sich in einem Umbruch befand. Als die einzige Tochter die Familie verließ, um auswärts zu studieren, hatte die Patientin sich entschlossen, sich nach 23-jähriger Ehe von ihrem alkoholkranken Mann zu trennen. Bis dahin hatte sie in ihrem Leben zwei wichtige Ziele verfolgt: den Zusammenhalt der Familie zu wahren und beruflich erfolgreich zu sein. Dass sie sich beiden Themen über Jahrzehnte hinweg mit äußerster Anstrengung und bis an den Rand der Erschöpfung gewidmet hatte, wird aus ihrem biographischen Hintergrund verständlich. Über mehrere Generationen hinweg hatte ihre Familie als Russlanddeutsche mehrmals die Heimat verloren und war Verfolgungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt gewesen, die man nur durch Disziplin, Unterordnung unter die jeweiligen Gegebenheiten und im engen familiären Zusammenhalt überstehen konnte. Der Ausbruch der Schmerzsymptomatik erfolgte nur scheinbar aus völliger Gesundheit heraus. Ein Blick auf die Lebenssituation lässt erkennen, dass der Bogen schon lange gespannt und überspannt war und schließlich bei einem geringfügigen äußeren Anlass zerbrach.

Wie ist die äußerlich unauffällige Persönlichkeitsstruktur vor Ausbruch einer aktuellen Erkrankung einzuschätzen? Karl Valentin könnte fragen: Was ist ein Springbrunnen, wenn er nicht springt? Alle strukturellen Voraussetzungen eines Springbrunnens sind gegeben, auch wenn zum Beispiel im Winter das Wasser abgestellt ist, dennoch fehlen die typischen Funktionen. Wahrscheinlich würden wir Voraussetzungen eines Springbrunnens sind gegeben, auch wenn zum Beispiel im Winter das Wasser abgestellt ist, dennoch fehlen die typischen Funktionen. Wahrscheinlich würden wir nicht zögern, auch einen ruhenden Springbrunnen als einen solchen zu bezeichnen, wenn wir ihn im Sommer in Funktion gesehen haben. Ein Fremder hingegen, der die Funktionsmöglichkeiten der Anlage nicht kennt, hat keinen zwingenden Anlass, darin einen Springbrunnen zu vermuten. Hier nähern wir uns der klinisch sehr bedeutsamen Thematik des Spannungsfeldes zwischen äußerem Erscheinungsbild und innerer Funktionsbereitschaft, zwischen Oberfläche und Tiefe, zwischen bewusst Intendiertem und ungewollt Sich-Er eignendem. Die Bereitschaft vieler Menschen, die äußere Erscheinung für das Eigentliche zu nehmen, lässt sie darüber staunen, dass ein biederer Familienvater plötzlich eine grässliche Tat begeht oder dass ein scheinbar unauffälliger Jugendlicher sich vor den Augen seiner Kameraden aus dem Fenster stürzt, oder, wie in dem obigen Fallbeispiel, dass eine lebensstüchtige Frau plötzlich eine schwere Schmerzsymptomatik entwickelt.

Hier wird das Bemühen eines Menschen, unauffällig normal zu erscheinen, als Ausdruck von gesunder Normalität genommen, während die mühsam kontrollierte und immer stärker andrängende Impulsivität oder Verzweiflung eines Menschen häufig nicht einmal von seinen nächsten Angehörigen und Freunden wahrgenommen wird. Hinter der beobachtbaren Realität des Verhaltens existiert eine Ebene subjektiver Realität und dahinter eine weitere Ebene der selbstverborgenen, bewusst nicht zugänglichen psychischen Bereitschaften. Es ist die große Stärke psychoanalytisch-psychodynamischen Persönlichkeitsverständnisses, sich diesen Schichtungen der Persönlichkeit diagnostisch und therapeutisch anzunähern. Dabei sind die Stichworte Konflikt und Struktur von großer Bedeutung.

Konfliktbereitschaft als Disposition

Die Konfliktthematik meint die Folgen schwieriger, belastender und enttäuschender Beziehungserfahrungen in frühen Lebensabschnitten, welche verinnerlicht wurden und alle künftigen Beziehungserwartungen in widersprüchlicher Weise prägen: Partiiell wird die Wiederholung der negativen Erfahrung befürchtet, zum Teil wird die schlussendliche Befriedigung eigener Bedürfnisse erhofft. Es sind die unterschiedlichen thematischen Akzente einer Konflikt disposition, welche das Erleben und Verhalten neurotisch einengt, ohne zwangsläufig bereits Symptomwert zu besitzen. Jemand ist neurotisch vorsichtig, abhängig, gewissenhaft, unaggressiv, gefühlsvermeidend, ohne dadurch bereits krank oder gestört zu erscheinen. Erst, wenn diese Handlungen das gesamte Leben durchsetzen und deutliche soziale Folgen zeigen, erfüllen sich die Kriterien einer Störung, zum Beispiel einer ängstlich abhängigen Persönlichkeitsstörung.

Oder aber es geschieht, dass auf dem Boden einer solchen konfliktneurotischen Entwicklung innere Spannungen anwachsen, bis sie in akuten Symptomen der krankheitswertigen Angst, des Zwangs, der depressiven Verzweiflung herausbrechen. Die Thematik der unbewussten Konfliktbereitschaft, welche das Erleben und die Verhaltensmöglichkeiten neurotisch einengt (ohne eindeutigen Krankheitswert) und die Konfliktaktualisierung durch äußere Ereignisse mit der Folge der krankheitswertigen neurotischen Symptombildung ist das klassische Thema der psychodynamischen Krankheitslehre und als solches hinreichend bekannt. Seine Bedeutung liegt nicht zuletzt darin, dass es die scheinbar klare Grenze zwischen krank und gesund insofern relativiert, als der Zustand von Nichtkranksein auch durch eine rigide Abwehr von andrängenden neurotischen Konflikten aufrechterhalten werden kann. Der oder die Betreffende befindet sich in einem fragilen Gleichgewicht und es genügen wie im obigen Beispiel der Somatisierung geringfügige hinzukommende Belastungen, um das System zusammenzubrechen und krankheitswertige Symptome entstehen zu lassen. Interessanterweise verfügen wir heute über eine ganze Reihe von Verfahren, mit deren Hilfe wir neurotische Konfliktbereitschaften diagnostisch erfassen und abbilden können; die Instrumente richten ihre Aufmerksamkeit vor allem auf die Dysfunktionalität von Beziehungsmustern (z. B. Verfahren zur Erfassung des zentralen Beziehungskonflikts [Luborsky 1988], der zyklisch maladaptiven Muster [Strupp u. Binder 1984], der pathogenen Überzeugungen [Weiss et al. 1986] oder auch der Auffälligkeiten im Sinne der OPD-Beziehungsachse [Grande et al. 1997]).

Die Bedeutung des Strukturniveaus

Mehr als die konfliktneurotischen Dispositionen sollen hier die strukturellen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit diskutiert werden: Wie eingeschränkt kann bei einem gesunden Menschen das strukturelle Funktionsniveau sein oder umgekehrt gefragt, wie eindeutig sind strukturelle Störungen gleichbedeutend mit Krankheit. -Ms Struktur wird im Sinne der OPD die habituelle Verfügbarkeit über psychische Funktionen verstanden. Gemeint sind jene psychischen Funktionen, welche die Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts (Struktur des Selbst) und der Beziehung zu den wichtigen Anderen (Struktur der Beziehung) gewährleistet. Struktur betrifft also das Selbst in der Beziehung zu den Anderen (Rudolf 1996; Rudolf et al. 1995; 1998; 2002a). Studien belegen den Zusammenhang von Strukturniveau und Schwere der psychischen Störung: Unter den stationären Patienten unserer Klinik ließen jene mit schweren Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline) eine deutlich höhere Quote an struktureller Einschränkung erkennen als Patienten mit leichten Persönlichkeitsstörungen (z.B. ängstlich abhängige) und von solchen mit symptomneurotischen Diagnosen (affektiven Störungen, Angststörungen (Rudolf et al. 2002b). Schneider et al. (2002) fanden in ihrer Ambulanzklientel das beste Strukturniveau bei Patienten ohne Psychotherapieindikation, ein reduziertes Niveau bei der Indikation zur Psychotherapie und das geringste bei Patienten mit psychiatrischer Indikation. Spitzer et al. (2002) zeigten bei stationären Psychotherapiepatienten eine signifikante negative Korrelation des Strukturniveaus mit den Skalen des Borderline-Persönlichkeitsinventars, in welchem Themen der Identität, der Nähe, der Abwehr und der Realitätsprüfung abgebildet werden.

Die strukturellen Auffälligkeiten sind, wie die Studien erkennen lassen, umso ausgeprägter, je schwerer die psychische Störung ist. Umgekehrt könnte man nun fragen, ob ein gutes Strukturniveau gleichbedeutend ist mit Gesundheit oder inwieweit Gesundheit mit struktureller Gestörtheit vereinbar ist. Um einer Antwort auf diese Frage näher zu kommen, werden wir zunächst eine Beschreibung des Verhaltens und Erlebens unter dem Einfluss des Strukturniveaus vornehmen.

Auf das Selbst bezogene strukturelle Störungen sind:

- Die Schwierigkeiten, die eigene innere Welt kognitiv zu reflektieren (Fähigkeit zur Selbstreflexion), ein überdauerndes Bild der eigenen Person zu gewinnen (Selbstbild, Identität) und die aktuelle innere Situation zu evaluieren (Affektdifferenzierung) verunmöglichen ein lebendiges sicheres Erleben der eigenen Person und des eigenen Körpers und erschweren die Orientierung in der Welt außerordentlich. Die Wahrscheinlichkeit, dass auf dieser Grundlage konflikthafte Beziehungen resultieren, ist groß.
- Die strukturelle Fähigkeit, eigene Impulse zu steuern und zu integrieren und die eigenen Affekte auszuhalten und zu regulieren, ist bei struktureller Beeinträchtigung herabgesetzt. Ebenso fehlt die Funktion, den eigenen Selbstwert auf einem mittleren Niveau zu halten oder ihn bei erfahrener Kränkung wieder zu stabilisieren. Jeder dieser Strukturaspekte macht den Betroffenen in hohem Maße stöbar und verletzlich. Von besonderer Bedeutung ist dabei der Umgang mit Aggressivität, die im ungünstigen Falle übersteuert und als Selbstschädigungstendenz gegen die eigene Person gerichtet wird.
- Von besonderer Bedeutung für das Wohlergehen der eigenen Person ist die Fähigkeit, für sich selbst gewissermaßen elterliche Funktionen übernehmen zu können, das heißt sich vor Schaden zu bewahren, sich zu beruhigen und zu ermutigen, sich zu verteidigen etc. Wer das aus strukturellen Gründen nicht kann, fühlt sich der bösen Welt schutzlos ausgeliefert, von ihr bedroht und verfolgt.

Strukturelle Störungen gehen einher mit affektiver Überflutung oder Erstarrung und liefern den Betroffenen einem erheblichen Stress aus. Die Versuche der Stressregulierung, die man bei strukturellen Störungen antrifft, sind in der Regel »ungesund«, so zum Beispiel die Einnahme von Alkohol und Drogen, die Selbstverletzung, das aggressive Agieren usw.

Auf die Objektwelt bezogene strukturelle Funktionen sind:

- Fehlende ganzheitliche Objektwahrnehmung und eingeschränkte Selbst-Objekt-Differenzierung machen es schwer, andere realistisch wahrzunehmen und mit ihnen aus angemessener Distanz handelnd und aushandelnd umzugehen. Es werden sehr enge Beziehungen angestrebt, die aber schnell bedrohlich und enttäuschend werden oder sich gar nicht realisieren lassen.
- Die interpersonelle Abwehr, das heißt die Tendenz, eigene Schwierigkeiten als von außen kommende Zumutungen zu erleben, führt dazu, dass der zwischenmenschliche Bereich durch Verwirrung, Verwicklung und Verstrickung belastet und dysfunktional gestaltet wird.

- Fehlende Empathiefähigkeit und das Fehlen objektbezogener Affekte erschweren es, ein emotionales Band zum Anderen zu knüpfen.

Ein Gefühl der Verbundenheit und Wechselseitigkeit lässt sich schwer herstellen. Es überwiegen Empfindungen von Leere, Kälte und Einsamkeit. » Die eingeschränkte Fähigkeit, sich emotional auszudrücken und sich verständlich zu machen, führen zu dem Gefühl der Isolierung, des Ausgeschlossenseins und des Andersseins. Die Schwierigkeit, sich den Botschaften anderer affektiv zu öffnen und sie zu verstehen, schafft zwischenmenschliche Situationen, in denen sich der Betroffene ratlos, desorientiert oder unter Umständen sogar bedroht fühlt. * Die fehlende Internalisierungsfähigkeit geht einher mit der Unfähigkeit, andere mit ihnen für die eigene Person positiven Möglichkeiten zu nutzen, sich auf sie zu verlassen, ihnen zu vertrauen, sich von ihnen anleiten und helfen zu lassen, letztlich auch sich gefühlsmäßig an sie zu binden. Unter diesen Voraussetzungen gelingen andererseits auch die Abschiede schwer, sie müssen übersprungen oder vermieden werden.

Ähnlich dem Stress, der aus den eingeschränkten, auf das Selbst bezogenen strukturellen Funktionen resultiert, führen auch die eingeschränkten objektbezogenen strukturellen Funktionen zu einer **emotionalen Dauerbelastung**, teils im Sinne von unerfüllbarer Sehnsucht und dem Gefühl der Verlassenheit und Einsamkeit, teils im Erleben von Missverständnissen, interpersonellen Konfliktspannungen, Misstrauen, Bedrohtheit. Selbst wenn eine strukturelle Beeinträchtigung nicht mit Symptomatik und damit mit krankheitswertiger Störung einhergeht, stellt sie doch einen Dauerzustand der Anspannung und Anstrengung dar, welcher langfristig gesehen die Kräfte aufzehrt und wenig Raum lässt für kreative Aktivität oder lustvolle Gelassenheit. Es entsteht ein Lebensgefühl, das sich bildhaft mit einer Kerze vergleichen lässt, die an zwei Enden brennt, das heißt das Gefühl der Überforderung und Verausgabung bei einer aussichtslosen Anstrengung.

Umgekehrt verbessert eine **gute strukturelle Ausstattung** die Wahrscheinlichkeit, dass Lebensanforderungen erfolgreich bewältigt werden können: die Vertrautheit mit sich selbst und das Einverstandensein mit der eigenen Person, die Fähigkeit, innere und äußere Bewegungen zu nutzen und daraus Lebendigkeit zu gewinnen, die Fähigkeit, die Ereignisse der Welt halbwegs freundlich zu interpretieren und dadurch Zuversicht und Hoffnung zu bewahren, die Fähigkeit, mit Interesse die Andersartigkeit der Anderen wahrzunehmen, mit ihnen in Austausch und Verbindung zu kommen und mit ihnen lebendige Systeme des Miteinander aufzubauen. Jede stabile strukturelle Funktion ist per se ein Stück Gesundheit und ein Garant für ihren Erhalt.

Funktionale und dysfunktionale Bereitschaften in der Begegnung mit Lebensanforderungen

Wir haben dargestellt, dass Konfliktdispositionen und strukturelle Einschränkungen beziehungsweise Vulnerabilitäten für die Betroffenen Risiken darstellen, die sich in der Betonung mit äußeren und inneren Anforderungen auswirken und zu interpersonellen Schwierigkeiten und krankheitswertigen Symptomen führen können, die unter Umständen ihrerseits wiederum äußere, zum Beispiel auch soziale Folgen haben. Man kann die individuellen konflikt- und strukturbedingten Bereitschaften einer Person aber auch aus umgekehrter Perspektive betrachten und als eine Herausforderung verstehen, die Bemühungen zur Bewältigung der Konfliktbereitschaften und strukturellen Vulnerabilität hervorruft und zu schöpferischen Leistungen führt. So kann zum Beispiel das durch strukturelle Einschränkungen bedingte Gefühl, als bedrohtes Selbst in einer bedrohlichen Welt zu leben, unter Umständen auch **positive Auswirkungen** haben, indem es zum Beispiel zu Bemühungen führt, die Sinne zu schärfen, die Beobachtungsgabe zu verbessern oder auf der mentalen Ebene die Kontrolle wiederzuerlangen, so dass auf einem solchen Boden künstlerische oder wissenschaftliche Produktionen vorstellbar sind.

Konfliktbereitschaften und strukturelle Auffälligkeiten sind daher nicht notwendigerweise dysfunktional. Sie bilden auch den Hintergrund für Lebensthemen, die den Ereignissen und Entwicklungen, mit denen die Betroffenen konfrontiert werden, eine jeweils individuelle Bedeutung und einen spezifischen Aufforderungscharakter geben. **Lebensthemen** sind zugleich Motoren der Entwicklung, weil sie immer auch eine Erfahrung des Ungenügens oder Noch-nicht-Erreichten beinhalten, an dem sich Engagement, Leidenschaft und Tatkraft entfalten können. Im Wechselspiel zwischen inneren und äußeren Anforderungen und ihrer Bewältigung bildet sich im günstigen Fall eine Lebensgestalt heraus, die eine individuelle Schöpfung darstellt und sich in dieser Qualität der Beurteilung in klinischen Kategorien letztlich entzieht. Dies bedeutet, dass die persönlichen Verhaltens- und Erlebensbereitschaften einer Person mit ihren Risiken und Potenzialen betrachtet werden müssen. Diese entfalten sich in der Auseinandersetzung mit Lebensanforderungen jeglicher Art, das heißt zum Beispiel mit Herausforderungen im beruflichen und privaten Bereich, mit Schwellensituationen, mit inneren und äußeren Veränderungen. »Gesundheit« ist deshalb nicht allein dasjenige, was eine Person als funktionelle oder dysfunktionelle Bereitschaften zur Verfügung hat; als »gesund« oder »gestört« kann auch die Art beschrieben werden, wie jemand mit diesen Bereitschaften umgeht und darüber hinaus die Lösungen, die bei dieser Bemühung gefunden und erarbeitet werden. Gesundheit hat somit einen dis-positionellen, einen prozessualen und einen schöpferischen Aspekt. Diese Überlegung wollen wir nachfolgend vertiefen und durch einige empirische Befunde illustrieren.

Konflikt versus Struktur

Wir haben gesagt, dass die konfliktbedingten und strukturellen Bereitschaften einer Person einen bestimmenden Einfluss auf ihre Lebensthemen ausüben und damit die Art prägen, wie Ereignisse des äußeren Lebens wahrgenommen und bewertet werden. Im Falle innerer Konflikte und Konfliktbereitschaften sind es individuelle Bedeutungen auf der Grundlage lebensgeschichtlich entstandener, mehr oder weniger bewusster Wünsche und Befürchtungen, die mit bestimmten Anforderungssituationen verbunden werden und diese für die Betroffenen spannungsreich gestalten. Im interpersonellen Bereich spricht man von Personenschemata (Horowitz 1991; Horowitz 1994), um individuelle Bedeutungsstrukturen und ihre äußeren Auswirkungen im interpersonellen Bereich zu erklären. Personenschemata werden als Netzwerke verstanden, in denen mentale Repräsentationen von Verhaltensweisen, Gedanken, Erwartungen, Gefühlen usw. relativ stabil verbunden sind, so dass die Aktivierung eines oder weniger Elemente das ganze Netz zum Schwingen bringt. Internale oder externale Ereignisse (Wünsche, Befürchtungen, Versuchungen und Versagungen), die einzelne Elemente ansprechen, können deshalb über die Verbindungen des Netzwerks Wahrnehmungen, Gefühle und Reaktionen hervorrufen, die auf den äußeren Beobachter den Eindruck machen, dass unter verschiedenen möglichen Interpretationen der Situation eine spezifische, vielleicht auch einseitige gewählt wurde. Diese Auswirkungen von Konfliktbereitschaften gehören zur gesunden Persönlichkeit und sind gewissermaßen »normal«. Zwar führen solche Einseitigkeiten in Beziehungen zu Spannungen, die zwischen den Beteiligten verhandelt werden müssen, gerade solche Spannungen können aber zum persönlichen Wachstum beitragen, wenn die Betroffenen sie nutzen und sich an ihnen entwickeln können.

Andererseits gibt es Fälle, in denen Konfliktbereitschaften nicht entwicklungsfördernd sind, weil ihre hemmende und destruktive Wirkung überwiegt. Im Modell der Personenschemata ist dies der Fall, wenn ein Schema sehr leicht ansprechbar, dominant und in seinen Auswirkungen durchdringend ist, während es gleichzeitig zu verzerrten Wahrnehmungen und unangemessenen Verhaltensweisen führt. Dann sind die Beziehungen der Betroffenen durch dysfunktionelle repetitive Muster bestimmt und belastet, die wie zwangsläufig ablaufen und unter den Beteiligten kaum verhandelt werden können. Strupp und Binder (1984) haben in ihrem Konzept der zyklischen maladaptiven Muster dargestellt, wie sich solche interpersonellen Muster aufgrund selbstverstärkender Rückkopplungen perpetuieren. Persönlichkeiten mit maladaptiven Mustern dieser Art sind sicherlich nicht gesund zu nennen. Wie sich im Verlauf von Psychotherapien erweist, spielen solche dysfunktionellen Beziehungen eine ursächliche oder aufrechterhaltende Rolle bei psychischen und körperlichen Beschwerden, hinter denen sie zu Behandlungsbeginn nicht selten noch verborgen sind. Auch wenn konfliktbedingte Erlebens- und Verhaltensweisen unangemessen, dysfunktionell und krankheitswertig sind, haben sie doch stets einen Sinn, der bei genauer Kenntnis des Betroffenen (durch ein psychoanalytisches Interview, oft aber auch erst im Laufe einer Therapie oder Analyse) prinzipiell verstehbar ist. Das heißt, dass man bei näherer Untersuchung der dahinter stehenden Motive Wünsche und Befürchtungen findet, die diese problematischen Äußerungen nachvollziehbar machen und als unbewusste Produktionen erklären, die innerhalb des lebensgeschichtlich entstandenen inneren Bezugssystems der Betroffenen sinnvoll sind.

Der Versuch eines Verstehens dieser Art misslingt jedoch in dem Maße, in dem die Störung strukturelle Hintergründe hat. Bei diesen Störungen entstehen dysfunktionelle Erlebens- und Verhaltensweisen deshalb, weil bestimmte Funktionen unzureichend zur Verfügung stehen, die für die Regulierung von Lebensanforderungen benötigt werden. Wenn sich ein Jugendlicher in eine gefährliche Schlägerei verwickelt, dann macht es einen großen Unterschied, ob er dies zum Beispiel mit einem gewissen Stolz berichtet und den Hörer spüren lassen möchte, dass er ein furchtloser Mann ist - wir verstehen dann, dass er in Wirklichkeit Zweifel an seiner Männlichkeit hat und sich beweisen möchte - oder ob er die Ereignisse so schildert, dass das Geschehen reflektorisch, unmotiviert und ihm vielleicht selbst ein wenig unheimlich erscheint - wir würden dann annehmen, dass seine Fähigkeit zur Selbststeuerung eingeschränkt ist und sein Verhalten daher rasch eine impulsive Qualität annimmt. Es ist dann nicht die spezifische Bedeutung einer Situation vor dem Hintergrund der individuellen Konfliktbereitschaften, die ihren Anforderungscharakter bestimmt, sondern die unspezifische Belastung der Funktionen, deren Tätigwerden durch die Situation herausgefordert wird. Aus struktureller Perspektive kommt es bei der Analyse von Störungen deshalb weniger darauf an, warum jemand sich dysfunktionell verhält, sondern wie er es tut und welche Funktionseinschränkungen dafür verantwortlich sind. Wir suchen nicht nach einer verdeckten Konfliktproblematik, um die Auffälligkeit zu verstehen, sondern betrachten die Auffälligkeit selbst als das eigentliche Problem.

Beziehungen als Ort der Begegnung mit Lebensanforderungen

Was leistet die Unterscheidung von konflikt- und strukturbedingten Einschränkungen für die Frage der Gesundheit und der gesunden Persönlichkeit? Sie ist unseres Erachtens aufschlussreich, weil damit zwei sich ergänzende Aspekte in der Auseinandersetzung mit den Lebensanforderungen beschrieben werden: Die inneren Konfliktneigungen definieren gewissermaßen den Inhalt jener Fragen, die Lebensereignisse und -entwicklungen an die Betroffenen stellen, während die strukturelle Ausstattung die Mittel zur Verfügung stellt, mit denen diese Fragen bearbeitet und beantwortet werden können. In Bezug auf den Umgang mit Lebensanforderungen lässt sich der strukturelle Aspekt anschaulich als eine Bühne beschreiben, die den konflikttaften Auseinandersetzungen Rahmen und Halt gibt. Wenn dieser Rahmen brüchig ist, dann wird das Spiel auf der Bühne dadurch irritiert, behindert oder sogar verunmöglicht.



Wenn der Rahmen jedoch stimmt, dann können die konflikthafter Auseinandersetzungen stattfinden und zu einem Ergebnis geführt werden. Das Ende kann zwar immer noch zerstörerisch sein, wenn die Konflikte heftig und nicht lösbar sind; aber auch eine solche Entwicklung bleibt dann gleichsam »im Rahmen«. Eine diesem Bild gut vergleichbare Situation finden wir in zwischenmenschlichen Beziehungen, in denen zum Beispiel Bindung und Empathie sowie die Möglichkeiten des kommunikativen Mittelens strukturelle Rahmenbedingungen darstellen, unter denen Konflikte ausgetragen und gelöst werden können. Je brüchiger dieser Rahmen ist, desto größer ist die Gefahr, dass Konfliktspannungen eskalieren und den Rahmen schließlich sprengen. Dann wird die Beziehung selbst zerstört und das »Spiel« auf diese Weise beendet.

In einer Untersuchung mit der Beziehungsachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) haben Grande et al. (1998) bei einem Vergleich strukturell besser und schlechter integrierter psychosomatischer Patienten gefunden, dass geringer integrierte Patienten häufiger Beziehungen aufwiesen, die durch destruktive und entwertende Verhaltensweisen und durch Beziehungsabbrüche gekennzeichnet waren. Die Beziehungen besser integrierter Patienten waren stattdessen durch Auseinandersetzungen gekennzeichnet, bei denen es um die Themen der Autonomie, Abhängigkeit und Fürsorge ging. Die Autoren folgern daraus, dass es bei einer geringeren Integration der Struktur vor allem um die Frage geht, ob Beziehungen angesichts von bedrohlichem Objekterleben, destruktiven Impulsen und Abbruchneigung überhaupt zu Stande kommen beziehungsweise aufrechterhalten werden können. Bei besserer Integration hingegen geht es um die Frage, in welcher Weise Abhängigkeit und Autonomie innerhalb grundsätzlich stabiler Beziehungen befriedigend gelebt werden können. Die Untersuchung zeigt, dass es der gesunden Persönlichkeit aufgrund ihrer strukturellen Voraussetzungen gelingt, ihren Beziehungen einen stabilen Rahmen zu geben, innerhalb dessen konflikthafte Auseinandersetzungen überhaupt möglich sind. Erst wenn die Untersuchung zeigt, dass dieser Rahmen in einem ausreichenden Maße zur Verfügung steht, macht die weitergehende Frage Sinn, ob in diesen Auseinandersetzungen auch gesunde Lösungen gefunden werden oder ob die Konfliktneigungen sich in unflexiblen dysfunktionellen Beziehungsmustern destruktiv durchsetzen.

Der Zusammenhang zwischen strukturellem Niveau und Art der Beziehungsgestaltungen ist durch zahlreiche Befunde gut belegt. Schulz (1999) hat in einer Untersuchung der Gesichtsmimik gezeigt, dass gut strukturierte Probanden in Bezug auf die Quantität, die Komplexität und den Umfang des Repertoires ihrer mimischen Bewegungen reichhaltiger kommunizieren als geringer integrierte Personen. Grande et al. (2002) finden bei einem Vergleich der Scales of Psychological Capacities (SPC) von Wallerstein (1988b) mit der OPD-Strukturbeurteilung die höchsten Zusammenhänge bei den SPC-Skalen »Emotional Blunting« (wenig emotionale Resonanz) und »Rarely Able to Rely on Others« (sich nicht verlassen können). In einer Studie von Rudolf und Mitarbeitern (vgl. Rudolf et al. 1996) wurden signifikante Korrelationen zwischen der im Beeinträchtigungs-Schwere Score (BSS) von Schepank (1995) gemessenen sozial-kommunikativen Beeinträchtigung und weiteren Beziehungssymptomen (Kontaktängste, Kommunikationsstörungen) festgestellt. Darüber hinaus konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass strukturelle Einschränkungen auch mit einer mangelhaften sozialen Integration korrelativ verbunden sind (soziale Einordnungsschwierigkeiten, schlechtere wirtschaftliche Sicherung). Zusammengenommen verdeutlichen diese Ergebnisse, dass zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Einbindung durch strukturelle Schwierigkeiten erschwert, belastet und schließlich sogar gesprengt werden. Eine Zusammenstellung findet sich in Tabelle I.

Tob. I Zusammenhang zwischen Struktur und interpersonellen und sozialen Merkmalen

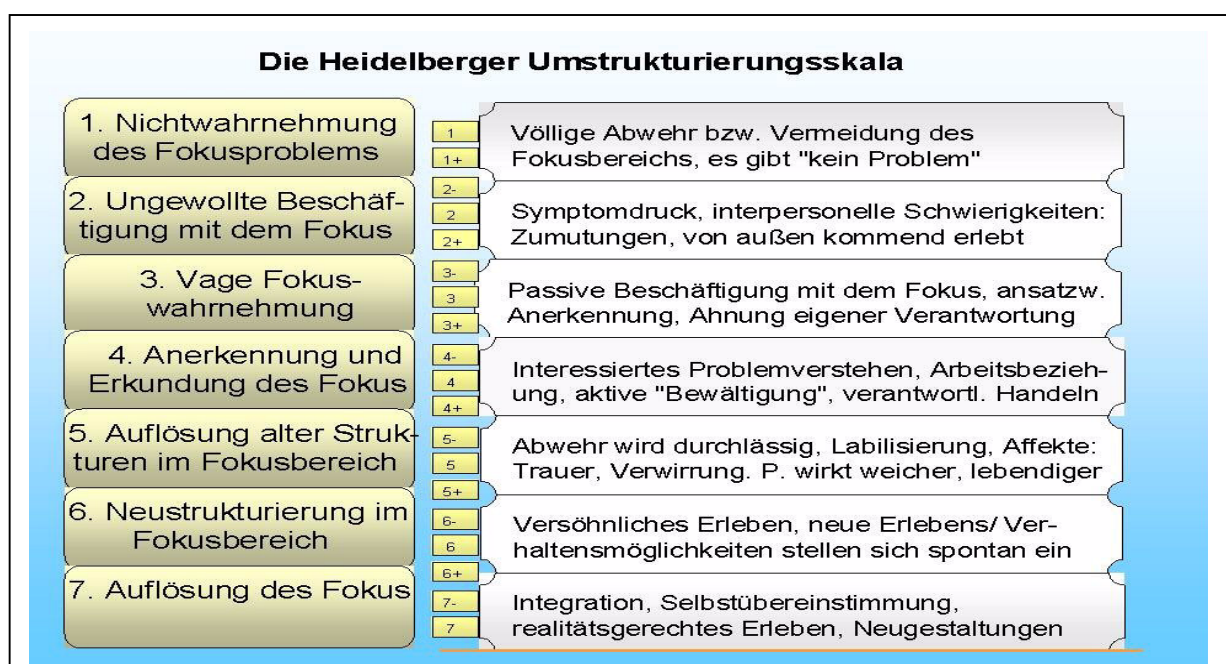
Ebene	Skalen	Integrationsniveau der Struktur
Ebene der kommunikativen Fähigkeiten	• Quantität, Komplexität und Umfang des Repertoires der mimischen Bewegungen	Signifikante Mittelwertdifferenzen ¹¹⁾
	• SPC-Skala: wenig emotionale Resonanz	-0,4 r ^{**b)}
	• SPC-Skala: sich nicht verlassen können	-0,43**
Ebene der sozial-kommunikativen Beschwerden	• sozial-kommunikative Beeinträchtigung (BSS)	-0,33*
	• Kontaktängste	-0,40**
	• Kommunikationsstörung	-0,24*
Ebene der sozialen Folgen	« soziale Einordnungsschwierigkeiten	-0,39**
	» wirtschaftliche Sicherung	-0,37**
a) vgl. Schulz (1 999), jeweils höhere Mittelwerte bei besser strukturierten Probanden, b) non-parametrische Korrelationen,		

Gesundheit in der Art des Umgangs mit dysfunktionellen Bereitschaften

Wir haben argumentiert, dass innere Konfliktneigungen und strukturelle Einschränkungen beziehungsweise Vulnerabilitäten den Lebensanforderungen eine für die Betroffenen spezifische thematische Einfärbung geben und sowohl einen Anreiz als auch ein Hindernis für die Bewältigung darstellen können. Wir haben außerdem dargestellt, dass solche Anforderungen unterschiedlich gut reguliert und für die eigene Entwicklung fruchtbar gemacht werden können. Das bedeutet, dass nicht nur die Konfliktneigungen und Strukturmerkmale selbst den Grad der Gesundheit einer Person bestimmen, sondern auch der Umgang mit den durch sie bedingten dysfunktionellen Erlebens- und Verhaltensbereitschaften. Daraus ergibt sich, dass Personen unter Umständen »gesünder« sein können, als dies im Hinblick auf ihre strukturellen Voraussetzungen und ihre Konfliktausprägungen eigentlich zu erwarten wäre.

Eine **Beobachtung** aus dem **klinischen Bereich** soll dies erläutern. Im Therapeutenteam der Heidelberger Psychosomatischen Klinik haben wir vor Jahren das OPD-System eingeführt und zur Einübung im Rahmen eines internen Fortbildungsseminars Patienten eingeschätzt. Wiederholt entstanden bei dieser Übung Irritationen, wenn Patienten beurteilt werden sollten, die bereits gute Fortschritte in ihrer stationären Therapie gemacht hatten: Wir konnten bei einigen dieser Fälle feststellen, dass bestimmte strukturelle Schwierigkeiten oder Konfliktbereitschaften bei diesen Patienten nicht wesentlich verändert waren. So reagierte eine Borderline-Patientin nach wie vor bei spezifischen Anlässen hochgradig impulsiv. Andererseits gelang es ihr jedoch, den dabei in Gang gesetzten Automatismus nach kurzer Zeit zu unterbrechen und das Pflegepersonal anzusprechen; manche Impulshandlungen konnten auf diese Weise sogar ganz vermieden werden. Anderen Patienten gelang es, konflikthafte Verwicklungen zwar nicht zu vermeiden, aber ihre destruktiven Folgen in den Beziehungen zu mildern, weil sie gelernt hatten das sich wiederholende Muster zu erkennen, sich ein Stück weit davon zu distanzieren und den negativen Folgen entgegenzusteuern.

Solche Beobachtungen haben uns dazu veranlasst, den Stand der therapeutischen Veränderung von Patienten und den Therapieerfolg zweidimensional zu konzipieren: Mit Hilfe der OPD werden dabei zunächst die zentralen Schwierigkeiten beschrieben, die aus psychodynamischer Sicht die Störung des Patienten bewirken oder aufrechterhalten; dies geschieht durch eine Festlegung der individuell maßgeblichen Konflikte und Strukturmerkmale. Mit Hilfe der **Heidelberger Umstrukturierungsskala** (Rudolf et al. 2000) schätzen wir dann für jedes ausgewählte Strukturmerkmal und für jeden ausgewählten Konflikt ein, wie der Patient mit der betreffenden Schwierigkeit umgeht. Die siebenstufige Skala beginnt im unteren Bereich mit zwei Stufen, auf denen der Patient seine Schwierigkeit nicht wahrnimmt oder sie als Störung erlebt, die ihm von innen (als psychische Symptomatik) oder von außen (durch interpersonelle Konflikte oder körperliche Symptome) zugemutet wird. Auf der dritten Stufe entsteht durch therapeutische Hilfe eine erste Ahnung, dass die Schwierigkeit etwas mit der eigenen Person zu tun haben könnte. Diese Ahnung ist freilich noch wenig tragfähig und gibt dem Patienten keine Möglichkeiten an die Hand, seine Schwierigkeiten steuernd zu beeinflussen.



Dies ist jedoch auf der vierten Stufe der Fall, die nach eigenen Untersuchungen (Grande et al. 2001) in erfolgreichen Psychotherapien erreicht wird und deren wesentliches Ziel darstellt. Auf dieser Stufe beginnt der Patient, seine Schwierigkeiten zu verantworten und sich ihnen aktiv und mit Interesse zuzuwenden. Dies und die dabei gewonnenen Einsichten ermöglichen einen regulierenden Umgang mit der Schwierigkeit, der auf dieser Stufe noch aktiv, absichtsvoll und eher bemüht ist. Die oberen Stufen der Skala beschreiben eine davon verschiedene Qualität des Umgangs mit den Schwierigkeiten, die nach psychoanalytischer Auffassung durch eine Umstrukturierung der Persönlichkeit erreicht wird. Ein wesentliches Kennzeichen ist dabei, dass die Betroffenen im Prozess der Umstrukturierung jene Begrenzungen erfahren und annehmen, die mit ihren Schwierigkeiten zusammenhängen, so dass sie sich ihrer nicht mehr projektiv entledigen und dadurch ihre Realitätswahrnehmung verzerren müssen. Der Umgang mit Lebensanforderungen, die immer noch vorhandene Konfliktbereitschaften oder strukturelle Vulnerabilitäten ansprechen, wirkt dadurch integrierter, reifer und »versöhnlicher«. Veränderungsprozesse dieser Art werden im Rahmen der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) untersucht (Rudolf et al. 2001; 2002; Grande et al. 2002).

Die gerade beschriebenen Formen des Umgangs mit Konfliktneigungen und strukturellen Merkmalen, deren Veränderung wir in Psychotherapien und Psychoanalysen beobachten, findet man selbstverständlich auch bei Menschen, die sich ohne professionelle Unterstützung mit ihren Schwierigkeiten auseinandersetzen und sich an ihnen weiterentwickeln. Je überzeugender die Integration der Schwierigkeiten gelungen ist, desto weniger fühlen wir uns dazu veranlasst, den Blick auf jene Einschränkungen zu richten, die diese Entwicklung notwendig gemacht haben und vielleicht immer noch erkennbar sind, sondern auf die kreative Leistung und das Persönlichkeitswachstum, das daraus entstanden ist.

Ethisches Verhalten

In den bisherigen Überlegungen wurden Gesundheit und Störung ganz auf das Individuum bezogen, das sich wohl und gesund fühlt, oder an Störungen leidet. Neben dieser individuumsbezogenen Betrachtung gibt es aber auch unübersehbar interpersonelle Aspekte von Störung und Gesundheit. Alles, was oben an Beeinträchtigung struktureller Funktionen beschrieben wurde, hat unmittelbar belastende Auswirkungen auf die Mitmenschen. Störbarkeit und Verletzlichkeit des Einzelnen, seine Schwierigkeiten, sich zu steuern und emotional lebendig zu leben, seine riesigen Erwartungen an die anderen und seine misstrauischen Befürchtungen ihnen gegenüber, seine Bedürftigkeit und Feindseligkeit belasten Beziehungen in einem Maße, dass sie häufig zerbrechen, und belastet Arbeitsbeziehungen oder Lernbeziehungen, so dass sie ineffektiv werden (z.B. »Mobbing«).

In letzter Konsequenz ist strukturelle Funktionsfähigkeit die Voraussetzung für ethisches Verhalten (Rudolf 2002). Alles prosoziales Verhalten, also die Bereitschaft zu Toleranz, Rücksicht, Verantwortung, Dankbarkeit, Verbindlichkeit ist nur unter der Voraussetzung eines integrierten Strukturniveaus realisierbar. Bei einer Objektwahrnehmung auf reduziertem Strukturniveau wird der andere leicht zum verfügbaren ausbeutbaren Objekt oder zum Aggressor, gegen den man sich berechtigterweise präventiv aggressiv zur Wehr setzt. Wenn die Möglichkeit fehlt, die Perspektive des Anderen zu übernehmen (Empathie), ist es auch unmöglich, seine Interessen wahrzunehmen und anzuerkennen. Wo die Fähigkeit fehlt, objektbezogene Affekte zu generieren, gibt es keine Einstellungen der Verantwortlichkeit, Dankbarkeit, keine Schuldgefühle als Bewertung eigenen schädigenden Verhaltens und keine Trauer über den Verlust des anderen. Wenn die eigene Kränkbarkeit sehr ausgeprägt und der eigene Anspruch auf narzisstische Anerkennung sehr groß ist, besteht ein hohes Risiko für rücksichtsloses oder unsoziales Verhalten. Wenn die kognitive Funktion der Antizipation wenig ausgeprägt ist, so dass die Konsequenzen eigenen Verhaltens auf die Objekte oder die Beziehungen nicht vorhergesehen werden können, fehlen die Einstellungen der Vorsicht ebenso wie solche der Rücksicht auf andere. So geschieht es leicht, dass die anderen zu Opfern des eigenen kränkenden, entwertenden, ausbeuterischen oder destruktiven Verhaltens werden können. Es ist damit kein moralisches Urteil verbunden, sondern eher ein therapeutisches Verständnis. Es ist anzunehmen, dass sich jemand nur ethisch verhalten kann, wenn mit ihm im Verlaufe seines Lebens ethisch umgegangen wurde. Wo eine menschliche Person von klein auf überwältigenden Eindrücken ausgeliefert war, insbesondere solchen aggressiver, sexueller oder entwertender Art, wird sich schwerer eine Verhaltensstruktur entwickeln können, die eine prosoziale ethische Grundorientierung zum Maßstab hat.

Was ist eine gesunde Persönlichkeit?

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir verschiedene Aspekte der gesunden Persönlichkeit untersucht und herausgearbeitet, die jetzt noch einmal zusammengestellt werden sollen: Den ersten Aspekt bilden die Konfliktbereitschaften und strukturellen Einschränkungen beziehungsweise Vulnerabilitäten, die ein Mensch im Wechselspiel der genetischen Dispositionen und biographischen Erfahrungen herausgebildet hat und die bestimmte Erlebens- und Verhaltensbereitschaften bedingen, die sich in der Begegnung mit Lebensanforderungen mehr oder weniger funktional auswirken können. Bei guten strukturellen Voraussetzungen und mäßig ausgeprägten Konfliktbereitschaften ist die Wahrscheinlichkeit besser, dass konstruktive Formen der Bewältigung gefunden werden. Konfliktneigungen und strukturelle Merkmale bilden gemeinsam den Aspekt der Potenziale, über die eine Persönlichkeit verfügen kann, und die hilfreich oder auch riskant sein können.

Diese Potenziale entfalten in der Auseinandersetzung mit Lebensanforderungen ihre Wirkung und geben der jeweiligen Aufgabenstellung ihre individuelle Bedeutung, während sie zugleich bessere oder schlechtere Mittel zu ihrer Lösung bereitstellen. Die Heftigkeit der Konfliktbereitschaften und das Ausmaß der strukturellen Einschränkungen bestimmen dann, ob in der Auseinandersetzung mit Anforderungen ein fruchtbarer Prozess zu Stande kommt, der Wachstum und Entwicklung ermöglicht. Wie wir gezeigt haben, ist dieser Prozess vor allem dann bedroht, wenn strukturelle Vulnerabilitäten den Rahmen brüchig machen, der die Auseinandersetzung (z.B. in Beziehungen) tragen beziehungsweise halten muss, und ohne den sie nicht geleistet werden kann. Dies wäre der Prozessaspekt der gesunden Persönlichkeit. Der letzte Aspekt betrifft die Art des Umgangs beziehungsweise das Ausmaß der Integration, das ein Mensch in Bezug auf seine lebensbestimmenden Konflikte und Strukturmerkmale erreicht hat. Unter diesem Aspekt wäre Gesundheit die Art und Kohärenz der individuellen Lebensgestalt, die in der Auseinandersetzung mit den Lebensanforderungen vor dem Hintergrund der eigenen Möglichkeiten und Beschränkungen erreicht worden ist. Wir bezeichnen dies als den *Aspekt der Integration der Persönlichkeit* kurz gefasst beschreibt:

- der Aspekt der Potenziale die Basis beziehungsweise das Ausgangsmaterial der Persönlichkeit,
- der Aspekt des Prozesses ihr Tätigwerden in der Auseinandersetzung mit den Lebensanforderungen und
- der Aspekt der Integration das aus dieser Arbeit resultierende schöpferische Werk.

Wir haben schließlich daraufhingewiesen, dass die Gesundheit der Persönlichkeit eine Bedingung ethischen Verhaltens darstellt und damit nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftlich bedeutsames Thema ist-

Literatur

- Gadamer HG (1993). Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt: Suhrkamp.
- Grande T et al. (1999). Die Beziehungssachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) - Konzept und klinische Anwendungen. *Z Psychosom Med* 43: 280-96.
- Grande T et al. (1998). Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 173-82.
- Grande T et al. (2001). Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik - Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Z Psychosom Med* 47: 213-33.
- Grande T et al. (2002). Investigating structural change in the pro-cess and outcome of psychoanalytic treatment - The Heidelberg-Berlin Study. In: Richardson (ed) (in press).
- Grande T et al. (2002). Zum Begriff der »Struktur« in verschiedenen Operationalisierungen. In: *Psychische Struktur*. Rudolf G, Grande T, Henningsen P (Hrsg) (2002). Stuttgart: Schattauer; 177-98.
- Horowitz LM (1994). Personenschemata, Psychopathologie und Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 39: 61-72.
- Horowitz M| (1991). Person Schemas. In: *Person Schemas and Mal-adaptive Interpersonal Patterns*. Horowitz MJ (ed). Chicago, London: University of Chicago Press; 13-31.
- I.uborsky L (1988). Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Berlin: Springer.
- Menninger, K. (1968). Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozess. München: Piper.
- Rudolf G (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Die Einschätzung des Strukturniveaus. In: *Lindauer Texte*. Buchheim P, Cierpka M, Seifen Th (Hrsg). Heidelberg: Springer; 275-92.
- Rudolf G (2002). Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In: *Die Struktur der Persönlichkeit*. Rudolf G, Grande T, Henningsen P. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G et al. (2001). Therapeutische Umstrukturierung im analytischen Prozess. Modellbildung und Verlaufsbeobachtungen. In: *Kreativität und Scheitern*. Schlösser A-M, Gerlach A (Hrsg). Giessen: Psychosozial; 463-78.
- Rudolf G et al. (2002). Structural changes in psychoanalytic therapies - The Heidelberg-Berlin Study on long-term psychoanalytic therapies (PAL). In: *Longer-Term Psychoanalytic Treatment - Perspectives for Therapists and Researchers*. Leuzinger-Bohleber M, Target M (eds). London: Whurr (in press).
- Rudolf G et al. (Hrsg) (2002a). *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur psychotherapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G et al. (2002h). Strukturelle Aspekte der Persönlichkeitsstörungen. In: *Die Struktur der Persönlichkeit*. Rudolf G, Grande T, Henningsen P. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G et al. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. *Psychotherapeut* 45: 237-46.
- Rudolf G et al. (1996). Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Z Psychosom Med* 42: 343-57.
- Rudolf G et al. (1998). Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnose nach OPD. In: *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg). Bern: Huber; 167-81.
- Rudolf G et al. (1995). Struktur und strukturelle Störung. *Z Psychosom Med* 41: 197-212.
- Schepank H (1995). *BSS - Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Göttingen: Beltz-Test.
- Schneider G et al. (2002). Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) and differential therapy indication in routine diagnostics at a psychosomatic out-patient clinic. *Psychother Res* (in press).
- Schulz S (1999). *Affektive Indikatoren struktureller Störungen*. Dissertationsschrift Universität des Saarlandes.
- Spitzer C et al. (2002). Zur Konstruktvalidität der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Z Psychosom Med Psychother* 48: 299-312.
- Strupp HH et al. (1984). *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic.
- Wallerstein RS (1988b). Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research. *J Am. Psychoanal Assoc* 36 (Suppl): 241-61.
- Weiss J et al. (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation and Empirical Research*. New York Guilford.