

Neuer Wein in neuen Schläuchen?

Konzeptionelle und praxisbezogene Anmerkungen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3)

Lars Hauten & Ingo Jungclaussen

Zusammenfassung: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) hat seit 1996 einen festen Platz in der psychodynamischen Praxis. Dieser Beitrag reflektiert die konzeptionellen Änderungen der dritten Version (OPD-3) für jede Achse und kommentiert ihre praktische Relevanz für die psychodynamische Psychotherapie. Achse I weist nunmehr eine größere Anschlussfähigkeit an andere Psychotherapieverfahren auf. Achse II ermöglicht durch die neue dreistufige Skalierung der Beziehungsisems eine differenziertere sowie ressourcenorientierte Beschreibung von Beziehungsmustern. In Achse III wird ein stärkerer Fokus auf biografische Entwicklungen und unbewusste Prozesse gelegt. Achse IV integriert wieder die Abwehr als Strukturfunktion und führt Variabilitätsratings ein. Die komprimierte OPD-3 bietet insgesamt eine präzisere Diagnostik und größere Anschlussfähigkeit, wobei die gleichzeitig erhöhte Komplexität eine Herausforderung darstellt, in deren Bewältigung zugleich eine Bewährungsprobe für die Praxis liegen dürfte. Es wird empfohlen, die OPD-3 aktiv zu nutzen.

Einleitung

So viel vorab: Das Warten hat sich gelohnt. Seitdem 1996 die erste Auflage des Manuals erschien, ist die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ aus der psychodynamischen Praxis nicht mehr wegzudenken. 2006 erschien eine revidierte Fassung (OPD-2), welche 2014 noch einmal umfassend überarbeitet wurde. Die nunmehr dritte Fassung (OPD-3) wurde 2023 vorgelegt. Dem Arbeitskreis OPD gelingt es in der aktuellen Version, das Manual zugleich komplexer und schlanker zu gestalten.

Das Buch enthält ein eigenes Kapitel zu den Neuerungen. Wir setzen voraus, dass die Leser*innen bereits mit der OPD vertraut sind, und empfehlen die Lektüre dieses Kapitels. Zudem findet sich in Ausgabe 1/2024 des Psychotherapeutenjournals eine ausführliche Darstellung zur Geschichte der OPD und eine Übersicht zu den Neuerungen in der OPD-3 (Benecke, 2024).

Der vorliegende Beitrag möchte die Neuerungen über die reine Darstellung hinaus aus zwei Blickwinkeln betrachten: Zum einen sollen die Veränderungen von der OPD-2 zur OPD-3 in konzeptioneller Hinsicht im Sinne einer kritischen Würdigung kommentiert werden, zum anderen sollen die konkreten Schlussfolgerungen für die klinische Praxis untersucht werden.

Wir folgen im vorliegenden Beitrag im Aufbau des Textes der Inhaltsstruktur der OPD-3.¹

Aufbau des Manuals

Was ist neu / was ist geblieben?

Die OPD-3 hat nur noch vier statt bisher fünf Achsen. Die Achsen I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) und V (psychische und psychosomatische Störungen) der OPD-2 wurden in der OPD-3 zusammengeführt.

In der OPD-2 wurden die Operationalisierung, die Manualisierung und die Erhebungstools in je eigenen Kapiteln abgehandelt. In jedem Kapitel wurden alle fünf Achsen „durchdekliniert“. Das hatte den Vorteil der Vollständigkeit, ging aber zu Lasten der Lesbarkeit: Wenn die Entwicklung einer Achse von der Konzeption bis zur Anwendung nachvollzogen werden sollte, musste viel geblättert werden. In der OPD-3 werden nun Manualisierung und Operationalisierung in einem didaktischen Schritt erläutert, lediglich die „Checklisten“ müssen im Anhang aufgefunden werden.

Mit der Neuerung geht eine weitere „Unterlassung“ einher: Es gibt keinen Fokusausswahlbogen mehr.

Konzeptioneller Kommentar

Die OPD-2 war tatsächlich eher ein Manual als ein Buch. Ohne eine intensive Beschäftigung mit der OPD war es nur mit viel Mühe möglich, sich das Modell anzueignen. Die OPD-3

¹ Aus Platzgründen werden die Kapitel „Veränderungsmessung“ und „Weitere Anwendungsfelder“ nicht erörtert.

gleich dem Aufbau und der Didaktik nach eher einem Lehrbuch, das für sich stehen kann.

Aus konzeptioneller Sicht ist zu betonen, dass die Verschlangung keine Komplexitätsreduktion mit sich bringt – durch vielfältige Ausdifferenzierungen nimmt die Komplexität eher noch zu. Das Grundproblem, dass man im Buch oft herumblättern muss, kann die OPD-3 demnach nicht beheben. Es ist viel Routine in der Anwendung nötig, um sich in den Tabellen und Checklisten zurechtzufinden.

Die OPD ist ein Fremdrating-Instrument, setzt also nicht auf Selbstbeurteilungen. Dennoch gibt es ein kleines Unterkapitel, welches auf die sehr hilfreichen Zusatztools² verweist. Hier hätte aus konzeptioneller Sicht die Verbindung von Fremd- und Selbstbeurteilung deutlicher herausgearbeitet werden können, vor allem aber wären Hinweise zum möglichen Bezug dieser sinnvollen Instrumente wichtig gewesen.

Praktische Konsequenzen

Die OPD-3 kann gut im Eigenstudium gelesen werden und wird dann auch sicher gewinnbringend anzuwenden sein. Dennoch wird weiterhin empfohlen, ein OPD-Trainingsseminar zu besuchen. Die zusätzliche Komplexität in allen Achsen macht es auch für vertraute Anwender*innen sinnvoll, sich vertieft mit den Neuerungen zu beschäftigen.

Achse I: Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Was ist neu / was ist geblieben?

In der OPD-2 wurde die Symptomdiagnostik in Achse V vorgenommen, während die Achse I der Indikation diente, indem Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen erhoben wurden.

Neu ist in der OPD-3, dass diese beiden Achsen zusammengeführt wurden. Ebenfalls wurde das in der OPD-2 noch optional anzuwendende Psychotherapie-Modul integriert. Es gibt also nur noch eine indikative und zugleich deskriptive Achse. Der Inhalt der zusammengeführten Achsen wurde integriert.

Konzeptioneller Kommentar

Insbesondere in den psychodynamischen Psychotherapieverfahren wird die Symptomdiagnostik im Vergleich zur psychodynamischen Diagnostik tendenziell vernachlässigt. Dies hatte in Anwendung der OPD die Konsequenz, dass die im engeren Sinne psychodynamischen Achsen (II, III und IV) stärker betont und die indikative Achse (I) sowie die deskriptive Achse (V) eher „stiefmütterlich“ behandelt wurden. Durch die Zusammenfassung von Indikation und deskriptiver Diag-

nostik in der Achse I wurde diesem Problem konzeptionell begegnet.

Ferner fällt auf, dass die „neue“ Achse I einen eher verfahrensübergreifenden Charakter hat und somit eine große Anschlussmöglichkeit für andere Psychotherapieverfahren herstellt. Die Achse I ist im Prinzip nicht verfahrensspezifisch konzipiert. Sie lässt sich also im stationären Alltag auch für einen multimodalen Behandlungsansatz gut verwenden. Im ambulanten Bereich entspricht die Achse I in etwa dem verfahrensübergreifenden Bereich der Richtlinienpsychotherapie³. Insbesondere für die psychotherapeutische Sprechstunde, in der ja noch keine Verfahrensentscheidung getroffen werden muss, ist die Achse I also besonders wertvoll.

Praktische Konsequenzen

Es wird (weiterhin) empfohlen, diese Achse nicht zu überspringen. Nicht selten zeigt sich im späteren Verlauf von Therapien, dass auftretende Blockaden nicht einfach nur psychodynamisch als Widerstände zu erklären sind, sondern oft grundlegende Unstimmigkeiten in den Behandlungskonzepten von Patient*in und Psychotherapeut*in abbilden. Zur Verbesserung von Adhärenz und Compliance ist es sehr wichtig, im Vorfeld einer Psychotherapie eine Abstimmung von Störungs- und Heilungsverständnis zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in herzustellen. Die Achse I eignet sich dafür als systematisches Tool.

Achse II: Beziehung

Was ist neu / was ist geblieben?

Die Grundstruktur der Beziehungssachse wurde auch in der OPD-3 beibehalten. Sie folgt weiterhin einem Zirkumplexmodell, das heißt, die Items sind kreisförmig und polar angeordnet. Weiterhin wird die Interaktion aus vier Perspektiven⁴ betrachtet. Neu ist hingegen, dass die Beziehungssachse dreistufig skaliert werden.⁵

Ebenfalls neu ist die Unterteilung in eine klinische und eine Forschungsversion. In der klinischen Version werden alle Items eingeschätzt und danach die drei relevantesten Items festgehalten. In der Forschungsversion wird die Itemanzahl durch Zusammenlegung halbiert, dafür werden aber alle Items geratet.

² Beispiele hierfür wären die EDV-gestützte Erhebung der Beziehungssachse, der Konfliktfragebogen oder der Strukturfragebogen.

³ Dieser wird im aktuellen „Faber/Haarstrick-Kommentar“ (Dieckmann et al., 2021) ausgelegt.

⁴ Patient*in erlebt andere – Patient*in erlebt sich – andere erleben Patient*in – andere erleben sich.

⁵ Es wird unterschieden zwischen „unauffällig“ (0), „akzentuiert ausgeprägt“ (1) und „dysfunktional ausgeprägt“ (2).

Konzeptioneller Kommentar

Durch die Skalierung der Beziehungseitems können Beziehungsmuster in ihrer Funktionalität und Dysfunktionalität genauer beschreiben werden. Dies stellt insofern eine konzeptionelle Verbesserung dar, als eine ausgewogenere Betrachtung von Defiziten und Ressourcen in Beziehungsmustern möglich wird.

Die Dimensionalisierung der Beziehungseitems hat dabei nicht nur unmittelbare Konsequenzen für die Diagnostik, sondern auch für die Forschung, weil Forschungshürden (Skalenniveau) behoben werden können.

Praktische Konsequenzen

Die größere Genauigkeit geht jedoch auch zulasten der Anwendungsfreundlichkeit: Die sehr komplexe Beziehungssache erschließt sich nicht intuitiv.

Die Beziehungssache stellt sich in der Praxis oft „sperriger“ dar als die Struktur- und Konflikt-Diagnostik. Dies ist insofern bedauerlich, als Patient*innen von klärungsorientierten Einblicken in ihre Beziehungsmuster therapeutisch besonders gut profitieren. Es wird grundsätzlich für die Praxis empfohlen, sich in einem diskursiven Prozess mit der Beziehungssache vertraut zu machen. Der „Königsweg“ dafür dürfte in einem OPD-Training bestehen. Es ist aber auch denkbar, sich die Beziehungssache in Interventionen, Supervisionen und/oder Qualitätszirkeln anzueignen. Für die praktische Anwendung wird vorgeschlagen, sich sowohl mit der Forschungs- als auch mit der klinischen Version zu beschäftigen, da beide Versionen in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis gewinnbringend eingesetzt werden können.

Achse III: Konflikt

Was ist neu / was ist geblieben?

Die grundlegende Unterteilung in sieben beobachtungsnahe operationalisierte Konflikte bleibt bestehen, ebenso die Beschreibung eines aktiven und passiven Modus der Konfliktverarbeitung. Auch die Restkategorie „abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ bleibt bestehen.

Eine der wichtigsten Neuerungen in der OPD-3 dürfte es darstellen, dass die Konflikte bereits in der Achse III mit dem Strukturniveau in Verbindung gebracht werden. In der OPD-2 musste das Verhältnis von Struktur und Konflikt im Nachgang der Strukturdiagnostik beschrieben werden. In der OPD-3 lässt sich nun schon während der Konfliktdiagnostik darstellen, auf welchem strukturellen Niveau das aktuelle Konfliktgeschehen stattfindet.

Neu ist auch, dass neben der pathologischen Entwicklung auch eine „gelungene“ Entwicklung innerhalb der motivationalen Systeme beschrieben wird.

Neben dem bereits etablierten Konzept des prinzipiell bewusstseinsfähigen Leitaffektes wird in der OPD-3 das Konzept des Kernaffektes eingeführt. Unter „Kernaffekt“ wird in der OPD-3 ein unbewusster, verdrängter Affekt verstanden.

Ebenso neu ist die Möglichkeit, die Konflikte zeitlich zu verorten. Im Ratingbogen wird unterschieden zwischen „biografisch repetitiv-motivationalen Konfliktthemen“ (an anderer Stelle im Manual auch als „lebensbestimmend“ bezeichnet) und „aktuellen Hauptkonflikten“ (AHK).

Zudem wurde eingeführt, dass der Modus der Verarbeitung (aktiv/passiv) für die biografisch repetitiven und die aktuell bedeutsamen Konflikte einzeln geratet werden. Dadurch werden Veränderungen im Lebensverlauf besser darstellbar.

Durch diese Ausdifferenzierungen wird der Begriff des „Aktualkonflikts“ überflüssig und in der OPD-3 gestrichen. Darüber hinaus wird der Vorschlag unterbreitet, sich für die Beschreibung konfligierender Seeleninhalte am „unteren Rand“ der

— Die „neue“ Achse I ist nicht spezifisch psychodynamisch konzipiert und bietet somit eine hohe Anschlussfähigkeit für andere Psychotherapieverfahren. —

strukturellen Entwicklung eines Konzepts von Stavros Mentzos (2002, 2015) zu bedienen: Dieser schlägt vor, für Konflikte auf sehr geringem Strukturniveau den Begriff „Dilemma“ zu verwenden. Das verweist auf die prinzipielle Ähnlichkeit zum Konzept des neurotischen Konflikts, betont aber auch den Unterschied dazu, nachdem es für Dilemmata grundsätzlich keine Lösung gibt. Auf diese Weise können auch psychotische Dekompensationen psychodynamisch erklärt werden.

Konzeptioneller Kommentar

Das Denken in unbewussten dynamischen Konflikten stellt die gemeinsame Grundlage der (ansonsten sehr uneinheitlich diversifizierten) psychoanalytischen Theorien dar und liegt daher auch allen psychodynamischen Psychotherapien zugrunde. Aus diesem Grund wurde und wird der Konfliktachse der OPD eine besondere Aufmerksamkeit zuteil – und stellt einen Schwerpunkt in der Kritik an der OPD dar.

Ein Hauptkritikpunkt bestand stets darin, dass in der Rezeption der OPD-Konflikte nicht ganz klar war, ob es sich bei den Konflikten um „echte“ Grundkonflikte handelt, also um in der Vergangenheit inadäquat gelöste intrapsychische und unbewusste Konflikte, oder ob durch die Beobachtungsnahe

nicht eher „Gegenwartskonflikte“⁶ bzw. die Bewältigung der Grundkonflikte im Erwachsenenalter erfassbar sind (vgl. Boll-Klatt & Kohrs, 2018).⁷ Rudolf (2014) ordnet die OPD-Konflikte den biografisch zu durchlaufenden Grundkonflikten zu. Konzeptionell bleibt jedoch die Schwierigkeit, mit den OPD-Konflikten zwischen Prozessen „dort und damals“ sowie „hier und heute“ sicher zu unterscheiden. Mit dem „Komplementären Modell psychodynamischer Konfliktdiagnostik“ (KMK) haben wir an anderer Stelle den Versuch unternommen, die Methoden „Beobachtung“ und „Rekonstruktion“ konzeptionell zusammenzudenken (Jungclaussen & Hauten, 2018).

Mit der Einführung des Konzepts „Kernaffekt“ wird eine psychoanalytische Grundannahme – dass schmerzliche bzw. unaushaltbare Affekte durch Verdrängung dem Bewusstsein entzogen werden – in die OPD-Diagnostik eingeholt. In Verbindung mit der Unterscheidung zwischen aktuellen und biografisch relevanten Konflikten legt dies eine zeitlich-biografische Verortung nahe: Es ist gut möglich, dass die unaushaltbaren Affekte bereits früher im Leben verdrängt wurden, während der (oft diffuse, aber bewusstseinsnähere) Leitaffekt gegenwärtig ist. In der Zusammenschau mit der Möglichkeit, die Modi der Konfliktverarbeitung zeitveränderlich darzustellen und Konflikte als biografisch-repetitiv oder als aktuell wirksam zu raten, wirken diese konzeptionellen Neuerungen wie eine Einladung zur „psychogenetischen Rekonstruktion“ (vgl. Ermann, 1993).

In der OPD wird das Phänomen von „Konfliktschichtungen“⁸ durch das Begriffspaar „Kernkonflikt“ und „angelehnter/abgeleiteter Konflikt“ abgebildet. Konzeptionell war und ist die OPD hier etwas zaghaft, eben weil sich diese (auch biografische) Anordnung der Befunde nicht aus der reinen Beobachtung ableiten lässt, sondern einen Interpretationsschritt enthält. Diese beiden Neuerungen (Aktueller Hauptkonflikt/lebensbegleitendes Konfliktmuster und Leitaffekt/Kernaffekt) hätten begrifflich auch gut mit dem etablierten Begriffspaar „Grundkonflikt“ (GK) und „aktuell wirksamer unbewusster Konflikt“ (AWUK) in Verbindung gebracht werden können. Aus unserer Sicht ist die OPD etabliert genug, um diese Schritte hin zu mehr biografischer Tiefe zu wagen, auch wenn dies zulasten der Beobachtungsnähe gehen könnte.

Eine weitere konzeptionelle Anmerkung betrifft die Konfliktoperationalisierung mit Blick auf Identitäten und die Vorstellung „gesunder“ Entwicklung. Das Manual ist insgesamt kommentarlos in gendergerechter Sprache geschrieben. Es wäre also davon auszugehen, dass damit auch inhaltlich eine Modernisierung vollzogen werden soll, was jedoch nicht stringent eingehalten wird. So sind teilweise Konstruktionen entstanden, bei denen Patient*innen Diversität sprachlich „zugestanden“ wird, den Elternfiguren beispielsweise jedoch nicht. Mit einigen Begriffen/Identitätsvorlagen werden sich Patient*innen und Anwender*innen jüngerer Generationen u. U. nicht gut beschrieben sehen. Hier wäre ein Verweis auf kultur- und zeitabhängige Aspekte der Konzeptentwicklung wünschenswert gewesen.

Insgesamt hätten die zur Illustration verwendeten Fallvignetten eine grundlegende Überarbeitung verdient gehabt, um den nun konzeptionell besser möglichen „biografischen Tiefgang“ auch in der Veranschaulichung Rechnung zu tragen.

Ebenfalls überraschend ist die Skizzierung einer „gelungenen Entwicklung“. Hier wird dargelegt, dass bei einer „gesunden“ Entwicklung die beschriebenen Konflikte gar nicht erst ausgebildet werden würden. Dies stellt einen scharfen Bruch mit psychoanalytisch-psychodynamischen Entwicklungspsychologien dar, nach denen auch die gesunde Entwicklung in einem Durchlaufen phasentypischer Konflikte besteht, welche jedoch bei gelungener Entwicklung adaptiv gelöst werden können. Auf der einen Seite ist Ressourcenorientierung inzwischen auch in den psychodynamischen Psychotherapien „modern“ (vgl. Wöller, 2022), auf der anderen Seite jedoch ist eine Entwicklungspsychologie ohne Konfliktkonzept nur schwer in der psychoanalytischen Tradition zu verorten.

Die Verknüpfung von Struktur und Konflikt ist konzeptionell noch nicht stringent gelöst. Während die Verknüpfung von Konflikt- und Strukturdiagnostik allgemeingültig aufgefasst wird, soll die strukturelle Zuordnung im Ratingbogen der OPD-3 nur für die aktuellen Hauptkonflikte vorgenommen werden. Darüber hinaus wird die Strukturskalierung der Konflikte nur anhand der drei kategorial anmutenden Stufen „Konfliktspannung“ (gutes Strukturniveau), „neurotischer Konflikt“ (mäßiges Strukturniveau), „konflikthaft-motivationales Schema“ (geringes bis desintegriertes Strukturniveau) vorgenommen. Wenn nun aber auf einem Strukturniveau von „gut bis mäßig“ gar kein neurotisches Konfliktgeschehen mehr diagnostizierbar ist (sondern nur eine Konfliktspannung), bietet das einen Diskussionspunkt für Indikationsfragen.⁹

Umgekehrt begegnen uns in der Praxis durchaus Patient*innen, welche ein deutliches neurotisches Konfliktgeschehen zeigen, strukturell jedoch (mindestens anteilig) geringe bis desintegrierte Strukturmerkmale aufweisen.

Praktische Konsequenzen

Für die konkrete Anwendung der Konfliktachse empfiehlt es sich, zunächst einen Schritt zurückzutreten und das eigene psychodynamische Konfliktverständnis zu reflektieren: *Wie stehe ich zur Triebtheorie und anderen psychoanalytischen Meta-Theorien? Welche Entwicklungspsychologie entspricht meinem Störungsverständnis? Bin ich der Ansicht, dass Grundkonflikte im Hier und Jetzt sichtbar sind? Wie sehe ich vor diesem Hintergrund das Verhältnis von beobachtungsnahem erfassbarem Konfliktgeschehen auf der einen und rekon-*

⁶ Metaphorisch könnte hier von der „Spitze des Eisbergs“ gesprochen werden.

⁷ Eine ausführliche Diskussion findet sich bei Jungclaussen und Hauten (2018).

⁸ In der OPD-3 werden diese als „Konfliktverschränkungen“ bezeichnet.

⁹ Es könnte z. B. gefragt werden, ob dann bei einer dem Augenschein nach „leichten“ Störung überhaupt eine ambulante Langzeittherapie nötig ist.

struiertem Grundkonflikt auf der anderen Seite? Welchem Stellenwert gebe ich der schichtweisen Weiterverarbeitung von Konflikten über die Lebensspanne hinweg (also der möglichen Themenungleichheit von Grundkonflikt und aktuellem Konfliktgeschehen)?

Nach Klärung solcher Fragen werden sich Inkonsistenzen bei der Anwendung der OPD besser auflösen lassen, sodass die Anwendung der Konfliktachse leichter gelingt.

Was die Zuordnung der Konflikte entlang der Strukturniveaus anbelangt, wird vorgeschlagen, sich von der dreistufigen Kategorisierung nicht irritieren zu lassen, sondern die Konflikte tatsächlich über *alle* Strukturniveaus hinweg zu diagnostizieren. Aus pragmatischen Gründen kann es hier sinnvoll sein, die Strukturdiagnostik vorzuziehen, wenn bereits früh erkennbar ist, dass störungsrelevante strukturelle Einschränkungen bestehen.

Achse IV: Struktur

Was ist neu / was ist geblieben?

Der grundlegende Aufbau der Strukturachse ist gleich geblieben, mit einigen erheblichen Neuerungen. Eine der wichtigsten Neuerungen dürfte darstellen, dass die Abwehr in der OPD-3 wieder Bestandteil der Strukturachse ist. In der ersten Fassung der OPD wurde die Abwehr schon einmal als Strukturfunktion erfasst. In der OPD-2 hingegen wurde die Abwehr nicht als Strukturfunktion konzipiert, weil die Abwehrfähigkeit zwar auf der einen Seite als „Ich-Funktion“ verstanden werden kann, auf der anderen Seite aber Abwehrvorgänge auch untrennbar mit Konfliktodynamiken verbunden sind.¹⁰ Aus diesem Grunde wurde die Abwehr in der OPD-2 nicht als Bestandteil der diagnostischen Achsen konzipiert, sondern in den Anhang verschoben. In der OPD-3 ist die Abwehr nun wieder – erneut als Strukturfunktion – im Hauptteil der diagnostischen Achsen verortet.

Als einzige der Strukturdimensionen ist „Abwehr“ dabei nicht in die Perspektiven „nach innen“ versus „nach außen“ geteilt. Damit hat die Strukturachse nun fünf (statt vorher vier) Dimensionen und (weiterhin) acht Subdimensionen. Wie in der OPD-2 sind jeder Subdimension und der Einzeldimension Abwehr jeweils drei Items zugeordnet, die nunmehr „Facetten“ genannt werden. Die Facetten wurden präzisiert, teilweise neu operationalisiert, auch für alle Zwischenstufen. Zusätzlich wurden Kernsätze formuliert, welche Beeinträchtigungen mit einer gelungenen Integration kontrastieren.

Erneut galt besonderes Augenmerk dem „unteren Rand“, sodass mit der OPD-3 auch psychotische Zustände abbildbar sind.

Eine weitere Neuerung stellt das Einfügen von zwei Variabilitätsratings dar. So ist es zum einen möglich, die Zeitperspektive flexibler zu gestalten und kurzfristigere Auslenkungen darzustellen, dafür ist der Regelbeobachtungszeitraum von zwei auf fünf Jahre angehoben worden. Zum anderen ist es möglich, die Strukturqualitäten über die verschiedenen Lebensbereiche hinweg differenziert darzustellen.

Es sind, wie bei der Beziehungsachse, zwei Ratingvarianten vorhanden: eine knappere klinische Version und eine ausführliche Forschungsversion.

Konzeptioneller Kommentar

Struktur, konzeptionell als sowohl statisch als auch veränderbar gedacht, unterliegt einem „slow change“-Prozess. Durch die konzeptionellen Neuerungen des Variabilitätsratings ist es mit der OPD-3 nunmehr möglich, die Struktur flexibler und dynamischer im Kontext zu erfassen.

Das ausführliche „Ausbuchstabieren“ aller Zwischenstufen macht das Rating der Strukturfunktionen noch exakter. Allerdings treten auch konzeptionelle Überschneidungen zutage, was sich in sehr ähnlichen Operationalisierungsformulierungen bei verschiedenen Facetten zeigt. Hier dürfte der Gewinn an klinischer Handhabbarkeit zulasten der Trennschärfe gehen.

Gleiches gilt für die Abwehr. Ob Abwehr als Strukturfunktion gut platziert ist, wurde in der Geschichte der OPD kontrovers diskutiert. Die Trennschärfe leidet gewiss darunter, wenn

— Die Wiedereinführung des genuin psychodynamischen Konzepts der Abwehr ist für die klinische Praxis begrüßenswert, engt aber zugleich die verfahrensübergreifende Anschlussfähigkeit der OPD etwas ein. —

Abwehrmechanismen einerseits in der Dimension Abwehr geratet werden, andererseits auch zur Operationalisierung anderer Facetten verwendet werden und schließlich auch in den Konfliktoperationalisierungen auftaucht. Für den klinischen Alltag ist es sehr hilfreich, das psychodynamisch wichtige Konzept der Abwehr wieder im Manual untergebracht zu sehen. Dieser Vorteil ist indes auch ein Nachteil für die Anschlussfähigkeit der OPD. Denn gerade die Strukturachse ist verfahrensübergreifend sehr einleuchtend zu vermitteln, das genuin psychodynamische Abwehrkonzept ist es eher nicht.

Die Konstruktion der Dimension Abwehr weist noch eine andere Besonderheit gegenüber den anderen Strukturdimensionen und Subdimensionen auf: Alle anderen Dimensionen

¹⁰ Auch die OPD-3 konzipiert die Konflikte mit dem „Konfliktdreieck“ aus Wunsch, Angst und Abwehr.

beschreiben Facetten, die konzeptionell unabhängig voneinander sind und in der jeweils anderen Subdimension („nach innen“ – „nach außen“) eine Entsprechung haben. Das ist bei der Strukturdimension Abwehr anders. Die drei Facetten sind zwar auch unabhängig voneinander, haben aber ein jeweils andere Beobachtungsperspektive. Im Prinzip können die drei Facetten¹¹ auch als dimensional angeordnet aufgefasst werden: von abstrakt zu konkret; von Funktion zu Mittel. Konzeptionell hätte hier auch erwogen werden können, der Abwehr eine ganz eigene Achse zu schenken, die – ähnlich wie die Beziehungsachse – Querverbindungen zu den anderen psychodynamischen Achsen hat.

Die neue Idee der Kernsätze ist aus konzeptioneller Sicht insofern zu begrüßen, als diese eine schlankere Alternative zu den Interview-Tools der OPD-2 darstellen. Die Umsetzung scheint jedoch noch nicht ganz ausgereift und teilweise uneinheitlich; hier wird sicher auf Basis praktischer Erfahrungen noch nachgebessert werden.

In der OPD-2 gab es einen logischen Bruch beim Übergang von der Diagnostik zur Behandlungsplanung: Bei der Diagnostik sollte auf der Ebene der Subdimensionen geratet werden; bei der Behandlungsplanung hingegen sollten Fokusse auf Itemebene ausgewählt werden – die ja aber im Ratingbogen gar nicht angekreuzt worden waren. Die OPD-3 umgeht dieses Problem, indem gar kein Fokusauswahlbogen angeboten wird.

Ebenfalls neu ist, dass für die genannten Variabilitäten Ursachen für die Auslenkungen angegeben werden können.¹² Leider werden bei den Ursachenvorschlägen nur defizitäre Faktoren genannt, keine protektiven Faktoren oder Ressourcen (für Auslenkungen nach oben).

Die OPD bietet mit der Strukturachse ein sehr genaues Instrument für die dimensionale Diagnostik. Dies steht auch in Verbindung mit einem Paradigmenwechsel in der deskriptiven Persönlichkeitsdiagnostik. Aus konzeptioneller Sicht wäre es wünschenswert gewesen, das Begriffspaar „dimensional“/„kategorial“ zu diskutieren und eventuell auch für die kategoriale Perspektive einen Ort im Manual zu suchen (z. B. in der Achse I).

In konzeptioneller Hinsicht wird das Verhältnis des OPD-Strukturkonzeptes zum Mentalisierungsansatz zwar diskutiert, es wäre aber erstrebenswert gewesen, auf diesen ebenfalls weit verbreiteten Ansatz auch begrifflich mehr zuzugehen.

Praktische Konsequenzen

Es wird dringend empfohlen, die Forschungsversion nicht achtlos beiseitezulegen, wenn ausschließlich klinisch gearbeitet wird. Vielmehr wird gerade in der Lehre sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung dazu geraten, grundsätzlich die ausführliche Forschungsversion zu verwenden. Im klinischen

Alltag können die kurze und die lange Version auch zur adaptiven Diagnostik verwendet werden. Das bedeutet: Sobald sich (vielleicht schon beim Konfliktrating) zeigt, dass es relevante Strukturthemen gibt, sollte die Langversion verwendet werden.

Bei den Auslenkungen wird empfohlen, auch positive Effekte (z. B. eine zuvor abgeschlossene Psychotherapie) zu berücksichtigen.

OPD-Interview

Was ist neu / was ist geblieben?

Das OPD-2-Interview war in fünf Phasen eingeteilt. Bei zunehmender Strukturierung wurden in jeder Phase Informationen zu allen Achsen erhoben. Dieser Grundablauf ist in der OPD-3 beibehalten worden, es sind jedoch inzwischen acht Phasen.

Konzeptioneller Kommentar

Die Konzeption des OPD-Interviews in der OPD-3 ist insofern etwas irritierend, als die beschriebenen acht Phasen nicht durchstrukturiert dargestellt werden. Das hat den Vorteil, dass die in der ambulanten Praxis recht häufige „Streckung“ des OPD-Interviews über mehrere probatorische Sitzungen hinweg leichter zu integrieren ist. Es geht jedoch deutlich zu Lasten des Überblicks über den Interviewverlauf. Auch wirkt es so, als wären eher Interviewelemente als Phasen beschrieben, welche auch in anderer Reihenfolge abgefragt werden könnten. Einzelne Elemente wirken willkürlich angeordnet.

Etwas ärgerlich für die Lehre und für Anfänger*innen ist es, dass „diagnostische Erfahrung“ als Voraussetzung für die Durchführung des OPD-Interviews formuliert wird.

Praktische Konsequenzen

Es wird empfohlen, die vorgeschlagenen Phasen als Elemente zu begreifen, welche nicht zwangsläufig alle und auch nicht unbedingt in dieser Reihenfolge „abgeklappert“ werden müssen. Stattdessen wird vorgeschlagen, die eigentliche phasische Einteilung adaptiv an die jeweiligen diagnostischen Gegebenheiten anzupassen: Handelt es sich um eine Sprechstunde oder eine Erstsicht in der Ausbildung, dann dürfte ein anderer, strukturierterer Ablauf nötig sein, als wenn im Rahmen der Probatorik Elemente des OPD-Interviews auf drei bis sieben Vorgespräche verteilt werden. Das Element „schlimmstes Ereignis“ sollte aufgrund einer Retraumatisierungsgefahr mit großer Vorsicht abgefragt werden; auch hier gilt eine andere, zurück-

¹¹ D. h.: Erlebensebenen – Interpersonalität – Mechanismen.

¹² Dies stellt in gewisser Hinsicht einen Bruch mit der OPD-Grundansprache dar, Diagnostik ohne ätiologische Modelle zu vollziehen, denn in den Auslenkungsursachen sind ätiopathogenetische Faktoren benannt.

haltendere Haltung, wenn dem diagnostischen Gespräch nicht auch ein therapeutisches Angebot folgt.

Das von uns vorgeschlagene Umformulieren von „Phase“ zu „Element“ bietet auch mehr diagnostische Freiheit. Die vielfältigen Ansätze zum psychodynamischen Erstgespräch (welche in der OPD auch beschrieben werden) sollten es erlauben, sich einen eigenen Stil in der Erhebung anzueignen. In der Lehre bzw. zu didaktischen Zwecken kann es hilfreich sein, sich an der stringenter strukturierten Interviewform der OPD-2 zu orientieren.

Fokusableitung/Therapieplanung

Was ist neu / was ist geblieben?

Die wichtigste Neuerung in diesem Kapitel ist, dass es keinen Fokusausswahlbogen mehr gibt. Dafür werden die Überlegungen zum Zusammenhang von Diagnostik und Therapieplanung weiter ausformuliert.

Konzeptioneller Kommentar

Der Wegfall des Fokusausswahlbogens irritiert, insofern als die OPD ja gerade ein operationalisiertes *Manual für Diagnostik und Therapieplanung* darstellt. An einigen Stellen sind in diesem Kapitel Präzisierungen vorgenommen worden, an anderen sind (dadurch) konzeptionelle Unschärfen entstanden.¹³

Ein großes konzeptionelles Problem für die Therapieplanung mit der OPD-3 entsteht aus der Zielgruppenbreite. Die OPD kann zwar gewinnbringend international angewendet werden. Für die Anwendung in Deutschland und insbesondere für den ambulanten Bereich hat es jedoch seit Erscheinen der OPD-2 weitreichende Änderungen gegeben,¹⁴ die konzeptionell klarer in der OPD-3 hätten aufgegriffen werden können. So bezieht sich die OPD-3 teilweise sehr deutlich auf die nur in Deutschland übliche Unterteilung zwischen Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und Analytischer Psychotherapie (AP), an anderen Stellen versucht sie international gültig zu sein. Eine klarere Angabe, wann auf die Psychotherapie-Richtlinie (PTRL) abgestellt wird und wann nicht, wäre hilfreich gewesen.

So ist z. B. in Deutschland die Indikationsnotwendigkeit nicht auf psychodynamische Psychotherapien beschränkt.¹⁵ Es wäre also notwendig, im Rahmen der Behandlungsplanung alle vier (PTRL) bzw. fünf (Direktausbildung) Verfahren differenzialindikativ einzubeziehen.

Weiterhin ist im Bereich der Strukturbehandlungen die in Deutschland relevante PTRL deutlich spezifischer als die

OPD. In der OPD-3 werden alle vier laut PTRL für TP zugelassenen Ansätze¹⁶ vermischt dargestellt.

Auch hinsichtlich der Begriffe „therapeutischer Fokus“ – „Therapieziel“ – „thematischer Fokus“ wäre mehr konzeptionelle Klarheit wünschenswert gewesen. Es stellt eine Besonderheit der psychodynamischen Psychotherapien dar, zwischen den mit Patient*innen transparent vereinbarten Zielen und den therapeutischen Fokussen zu unterscheiden.¹⁷

Grundsätzlich sollte auch für die OPD-3 gelten, dass die Fokusse auf der Grundlage des OPD-Befundes festgelegt werden sollen. In der OPD-2 wurden die Fokusse einfach aus dem Befundbogen übernommen. In der OPD-3 können/sollen für die Behandlungsplanung biografische Veränderungen berücksichtigt werden.

Hier wiederholt sich die bereits im Abschnitt zur Konflikt Diagnostik angesprochene Entwicklung in der OPD. Spätestens bei der Behandlungsplanung sind Interpretationsschritte für die beobachteten Befunde nötig. Dies hätte in der OPD-3 konzeptionell selbstbewusster dargestellt werden können.

In begrifflicher Hinsicht wäre mehr konzeptionelle Klarheit bezüglich des Unterschieds zwischen differenzieller, adaptiver und selektiver Indikation wünschenswert gewesen. Dies

— Ein großes konzeptionelles Problem für die Therapieplanung mit der OPD-3 entsteht im spezifisch deutschen Versorgungskontext aus dem Ziel, die OPD noch stärker international anwendbar zu machen. —

könnte sich auch mit Blick auf die Differenzialindikation zwischen den Verfahren als hilfreich erweisen.

In diesem Sinne wäre es nützlich, wenn spätere Auflagen wieder einen Fokusausswahlbogen enthielten, um auch die Therapieplanung zu systematisieren.

Praktische Konsequenzen

Trotz dieser Anmerkungen gibt es für die generelle Anwendung keine wesentlichen neuen Empfehlungen. Es wird

¹³ Einige der folgenden Anmerkungen waren auch schon für die OPD-2 relevant.

¹⁴ Gemeint sind die „Strukturreform“ der Psychotherapie-Richtlinie von 2017 sowie die Einführung der „Direktausbildung“ 2019.

¹⁵ Im stationären Bereich bei Aufnahme/Vorgesprächen und im ambulanten Bereich im Zuge von Sprechstunden.

¹⁶ Strukturbezogene Psychotherapie (SP), Transference-Focused Psychotherapie (TFP), Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT) und Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode (PIM).

¹⁷ Für die bewusstseinsnäheren Verfahren (Systemische Therapie, Verhaltenstherapie und Humanistische Psychotherapie) gilt das so nicht, da die Fokusse dort nicht unbedingt auf Unbewusstes abstellen.

vorgeschlagen, die Therapieplanung mit der OPD3- in zwei voneinander abgesetzten Schritten zu vollziehen: Zunächst sollten die beobachtungsnahen Befundergebnisse vorliegen. In einem zweiten Schritt wird der Befund unter Verwendung theoretischer Modelle interpretiert (psychogenetische Rekonstruktion).

Für die Verwendung der OPD zur Therapieplanung bei Strukturstörungen wird im Manual ein sehr sinnvolles adaptives Vorgehen angedeutet, welches hier expliziert wird:

Zuerst sollte mithilfe des globalen Strukturniveaus (klinische Version) eingeschätzt werden, wie stark die strukturelle Belastung ist. Wenn die globale strukturelle Belastung einen Cut-off-Wert überschreitet (z. B. 2,0), sollte in einem zweiten

— Das ausgewiesene Ziel einer beobachtungsnahen Operationalisierung unbewusster Prozesse geht mit unauflösbaren Widersprüchen einher und konstituiert so das Spannungsfeld, in dem die OPD sinnvolle Kompromisse sucht.

diagnostischen Schritt auf die Ebene der Facetten abgestellt werden (Forschungsversion). Für die Lehre hingegen wird vorgeschlagen, immer alle Facetten zu diagnostizieren.

Fazit

Die OPD-3 ist in gewisser Hinsicht ein „großer Wurf“, der indes den Praxistest noch zu bestehen hat. In eigentlich allen Achsen sind sowohl Schärfungen als auch Schnittstellen erkennbar, welche Anschlussfähigkeit der psychodynamischen Verfahren für andere Ansätze erhöht. Insbesondere für multimodale stationäre Therapiesettings ist das von sehr hohem praktischem Nutzen.

In konzeptioneller Hinsicht ist kritisch anzumerken, dass in der nun „gereiften“ OPD die impliziten und expliziten Beweggründe für die Lockerung alter und für die Hinzunahme neuer Implikationen hätten klarer dargelegt und diskutiert werden können. Es wird in gewisser Hinsicht eine neue Richtung eingeschlagen, indem durch die Unterscheidungen „Kernaffekt“/„Leitaffekt“ und „aktuelle Hauptkonflikte“/„biografisch-repetitive Konflikte“ der Schwerpunkt stärker auf biografische Entwicklungen und unbewusste Prozesse gesetzt wird.

Damit ist das grundsätzliche Spannungsfeld angesprochen, in dem sich die OPD seit ihrer Gründung bewegt: Eine beobachtungsnah Operationalisierung unbewusster Prozesse stellt in gewisser Hinsicht die „Quadratur des Kreises“ dar. Seit ihrer Gründung zeichnet sich die OPD dadurch aus, dass sie in diesem Spannungsfeld sinnvolle Kompromisse sucht.

Die OPD-3 geht hier einige wichtige Schritte „nach vorne“, indem einerseits die stringente Nachvollziehbarkeit der diagnostischen Schritte beibehalten wird, andererseits die für psychodynamische Psychotherapien unerlässlichen Interpretationsschritte integriert werden. Hier wäre wünschenswert gewesen, diese konzeptionellen Neuerungen deutlicher zu benennen und vor allem auch inhaltlich zu begründen.

Die andere kritische Anmerkung betrifft die Praktikabilität. Auf der einen Seite ist die OPD-3 nun deutlich ausdifferenzierter, was die Anwendung der Operationalisierungen eigentlich erleichtern sollte. Auf der anderen Seite steht aber zu befürchten, dass just dadurch die Anwender*innen „verschreckt“ werden können. Es könnte in paradoxer Weise eine Art Simplifizierungseffekt entstehen. Gerade durch den Zuwachs an Genauigkeit und Komplexität könnte die Tendenz zunehmen, das Manual in der praktischen Anwendung vereinfacht „herunterzubrechen“ – was dann den Vorteil der größeren Genauigkeit konterkarieren würde.

Aus unserer Sicht ist diesen kritischen Einwänden vor allem mit einer Mischung aus Mut und Transparenz zu begegnen: Dem Arbeitskreis OPD wäre nahezu legen, die unternommenen, durchaus mutigen konzeptionellen Schritte deutlicher zu kommunizieren; auch und gerade unter Einbezug der genannten Grund-Widersprüchlichkeit. Den Leser*innen und Anwender*innen ist demgegenüber zu raten, sich von der Komplexität des Modells nicht abschrecken zu lassen, sondern sich couragiert in den Strudel der Komplexität hinein-zubegeben. Wenn dann noch das eigene Erleben an den Arbeitskreis OPD zurückgemeldet wird, dann entsteht sicher ein lebhafter und für alle Seiten gewinnbringender Austausch. Der vorliegende Text möge als Beitrag zu diesem Diskurs verstanden werden.

Literatur

- Arbeitskreis OPD. (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2014). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2023). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-3. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hogrefe.
- Boll-Klatt, A. & Kohrs, M. (2018). Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Dieckmann, M., Becker, M. & Neher, M. (2021). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (12. Aufl.). München: Elsevier.
- Ermann, M. (1993). Rekonstruktion des Früheren – Konstruktion im Hier und Jetzt: Der Ansatz der heutigen Psychoanalyse. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), Lindauer Texte: Beziehung im Fokus. Weiterbildungsfor- schung (S. 21–30). Berlin: Springer.
- Ermann, M. (2016). Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2018). Psychodynamische Konfliktdiagnostik – Ein komplementäres Modell (KMK). Psychotherapeutenjournal , 17 (3), 225–234.
- Mentzos, S. (2002). Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. Forum der Psychoanalyse, 31 (4), 341–352.
- Rudolf, G. (2014). Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (2017). Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage (8. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Wöller, W. (2022). Psychodynamische Psychotherapie. Lehrbuch der ressourcenorientierten Praxis. Stuttgart: Schattauer.



Dr. Lars Hauten

mail@praxis-hauten.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Lars Hauten ist niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut (TP/AP) in Berlin. Er ist Dozent, Supervisor, Selbsterfahrungsleiter und Vorstandsmitglied am ppt-Institut für Psychologische Psychotherapie. Zudem hat er diverse Lehraufträge und arbeitet als Psychotherapie-Gutachter (TP).



Prof. Dr. Ingo Jungclaussen

info@psy-dak.de

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen ist Diplom-Psychologe, Sonderpädagoge und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fachhochschule des Mittelstands (FHM) in Köln. Er ist Gründer des Fortbildungsinstituts und der E-Learning-Akademie für Psychodynamische Didaktik und als Gastdozent an verschiedenen Ausbildungsinstituten sowie in freier Praxis tätig. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind neben dem Gutachterverfahren, dem Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie und der psychoanalytischen Konfliktdiagnostik die Entwicklung neuer didaktischer Formen in der Vermittlung der psychodynamischen Psychotherapie.