

30 Jahre Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Neuerungen in der OPD-3

Cord Benecke

Zusammenfassung: Der Beitrag stellt die neueste Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3) vor. Nach einer kurzen Skizze der mittlerweile dreißigjährigen Geschichte der OPD, werden die vier Achsen der OPD-3 dargestellt: Achse I: Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen; Achse II: Beziehung; Achse III: Konflikt; Achse IV: Struktur – jeweils mit den vorgenommenen Neuerungen sowie den Wechselwirkungen zwischen den Achsen. Die in der OPD beschriebenen Konzepte haben mittlerweile eine breite, auch verfahrensübergreifende Akzeptanz gefunden, was sicher auch in der reichhaltigen empirischen Forschung zur OPD begründet ist, die in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst wird. Die OPD zeigt sich als empirisch fundiertes, gut lehr- und lernbares sowie klinisch nützlich System, welches in vielen Bereichen fruchtbare Anwendung findet.

Die Entwicklung der OPD

„Unsere Diagnosen erfolgen sehr häufig erst nachträglich ...
Wir kaufen die Katze im Sack“
(Freud, 1933, S. 167).

Psychoanalytische Diagnostik galt lange als auch aus empirischer Perspektive nicht besonders reliabel (Langer & Abelson, 1974; Blaser, 1977; Rudolf & Stille, 1984). Zwar ermöglicht die differenzierte Erfassung von Übertragung/Gegenübertragung, Konflikt- und Strukturmerkmalen eine Beschreibung individueller Muster, die für die differenzielle Indikation bedeutsam sind (Schüßler, 2002; Rudolf et al., 1996). Aber das hohe Abstraktionsniveau und der Komplexitätsgrad psychoanalytischer Konzepte erschweren eine präzise Erfassung in der klinischen Situation, sodass die diagnostischen Aussagen analytischer Psychotherapeut*innen manchen Kritiker*innen als in ‚künstlerischer Freiheit‘ formulierte Diagnosen erscheinen (Rudolf, 2001), wodurch eine wissenschaftliche Auseinandersetzung erschwert wurde.

Daher wurden in den letzten Jahren mehrere Instrumente entwickelt, um psychodynamische Konzepte in operationalisierter Weise zu erfassen, z. B. das *Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation* (STIPO; Clarkin et al., 2016; Hörz-Sagstetter & Doering, 2021), die *Skalen Psychischer Kompetenzen* (SPK; Wallerstein et al., 1989; Huber et al., 2006), die *Reflective Function Scale* (RF) als Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 1998; Taubner et al., 2013). Seit 1996 liegt das Manual zur *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD) vom Arbeitskreis OPD (1996; in zweiter Version OPD-2, 2006) vor, mittels dessen die drei zentralen psychodynamische Dimensionen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ reliabel erfasst werden können.

Das OPD-System ermöglicht so eine umfassende, klinisch relevante und zugleich präzise Diagnostik mit insgesamt befriedigenden Gütekriterien (ausführlich siehe *Arbeitskreis OPD, 2023*).¹ Die OPD versteht sich als Ergänzung zur klassifikatorischen Diagnostik, die das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) und die *International Classification of Diseases* (ICD) bereitstellen. Die deskriptive, symptomzentrierte Diagnose ist wichtig (und ist daher jetzt in der Achse I der OPD integriert), gibt dem*der Kliniker*in aber wenig Handlungsanweisungen für die Indikationsstellung und Behandlungsplanung. Psychodynamisch orientierten Psychotherapeut*innen verbinden die Symptomatik jedoch mit Hypothesen über intrapsychische Konflikte, über das Strukturniveau, über die daraus entstehenden dysfunktionalen Beziehungsmuster und einer vor diesem Hintergrund verstandenen individuellen Bedeutung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen.

Der Arbeitskreis OPD entwickelte ein diagnostisches Inventar und stellte ein Handbuch zum Training und zur klinischen Anwendung zur Verfügung. Die multiaxiale psychodynamische Diagnostik in der neuesten Version der OPD-3 basierte auf vier Achsen:

Achse I: Psychische Störungen², Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

² Die klassifikatorischen Diagnosen wurden in der OPD-1 und OPD-2 noch in einer separaten Achse V aufgeführt. Es erscheint uns unangemessen, die ICD oder das DSM gewissermaßen als Unteraspekt der OPD zu deklarieren. Nichtsdestoweniger ist die syndromale Diagnostik unerlässlich. Daher wird sie jetzt in der OPD-3 der gesamten OPD-Diagnostik vorangestellt: Die psychischen Störungen werden gleich zu Beginn der Achse I erfasst. Die weiteren OPD-Achsen liefern dann eine mögliche Erklärung für das Auftreten der Symptomatik.

Achse II: Beziehung

Achse III: Konflikt

Achse IV: Struktur

In der Achse *Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* werden Kriterien für die Indikationsstellung (wie Leidensdruck, Ressourcen und Behandlungsmotivation) erhoben. Die Achse *Beziehung* erfasst anhand beobachtungsnaher dimensionaler Kategorien Muster der Beziehungsgestaltung aus der Sicht von Patient*in und Untersucher*in. Die Achse *Konflikt* erfasst sieben zeitlich überdauernde und verinnerlichte Konflikte, die das Erleben und Verhalten von Patient*innen prägen und ihre Interaktionen färben. Die Achse *Struktur* erfasst die Verfügbarkeit über basale psychische Fähigkeiten.

Die OPD-Achsen versuchen, vorhandene zentrale psychodynamische Konzepte so zu operationalisieren, dass sie mit einem handhabbaren Instrument nach einer strukturierten Schulung reliabel erfassbar sind. Dazu wurden die zu diagnostizierenden Aspekte auf einem mittleren Abstraktionsniveau beschrieben, zwischen reiner Verhaltensdeskription und reiner metapsychologischer Begriffsbildung. Zudem wurde von Beginn an, aber nochmals verstärkt in der OPD-3 eine verfahrensübergreifende und möglichst präzise Sprach- und Begriffskultur angestrebt, die so weit wie möglich auf eine ‚schulenspezifische‘ metapsychologische Terminologie verzichtet.

Ein weiteres Anliegen war und ist, das klinische Material, welches die Basis der OPD-Diagnostik darstellt, möglichst gut in die therapeutische Praxis integrierbar zu machen: Nach einem ca. 90-minütigen Erstgespräch kann die Psychodynamik des*der Patient*in auf der Grundlage der OPD-Kategorien eingeschätzt werden. Ein Interviewleitfaden hilft, die für die OPD-Diagnostik relevanten Informationen zu gewinnen. Im Unterschied zu anderen Diagnostiksystemen, wie den oben bereits erwähnten STIPO, SPK und RF, die ein hochgradig strukturiertes und standardisiertes Interview voraussetzen, ist der OPD-Interviewleitfaden so flexibel gestaltet, dass das Interview weitgehend als normales, d. h. offenes psychodynamisches Interview geführt werden kann, um die OPD-Achsen reliabel einschätzen zu können.

Die OPD-2 wurde in etliche Sprachen übersetzt: Englisch, Spanisch, Italienisch, Französisch, Portugiesisch, Türkisch, Tschechisch, Ungarisch, Rumänisch, Russisch und Chinesisch. Neben dem zentralen OPD-Manual und zahlreichen Forschungsarbeiten (u. a. zur empirischen Validierung) wurden weitere ergänzende Schriften publiziert, wie OPD bei Abhängigkeitserkrankungen (Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen, 2013) und OPD im Psychotherapieantrag (Stasch et al., 2016), OPD bei Traumafolgestörungen (Burgmer et al., 2024), ein Fallbuch mit Video-Beispielen (*Schauburg et al., 2020*) sowie eine OPD-basierte Diagnostik im Coaching (Möller & Benecke, 2023).

Eine Gruppe von Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Entwicklungspsycholog*innen veröffentlichte im Jahr 2000 ein Manual für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ), welches inzwischen ebenfalls in einer zweiten Version vorliegt (*Arbeitskreis OPD-KJ, 2013*), empirisch erprobt ist (z. B. Mayer et al., 2021) und in verschiedenen Sprachen vorliegt. Eine Besonderheit dieses Ansatzes ist, dass die vier Achsen der OPD entwicklungs- und kontextbezogen operationalisiert wurden.

Mittlerweile stellt die OPD einen im deutschen Sprachraum weithin akzeptierten Standard in der psychodynamischen Diagnostik für Klinik und Forschung dar. Auch in psychodynamischen/psychoanalytischen Ausbildungsinstituten hat die OPD einen festen Platz gefunden. Es bietet sich an, die OPD auch in den neuen Psychotherapie-Studiengängen gemäß der Reform des PsychThG zu vermitteln, da sie sich aufgrund der klaren Operationalisierungen bestens auch für universitäre Lehre eignet.

Die aktuelle OPD-3

Für das 2023 erschienene Manual zur OPD-3 wurden die OPD-Achsen erneut gründlich überarbeitet. Dabei wurden sowohl die Erfahrungen aus unzähligen Trainingskursen und der klinischen Anwendung als auch die Ergebnisse von Forschungsprojekten berücksichtigt (eine umfassende Übersicht zur empirischen Forschung mit der OPD findet sich im Manual der OPD-3: *Arbeitskreis OPD, 2023*).

Wie bei den vorherigen Versionen hat auch an der hier vorliegenden OPD-3 eine große Gruppe psychodynamisch orientierter Psychotherapeut*innen und Forscher*innen aus den Gebieten der Psychoanalyse und Psychodynamischen Psychotherapie, der Psychosomatischen Medizin und Psychiatrie zusammengearbeitet und in einem jahrelangen Prozess um die Neuerungen und das zumindest vorläufig ‚beste‘ Ergebnis gerungen. Wir sind überzeugt, dass mit der OPD-3 ein weiterer großer Schritt nach vorne gelungen ist: Durch eine stärkere Dimensionalisierung (alle Items werden nun auf Skalen mit verschiedenen Ausprägungen eingeschätzt) ist das Instrument noch forschungstauglicher geworden und die stärkere Verknüpfung der Achsen ermöglicht eine verbesserte Abbildung der klinisch so bedeutsamen Komplexität psychischer Prozesse.

Die vier Achsen der OPD-3 entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Verständnis. Warum diese Achsen?

Achse I – Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Für Achse I zur Abbildung des Krankheitserlebens und der Behandlungsvoraussetzungen sprach die offensichtliche

praktische Relevanz dieser (eher aus der kognitiven Psychologie entlehnten) Kategorien: Die Patient*innen müssen „dort abgeholt werden, wo sie stehen und wo sie etwas erwarten“ – d. h. bei Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung. In der Achse I wird nun die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik gemäß ICD oder DSM in die OPD hineingenommen, womit die Notwendigkeit einer genauen Erfassung von psychopathologischen Phänomenen, die auch in einer psychodynamischen Diagnostik ihren Platz haben muss, betont wird. Es wird die globale Schwere und der Verlauf der behandlungsbedürftigen Störung mit international üblichen Kriterien bewertet. Die *Global Assessment of Functioning* (GAF) wurde in die Bereiche Symptomatik, berufliche Funktion und soziale Funktion untergliedert. Es werden die subjektiven Krankheitskonzepte (z. B. somatisches, soziales, alternatives, intrapsychisches) der Patient*innen erfasst, woraus sich meist auch die von den Patient*innen präferierten Veränderungs- bzw. Behandlungskonzepte ergeben. Zudem werden Veränderungshemmnisse und -ressourcen sowie übergeordnete Ziele (z. B. Symptomreduktion, Klärung) beschrieben.

Achse II – Beziehung

Achse II – Beziehung stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher interpersoneller Verhaltensweisen mit freier Kombinationsmöglichkeit zur Verfügung, das in Anlehnung an interpersonelle Kreismodelle (insbesondere dem SASB, Benjamin, 1974; Tress, 1993) konzipiert wurde, aber klar darüber hinausgeht, indem explizit Gegenübertragungsaspekte erfasst und mit dem Objekterleben der Patient*innen in Verbindung gebracht werden.

In der Achse II wird das zentrale, repetitive und dysfunktionale Beziehungsmuster eines*einer Patient*in aus zwei Blickwinkeln beschrieben, nämlich aus der Erlebensperspektive

des*der Patient*in und aus derjenigen der Interaktionspartner*innen.

Um die vier Kästchen in Tabelle 1 zu ‚befüllen‘, wird eine Liste von Beziehungsitens vorgegeben, aus der die für den jeweiligen Fall zutreffenden Beschreibungen ausgewählt werden. Die Item-Liste folgt stringent der Logik der Kreismodelle interpersonellen Verhaltens (z. B. Kiesler-Kreis). Die Verhaltensweisen werden auf einem Kreismodell angeordnet, welches sich durch die Achsen *Affiliation* und *Kontrolle* aufspannt – der Ort einer Verhaltensweise auf dem Kreis wird durch die Mischung aus Affiliation und Kontrolle bestimmt.

Die Items sind in der OPD-3 dimensional skaliert: Jede im Kreismodell enthaltene Verhaltensweise kann in einem unterschiedlichen Maß an Dysfunktionalität vorliegen. Dabei wurde für jedes Item eine *unauffällige* (0), eine *akzentuierte* (1) und eine deutlich *dysfunktionale* (2) Ausprägung formuliert. Diese drei Stufen sind für jedes Beziehungsitens ausformuliert. Jede Verhaltensweise kann wahlweise auch gesondert als *Ressource* benannt werden.

0 = unauffällig	1 = akzentuiert	2 = dysfunktional ausgeprägt
<i>sich einbringen</i>	<i>sich einmischen</i>	<i>ständig bevormunden</i>
<i>Zuneigung zeigen</i>	<i>mit Zuneigung bedrängen</i>	<i>mit Liebe verfolgen, „stalken“</i>

Tabelle 2: Beispiele für dreistufige Ausformulierungen von Beziehungsitens

Die anhand der Items beschriebenen interpersonellen Positionen werden zu einer *beziehungsdynamischen Formulierung* integriert, indem die Positionen systematisch verknüpft werden, wodurch sich das individuelle (und meist dysfunktionale, sich selbst aufrechterhaltende) Beziehungsmuster gut herausarbeiten lässt.

Perspektive A: Das Erleben des*der Patient*in	
<p>Patient*in erlebt sich immer wieder so ... Hier liegt der Fokus auf dem interpersonellen Verhalten der Patient*innen selbst, also auf denjenigen Verhaltensweisen, die im Selbsterleben der Patient*innen als dominant erscheinen. Hier werden Verhaltensweisen benannt, die den Patient*innen bewusst sind und die meist defensive, reaktive Aspekte (in konflikthaften Situationen) beinhalten.</p>	<p>Patient*in erlebt andere immer wieder so ... Hier wird auf die Verhaltensweisen der anderen gegenüber den Patient*innen fokussiert, so wie sie von den Patient*innen mehr oder weniger durchgängig erlebt und beschrieben werden. Oftmals dominieren hier negative Verhaltensweisen (z. B. Entwerten) oder unfaire Kombinationen (z. B. Forderungen gestellt zu bekommen und zugleich Vernachlässigung zu erleben).</p>
Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch des*der Untersucher*in)	
<p>Andere/Interviewer*in erleben den*die Patient*in immer wieder so ... Hier liegt der Fokus auf den Beziehungsangeboten des*der Patient*in gegenüber anderen Personen – auch dem*der Untersucher*in. Beschrieben werden die Verhaltensweisen des*der Patient*in, wie sie von anderen wahrgenommen werden. Diese Verhaltensweisen sind dem*der Patient*in selbst oft nicht bewusst. Hier spielen ggf. (schwierige) Übertragungsangebote des*der Patient*in eine Rolle.</p>	<p>Andere/Interviewer*in erleben sich gegenüber dem*der Patient*in ... Hier wird auf Handlungsimpulse fokussiert, die der*die Patient*in bei anderen, d. h. auch bei dem*der Untersucher*in, auslöst. Es geht hier nicht darum, wie sich der*die Untersucher*in tatsächlich verhält oder verhalten würde, sondern darum, welche <i>Handlungsimpulse</i> in ihm*ihr ausgelöst werden. Hier finden sich also Aspekte der psychoanalytischen Gegenübertragungsdiagnostik wieder.</p>

Tabelle 1: Die vier interpersonellen Perspektiven der OPD-Beziehung Achse

Passiver Modus		Aktiver Modus
Existenziell angewiesen auf enge Bindung; Trennung undenkbar	K1	Autonomie und Eigenständigkeit um jeden Preis; Nähe aversiv
Vermeidung des Erlebens von Hilflosigkeit durch passiv-aggressive Unterwerfung	K2	Kontrolle/Dominanz ist oberstes Gebot zur Vermeidung von Hilflosigkeit
Starke Bedürftigkeit; depending and demanding zur Kompensation des inneren Mangelgefühls	K3	„Autarkie“ im Sinne von „ich brauche nichts für mich“, „altruistische Abtretung“
Minderwertigkeit manchmal regelrecht vor sich hergetragen; Aufgeben von Zielen schützt vor realem Scheitern	K4	Forcierte Selbstsicherheit zur Bewältigung des inneren/abgewehrten Minderwertigkeitserlebens
Überzogene Verantwortungsübernahme mit starken Schuldgefühlen	K5	Habituelle Zurückweisung eigener Verantwortung
Scheinbares Nicht-Wissen um die rivalisierend-anerkennde und sexuelle Thematik; emotional dominieren Schüchternheit, (Scham-) Angst	K6	Getrieben, sich (theatralisch) in Szene zu setzen, zu glänzen und (sexuell) zu verführen/rivalisieren, um inneres Unreife-Erleben zu kompensieren
Identitätsunsicherheit wird bewältigt, indem der gesamten Identitätsfrage ausgewichen wird, alles im Vagen gehalten wird bzw. Teilidentitäten konflikthaft aufeinandertreffen.	K7	Unsicherheit der eigenen Identität wird forciert überkompensiert. Identität wird stimmig gemacht. Widersprüche der Teilidentitäten werden aktiv verleugnet.

Tabelle 3: Skizzierung der Bewältigungsmodi der sieben Konfliktthemen

Achse III – Konflikt

Achse III – Konflikt überträgt ein Stück klassischer psychoanalytischer Diagnostik – die zentrale Rolle innerer Konflikte – in ein reliables System. Auf der Basis universeller Motivsysteme (vgl. Benecke & Brauner, 2017) werden sieben zentrale Konfliktthemen beschrieben: *Abhängigkeit vs. Individuation* (K1), *Unterwerfung vs. Kontrolle* (K2), *Versorgung vs. Autarkie* (K3), *Selbstwertkonflikt* (K4), *Schuldkonflikt* (K5), *Ödipaler Konflikt* (K6) und *Identitätskonflikt* (K7). Für jeden dieser Konflikte werden jeweils die motivationale Basis, das innere Erleben bei gelungener Entwicklung, die (meist schmerzlichen und daher abgewehrten) *Kernaffekte* bei problematischen Erfahrungen mit diesem Motivsystem sowie jeweils ein *aktiver* (a) und ein *passiver* (p) Verarbeitungs- bzw. Lösungsmodus als typische *Bewältigungsformen* beschrieben. Darüber hinaus kann auch eine *abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung* (K0) diagnostiziert werden, wenn eine übersteigerte Abwehr von konflikthaftem vorliegt, was sich meist durch eine Überbetonung von Sachlichkeit und dem ‚Übersehen‘ von Gefühlen und Bedürfnissen bei sich und anderen zeigt. Es besteht eine Nähe zur Alexithymie.

Eine neu eingeführte Unterscheidung zwischen „lebenslang“ und „aktuell“ ermöglicht, Veränderungen (z. B. im Bewältigungsmodus) besser abzubilden.

Das Konflikt-Rating ist in der OPD-3 nicht mehr beschränkt auf ‚bessere‘ Strukturniveaus („gut integriert“, „mäßig integriert“), sondern Konflikte können bei allen Strukturniveaus geratet werden (auch bei gering integriertem oder desintegriertem Strukturniveau). Die Manifestationen der Konflikte auf den Strukturniveaus „gut integriert“, „mäßig integriert“ und „gering integriert“ werden ausformuliert. Die Integration des Konzepts der Dilemmata gemäß Mentzos (z. B. Mentzos, 2002, 2015; Lempa et al., 2017) in die OPD-Konfliktachse wird in einem gesonderten Kapitel „Zur weiteren Forschung vorgesehen: Dilemma und Konflikt“ dargestellt.

Achse IV – Struktur

Achse IV – Struktur beschreibt die Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen, die als basale psychische Fähigkeiten verstanden werden.³ Hierzu zählen z. B. die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle. Die Verfügbarkeit über diese strukturellen Funktionen beeinflusst ganz wesentlich die Manifestationen und die Möglichkeiten des Umgangs mit inneren und äußeren Konflikten. Die Einschätzung auf der Strukturachse hat entscheidenden Einfluss auf die Indikationsstellung.

Die Strukturachse umfasst fünf Dimensionen, von denen vier in je eine auf das Selbst und eine auf die Objekte/Beziehungen abzielende Dimension unterteilt sind. Lediglich die mittlere Dimension, die Abwehr, erstreckt sich über beide Bereiche, da sie (fast) immer intrapsychische und interpersonelle Aspekte vereint. Für jede der insgesamt neun Dimensionen der Strukturachse wurden jeweils drei Facetten definiert, die im Manual ausformuliert sind.

Tabelle 4 enthält damit eine Liste der aus Sicht der OPD zentralen psychischen (Ich-)Fähigkeiten.

Die OPD unterscheidet vier Integrationsniveaus der Struktur („gut integriert“, „mäßig integriert“, „gering integriert“, „desintegriert“), die das Ausmaß der Verfügbarkeit über die Funktionen bzw. die Beeinträchtigung dieser sicher beschreibt:

- Das Niveau der *guten* Integration bedeutet, dass ein autonomes Selbst über einen psychischen Binnenraum verfügt, in dem intrapsychische Konflikte ausgetragen werden können und ein breites Spektrum an Erlebensmöglich-

³ Die dimensionale Betrachtung von Persönlichkeitsstörung entlang basaler psychischer Funktionen findet sich in Form der *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* mittlerweile auch im DSM-5 (Zimmermann et al., 2013) sowie in der ICD-11 (Tyrer et al., 2019).

SELBST	OBJEKT/BEZIEHUNGEN
Selbstwahrnehmung	Objektwahrnehmung
ST1.1 Selbstreflexion	ST1.4 Selbst-Objekt-Differenzierung
ST1.2 Affektdifferenzierung	ST1.5 Objektbezogene Affektdifferenzierung
ST1.3 Identität	ST1.6 Integrierte Objektwahrnehmung
Selbstregulation	Beziehungsregulation
ST2.1 Impulssteuerung	ST2.4 Beziehungen schützen
ST2.2 Affekttoleranz	ST2.5 Antizipation
ST2.3 Selbstwertregulierung	ST2.6 Interessenausgleich
Abwehr	
ST3.1 Lebens- und Erlebensmöglichkeiten	
ST3.2 Interpersonalität	
ST3.3 Mechanismen	
Kommunikation nach innen	Kommunikation nach außen
ST4.1 Affekte und Fantasien erleben	ST4.4 Emotionale Kontaktaufnahme
ST4.2 Lustvolles Erleben	ST4.5 Intimität
ST4.3 Körper selbst	ST4.6 Empathie
Bindung an innere Objekte	Bindung an äußere Objekte
ST5.1 Internalisierung	ST5.4 Bindungsfähigkeit
ST5.2 Introjekte nutzen	ST5.5 Vertrauen
ST5.3 Variabilität	ST5.6 Bindung lösen

Tabelle 4: Dimensionen und Facetten der strukturellen Funktionen in der OPD-3 (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 193)

keiten bei gleichzeitig etablierten Regulierungsfähigkeiten besteht.

- Das Niveau der *mäßigen* Integration lässt eine geringere Verfügbarkeit über regulierende Funktionen und eine schwächere Ausdifferenzierung psychischer Substrukturen erkennen. Konflikthafte Impulse oder Affekte werden oft ‚übersteuernd‘ reguliert, was häufig eine psychische Rigidität (auch der Abwehr) mit sich bringt.
- Das Niveau der *geringen* Integration ist dadurch gekennzeichnet, dass der seelische Binnenraum und die psychischen Substrukturen nicht sicher verfügbar sind, sodass Konflikte kaum intrapsychisch, sondern vorwiegend interpersonell ausgetragen werden. Es besteht eine Neigung zu Untersteuerung von Affekten und Impulsen, sodass es häufig zu interpersonellen Verwerfungen kommt. Alternativ kann es zum Abschalten von Affekten und Impulsen kommen, was sich in Zuständen von Leere äußert.
- Das Niveau der *Desintegration* ist dadurch charakterisiert, dass die strukturellen Fähigkeiten nicht mehr verfügbar und Kompensationen meist nur noch unter Realitätsverleugnung möglich sind. Affekte können völlig überfluten. Das psychische Erleben ist oft durch Fragmentierungen gekennzeichnet.

Anhand der im Manual gegebenen ausführlichen Operationalisierungen und klinischen Beispiele wird es möglich, für jede strukturelle Kategorie ein Integrationsniveau festzulegen. Daraus lässt sich zum einen ein strukturelles Profil über die Dimensionen, zum anderen ein strukturelles Gesamtniveau bestimmen. Außerdem steht eine Checkliste zur Verfügung, mit deren Hilfe die Items reliabel geratet werden können. Die bisher schon benannten „Zwischenstufen“ (zwischen „gut“ und „mäßig integriert“, zwischen „mäßig“ und „gering integriert“ sowie zwischen „gering“ und „desintegriert“) werden in der OPD-3 nun auch ausformuliert. Dadurch ist die Struktur-Checkliste zwar umfangreicher, aber auch um einiges klarer und differenzierter geworden.

Die geringer integrierten ‚unteren‘ Strukturniveaus wurden inhaltlich komplett überarbeitet, insbesondere, um sie ‚psychiatrietauglicher‘ zu machen, wobei versucht wurde, spezifische Psychopathologien nicht zur Beschreibung heranzuziehen, um bspw. sowohl eine psychotische als auch eine psychopathische Desintegration gleichermaßen abzubilden. Hierzu konnten ausgewiesene Expert*innen in psychodynamischer Psychotherapie für die Mitarbeit an der Strukturachse gewonnen werden.

Zudem ermöglicht die OPD-3 zwei optionale Variabilitätsratings der Struktur: Es können nun Veränderungen des Strukturturniveaus über die Zeit (z. B. ein Einbruch struktureller Fähigkeiten nach einem traumatisierenden Lebensereignis) sowie Unterschiede der Verfügbarkeit der strukturellen Funktionen in verschiedenen Lebensbereichen abgebildet werden (z. B. besseres Niveau im Bereich Arbeit, schlechteres im Bereich Intimität). Diese Optionen ermöglichen eine differenziertere Abbildung des psychischen Geschehens und damit auch der Therapieplanung bei vielen Patient*innen.

Wechselwirkungen zwischen den Achsen

Bei der Betrachtung der Achsen wird deutlich, dass sie in einigen Bereichen inhaltliche Überschneidungen aufweisen bzw. in enger Interaktion miteinander zu sehen sind. Die psychische Struktur stellt gewissermaßen die Basis dar, auf welcher sich Konflikte mit ihren gut oder schlecht angepassten Lösungsmustern abspielen. Ein und dasselbe konflikthaft motivationale Thema manifestiert sich unterschiedlich, je nach Verfügbarkeit über die strukturellen Funktionen (Tab. 5).

Als ‚Epiphänomene‘ sind die Beziehungsmuster beobachtungsnäher als psychische Struktur und innerer Konflikt. Habituelle dysfunktionale Beziehungsmuster können als Ausdruck und Manifestationen von inneren Konflikten und Strukturmerkmalen und zugleich als deren (kompromisshaften) Bewältigung verstanden werden: Sie spiegeln die problematischen Aspekte beider Bereiche wider. Beispielsweise dient stark kontrollierendes Verhalten oftmals der Abwehr von Hilflosigkeit (siehe Konflikt K2); mit schlechterer Verfügbarkeit über die strukturellen Funktionen äußert sich dies in zunehmend aggressiverem Dominanzverhalten bis hin zum aggressiven Ausleben von Macht und Willkür. Beziehungserleben und Beziehungsgestaltung erfahren daher eine besondere Beachtung sowohl bei der Diagnostik als auch im psychodynamischen Behandlungsprozess.

Empirische Forschung mit der OPD

Eine Besonderheit der OPD besteht darin, dass sie sowohl zum klinisch-praktischen Einsatz als auch zur empirischen Forschung taugt. Seit der ersten Publikation der OPD im Jahr 1996 wurde eine Vielzahl an empirischen Studien durchgeführt, die sowohl zur empirischen Fundierung im Sinne einer Konsolidierung und Evidenzbasierung als auch zur Weiterentwicklung zugehöriger Instrumente beigetragen haben (Zimmermann et al., 2010). Im Folgenden sollen einige Beispiele dieser Forschung dargestellt werden. Zusammenstellungen der Ergebnisse der empirischen Forschung zur OPD finden sich bei Both et al. (2019) sowie im OPD-3-Manual (*Arbeitskreis OPD, 2023*).

Empirische Studien zur Achse *Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* zeigen eine

	Allgemeine Beschreibung der Manifestation des jeweiligen Konfliktthemas auf unterschiedlichen Strukturturniveaus	Struktur-Niveau
Konfliktspannung	Konfliktpole werden als akzentuierte Neigung sichtbar, können erlebt und meist auch reguliert werden. Die konflikthaft-motivationale Thematik färbt das psychische Geschehen, führt aber aufgrund der gut verfügbaren strukturellen Funktionen selten zu Symptomen.	gut integriert
Neurotischer Konflikt	Lebens- und Beziehungsgestaltung geprägt durch die Konfliktthemen. Welt wird durch die individuelle ‚konflikt-thematische Brille‘ wahrgenommen. Stabilität durch ‚Übersteuerung‘ von Affekten und Impulsen sowie Verlust von Erlebensemöglichkeiten.	mäßig integriert
Konfliktschema	Instabilität/Wechsel und/oder extreme Ausprägungen der Konfliktpole. Meist Untersteuerung von Affekten und Impulsen sowie Dominanz ‚unreifer‘ und interpersoneller Abwehr (Spaltung, projektive Identifizierung). Starke Vulnerabilität.	gering integriert
Dilemma	Gegensätzliche Pole in Form von unauf-lösbaren Antagonismen (Dilemmata) mit extremen, existenziellen Bedrohungsgefühlen. Konflikt kaum psychisch repräsentierbar – „Lösung“ meist nur bei Realitätsumdeutung möglich.	desintegriert

Table 5: Manifestationen von konflikthaft-motivationalen Themen auf unterschiedlichen Integrationsniveaus der strukturellen Funktionen

gute Interrater-Reliabilität und Validität: z. B. Differenzierung verschiedener Patient*innengruppen, Zusammenhänge mit selbsteingeschätzter Therapiemotivation, Prädiktion des Langzeitverlaufs nach stationärer Psychotherapie (Schneider et al., 2008b; Waage et al., 2011; Zuccarino et al., 2012; Kati et al., 2015; Schneider et al., 2015).

Die Überprüfung der Interrater-Reliabilität sowie der konvergenen Konstruktvalidität der *OPD-Beziehungsachse* zeigen akzeptable Werte (Stasch et al., 2002, 2004; Schauenburg & Grande, 2010; Zuccarino et al., 2012; Lackmann et al., 2023). Die Beziehungsachse der OPD wurde unter anderem auch dazu genutzt, personalisierte Untersuchungsparadigmata zum Beispiel für den Einsatz in den Neurowissenschaften zu entwickeln (z. B. Kessler et al., 2013; Wiswede et al., 2014).

Mehrere Studien zeigen eine akzeptable Reliabilität und Validität der *OPD-Konfliktachse* (Cierpka et al., 2007; Schneider & Heuft, 2018; Lackmann et al., 2023). Es wurde eine Reihe von Studien mit Patient*innen aus verschiedenen Störungsgruppen hinsichtlich der Konfliktachse durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass bei nahezu allen dieser Studien die ersten vier Konflikte *Individuation vs. Abhängigkeit, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autarkie* und *Selbstwert* deutlich häufiger diagnostiziert werden als die Konflikte K5 bis

K7 (Grande et al., 1998; Böker et al., 2007; Schneider et al., 2008a; Rudolf et al., 1996). Differenzierte Übersichten zu Befunden zu den einzelnen Konflikten finden sich in *Benecke und Brauner (2017)* sowie im OPD-3-Manual (*Arbeitskreis OPD, 2023*).

Der Erfolg der OPD ist darauf zurückzuführen, dass sie erstens sehr gut lehrbar ist, zweitens die empirische Beforschung psychodynamischer Konzepte ermöglicht und drittens sich organisch in den klinischen Alltag integrieren lässt.

Die *OPD-Strukturachse* zeigt insgesamt gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten (Rudolf et al., 1996; Benecke et al., 2009; Doering et al., 2014; *Lackmann et al., 2023*) sowie Validität. So lässt die OPD-Strukturachse signifikante Zusammenhänge mit verschiedenen Störungsmaßen (z. B. Komorbidität, Anzahl der Persönlichkeitsstörungen, Selbstverletzungen) wie auch mit mimisch-affektivem Verhalten, mit Behandlungsverläufen und mit Indikationsstellungen erkennen (Benecke et al., 2009; Bock et al., 2016; Spitzer et al., 2004; Henkel et al., 2019).

Da die Lege-artis-OPD-Diagnostik mit ausführlichem Interview und anschließendem Rating recht zeitaufwendig ist, wurden in den letzten Jahren *Selbstbeurteilungsinstrumente* zur Achse III (OPD-Konfliktfragebogen, OPD-KF; *Benecke et al., 2018*) und der Achse IV (OPD-Strukturfragebogen, OPD-SF; Ehrenthal et al., 2012) entwickelt. Der OPD-Strukturfragebogen liegt zudem als Kurzform vor (OPD-SFK; *Ehrenthal et al., 2015*). Auch mit diesen OPD-Fragebögen wurde bereits eine Vielzahl von empirischen Studien durchgeführt (Übersicht in *Arbeitskreis OPD, 2023*). Der Zusammenhang der Konflikt- und Struktur-Dimensionen untereinander sowie mit psychopathologischen Phänomenen wurde in jüngster Zeit mittels Netzwerkanalysen untersucht (*Vierl et al., 2023a, b, c*).

Fazit

OPD und OPD-KJ zusammen ermöglichen eine klar strukturierte und klinisch praktikable Erfassung zentraler psychodynamischer Konzepte über die Lebensspanne. Der Erfolg der OPD ist ganz wesentlich darauf zurückzuführen, dass sie erstens sehr gut lehrbar ist, zweitens die empirische Beforschung psychodynamischer Konzepte ermöglicht und drittens sich organisch in den klinischen Alltag integrieren lässt und praktisch nützliche Informationen für die differenzielle Psychotherapieplanung und -durchführung (z. B. struktur- vs. konfliktbezogene Behandlungsfokusse) bereitstellt. In mehreren Arbeiten wurde anhand von Einzelfällen gezeigt, dass sehr ähnlichen Störungskombinationen auf der syndromalen Ebene recht unterschiedliche Psychodynamiken zugrunde liegen können (*Henkel et al., 2018; Sell et al., 2021; Benecke & Henkel, 2022; Ehrenthal &*

Benecke, 2019). Die OPD eignet sich daher bestens für eine ‚Personalisierung‘ der Psychotherapie (Norcross & Wampold, 2011, 2018), die in der Psychodynamischen Psychotherapie eine lange Tradition hat: Die Indikationsstellung und Behandlungsplanung erfolgt nicht primär oder gar ausschließlich entlang der klassifikatorischen Diagnostik gemäß ICD oder DSM, sondern basiert zentral auf den OPD-Befunden sowie der individuellen Wechselwirkungen der Komponenten.

Insgesamt ist die OPD-3 gegenüber den Vorgängerversionen (*mehr-dimensional*) und um ei-

niges *differenzierter*. Das hat den Vorteil, dass die individuellen Eigenheiten der Patient*innen deutlich besser abgebildet werden können und damit ihrer psychischen Komplexität besser Rechnung getragen wird. Trotz dieser erhöhten Komplexität der OPD-3 sind die Achsen für den klinischen Gebrauch praktikabel und können nach entsprechendem Training reliabel eingeschätzt werden (*Lackmann et al., 2023*).

Die OPD ist sehr gut lehr- und lernbar – auch ohne vertiefte Vorkenntnisse und Erfahrungen in Psychodynamischer Psychotherapie. Anhand der OPD-Achsen lassen sich zentrale psychodynamische Konzepte und deren Anwendung in der klinischen Situation anschaulich vermitteln, womit sich die OPD für die universitäre Lehre empfiehlt (Ehrenthal, 2019) und zunehmend auch das Interesse von Vertreter*innen anderer Psychotherapieverfahren findet.

Innerhalb des Arbeitskreises OPD haben sich verschiedene Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit der Anwendung der OPD in weiteren Feldern beschäftigen, z. B. in der OPD in Gruppentherapie, OPD in der Paar- und Familientherapie, OPD in der Forensik, OPD im Leistungssport etc. Im aktuellen OPD-3-Manual finden sich kurze Beschreibungen dieser Ansätze und wir gehen davon aus, dass sich die OPD auch in diesen Feldern fruchtbar einbringen wird.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Arbeitskreis OPD. (2023). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-3). Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitskreis OPD-KJ. (2013). OPD-KJ-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.

Benecke, C. & Brauner, F. (2017). Motivation und Emotion. Psychologische und psychoanalytische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.

Benecke, C., Henkel, M., Doering, S., Jakobsen, T., Stasch, M., Dahlbender, R. et al. (2018). Der OPD-Konfliktfragebogen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 64, 380–393.

Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W. & Gierk, B. (2015). Entwicklung einer 12-Item Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61, 262–274.

Henkel, M., Zimmermann, J., Künecke, J., Remmers, C. & Benecke, C. (2018). Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 66, 107–117.

Kessler, H., Stasch, M. & Cierpka, M. (2013). Operationalized psychodynamic diagnosis as an instrument to transfer psychodynamic constructs into neuroscience. Frontiers of Human Neuroscience, 7, 1–5.

Lackmann, V., Sell, C., Henkel, M., Kozik, C. & Benecke, C. (2023). Interrater Reliability of Operationalized Psychodynamic Diagnosis 3 (OPD-3). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 69, 108–122.

Schauenburg, H., Jennissen, S. & Cierpka, M. (2020). Heidelberger Standards zur psychodynamischen Diagnostik nach OPD-2. Handlungsanweisungen und videobasierte Fallbeispiele (1. Auflage mit kommentierten Beispielen und Lehrfilmen – zugänglich über unsere Website). Heidelberg: HeiCuMed.

Sell, C., Gröning, F. & Benecke, C. (2021). „Zur weiteren Forschung vorgesehen“. Verstehen psychotischer Patient*innen mittels der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, 25, 139–152.

Vierl, L., Juen, F., Benecke, C. & Hörz-Sagstetter, S. (2023c). Exploring the associations between psychodynamic constructs and psychopathology: A network approach. Personality and Mental Health, 17, 40–54.



Prof. Dr. Cord Benecke

Universität Kassel
Institut für Psychologie
Holländische Straße 36–38
34127 Kassel
benecke@uni-kassel.de

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Cord Benecke, Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker, ist Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel, Sprecher des Arbeitskreises OPD und Mitglied der Wissenschaftlichen Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Klinische Emotionsforschung und Psychotherapieforschung.