

Reiner W. Dahlbender und Karin Tritt

## Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

### An introduction to Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD)

#### Zusammenfassung

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik ist ein seit 1996 kontinuierlich weiterentwickeltes Diagnostik- und Therapieplanungssystem, das aus der klinischen Praxis vieler Therapeuten nicht mehr wegzudenken ist. Es stellt dem Therapeuten ein individuelles Profil der störungsrelevanten aktuellen Probleme und habituellen Lebensschwierigkeiten sowie der aktivierbaren veränderungsrelevanten Ressourcen seines Patienten zur Verfügung. Eingeführt wird in die Achsen sowie in das zugehörige Interview. Dies wird in einer Sprache versucht, die auch für nicht psychodynamisch ausgebildete Kliniker verständlich ist. Ein Ausblick der klinischen Bedeutung und Einsatzfelder schließen den Beitrag ab.

#### Schlüsselwörter

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) – psychodynamisch – Diagnostik

#### Summary

Since 1996 Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD) has been developed continuously as an instrument for diagnosis and planning of the therapeutic focus / interventions and has proven its utility in the everyday practice of many psychotherapists. It provides an individual, impairment-related pattern of the patient's current problems and habitual difficulties in life as well as his/her change-related resources. The axes of this approach and its corresponding interview are presented in this paper. An attempt is made here to use a language that is also comprehensible for clinicians not trained in psychodynamic approaches. Finally, an outlook on the clinical relevance and different fields of application of OPD is given.

#### Keywords

Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD) – psychodynamic – diagnostics

### ■ Einleitung

Das Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik wurde 1992 von psychodynamisch und auch verhaltenstherapeutisch orientierten akademischen Psychosomatikern und Psychiatern gegründet. Einer der Gründe für die Entwicklung des OPD-Systems hing mit der Enttäuschung zusammen, dass die rein phänomenologischen multiaxialen Klassifikationssysteme ICD bzw. DSM keine relevanten Hilfestellungen für die psychodynamische Fall- und Behandlungskonzeption liefern, insbesondere keinen konzeptuellen Rahmen für das Verständnis von Entwicklung, Dynamik und Veränderung des intrapsychischen Erlebens und des interpersonellen Verhaltens. Aber auch die Feststellung einer zunehmend heterogenen und abstrakter formulierten psychodynamischen Theoriebildung war Ausgangspunkt des Arbeitskreises. Viele metapsychologischen Konstrukte schienen mit der Zeit immer beobachtungsferner und spekulativer zu werden. Und selbst erfahrene Kliniker stimmten bei beobachtungsnäheren Konstrukten immer weniger überein. Ziel des Arbeitskreises war und ist es, auf der Basis bedeutsamer

und teilweise adaptierter psychodynamischer Ansätze ein klinisch relevantes Diagnostik- und Therapieplanungsinstrument zu schaffen, und zwar auf mittlerem Abstraktionsniveau zwischen purer Verhaltensbeobachtung und reiner Metapsychologie. Die Terminologie sollte dabei möglichst einheitlich und präzise sowie schulenübergreifend sein.

Das erste Manual wurde 1996 veröffentlicht. 2006 erschienen eine revidierte Fassung, die so genannte OPD-2, die erstmals auch ein Instrumentarium zur Therapieplanung und Ansätze zur Therapieevaluation integrierte (Arbeitskreis OPD, 2006).

### ■ Achsen des OPD-2-Systems

Das OPD-System basiert auf einer multiaxialen Diagnostik. Die diagnostischen Dimensionen und Kategorien werden mit Hilfe von fünf Achsen bestimmt, die folgende Inhalte erfassen:

**Achse 1:**

Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

**Achse 2:**

Beziehung (maladaptive Beziehungsmuster)

**Achse 3:**

Konflikt (zeitlich überdauernde neurotische Konflikte bzw. Konfliktschemata)

**Achse 4:**

Struktur (psychisch-strukturelle Fähigkeiten)

**Achse 5:**

Psychische und psychosomatische Störungen (Symptomatologie gemäß ICD-10 bzw. DSM-IV)

Diese sind unabhängig konzipiert, weisen jedoch de facto inhaltliche Überlappungen auf. Die Überlappung der Achsen kann klinisch-inhaltlich darauf zurückgeführt werden, dass habituelle dysfunktionale Beziehungsmuster (siehe Achse 2) als die quasi beobachtungsnahe epiphänomenale Verdichtung und zugleich auch als der Versuch der Bewältigung von beobachtungsfernen inneren Konflikten (siehe Achse 3) und strukturellen Fähigkeiten bzw. Vulnerabilitäten (siehe Achse 4) konzipiert werden können. OPD-2 stellt neben den ausführlichen Achsenversionen nunmehr auch verschiedene Kurzversionen zur Verfügung.

Die modular aufgebaute **Achse 1** erfasst das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen des Patienten. **Die zentrale Frage lautet: Welche Störungen/Probleme und Ressourcen liegen vor?** Das Basismodul erfasst:

1. die klinische Schwere der Störung/des Problems anhand eines klinischen Ratings, anhand des Global Assessment of Functioning (GAF - Maximalwert der letzten 7 Tage) sowie anhand des EQ-5D-Summenwertes, der ein Maß der Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten zu verrichten, darstellt;
2. die Dauer der Störung/des Problems und das Alter bei Erstmanifestation;
3. das Krankheitserleben und die -darstellung nebst Leidensdruck und Darstellung körperlicher bzw. psychischer bzw. sozialer Beschwerden und Probleme;
4. das Krankheitskonzept, und zwar inwiefern es an somatischen bzw. psychischen bzw. sozialen Faktoren orientiert ist;
5. das Veränderungskonzept, und zwar inwiefern es auf körperliche bzw. psychotherapeutische Behandlung bzw. soziale Interventionen abzielt;
6. die therapielevanten persönlichen und psychosozialen Veränderungsressourcen;
7. die äußeren und inneren Veränderungshemmnisse.

Mit Hilfe des Psychotherapiemoduls können weiterhin differenziert werden:

1. das Veränderungskonzept, und zwar inwieweit es auf Symptomreduktion abzielt bzw. reflektierend-motivklärend/konfliktorientiert, emotional-supportiv oder aktiv-anleitend ausgerichtet ist;
2. die Veränderungsressourcen hinsichtlich psychischer Offenheit;

3. die Veränderungshemmnisse im Hinblick auf sekundären Krankheitsgewinn bzw. problemaufrechterhaltende Bedingungen.

Für forensische Patienten steht ferner ein eigenständiges Modul zur Verfügung.

Die Merkmalsausprägung dieser Achse ist jeweils 5-fach abgestuft, ausgenommen bei einigen Schweregrad- und Zeitparametern. Für die Skalenextreme („nicht/kaum“ bzw. „sehr hoch“) und den Mittelwert („mittel“) werden im Manual theoretische Merkmalsabstufungen und kurze Ankerbeispiele beschrieben. Die Zwischenpositionen müssen interpoliert werden. Die Kategorie „nicht beurteilbar“ soll benutzt werden, wenn ein Merkmal nicht eingeschätzt werden kann, z. B. weil klinisches Material fehlt.

Die **Achse 2** erfasst die Beziehungsdynamik und baut auf einer grundlegenden Form der psychoanalytischen Diagnostik auf, und zwar auf der Beziehungsdiagnostik. Sie zielt auf die Erfassung repetitiver dysfunktionaler Beziehungsmuster ab, in die der Patient mehr oder weniger (un-)bewusst bzw. automatisiert verstrickt ist. **Die zentrale Frage lautet: Wie interagiert der Patient mit anderen?**

Die psychodynamische Theorie geht davon aus, dass sich insbesondere im Laufe der frühkindlichen Interaktion mit Bezugspersonen und auch der weiteren Sozialisation Wahrnehmungs-, Erlebens- und Handlungsmuster herausbilden und verfestigen, die den aktuellen Umgang mit anderen Menschen dysfunktional, d. h. zum Leid des Individuums und/oder seiner Interaktionspartner, prägen können. Derartige stereotype Verfestigungen werden als Übertragungsmuster bezeichnet. Diese sollen anhand der Gedanken, Gefühle, Einschätzungen etc., die der Patient im Rahmen der therapeutischen Interaktion im Therapeuten auslöst, von diesem bewusst wahrgenommen und kritisch evaluiert werden. Die so hervorgerufenen Eindrücke des Therapeuten werden Gegenübertragung genannt.

Die vom Patienten spontan bzw. nach Aufforderung des Interviewers berichteten Beziehungsepisoden (Dahlbender et al., 1992) und das vom Interviewer reflektierte interaktive Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen im Interviewverlauf werden schematisch zu einem maladaptiven Beziehungsmuster konfiguriert, aus dem dann ein beziehungs-dynamischer Therapiefokus abgeleitet werden kann. Dies geschieht folgendermaßen: Dem narrativen bzw. szenischen Beziehungsmaterial werden für die Erlebensperspektive des Patienten und die des Interviewers – quasi stellvertretend für die signifikanten Interaktionspartner des Patienten außerhalb der psychodiagnostischen Situation – insgesamt vier interpersonelle Positionen entnommen:

1. Patient erlebt sich selbst anderen gegenüber
2. Patient erlebt andere sich selbst gegenüber
3. Interviewer/andere erlebt/-en den Patienten sich selbst gegenüber
4. Interviewer/andere erlebt/-en sich selbst dem Patienten gegenüber

Diese verschiedenen Erlebnisperspektiven können jeweils als eine Verquickung innerer Gedanken, Gefühle, Intentionen etc., verbunden mit dazugehörigen, für andere sicht-

baren Handlungsweisen, betrachtet werden, die es zu (re-)konstruieren gilt. Ausgangspunkt ist, dass Menschen ihr Tun nicht an der (intersubjektiv geteilten bzw. „objektiven“) Realität ausrichten, sondern an ihren inneren, subjektiven Bildern (Repräsentationen – auch Schemata genannt) dieser Phänomene. Der Therapeut reflektiert die Narrationen und das Verhalten des Patienten und stellt Hypothesen über die typischen, bewussten, beziehungsbezogenen Erlebnisweisen und die dazugehörigen Handlungen des Patienten auf – also dessen mögliche Übertragungen auf andere Menschen wie auch den Therapeuten – mittels dessen expliziten Beschreibungen und/oder Zuschreibungen des Therapeuten über die (un-)bewussten Wünsche und Intentionen des Patienten. Mit anderen Worten: (re-)konstruiert wird die Art und Weise, wie der Patient relevante Beziehungen erlebt und sich diesem Erleben entsprechend anderen Personen gegenüber verhält. Weiterhin malt sich der Therapeut – unter Nutzung seiner Gegenübertragung – aus, wie die „signifikanten anderen“ den Patienten in dieser Interaktion wahrscheinlich wahrnehmen und sich dementsprechend ihm gegenüber verhalten. Dabei geben die vom Patienten beschriebenen Reaktionsweisen der anderen häufig Auskunft über deren Erleben in Bezug auf den Patienten. Hier geht es also darum, wie relevante andere den Patienten in Beziehungen erleben. Insbesondere sind Diskrepanzen zwischen den Perspektiven des Patienten und denen der anderen bzw. des Interviewers von Interesse. Frei kombiniert werden diese Positionen zu einem zirkulären maladaptiven Ablaufschema (siehe Abb. 1) verbunden.

**Beispiel:**

- Patient erlebt andere ihm gegenüber als vernachlässigend (negatives Erleben des Patienten der anderen);
- Patient reagiert anderen gegenüber besonders hilfsbereit (defensiv ausgerichtetes Verhalten zur Vermeidung weiterer Vernachlässigung durch andere);
- andere erleben den Patienten hingegen nicht als hilfsbereit, sondern als fordernd (die aus Patientensicht vermeintliche Hilfsbereitschaft wird von anderen als problematisches Interaktionsangebot aufgefasst, da er mit seinem Verhalten zugleich auch die Erwartung signalisiert, sich im Gegenzug revanchieren zu müssen);

- andere erleben sich gegenüber dem Patienten als abschtotend (sie schotten sich gegen die als überzogen erlebten Forderungen des Patienten ab);
- damit mobilisiert der Patient (un-)bewusst/automatisiert bei anderen genau jenen Reaktionen ihm gegenüber, die er zu vermeiden sucht und die aus seinem Erleben heraus sein letztlich dysfunktionales Verhalten begründen.

Zur Diagnostik des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens ist es für den Interviewer somit zentral zu fragen: Wie würde es der Patient erleben, wenn ich jenen Impulsen nachgeben würde, die er mir durch sein Beziehungsangebot nahelegt? Würde er mich dann so erleben, wie er andere immer wieder erlebt?

Die objektivierende Beschreibung des Beziehungsgeschehens geschieht mit Hilfe eines dimensional Zirkumplexmodells interpersonellen Verhaltens. Es stehen dem Interviewer pro Position jeweils 32 Items zur Verfügung. Abgeleitet sind diese aus dem „Interpersonellen Kreismodell“. Das dimensional abgebildete interpersonelle Verhalten zentriert auf ein Gegenüber (transitiv/aktiv) bzw. auf die eigene Person (intransitiv/reaktiv), und zwar mittels des jeweiligen Mischungsverhältnisses der beiden orthogonalen Achsen Affiliation und Interdependenz und ihren jeweiligen Polen Liebe vs. Aggression bzw. Autonomie vs. Kontrolle. Dabei muss der Diagnostiker zusätzlich berücksichtigen, dass ein phänomenologisch nicht unterscheidbares Verhalten beziehungs-dynamisch aus „zu viel“ der einen bzw. „zu wenig“ der gegensätzlichen Verhaltensweise resultieren kann. Beispielsweise kann das Verhalten „sich um andere besonders kümmern/sorgen“ aus zu viel liebevollem bzw. zu wenig aggressivem Verhalten resultieren (siehe Abb. 2 und 3).

Achse 2 enthält optional auch ein Instrument zur Erfassung von globalen Beziehungsthemen, die für den Patienten ein Problem bzw. eine Beziehungsressource darstellen.

Die **Achse 3** erfasst die Konfliktdynamik und stellt ein Kernstück psychodynamischer Diagnostik dar. Sie erfasst symptomatisch gewordene innere Konflikte, die als zeitlich

**Abb. 1:** OPD-2 Achse 2: Beziehungsdynamisches Schema

Perspektive A: Erleben des Patienten	
Der <b>Patient</b> erlebt sich immer wieder so, dass er (andere/n) ...  <b>defensiv erlebte Reaktion</b>	Patient erlebt <b>andere</b> immer wieder so, dass sie ...  <b>erlebter Angriff / Enttäuschung</b>
Perspektive B: Erleben der anderen (auch des Untersuchers)	
Andere – auch der Untersucher – erleben, dass der <b>Patient</b> immer wieder (andere/n) ...  <b>schwieriges Beziehungsangebot</b>	<b>Andere</b> – auch der Untersucher – erleben sich gegenüber dem Patient immer wieder so, dass sie  <b>unbewusst nahegelegte Antwort</b>

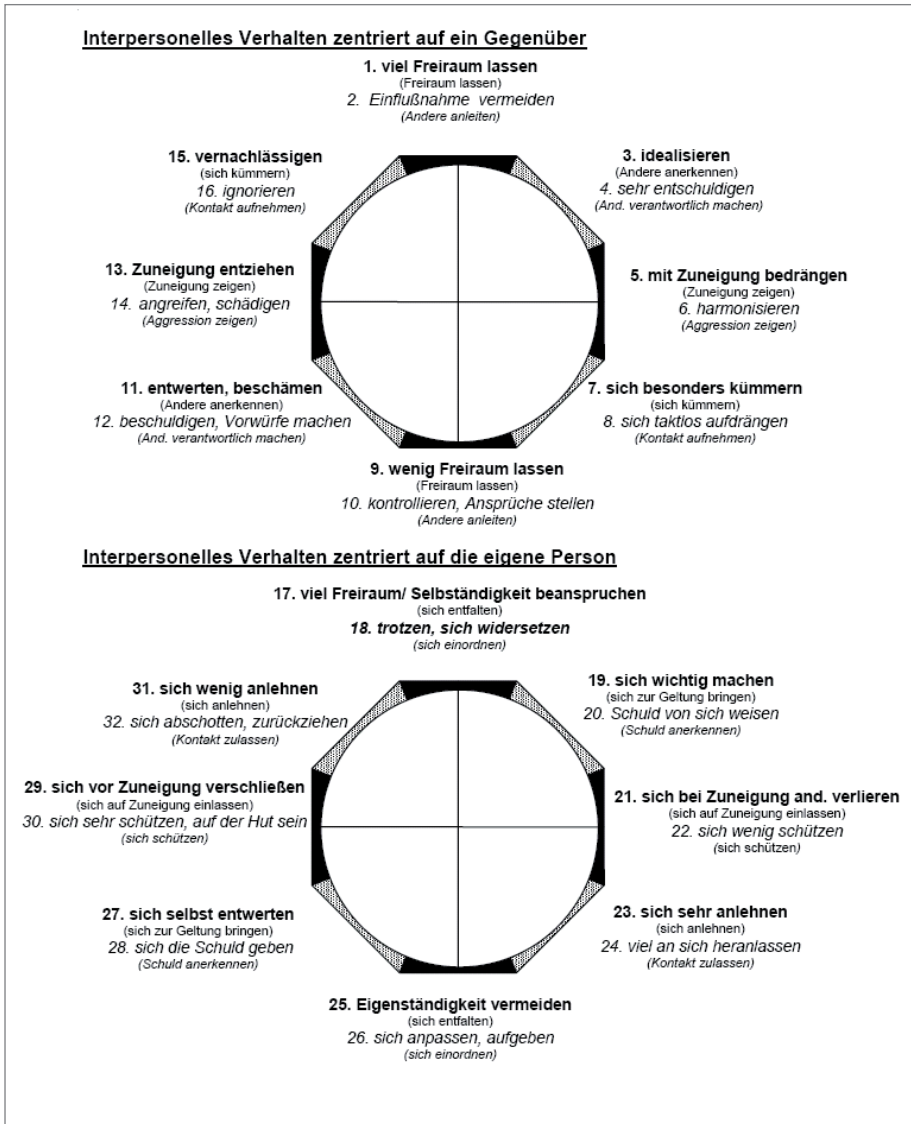


Abb. 2: OPD-2 Achse 2: Zirkumplexmodell interpersonellen Verhaltens

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er (andere/n) ....		Beziehungsthemen	Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie.....	
Andere - auch der Untersucher - erleben, dass der Patient immer wieder (andere/n)....			Andere - auch der Untersucher - erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie....	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. viel Freiraum lässt, alleine machen lässt	Freiraum lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. ihm viel Freiraum lassen, ihn alleine machen lassen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2. wenig führt, Einflussnahme vermeidet	Andere anleiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2. ihn wenig führen, Einflussnahme vermeiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3. bewundert, idealisiert	Andere anerkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3. ihn bewundern, idealisieren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4. entschuldigt, Vorwürfe vermeidet	Verantwortlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4. ihn entschuldigen, Vorwürfe vermeiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. mit seiner Zuneigung bedrängt	Zuneigung zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. ihn mit ihrer Zuneigung bedrängen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6. harmonisiert, Aggressionen vermeidet	Aggression zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6. harmonisieren, Aggressionen vermeiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7. sich besonders kümmert, sorgt	Sich kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7. sich um ihn besonders kümmern, sorgen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8. sich aufdrängt, taktlos ist	Kontakt aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8. sich ihm aufdrängen, taktlos sind
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9. wenig Freiraum lässt, sich einmischt	Freiraum lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9. ihm keinen Freiraum lassen, sich einmischen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10. bestimmt, kontrolliert / Ansprüche stellt	Andere anleiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10. ihn bestimmen, kontrollieren / Ansprüche stellen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11. klein macht, entwertet, beschämt	Andere anerkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11. ihn klein machen, entwerten, beschämen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12. Vorwürfe macht / beschuldigt	Verantwortlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12. ihm Vorwürfe machen / ihn beschuldigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13. seine Zuneigung entzieht	Zuneigung zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13. ihm ihre Zuneigung entziehen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14. angreift / schädigt	Aggression zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14. ihn angreifen / schädigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15. vernachlässigt, im Stich lässt	Sich kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15. ihn vernachlässigen, ihn im Stich lassen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16. übersieht, ignoriert	Kontakt aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16. ihn übersehen, ignorieren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17. viel Freiraum / Selbständigkeit für sich beansprucht	Sich entfalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17. viel Freiraum / Selbständigkeit für sich beanspruchen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18. trotzt, sich widersetzt	Sich einordnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18. ihm trotzen, sich widersetzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19. sich wichtig macht, in den Mittelpunkt stellt	Sich zur Geltung bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19. sich wichtig machen, sich in den Mittelpunkt stellen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20. jede Schuld von sich weist	Schuld anerkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20. jede Schuld von sich weisen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21. sich selbst verliert, wenn and. Zuneigung zeigen	S. auf Zuneigung einlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21. sich selbst verlieren, wenn er Zuneigung zeigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22. sich wenig schützt, in Gefahr begibt	Sich schützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22. sich vor ihm wenig schützen, sich in Gefahr begeben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23. sich anlehnt, sich anklammert	Sich anlehnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23. sich an ihn anlehnen, anklammern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24. sich im Kontakt wenig abgrenzt, viel an sich heranlässt	Kontakt zulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24. s.im Kontakt wenig abgrenzen, viel an sich heranlassen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25. Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht	Sich entfalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25. Eigenständigkeit vermeiden, Anleitung suchen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26. sich anpasst / sich zurücknimmt / aufgibt	Sich einordnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26. sich anpassen / sich zurücknehmen / aufgeben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27. sich klein macht, sich selbst entwertet	Sich zur Geltung bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27. sich klein machen, sich selbst entwerten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28. sich die Schuld gibt	Schuld anerkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28. sich die Schuld geben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29. sich verschließt / flüchtet, wenn and. Zuneigung zeigen	S. auf Zuneigung einlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29. sich verschließen / flüchten, wenn er Zuneigung zeigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30. sich besonders vor Angriffen schützt, auf der Hut ist	Sich schützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30. sich bes.vor seinen Angriffen schützen, auf der Hut sind
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31. sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt	Sich anlehnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31. sich wenig anlehnen, sich wenig bedürftig zeigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32. sich zurückzieht, abschottet, weggeht	Kontakt zulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32. sich zurückziehen, abschotten, weggehen

Abb. 3: OPD-2 Achse 2: Itemliste



überdauernde dysfunktionale Motivationswidersprüche konzipiert sind und die Entwicklung des Betroffenen insofern behindern, als sie ihm (Abwehr-)Kraft abverlangen bzw. das zwischenmenschliche Zusammenleben stören. Gelingt eine Vermittlung zwischen inneren und äußeren Anforderungen nicht mehr, kommt es zu einem unbewussten neurotischen Konflikt. **Die zentrale Frage lautet: Welche Motive (Konflikte) bewegen den Patienten?**

Basierend auf der Konzeption basaler menschlicher Motivationssysteme und nicht von traditionellen psychoanalytischen Modellvorstellungen (z. B. Es-Ich-Über-Ich) ausgehend, werden folgende idealtypischen Konflikte differenziert, die sich an prototypischen Entwicklungs Herausforderungen orientieren, vor denen alle Menschen im Laufe ihrer Sozialisation stehen und die sie unterschiedlich gut lösen:

1. Individuations-Abhängigkeits-Konflikt
2. Kontrolle-Unterwerfungs-Konflikt
3. Autarkie-Versorgungs-Konflikt
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt

Folgende zwei Sonderfälle sind bei der Bewertung dieser Achse vorab zu berücksichtigen: 1. Bei der Annahme „abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ kann im Einzelfall keine Konflikteinschätzung erfolgen. 2. Auf einem Kontinuum der Störungsschwere sind die nichtneurotische „subklinische Konfliktspannung“ zum Normalen und die „Konfliktschemata“ bei weitergehender Einschränkung der psychisch-strukturellen Fähigkeiten zum Pathologischen hin abzugrenzen, denn bei gering integrierter Struktur (siehe Achse 4) werden mehrere oder alle Konflikttypen dysfunktional und widersprüchlich angesprochen, so dass ein klar umschriebenes, stabiles Konfliktmuster nicht mehr erkennbar ist. Als Sonderfall gilt die „konfliktvolle Belastung“, der so genannte Aktualkonflikt, der sich bei einem Menschen unter erheblicher bis schwerer Belastung (life-event) vor dem Hintergrund seiner persönlichen Erlebnis- und Verhaltensmuster (Konfliktspannung) entwickeln kann und von den genannten neurotischen Konflikten nicht phänomenologisch, wohl aber dadurch unterscheidet, dass ihr das repetitive Moment fehlt.

Für jeden Konflikt liegt eine idealtypische Beschreibung für den sog. aktiven bzw. passiven Verarbeitungsmodus vor, und zwar jeweils bezogen auf die Lebensbereiche Herkunftsfamilie, Partnerschaft, Beruf und Arbeitswelt, Besitz und Geld, soziale Gruppierungen sowie Körper und Sexualität. Der Verarbeitungsmodus bezieht sich auf den aus der Balance geratenen Ausgleich zwischen inneren und äußeren Anforderungen und die daraus resultierenden überkompensatorischen (aktiven, kontraphobischen) bzw. regressiven (passiven, vermeidenden) dysfunktionalen Entweder-oder-Lösungen, wie sie sich im typischen intrapsychischen Erleben und in interpersonellen Verhaltensmustern zeigen. Zur Erleichterung der klinischen Einschätzung stehen außerdem typische Leitaffekte und interaktionelle Konstellationen bzw. Gegenübertragungsreaktionen zur Verfügung.

Je mehr Lebensbereiche ein Konflikt tangiert, umso klinisch bedeutsamer wird er vom Diagnostiker auf einer 4-stufigen Skala (nicht bedeutsam – wenig bedeutsam – bedeutsam – sehr bedeutsam) eingeschätzt. Im Endergebnis werden die beiden inneren Konflikte mit der größten klinischen Bedeutung bzw. mit der größten Behandlungsrelevanz für die Fokusbildung bestimmt und der Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes angegeben. Der Kliniker kann eine Konflikt-Checkliste zur Unterstützung nutzen.

Die **Achse 4** erfasst die Strukturodynamik und ist ebenfalls ein Kernstück psychodynamischer Diagnostik. Sie bemüht sich unter weitgehendem Verzicht traditioneller Termini um eine Integration vorliegender psychoanalytischer Strukturbegriffe. Struktur wird als funktionale Beziehung des Selbst zu den Objekten definiert, d. h. zwischen dem Individuum und seinen relevanten mitinteragierenden Bezugspersonen („signifikanten anderen“). In repetitiven Interaktionen zwischen Kind und Betreuungspersonen entwickeln sich in enger Verflechtung die Struktur des Selbst und die der Objektbeziehungen. Objektbeziehung bezeichnet dabei die Beziehung des Subjektes zu seiner „Welt“, sprich zu den realen, phantasierten bzw. vorgestellten Beziehungen zu anderen Menschen. Die Bestimmung des Strukturniveaus prüft die Verfügbarkeit psychischer Funktionen zur Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu inneren und äußeren Objekten. **Die zentrale Frage lautet: Wie reguliert sich der Patient?**

Zur Beurteilung stehen dem Diagnostiker hierzu die vom Patienten berichteten Interaktionen und Erfahrungen (enthalten in den Beziehungsepisoden) der letzten 2 Jahre, dessen im Interview gezeigte regulierende Fähigkeiten, dessen spontan oder auf Nachfrage introspektiv gewonnene Einschätzungen der eigenen Person und des eigenen Verhaltens in Bezug auf die Interaktionspartner sowie seine eigene Gegenübertragung zur Verfügung. Erfasst werden vier Dimensionen: 1. Fähigkeiten zur Selbst- und Objektwahrnehmung, 2. Fähigkeiten zur Selbst- und Objektsteuerung, 3. Fähigkeiten zur affektiven Kommunikation nach innen und nach außen sowie 4. Fähigkeiten zur Bindung an innere und äußere Objekte. Beispielsweise können Personen, die keinen ausreichenden Zugang zur Selbstreflexion haben, im Rahmen eines Problems kaum eine adäquate Analyse des Problems und vor allen Dingen einen Entwurf alternativer Handlungsweisen vornehmen. Für Strukturaspekte werden jeweils drei Basisfähigkeiten operationalisiert (siehe Abb. 4). Anhand dieser können vier Integrationsniveaus der Verfügbarkeit struktureller Fähigkeiten beschrieben werden: gut integriertes – mäßig integriertes – gering integriertes – desintegriertes Strukturniveau. Die textlich nicht definierten drei Zwischenstufen müssen aus den benachbarten Beschreibungen interpoliert werden. Im Endergebnis wird ein Strukturprofil der genannten Fähigkeiten inklusive einer Gesamtstruktureinschätzung erstellt. Die Gesamtstruktureinschätzung kann selbstverständlich auch ohne die Einschätzung der Subdimensionen vorgenommen werden. Eine Struktur-Checkliste kann zur Unterstützung genutzt werden.

Abbildung 4: OPD-2 Achse 4: Strukturelle Fähigkeiten

	Selbst	Objekte
<b>Wahrnehmung</b>	Das Selbst wahrnehmen Selbstbild reflektieren und ausdifferenzieren eigene Affekte differenzieren eigene Identität entwerfen und weiterentwickeln	Die Objekte wahrnehmen Selbst-Objekt-Differenzierung: eigene Gedanken, Bedürfnisse, Impulse von denen anderer unterscheiden Andere in ihren verschiedenen Aspekten, d. h. ganzheitlich, wahrnehmen ein realistisches Bild von anderen entwerfen können
<b>Steuerung</b>	Das Selbst regulieren sich von Impulsen distanzieren, Impulse steuern und integrieren sich von Affekten distanzieren und Affekte regulieren sich von Kränkungen distanzieren, Selbstwert regulieren	Den Bezug zum Objekt regulieren Die Beziehung vor eigenen störenden Impulsen schützen; intrapsychische statt interpersoneller Abwehr In Beziehungen die eigenen Interessen aufrechterhalten und die Interessen anderer angemessen berücksichtigen Die Reaktionen anderer antizipieren
<b>Emotionale Kommunikation</b>	Emotionale Kommunikation nach innen eigene Affekte generieren und erleben eigene Phantasien entwerfen und nutzen die eigene Körperwahrnehmung bzw. das Körper selbst emotional beleben	Emotionale Kommunikation mit anderen emotionale Kontaktaufnahme: Gefühle anderen gegenüber zulassen, Besetzungen wagen, Wir-Gefühl erreichen (Reziprozität) eigene Affekte zum Ausdruck bringen, sich von den Affekten anderer erreichen lassen Empathie erleben
<b>Bindung</b>	An innere Objekte gebunden sein Internalisierung: positive Selbstrepräsentanzen, positive Objektrepräsentanzen, positive objektbezogene Affekte aufbauen und erhalten können Positive Introjekte: für sich sorgen, sich beruhigen, trösten, helfen, schützen, für sich eintreten Variable und trianguläre Bindungen: unterschiedliche Objektqualitäten, Zuwendungen zum einen ist nicht Abwendung vom anderen	An äußere Objekte gebunden sein Bindungsfähigkeit: sich emotional an andere binden können (Dankbarkeit, Fürsorge, Schuld, Trauer) Hilfe annehmen: Unterstützung, Versorgung, Sorge, Anleitung, Entschuldigung von anderen annehmen können Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen können

Die **Achse 5** unterstreicht die Notwendigkeit einer präzisen deskriptiv-phänomenologischen Diagnostik. Sie klassifiziert die syndromalen Auffälligkeiten gemäß ICD-10 bzw. DSM-IV.

**Die zentrale Frage lautet: Was liegt phänomenologisch-diagnostisch vor?**

Für die Dokumentation der klinischen Einschätzungen der fünf Achsen steht ein Erhebungsbogen zur Verfügung.

### ■ Therapieplanung und Fokusformulierung

Der Prozess der Therapieplanung ist ein interaktionelles Geschehen zwischen Therapeut und Patient und sollte auf den Pfeilern Diagnostik, Zielformulierung sowie Ableitung von angemessenen therapeutischen Schritten ruhen. Die Effekte dieser Schritte können dann im klinischen Alltag evaluiert

werden. Die Diagnostik dient der Beschreibung von kritischen und/oder veränderungswürdigen Merkmalen, aber auch der Erfassung von Ressourcen und Kompetenzen.

Wenn die standardisierte Überprüfung der Effekte therapeutischer Interventionen gewünscht wird, bedarf es therapeutischer Zielgrößen, die auch eine Festlegung operationalisierter Variablen ermöglichen. Es liegt nahe, dass diese Variablen sowohl für die Therapieplanung wie auch für die vorausgegangene Diagnostik der Problemlage relevant sein sollten. Die Kongruenz individualisierter therapeutischer Zielsetzungen wurde bei der Konzeptualisierung der OPD berücksichtigt.

Die OPD-2 folgt damit den aktuellen Anforderungen der Psychotherapieforschung, die Effekte der Veränderung im Prozess erfassen will, um Wirkmechanismen von Psychotherapie zu identifizieren. Erkenntnisse über den Prozess gehen bei Über-

legungen zu therapeutischen Ansatzpunkten und geeigneten Interventionen in jeden Schritt der Behandlung ein. Ziel ist es, den therapeutischen Prozess für den Patienten möglichst günstig zu gestalten.

Die OPD-2 nähert sich mit ihrem neuen System dem von Strupp und Schacht (1988) benannten Prinzip der „Problem-Treatment-Outcome-Kongruenz“ an. Mit dieser Leitlinie ist gemeint, dass eine Ähnlichkeit bzw. eine Kongruenz zwischen der Beurteilung des klinischen Problems, der Konzeptualisierung der gewünschten therapeutischen Veränderung und der Beschreibung des klinischen Erfolgs bestehen muss. Dieser Erfolg sollte nicht nur mit beliebigen objektivierenden Fragebögen oder Beobachtungsmethoden gemessen werden, sondern möglichst auch mit jenen klinischen Kategorien und Begriffen, mit denen auch das klinische Problem formuliert wurde. Auf diese Weise werden das zu behandelnde Problem, der Interventionsprozess und das Behandlungsergebnis auf eine gemeinsame konzeptuelle Basis gestellt. Die OPD-2 möchte die Praxis klinisch tätiger Psychotherapeuten durch diese veränderte Ausrichtung unmittelbarer abbilden. Psychodynamisch-psychotherapeutische Diagnostik ist in jedem Fall kein Selbstzweck. Sie sollte immer als Handlungsanweisung für die Therapie verstanden werden.

Mit Hilfe der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturachse des OPD-Systems bietet sich eine einfache Möglichkeit zur operationalisierten Bestimmung von Behandlungsschwerpunkten, Foci genannt, an. Dies begrenzt die Therapieziele auf eine überschaubare Anzahl besonders relevanter klinischer Probleme des Individuums, die voraussichtlich in der zur Verfügung stehenden Zeit auch erfolgreich zu bearbeiten sind. Bei ihrer Bestimmung ist darauf zu achten, dass – in Abhängigkeit von der individuellen Störung – das Gewicht des Struktur- oder Konfliktanteils jeweils unterschiedlich ist und dass sich dieses Verhältnis in der Auswahl der Foci widerspiegeln sollte. In eindeutigen Fällen können ausschließlich Konflikt- oder ausschließlich Strukturfoci neben dem stets zu wählenden beziehungs-dynamischen Schema genommen werden. Meist sind jedoch beide Aspekte bedeutsam. Die Formulierung der Foci führt am Beginn einer Behandlung zur Therapieplanung, die im Verlauf bei Bedarf modifiziert werden kann, da sich Foci im Prozess verändern können. Wesentlich dabei ist, dass sich der Therapeut über seine Strategien Rechenschaft ablegt bzw. ablegen kann und seine Veränderungskonzepte dem Patienten transparent macht. Die Fokusformulierung erlaubt es auch, die therapeutischen Veränderungen im Therapieverlauf bzw. am -ende zu evaluieren.

## ■ OPD-Interview

Das OPD-System benötigt ein systematisches klinisches Interview, dessen Inhalte durch die diagnostischen Kategorien und Dimensionen der fünf Achsen bestimmt werden. Es soll das klinische Material für das Rating der Achsen liefern. Das OPD-Interview spannt dabei den Bogen von der klassischen Psychopathologie zur Beziehungsdiagnostik und integriert die Exploration von Symptomen und Beeinträchtigungen mit der freien interaktiven Entfaltung der Beziehungs- und implizit

auch der Konflikt- und Strukturachse (Dahlbender et al., 2004; Dahlbender, 2008).

Ziel des OPD-Interviews ist es, die multidimensionalen Inhalte der OPD-Achsen möglichst vollständig und reliabel zu generieren, um diese anschließend im OPD-System abzubilden. Die zu eruiierenden Informationen umfassen sowohl objektive, subjektive als auch szenisch-situative Informationen (Argelander, 1970) und können teilweise nicht einfach abgefragt werden. Objektive Informationen, d. h. potenziell durch andere nachprüfbarbare Fakten zur Symptomatik, zur Person, zur Biographie, zu habituellen Verhaltensweisen, zu Persönlichkeitseigentümlichkeiten und dergleichen, dienen dem Interviewer dazu, die faktischen Lebensumstände des Patienten mittels seines lexikalischen Fachwissens und seiner intellektuellen Einsichten schematisch zu (re-)konstruieren. Subjektive Informationen, die über die subjektive Bedeutungen der explorierten Fakten für den Patienten informieren, wie auch szenische Informationen, sprich die spontane Entwicklung einer komplexen Interaktion zwischen Patient und Diagnostiker, kann der Interviewer nutzen, um mit Hilfe seiner Interaktions- und Erlebenskompetenzen in der gemeinsamen Arbeit mit seinem Gesprächspartner ein situatives Verständnis des bewussten und unbewussten Erlebens des Patienten zu entwerfen. Die Fülle und die Heterogenität des zu beurteilenden klinischen Materials, die absichtsvolle Gesprächssteuerung, vor allem aber die unbewusste Steuerung durch Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse fordern die methodisch-technischen und die Erlebenskompetenzen des Diagnostikers besonders heraus. Der Diagnostiker steht zudem unter einem großen Orientierungs- und Handlungsdruck und muss während des Interviews permanent Entscheidungen treffen, die ihm helfen sollen, den Überblick über das Beziehungsgeschehen wie auch die Gesprächsinhalte möglichst nicht zu verlieren und das Gespräch zielführend mit zu steuern.

Die Herstellung und Erfassung der multidimensionalen Inhalte der OPD-Achsen erfordert ein multimodales, methodisch differenziertes Vorgehen des Interviewers, das phasenweise unterschiedlich strukturierende Aktivitäten vom Interviewer verlangt. Prinzipiell ist der Interviewer bemüht, dem Patienten einen größtmöglichen Freiraum für jegliche szenisch-interaktiven (Re-)Inszenierungen zu bieten. Diese offene, nur sehr gering strukturierte und wenig fokussierte Gesprächsführung seitens des Interviewers soll dem Patienten zur Entfaltung des inneren Erlebens dienen und Raum für Beziehungsangebote an den Interviewer eröffnen. Auf der anderen Seite muss der Interviewer darauf achten, so weit wie möglich alle relevanten Informationen vom Patienten zu erhalten, was ein gewisses Maß an strukturierendem Vorgehen voraussetzt. Die Achsen 4, 3 und 2 zielen auf die interpretative Entschlüsselung bewusster und unbewusster biographisch-beziehungsorientierter Struktur-, Konflikt- und Beziehungsdynamiken ab. Bei der Einschätzung struktureller Fähigkeiten und Defizite ist in erster Linie von Bedeutung, einen Raum entstehen zu lassen, der möglichst wenig durch den Interviewer vorstrukturiert ist und in den hinein der Patient seine Struktur „entfalten“ und für den Interviewer damit erfahrbar machen kann. Die Erhebung der biographisch-lerngeschichtlichen Anamnese, die Differenzierung der Beziehungsepisoden oder beispielsweise auch

die Klärung der Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung benötigen eine mäßig strukturierte Gesprächsführung. Ohne detaillierte Kenntnis der Gestaltung der Beziehungen eines Patienten ist die Einschätzung der Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur schwer möglich. Auch eine sorgfältige Erkundung der Beziehungsepisoden ist zum Verständnis ihrer dynamisch-motivationalen Nuancierungen besonders hilfreich und oftmals unerlässlich. Die Achsen 5 und 1 zielen vor allem auf symptomatische Abklärung und psychopathologische Differenzierung sowie krankheitsbezogene Fakten und Zusammenhänge ab, die eine deutliche Strukturierung im Sinne einer systematischen psychiatrischen Exploration und Beobachtung des Verhaltens des Patienten erfordern.

Das OPD-Interview fokussiert mal mehr auf eine phänomenologisch-symptomdiagnostische Perspektive und mal mehr auf eine beziehungsdiagnostische, konflikt- oder strukturorientierte Perspektive. Das Oszillieren zwischen einer stärker strukturierenden, mehr explorativ-beobachtenden und einer weniger strukturierenden, mehr beziehungs-dynamischen, narrativ-interpretativ geprägten Gesprächsführung kennzeichnet das OPD-Interview daher in besonderem Maße. Der OPD-Interviewer muss nicht nur unterschiedliche Informationskanäle (verbale, nonverbale, Übertragungs-Gegenübertragungs-Informationen) bewusst zu nutzen verstehen, er sollte ferner sowohl mit explorativen wie auch mit interaktionell-szenischen Strategien vertraut sein und diese im Verlaufe des Interviews, auf den Patienten individuell abgestimmt, flexibel handhaben können.

Das OPD-Interview setzt Verschiedenes auf Seiten des Interviewers und Diagnostikers voraus: 1. ein psychodynamisches Grundverständnis in Theorie und Praxis, 2. ausreichende Fähigkeiten zur Förderung der Öffnungsbereitschaft des Patienten und zur Gestaltung einer von ihm als hilfreich erlebten Beziehung, 3. eine gleichschwebende Aufmerksamkeit (d. h. alle vom Patienten gemachten Äußerungen mit gleicher Aufmerksamkeit zu verfolgen) und die Bereitschaft, die ihm vom Patienten unbewusst zugeschriebenen Rollen probeweise zu übernehmen, 4. eine hinreichende Kenntnis der OPD-Achseninhalte inklusive ICD- oder DSM-Klassifikationskategorien und 5. grundlegende klinische Erfahrungen und Vertrautheit mit den wichtigsten Interventionstechniken Deklaration, Klarifikation, Konfrontation und Interpretation. Bei der Einschätzung struktureller Fähigkeiten und Defizite und beim Beurteilen dysfunktionellen Beziehungsverhaltens wird es mehr um Klären und Konfrontieren und nur gelegentlich um dem Patienten mitgeteiltes Interpretieren gehen. Beim Herausarbeiten typischer Konfliktmuster und zur Überprüfung von Konfliktthesen wird Interpretieren im Sinne eines Probedeutens besonders bedeutsam. Dies kann darüber hinaus auch Hinweise auf Inhalte der Achse 1 geben, und zwar vor allem auf Einsichtsfähigkeit und Behandlungsmotivation und damit auf die Eignung des Patienten für eine psychodynamische psychotherapeutische Behandlung.

Selbsterfahrung, d. h. die Schulung der eigenen Erlebens- und Interaktionskompetenzen, ist für die Beziehungsdiagnostik unumgänglich. Ratsam kann es darüber hinaus sein, die Angebote eines speziellen OPD-Interviewtrainings zu nutzen.

## ■ Ablauf des OPD-Interviews

Im Allgemeinen sollte ein OPD-Interview mindestens 50, besser aber 90 Minuten dauern, bei Bedarf kann es aber länger sein oder auch einen zweiten Termin benötigen. Kürzere Interviews laufen Gefahr, Informationsmängel zu begünstigen. Ist es aus Zeitgründen nicht möglich, bei ein und demselben Patienten die vier genuinen OPD-Achsen (Achse 1 bis 4) auf einmal zu untersuchen, ist es vertretbar, das OPD-Interview mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten durchzuführen. Dabei ist zu beachten, dass ein psychodynamisches Verständnis des Patienten nicht „teilbar ist“, d. h., eine isolierte Diagnose (z. B. der Struktur) ist kaum ohne ein zumindest ungefähres Verständnis der Konflikt-dynamik möglich. Während des Interviews sollte die volle Aufmerksamkeit des Interviewers dem Patienten und seinen vielfältigen Interviewaufgaben und Aktivitäten gewidmet sein. Da parallel angefertigte Notizen hiervon ablenken und zudem die therapeutische Allianz unkontrolliert beeinflussen könnten, sollten sie ebenso nach dem Interview erfolgen, wie die Einschätzung der OPD-Achsen.

Im klinischen Alltag hat sich die Unterteilung des OPD-Interviews in fünf thematisch akzentuierte Phasen als hilfreiche Strukturierungs- und Orientierungshilfe bewährt. Diese sollten möglichst offen eingeleitet werden, um der unbewussten Dynamik des Patienten zunächst ausreichend Entfaltungsmöglichkeit zu geben, bevor sie dann in strukturierteren Passagen eingehender untersucht werden.

In der Eröffnungsphase geht es zunächst darum, dass der Interviewer eine Beziehung zum Patienten aufbaut und eine hilfreiche (Arbeits-)Beziehung anbietet. Hierzu instruiert er nach formal korrekter Begrüßung (Blickkontakt, Handschlag etc.) und persönlicher Vorstellung den Patienten über die Rahmenbedingungen, den zeitlichen Ablauf und die Zielsetzungen des Gesprächs sowie seine Aufgaben als Patient. Er vermittelt ihm beispielsweise, dass es darum geht, ein vorläufiges Verständnis seiner Schwierigkeiten und Probleme zu entwickeln, in welcher Lebenssituation sich diese ereignen, wie er damit fertig wird und was die Therapie bewirken soll. Auch hierbei achtet der Interviewer selbstverständlich auf die szenischen Darstellungen, z. B. wo er dem Patienten ggf. Hilfestellungen gibt. Die meisten Patienten beginnen mit spontanen Beschwerdeschilderungen. Danach sollen die Psychopathologie vom Interviewer überblicksartig und syndromgeleitet erfragt und eventuell auslösende Situationen geklärt werden. Die systematische syndromale Diagnostik nach ICD-10 erfolgt dann am besten separat. Im Weiteren sollten die aktuellen Brennpunkte des Patienten eruiert werden, d. h., in welchen Lebensbereichen sich seine Schwierigkeiten und Probleme zeigen und was sie subjektiv für ihn in seiner aktuellen Lebenssituation bedeuten. In der Eröffnungsphase wird klinisches Material gesammelt, das im Verlauf des Interviews zu vertiefen ist. Damit der Patient tunlichst frei und offen über sich spricht, bemüht sich der Interviewer vor allem um die Herstellung von Situationen, die es dem Patienten ermöglichen, sich gegenüber dem Diagnostiker zu öffnen und sich selbst weiter zu erforschen. Er wird den Patienten zweckmäßigerweise nicht unterbrechen, wird auch Pausen tolerieren, wird ihn verbal unterstützen, indem



er ihn ggf. ermutigt fortzufahren, Äußerungen wiederholt, Gesagtes zusammenfasst oder geäußerte Affekte anspricht. Dabei wird er stets versuchen sicherzustellen, dass er verstanden hat, was der Patient ihm vermitteln wollte. Wenn nötig, kann der Untersucher klärende Nachfragen stellen, ohne dass das Gespräch eine „Abfragerei“ wird. Der Interviewer wird in dieser Phase besonders auf auffällige Lücken, Betonungen und andere Auffälligkeiten achten und ggf. später wieder auf diese zurückkommen. Der Interviewer wird registrieren, wie der Patient mit ihm und der Situation umgeht, vor allem mit seinem Hilfsangebot und der dadurch entstehenden Beziehungskonstellation. Selbstverständlich ist hier bereits auf Gegenübertragungsprozesse zu achten. Zudem muss er dafür sorgen, dass er das für die OPD-Diagnostik relevante klinische Material erhält. So bekommt der Interviewer einen ersten Eindruck von den Schwierigkeiten und Problemen des Patienten, vom Schweregrad seiner Störung, seiner aktuellen Beeinträchtigung der faktischen Lebenssituation, des Selbsterlebens und insbesondere seines Leidensdrucks.

Die zweite Phase dient der Ermittlung von Beziehungsepisoden (Dahlbender et al., 1992). Diese sollen möglichst singulär-konkrete, aber auch kumuliert-typische repetitive dysfunktionale Beziehungserfahrungen erfassen und darüber hinaus nicht nur einen Eindruck von der Dynamik des Beziehungsgeschehens vermitteln, sondern auch von den zugrunde liegenden Wünschen, Befürchtungen und Motiven. Damit soll die Formulierung erster Hypothesen über die zum Ausdruck kommenden repetitiven dysfunktionalen Beziehungsmuster, Konflikte und strukturellen Fähigkeiten ermöglicht werden. Der Interviewer kann meist an vorausgegangene Beziehungsschilderungen anknüpfen. Wichtig ist, dass er stets sowohl die aktuellen bzw. biographischen Beziehungserfahrungen wie auch das aktuelle Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen innerhalb der Situation des Interviews im Blick hat.

Die dritte und vierte Phase des Interviews dienen der Ermittlung des Selbst- und Objekterlebens – aktuell und auch früher. Die Klärung dieser strukturellen Fähigkeiten (Einschränkungen wie auch Ressourcen) eröffnet darüber hinaus leicht Einblicke in die subjektiv erlebte sowie faktische Lebensgestaltung und damit in repetitive Konfliktlagen. Auch hier kann der Interviewer erfahrungsgemäß an vorherige Selbst- bzw. Objektschilderungen anknüpfen. Er sollte stets darauf achten, dass der Patient möglichst keine Lebensbereiche „auslässt“, und ggf. klärende und lenkende Fragen stellen. Insbesondere bei Patienten mit wesentlichen strukturellen Einschränkungen kann es notwendig werden, dass der Interviewer die offene, wenig strukturierte Gesprächsführung zugunsten einer aktiveren, klar strukturierten verlässt. In diesen Fällen sollten Angebote gemacht werden, um diesen Patienten zu helfen, damit ihr defizitäres inneres Erleben deutlich zum Ausdruck kommt.

Die fünfte Interviewphase dient der Klärung der Einsichtsfähigkeit des Patienten in seine Problematik, seiner Motivation zu einer ggf. indizierten Psychotherapie und den weiteren Behandlungsvoraussetzungen bzw. des weiteren Vorgehens. Zum Ende des Interviews sollte der Diagnostiker dem Patienten unterbreiten, wie er dessen Problematik und Lebenssituation auffasst. Hierzu werden die Gesprächsergebnisse nebst der offenen Punkte zusammengefasst und versucht, mit dem

Patienten eine gemeinsame Arbeitshypothese und ggf. Therapieoptionen zu erarbeiten, die Motivation hierzu zu prüfen, Vorbehalte und Schwierigkeiten zur Sprache zu bringen und schließlich das konkrete Vorgehen verbindlich abzustimmen. Es ist wesentlich, dass der Patient darauf reagieren und signalisieren kann, inwieweit dies für ihn hilfreich und bedeutsam erscheint. Seine Reaktion darauf kann wertvolle Hinweise auf Konflikt- und Strukturaspekte geben. Nachdem alle Formalia besprochen sind, sollte der Interviewer sich schließlich freundlich und formal korrekt verabschieden.

Eine detaillierte deskriptive Exploration der initial geklagten Beschwerden und Symptome nebst den Zeit- und Verlaufskriterien der ICD erfordert, die möglichst offene Gesprächsführung zugunsten einer stark strukturierten aufzugeben. Eine akkurate syndromale ICD-/DSM-Diagnostik wird häufig einen separaten Interviewteil oder gar ein separates Interview zur Kriterienprüfung erfordern. Sie sollte sich daher tunlichst an das eigentliche OPD-Interview anschließen und von einem anderen Interviewer durchgeführt werden, um die Beziehung zum OPD-Interviewer so wenig wie möglich zu stören. Dies gilt insbesondere, wenn das Interview im Vorfeld der Aufnahme einer Psychotherapie bei dem Diagnostiker abgehalten wurde. Im Anschluss an das Interview sollte dann zügig das eigentliche OPD-Rating und die erforderliche Dokumentation des Interviews erfolgen, damit relevante Phänomene nicht in der Erinnerung verblasen.

### ■ OPD-Interviewleitfaden

Zur Unterstützung des Diagnostikers bietet das OPD-System einen Interviewleitfaden und so genannte Interviewtools an. Diese geben grundlegende Orientierungshilfen und flexibel einzusetzende Anregungen, um das erforderliche klinische Material zusammen mit dem Patienten möglichst tief und ökonomisch herzustellen. Da die Gewinnung valider und reliabler Daten im OPD-Interview das Oszillieren zwischen weniger und stärker strukturiertem Vorgehen erfordert, lässt der OPD-Leitfaden dem Interviewer bewusst die Freiheit, elastisch von dieser ihn *leitenden Linie* abzuweichen und bedarfsweise – je nach Patientenangebot, Zielsetzung und/oder klinischer Erfahrung – zu modifizieren. Die Interviewtools als Versatzstücke oder gar als Kochbuch zu missbrauchen konterkariert jegliche Psychodynamik, die auch nicht durch die strukturierten Interviewpassagen suspendiert wird.

Die Werkzeugkästen enthalten jeweils vier Aspekte in charakteristischer Anordnung. Zunächst werden die relevanten thematischen Inhalte des jeweiligen Bereiches genannt. Nebeneinander stehen darunter die Hilfsmittel im engeren Sinne. Dies sind zum einen Vorschläge von beispielhaft formulierten Fragen und Interventionen zur Exploration des fraglichen Themenbereiches. Zum anderen werden typisches verbales, interaktionell-szenisches und Gegenübertragungsmaterial, das bei der Untersuchung des spezifischen Inhaltes erfahrungsgemäß entstehen kann, beschrieben. Schließlich werden relevante differenzialdiagnostische Abgrenzungen zu anderen Bereichen innerhalb des OPD-Systems verdeutlicht. Zur Illustration sind exemplarisch die Werkzeugkästen für den Konflikt „Unterwerfung vs. Kontrolle“ (siehe Abb. 5) und die Strukturdimension „Selbstwahrnehmung“ (siehe Abb. 6) wiedergegeben.

Abbildung 5: OPD-2 Interviewtool: Unterwerfung vs. Kontrolle

<p><b>Themen</b>                  Dominanz – Unterordnung, Macht – Ohnmacht, Rigidität, Tradition, Regeln, Hierarchie, passiver Widerstand, Retentivität, Rechthaberei, Widerspruch, Trotz, Unterwürfigkeit, Nachgiebigkeit</p>	
<p><b>Interventionsmöglichkeiten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wichtig sind Ihnen Regeln und Ordnungen im Leben?</li> <li>• Ist es so, dass Sie sich gern/ungern Regeln und Vorschriften unterordnen?</li> <li>• Ist es so, dass Sie gern/ungern den Ton im Kontakt mit anderen angeben?</li> <li>• Wie gehen Sie mit Anweisungen und Vorschriften um?</li> <li>• Wie reagieren Sie, wenn die Ihnen wichtigen Regeln und Ordnungen einmal infrage gestellt sind?</li> <li>• Hatten Sie öfters in Ihrem Leben Schwierigkeiten mit Autoritäten?</li> <li>• Ist es eigentlich so, dass Sie immer wieder bei Meinungsverschiedenheiten meist Recht behalten (wollen)?</li> <li>• Sagen andere Ihnen, dass Sie unnachgiebig sind – oder immer „den unteren Weg“ gehen?</li> </ul>	<p><b>Informationsquellen</b>  <b>Aussagen des Patienten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das muss ich Ihnen jetzt aber zuerst noch zu Ende erzählen.</li> <li>• Mir wäre es lieb, wenn Sie Fragen stellen würden, damit ich Ihnen auch das Richtige erzähle.</li> </ul> <p><b>Szenische Informationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird der Patient ärgerlich, gereizt oder wütend protestieren, wenn er sich eingeschränkt fühlt?</li> <li>• Wird im Gespräch spürbar, dass der Patient Spaß (Freude, Lust) am Widersprechen, Trotzen und Kontrollieren anderer hat?</li> </ul> <p><b>Gegenübertragung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fühle ich mich vom Patienten untergründiger Kontrolle ausgesetzt?</li> <li>• Spüre ich bei mir Impulse, mich dem Patienten unterzuordnen?</li> <li>• Spüre ich bei mir Impulse, dem Patienten ärgerlich zu widersprechen?</li> <li>• Erlebe ich das Bedürfnis bzw. die besondere Bereitschaft beim Patienten, sich mir unterzuordnen?</li> <li>• Fühle ich mich „verführt“, den Patienten zu bestimmen?</li> </ul>
<p><b>Differentialdiagnostik</b>  <b>Achse III:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Individuation vs. Abhängigkeit</i>: dient eher der Nähe-Distanz-Regulierung in Beziehungen</li> <li>• <i>Selbstwertkonflikt</i>: dient eher dem Schutz vor Kränkung bzw. Verteidigung des Selbstwerts</li> <li>• <i>Schuldkonflikt</i>: dient eher der Besänftigung/Vermeidung oder Projektion von Schuldgefühlen</li> </ul> <p><i>Achse IV</i>: Bei gering integrierter Struktur oder drohender Desintegration kann Kontrolle der Erhaltung von Struktur dienen und stellt dann kein eigenes motivationales Konfliktstreben dar.</p>	

Abb. 6: OPD-2 Interviewtool: Selbstwahrnehmung

<p><b>Definition</b> Fähigkeit, sich ein Bild des Selbst und der eigenen inneren Vorgänge zu machen</p> <p><b>Themen</b> Selbstreflexion, Affektdifferenzierung, Identität</p>	
<p><b>Interventionsmöglichkeiten</b></p> <p><b>Einleitende Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie haben schon einiges über sich erzählt, vielleicht können Sie sich nun noch einmal selbst beschreiben, möglichst so, dass ich mir vorstellen kann, was für ein Mensch Sie sind.</li> <li>• Können Sie mir schildern, was in dieser Situation in Ihnen vorgegangen ist?</li> <li>• Ich kann mir diese Seite von Ihnen noch nicht so recht vorstellen. Könnten Sie versuchen, mir mehr darüber zu erzählen?</li> <li>• Kommt es manchmal vor, dass Sie gar nicht wissen, wie Sie sich fühlen?</li> <li>• Können Sie über sich nachdenken, wann geht Ihnen diese Fähigkeit auch verloren?</li> </ul> <p><b>Vertiefende Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie haben sich vorhin geschildert als ... und jetzt beschreiben Sie sich als ..., wie passt das zusammen?</li> <li>• Mir fällt auf, dass es Ihnen sehr schwerfällt, sich selbst zu beschreiben.</li> <li>• Kann es sein, dass Sie andere um Rat fragen, weil Sie selbst nicht wissen, was in Ihnen vorgeht oder gut für Sie wäre?</li> <li>• Das, was Sie erzählen, wirkt so, als wüssten Sie nicht genau, wer Sie sind.</li> <li>• Da scheint XY Sie ganz anders wahrzunehmen als Sie sich selbst.</li> <li>• Ich habe den Eindruck, dass Sie sich in unterschiedlichen Situationen ganz verschieden erleben und darstellen. Machen Sie dies, um anderen gerecht zu werden?</li> <li>• Kann es sein, dass Sie, nachdem Sie sich entschlossen haben, ... zu machen, nicht mehr unter so starken Spannungsgefühlen gelitten haben?</li> <li>• Diese Art von Gefühlen scheint für Sie ganz unerträglich zu sein, so dass Sie auch mit mir gar nicht darüber sprechen mögen.</li> </ul>	<p><b>Informationsquellen</b></p> <p><b>Äußerung und Verhalten des Patienten im Gespräch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient findet auf Fragen nach seinem Innenleben keine Antwort und ist ratlos.</li> <li>• Die geschilderten Situationen unterscheiden sich gänzlich von dem, was der Patient selbst schildert.</li> <li>• Angesprochen auf widersprüchliches Erleben oder Verhalten, kann der Patient keine reflektierende Haltung einnehmen.</li> <li>• Im zeitlichen Verlauf werden ganz unterschiedliche Seiten geschildert, die miteinander verbunden wirken, ohne dass es dem Patienten aufzufallen scheint.</li> </ul> <p><b>Reaktionen des Interviewers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben mich die Selbstschilderungen des Patienten interessiert und mir Klarheit verschafft?</li> <li>• Kommen mir die Selbstschilderungen des Patienten plastisch vor?</li> <li>• Bin ich verwirrt darüber, wer geschildert wird?</li> <li>• Fühle ich mich innerlich unbeteiligt?</li> <li>• Kommen mir die Selbstschilderungen floskelhaft und unecht vor?</li> <li>• Werden zwischen verschiedenen Erlebnisweisen Übergänge geschildert, so dass ich verstehen kann, was im Patienten vorging?</li> <li>• Fühle ich mich im Gespräch leer bzw. habe ich mit heftigen Gefühlen zu kämpfen?</li> <li>• Habe ich den Eindruck, die emotionalen Bewegungen des Patienten im Gespräch nachvollziehen zu können? Hat hier eine minimale Entwicklung stattgefunden?</li> </ul>
<p><b>Differentialdiagnostik</b> Achse III „<i>Identitätskonflikt</i>“: Während bei der <i>Identitätsdiffusion</i> unbewusste Selbstanteile unverbunden nebeneinander stehen und keine Dissonanzen bei dem Betroffenen erzeugen, handelt es sich bei den <i>Identitätskonflikten</i> um bewusste oder vorbewusste gegensätzliche Selbstanteile, die bei der Person Spannung erzeugen (ausreichend gute Ich-Funktionen).</p>	

■ **Fazit**

Bei allem verständlichen Bemühen um die Standardisierung der Diagnostik zur Verbesserung der Reliabilität der Diagnosen ist die Berücksichtigung der Interaktion zwischen Untersucher und Patient erforderlich, um psychische Störungen valider abzubilden. Hierzu ist daher ein multidimensional-multime-

thodaler Untersuchungsansatz unerlässlich, der dem Paradigmenwechsel von der klassischen individuellen Psychopathologie zur interpersonellen Beziehungspathologie aufgreift und die Exploration von Symptomen und Beeinträchtigungen mit der freien interaktiven Entfaltung der Beziehungs- und implizit auch der Konflikt- und Strukturodynamik integriert.

Das erstmals 1996 publizierte OPD-System hat sich in der klinisch-wissenschaftlichen Praxis bewährt und ist zum Standardverfahren der psychodynamischen Psychotherapie favorisiert, weil es all diese klinisch relevanten Bereiche bei Patienten der verschiedensten Praxisfelder im Sinne einer Quer- wie auch Längsschnittdiagnostik valide und reliabel erfasst (Cierpka et al., 2001). Es vermag, komplexe Sachverhalte systematisch zu strukturieren und mit einer einheitlichen operationalisierten Begriffskultur verständlich zu kommunizieren. Die Nähe zur klinischen Situation und die Möglichkeit der besseren Stichprobenhomogenisierung machen das OPD-System auch als Forschungsinstrument attraktiv.

Es stellt dem Therapeuten ein individuelles Profil der störungsrelevanten aktuellen Probleme und habituellen Lebensschwierigkeiten sowie der aktivierbaren veränderungsrelevanten Ressourcen seines Patienten zur Verfügung. Zudem können dysfunktionale Beziehungsmuster und die ihnen zugrunde liegenden Konflikt- und Strukturauffälligkeiten, die im Alltag des Individuums repetitiv zu persönlichen und/oder zwischenmenschlichen Friktionen führen, als relevante Veränderungsziele und als Behandlungsschwerpunkte, sprich-foci, bestimmt werden. Anhand derselben OPD-Kriterien, mit denen die klinische Störung hypothetisch erfasst wird, können somit auch psychotherapeutisch induzierte Veränderungen im Therapieprozess verfolgt und das Therapieergebnis evaluiert werden.

Das semistrukturierte OPD-Interview mit seinem Interviewleitfaden nebst Interviewtools ist geeignet, verschiedenartige interpersonelle Situationen gezielt aufzusuchen bzw. herzustellen, um jene biopsychosozialen Systeme zu aktivieren, die das breite Spektrum der für die psychodynamische Diagnostik und Therapiekonzeption relevanten Informationen liefern. Beliebige Vertiefungen bzw. Erweiterungen können erfolgen, etwa eine strukturierte klinische Diagnostik der Syndromatologie gemäß ICD oder DSM oder auch der Funktionsbeeinträchtigungen gemäß ICF. Auch eine modulare Integration weiterer kriteriengebundener Konstrukte in das Interview ist denkbar, etwa die Erfassung von Abwehrmechanismen als ergänzendes diagnostisches Fenster der Struktur- und Konfliktachse oder die Ergänzung der Strukturdiagnostik durch die Aktivierung sprachlicher Repräsentanzen früherer Bindungserfahrungen.

Seit der Veröffentlichung des ersten Manuals besuchten mehrere tausend ärztliche und psychologische Psychotherapeuten aus Praxen und Kliniken die OPD-Trainingsseminare. In der psychodynamischen und auch in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung hat sich das multiaxiale OPD-System inzwischen an vielen Orten erfolgreich etabliert. Zahlreiche psychosomatisch-psychotherapeutische Fachkliniken nutzen das OPD-System oder Teile daraus. Für die Nutzung im Rahmen der klinischen Alltagsroutine stellt die OPD-2 nunmehr auch Kurzversionen verschiedener Achsen zur Verfügung. Ausführliche Achsenfassungen können nach wie vor für Forschungs- oder Begutachtungszwecke genutzt werden.

Die inzwischen in zahlreiche Sprachen (z. B. Englisch, Italienisch, Spanisch, Ungarisch, Chinesisch, Russisch) übersetzte neue OPD-Version wurde von einem reinen Diagnostik-Instrument konsequent zu einem psychodynamischen Therapie-

planungs- und Therapieevaluationssystem weiterentwickelt, das international immer mehr Beachtung findet (Dahlbender, Rudolf & AK OPD, 2006). Die Arbeitsgruppe entwickelt das OPD-System beständig weiter und differenziert weitere Anwendungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Praxisfeldern. Wir dürfen gespannt sein!

## ■ Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Argelander, H. (1970). Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- 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.
- Dahlbender, R.W., Torres, L., Reichert, S., Stübner, S., Frevert, G. & Kächele, H. (1992). Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39, 51-62.
- Dahlbender, R.W., Grande, T., Buchheim, A., Schneider, G., Perry, J.C., Oberbracht, C., Freyberger, H.J., Janssen, P.L., Schauenburg, H., Buchheim, P. & Doering, S. (2004). Qualitätssicherung im OPD-Interview. Entwicklung eines Interviewleitfadens. In R.W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüssler (Hrsg.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (S. 41-66). Bern: Huber.
- Dahlbender, R.W., Rudolf, G. & der AK OPD (2006). *Psychic structure and mental functioning: Current research on the reliable measurement and clinical validity of operationalized psychodynamic diagnostics (OPD) system*. In PDM Task Force (Ed.), *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring (MD): Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Dahlbender, R.W. (2008). OPD-Interview: Von der Psychopathologie zur Beziehungsdiagnostik. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 194-214.
- Strupp, H.H. & Schacht, T.E. (1988). Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In H. Dahl, H. Kächele & H. Thomä (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin: Springer.

## ■ Korrespondenzadressen

**Priv.-Doz. Dr. med. Reiner W. Dahlbender**  
Klinik am schönen Moos  
Klinik für Psychosomatische Medizin,  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Am Schönen Moos 7-9 | D-88348 Bad Saulgau

**Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Karin Tritt**  
Universität Regensburg  
Abt. für Psychosomatische Medizin  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11 | D-93053 Regensburg