

H. Schauenburg

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) – ein neues Diagnosesystem für die Psychotherapie*

Zusammenfassung Bei der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik – OPD“ handelt es sich um ein diagnostisches System zur Anwendung in der psychotherapeutischen Praxis, Lehre und Forschung. Es wurde seit etwa 1992 in einer Arbeitsgruppe von überwiegend psychodynamisch, teilweise auch verhaltenstherapeutisch orientierten Klinikern und Forschern entwickelt und wird im deutschsprachigen Raum breit rezipiert. Die vorliegende Arbeit beschreibt Entstehungsgeschichte, theoretischen Hintergrund und Struktur des Systems sowie den aktuellen Stand der Anwendung in Klinik, Lehre und Forschung.

Schlüsselwörter: Psychodynamische Diagnostik, Psychotherapieforschung, psychotherapeutische Ausbildung.

Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD) – a new diagnostic tool for psychotherapeutic practice and research

Abstract The system of “Operationalized Psychodynamic Diagnostics – OPD” was developed for application in psychotherapeutic practice, teaching and research. The system was created since the beginning of the nineties by a working group of mostly psychodynamically, partly also cognitive-behaviorally oriented clinicians and researchers and is intensely discussed in German speaking countries. This paper describes the process of the development of the system, its historical background and the actual state of its use in the clinical field, in psychotherapeutic training, and in research.

Keywords: Psychodynamic diagnosis, psychotherapy research, psychotherapeutic training.

Diagnostic psychodynamique opérationnalisé (OPD) – un nouveau système diagnostique pour la psychothérapie

Résumé Le “diagnostic psychodynamique opérationnalisé” (OPD) constitue un système pouvant être appliqué au niveau de la pratique psychothérapeutique comme à ceux de l’enseignement et de la recherche. Il a été élaboré vers 1992 par un groupe de travail réunissant des cliniciens et des chercheurs appartenant au courant psychodynamique, avec quelques thérapeutes du comportement. Il s’agissait de définir des catégories diagnostiques multiaxiales, applicables dans le domaine de la psychothérapie, en vue de compléter les diagnostics psychiatriques considérés comme insuffisants (DSM IV et ICD 10, ch. 5), et de saisir des caractéristiques pertinentes au niveau de

l’action. Le système doit en outre permettre de collecter des données fiables au niveau de la recherche. Finalement, il fallait pouvoir présenter des diagnostics psychodynamiques sous une forme adéquate d’un point de vue didactique et améliorer la communication sur ce plan.

Le système se fonde sur cinq axes. Axe 1: aspects globaux concernant la manière dont le client vit les troubles et les conditions du traitement (ex.: degré de gravité, compliance, motivation, théorie subjective de la maladie). Axe 2: permet de décrire les schémas relationnels dysfonctionnels qui se sont établis, ce qui peut être important pour focaliser l’approche clinique. L’axe 3 inclut sept dimensions en rapport avec des conflits inconscients de longue durée (ex.: autonomie-dépendance). L’axe 4 regroupe les capacités et déficits enregistrés au niveau de la structure de la personnalité (perception de soi, auto-régulation, communication etc.). Le cinquième axe est réservé au diagnostic d’un syndrome selon l’ICD 10, y compris une manière modifiée de diagnostiquer les troubles psychosomatiques.

* Koordinatoren der Arbeitsgruppen der OPD: Achse 1: Krankheitsleben und Behandlungsvoraussetzungen: W. Schneider, Rostock; H. Freyberger, Greifswald – Achse 2: Beziehung: M. Cierpka, Heidelberg – Achse 3: Konflikt: G. Schüßler, Innsbruck – Achse 4: Struktur: G. Rudolf, Heidelberg – Achse 5: Syndrome nach ICD 10: W. Schneider, Rostock; H. Freyberger, Greifswald. Sprecher der Arbeitsgruppe: S. O. Hoffmann, Mainz.

Depuis sa publication en 1996 l'OPD a fait l'objet de nombreuses publications dans les pays de langue allemande. Des séminaires de formation ont lieu à intervalles réguliers; les auteurs recevront volontiers critiques, échos et propositions permettant de le développer plus avant. De premières études ont montré qu'il est pratique et que sa fiabilité est convenable. Actuellement, de nombreux projets de recherche s'intéressent à la psychothérapie et à la psychosomatique l'utilisent déjà. Leurs résultats doivent contribuer à son développement futur.

1. Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

Im deutschsprachigen Raum wird in den letzten Jahren zunehmend ein neues Diagnosesystem rezipiert, das unter dem Namen „Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – OPD“ bekannt geworden ist.

Hierbei handelt es sich um ein in mehrjähriger Arbeit von insgesamt etwa 40 psychotherapeutischen Klinikern und Forschern erstelltes System der Diagnostik im Bereich der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie. Die „Arbeitsgruppe OPD“ fand sich etwa 1992/93 zusammen, um Ergänzungen zur inzwischen etablierten psychiatrischen Diagnostik zu entwickeln, die eher den Bedürfnissen psychotherapeutischer Tätiger entsprechen sollten.

Gleich zu Beginn wurden mehrere Untergruppen gebildet, die sich im Rahmen der initial entworfenen Struktur des Systemes um Aspekte der Krankheitsverarbeitung, der Beziehungs- und Konfliktdiagnostik und der Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur sowie um die syndromale Ebene der kategorialen Diagnostik nach ICD 10 zentrierten.

In einem mehrjährigen Prozess erarbeiteten diese Gruppen Vorschläge zum Inhalt der jeweiligen Achsen, die immer wieder überarbeitet wurden. Zum Ende hin fand in der Gesamtgruppe die wechselseitige Kritik der Entwürfe statt. Vor der Veröffentlichung des ersten Manuals wurde eine Praktikabilitätsstudie durchgeführt, an der eine große Zahl von Klinikern teilnahm (Freyberger et al., 1996). Diese führte erneut zu einer Überarbeitung der Achsen die schließlich in ihre jetzige Form gebracht wurden.

Der gesamte Diskussionsprozess war für die Beteiligten äußerst anregend und machte teilweise deutlich, wie sehr der Einzelne oft unreflektierten diagnostischen Gewohnheiten anhängt und wie schwer in exemplarischen Einzelfällen manchmal zu einer Einigung zu kommen war.

Im Folgenden soll das System der OPD zusammengefasst vorgestellt werden. Dies kann hier notwendig nur sehr allgemein erfolgen, weshalb der interessierte Leser auf entsprechende weiterführende und vertiefende Lektüre verwiesen werden muss (Arbeitskreis OPD, 1996; Freyberger et al., 1996; Grande et al., 1997; Rudolf et al., 1995; Schauenburg et al., 1998).

Die historischen Wurzeln des Projektes OPD reichen recht weit in die Vergangenheit. Auch wenn man der

Une version anglaise va être publiée très prochainement.

De plus, en Allemagne un large groupe de pédopsychiatres a commencé en 1997 à préparer une version adaptée et élargie de l'OPD, destinée au travail avec des enfants et adolescents.

Le présent article décrit la manière dont le système a été élaboré, son arrière-plan théorique et sa structure; il fournit aussi des indications quant à l'état actuel de son application dans les domaines clinique, enseignement et recherche.

Psychoanalyse und dem psychodynamischen Denken immer eine gewisse Beliebigkeit, um nicht zu sagen Idiosynkrasie in ihren diagnostischen Kategorien vorgeworfen hat, wurden bereits in den 30er Jahren die ersten Versuche der Systematisierung und der einheitlichen Vermittlung diagnostischer Kategorien unternommen. Als ein erster Ordnungsversuch ist die Beschreibung der Abwehrmechanismen durch Anna Freud (1936) bekannt geworden. In den folgenden Jahrzehnten war sie außerdem maßgeblich an der Entwicklung des Hampstead-Index (A. Freud, 1962) beteiligt, der als ein erstes umfassendes psychoanalytisches System der Diagnostik zu verstehen war. In den folgenden Jahrzehnten gab es weitere diagnostische Modelle, wobei zuletzt Otto F. Kernberg (1978) mit seinem strukturellen Ansatz der Persönlichkeitsorganisation zu nennen ist.

Trotz dieser Arbeiten blieb das hohe Abstraktionsniveau der psychoanalytischen Metapsychologie mit ihrem Bezug auf das – per definitionem nicht beobachtbare – Unbewusste und die damit einhergehenden Probleme bei der Erreichung eines klinischen Konsens („Interrater-Übereinstimmung“) ein ungelöstes Problem.

Die Autoren der OPD verstanden unter ihrem Versuch der Operationalisierung deshalb zunächst einmal den Bezug auf beobachtbare und in Texten nachweisbare Merkmale. Im strengen Sinn entspricht dies weniger einer Operationalisierung (d.h. der Vorgabe einer Testoperation) sondern im Sinne von Kendell (1978) einer semantischen Definition mit der Aufstellung von klaren Regeln bzw. Ein- und Ausschlusskriterien für die Beurteilung eines Merkmals. Einen ersten Ansatz in dieser Richtung hatte bereits Weinryb entwickelt (Weinryb und Rössel, 1991; Weinryb, 1998).

Neben dem Wunsch, psychodynamische Diagnostik kommunizierbar zu machen, lag ein weiteres Movens des Projektes in der raschen und weltweiten Entwicklung kategorialer psychiatrischer Diagnosesysteme. Diese waren mit ihrer scheinbar ätiologiefreien Orientierung von Beginn an eine Provokation für Psychotherapeuten verschiedenster Schulen: Neben dem Verzicht auf intrapsychische Modelle als Erklärungs- und Ordnungsprinzip lag ihre Begrenzung aber auch darin, dass die syndromalen Kategorien von DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (vgl. Dilling et al., 1991) nur wenig geeignet waren, Handlungsanleitungen für die spezifischen Therapieansätze in der Psychotherapie zu geben.

Als sich der Arbeitskreis OPD 1992 konstituierte, hatte er sich deshalb folgende Ziele gesetzt:

1. Es sollten klinisch-diagnostische Leitlinien geschaffen werden, die sowohl psychodynamisch relevante Merkmale abbildeten, als auch den Anwendern genügend Spielraum für die Entwicklung individueller und idiographischer psychodynamischer Hypothesen lassen konnten.
2. Das Instrument sollte für die Weiterbildung in psychoanalytischer und psychodynamischer Psychotherapie nutzbar sein und unterschiedliche Blickwinkel auf verschiedenen Ebenen des psychischen Geschehens erlauben.
3. Die OPD verstand sich als ein Beitrag zur Forschung im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie. Hier sollte sie zunächst in der Stichprobenbeschreibung, bei der Erfassung unterschiedlicher Behandlungsvoraussetzungen und hinsichtlich verschiedener Validitätsmerkmale (Vorhersage-V., Konstrukt-V., konvergente V.) geprüft werden, ebenso hinsichtlich der Möglichkeit der Darstellung von Veränderungen durch Psychotherapie.
4. Die OPD sollte ein Instrument der Kommunikation unter Klinikern und Forschern über die traditionellen Konstrukte psychodynamischer und psychoanalytischer Theorie sein.

Wenn im folgenden die einzelnen Bestandteile (Achsen) der OPD dargestellt werden, dann wird deutlich werden, dass das Instrument Anleihen nicht nur bei der erwähnten psychoanalytischen Tradition, sondern auch bei kognitionspsychologischen, ethologischen und interpersonellen Theorieansätzen genommen hat.

2. Aufbau der OPD

Als therapierelevante diagnostische Aspekte wurden entsprechend der klinischen Erfahrung, aber auch der psychoanalytisch/psychodynamischen Denktradition zunächst das bewusste Krankheitserleben und die subjektiven Behandlungsvoraussetzungen angesehen, des weiteren typische und maladaptive Beziehungsmuster und zentrale vorbewusste Konflikte sowie zuletzt die Einschätzung struktureller Fähigkeiten und Merkmale der Persönlichkeit. Eine fünfte Achse nimmt die syndromale Diagnostik der ICD-10 auf, ergänzt durch einige Aspekte psychosomatischer Störungen.

— Es ist zu bemerken, dass der Aufbau in den Achsen I bis IV einer inneren Logik folgt. Zunächst wird von beobachtungs- und erlebnisnahen Informationen wie der Erkrankungsschwere, der Motivation und der Therapieeignung ausgegangen. Die eigentlich psychodynamischen Achsen bewegen sich von der Beobachtung manifest geschilderten Beziehungsverhaltens über basale Konflikte hin zu komplexen persönlichkeitsstrukturellen Eigenschaften; das heißt die Achsen zeigen einen wachsenden Abstraktionsgrad und damit eine Zunahme des Ausmaßes von indirekter Schlussbildung und Interpretation (vgl. Arbeitskreis OPD, 1996; Cierpka et al., 1995).

Vorausgeschickt sei, dass die Informationen zur Beurteilungen der einzelnen Achsenmerkmale in ausführ-

lichen klinischen Interviews gewonnen werden, deren Durchführung eine gewisse Erfahrung bzw. ein eigenes Training erfordern. Auch die Einschätzung der Kategorien ist nicht ohne ausführliche Einführung in die Materie möglich. Auf beide Aspekte wird unten noch genauer einzugehen sein.

2.1 OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Diese Achse umfasst die Einschätzung basaler Merkmale des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung, wie sie für psychogene und psychiatrische Krankheitsbilder relevant sind: Hierzu gehören etwa die klinische Beurteilung des Schweregrades, der subjektiven Beeinträchtigung der Patienten, des sekundären Krankheitsgewinnes, des Leidensdruckes sowie der Motivation zur Psychotherapie und des Vorhandenseins sozialer Unterstützung und individueller Ressourcen. Tabelle 1 zeigt die 18 zu beurteilenden Dimensionen, die jeweils auf einer 4-stufigen Skala in ihrer Ausprägung beurteilt werden.

Diese Achse trägt der Erfahrung Rechnung, dass für den Verlauf einer Erkrankung nicht nur ihre syndromale Ausgestaltung und charakteristische Symptomatik entscheidend ist, sondern auch der subjektive und soziale Kontext der Betroffenen. Die Bedeutung der sozialen Unterstützung oder des persönlichen Krankheitsverständnisses hat einen großen Einfluss auf den Verlauf der zu beurteilenden Erkrankungen, vor allem auch hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.

Tabelle 1. Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

- | |
|---|
| 1. Schweregrad des somatischen Befundes |
| 2. Schweregrad des psychischen Befundes |
| 3. Leidensdruck |
| 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens |
| 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung |
| 6. Sekundärer Krankheitsgewinn |
| 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge |
| 8. Einsichtsfähigkeit in somatopsychische Zusammenhänge |
| 9. Selbsteinschätzung der geeigneten Behandlungsform: Psychotherapie |
| 10. Selbsteinschätzung der geeigneten Behandlungsform: körperliche Behandlung |
| 11. Motivation zur Psychotherapie |
| 12. Motivation zur körperlichen Behandlung |
| 13. Compliance |
| 14. Psychische Symptomdarbietung |
| 15. Somatische Symptomdarbietung |
| 16. Psychosoziale Integration |
| 17. Persönliche Ressourcen |
| 18. Soziale Unterstützung |
| 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung |

2.2 OPD-Achse II: Beziehung

Psychische Erkrankungen sind „Beziehungskrankheiten“, insofern gilt traditionell interpersonelles Verhalten als zentraler Aspekt für ihre Entstehung und Aufrechterhaltung. Die Abbildung von dysfunktionalen bzw. maladaptiven Beziehungsmustern ist deshalb in den letzten Jahren in das Zentrum der psychodynamischen und psychotherapeutischen Forschung gerückt (Benjamin, 1974; Luborsky, 1990; Strupp und Binder, 1984; Übersicht bei Schauenburg und Cierpka, 1994).

Lebenslange „Ablagerungen“ von Beziehungserfahrungen in Form von kognitiv-affektiven Schemata (Horowitz, 1991; Piaget, 1978) sind Grundlage dessen, was in der Psychoanalyse mit dem Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen konzeptualisiert ist.

Wenn man Beziehungsmuster diagnostisch erfassen möchte, müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein:

1. Es muss eine Struktur vorgegeben werden, die den zirkulären bzw. transaktionellen Charakter menschlicher Interaktion (also das Wechselspiel von subjektivem Erleben und Antwort der Umwelt) abbildet.
2. Es bedarf inhaltlicher Dimensionen, die geeignet sind, die Vielfalt menschlicher Verhaltensmöglichkeiten einigermaßen repräsentativ zu erfassen.
3. Es muss eine Einigung darüber hergestellt werden, wie groß bzw. wie klein das Ausmaß an indirekter Schlussbildung (z. B. auf unbewusste Anteile) in der klinischen Beurteilung von Verhaltensweisen sein darf.

Aus diesen Vorgaben entstand die Grundstruktur der OPD-Beziehungsachse (Tabelle 2). Es wurde ein Rahmen entwickelt, der das subjektive Erleben von Patienten sowohl in Bezug auf die eigene Person, als auch auf relevante Bezugspersonen auf einer ersten Ebene erfasst. Auf einer zweiten Ebene ist es möglich, auch das Erleben dieser anderen (Bezugspersonen, Interviewer) abzubilden: wie wird ein Mensch vermutlich aus der Sicht seiner Objekte bzw. aus der Sicht des Untersuchers erlebt und welche Impulse löst er im Gegenüber aus (Grande et al., 1997)?

Die zur Beurteilung von Interaktionsverhalten herangezogenen Kategorien (Verhaltensweisen, Tabelle 3) entstammen der Tradition der interpersonellen Kreismodelle, die menschliches Verhalten auf den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle abbilden (Benjamin,

Tabelle 2. Achse II – Beziehung (Grundstruktur)

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass ...	Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass ...
---	---

Perspektive B: Das Erleben anderer / des Untersuchers

Der Untersucher / andere erleben den Patienten immer wieder so, dass ...	Der Untersucher / andere erleben sich immer gegenüber dem Patienten wieder so, dass ...
--	---

Bis zu drei Itemangaben möglich

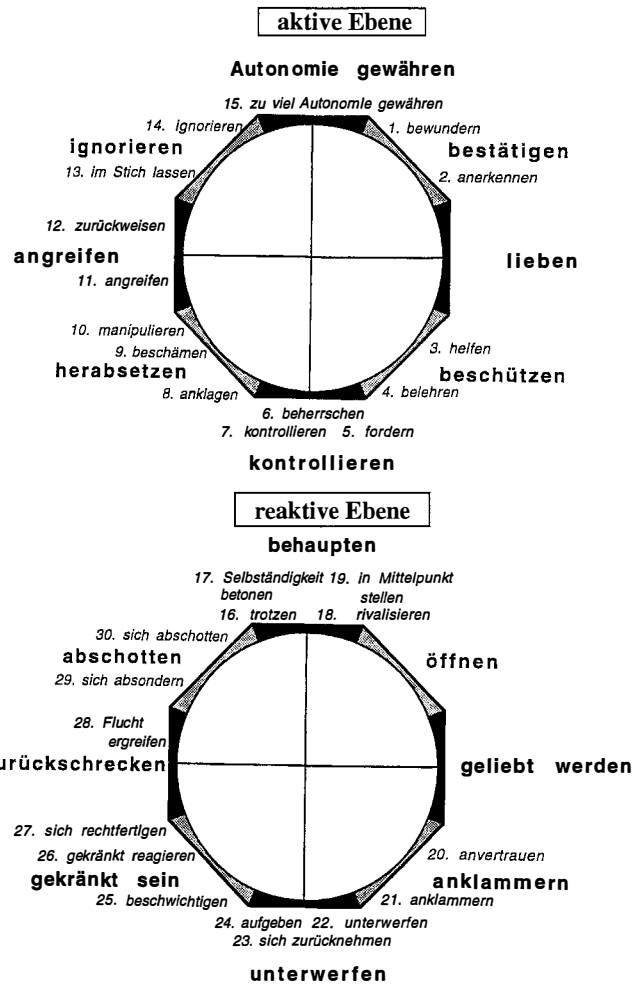


Abb. 1. Die Kreismodelle der Achse II – Beziehung

1974; Kiesler, 1983, 1996; Leary, 1957). Als Beispiel zeigt Abb. 1 das zweiteilige Kreismodell der OPD mit den eingefügten Items.

Mittels der erläuterten Voraussetzungen ist es möglich, habituelles Beziehungsverhalten von Patienten zu beschreiben, wobei der Schwerpunkt auf dysfunktionalen Mustern liegt, wie sie häufig Thema oder Fokus in Psychotherapien sind.

Die Vorgabe der aus den Kreismodellen gewonnenen Items soll es erleichtern, bei der Beurteilung ein mittleres Maß von Schlussbildung (also allenfalls vorbewusstes Erleben) einzuhalten.

Als klinisch besonders wichtig sehen die Autoren dieser Achse die unter Perspektive B mögliche Erfassung von Gegenübertragungsreaktionen an, die in einem integrativen Prozess mit den berichteten und zu vermutenden Reaktionen von Interaktionspartnern eines Patienten zu einem übergreifenden Übertragungsmuster zusammengefasst werden sollen.

So dienen die einzelnen Bestandteile der Beziehungsbeurteilung auch der Formulierung eines psychodynamischen Fokus in dem beschrieben wird, wie sich Selbsterleben, Verhalten, Reaktion der Umwelt (auch in der Gegenübertragung erfassbar) und entsprechend folgende Modifikationen im Selbstbild miteinander zu einem maladaptiven Muster verschränken.

Tabelle 3. Itemliste: Achse II – Beziehung

Itemlisten für das Verhalten des Patienten (links) und der Objekte bzw. des Untersuchers (rechts)

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er (andere bzw. an andere) ...

		Der Untersucher/die Objekte erleben, dass der Patient (ihn/sie) immer wieder ...
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	1. besonders bewundert und idealisiert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	2. besonders akzeptiert und anerkennt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	3. besonders hilft, sie versorgt und beschützt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	4. belehrt und bevormundet
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ansprüche und Forderungen stellt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	6. bestimmt und beherrscht
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	7. misstrauisch kontrolliert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	8. beschuldigt und anklagt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	9. entwertet und beschämt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	10. ausbeutet und manipuliert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	11. angreift und bedroht
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	12. zurückweist
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	13. im Stich lässt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	14. ignoriert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	15. einfach machen lässt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	16. trotzt und sich widersetzt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	17. seine Selbständigkeit besonders betont
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	18. besonders rivalisiert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	19. sich besonders in den Mittelpunkt stellt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	20. sich besonders anvertraut und anlehnt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	21. sich anklammert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	22. sich anpasst und unterwirft
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	23. sich zurücknimmt und selbst entwertet
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	24. resigniert aufgibt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	25. beschwichtigt und harmonisiert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	26. gekränkt und beleidigt reagiert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	27. sich rechtfertigt
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	28. die Flucht ergreift
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	29. sich absondert
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	30. sich abschottet und unzugänglich macht

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ...

		Der Untersucher/die Objekte erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie ...
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	1. ihn besonders bewundern und idealisieren (ihn besonders bewundert und idealisiert)
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	2. ihn besonders akzeptieren und anerkennen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	3. ihm besond. helfen, ihn versorgen, beschützen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	4. ihn belehren und bevormunden
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	5. an ihn Ansprüche und Forderungen stellen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	6. ihn bestimmen und beherrschen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	7. ihn misstrauisch kontrollieren
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	8. ihn beschuldigen und anklagen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	9. ihn entwerten und beschämen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	10. ihn ausbeuten und manipulieren
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	11. ihn angreifen und bedrohen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	12. ihn zurückweisen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	13. ihn im Stich lassen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	14. ihn ignorieren
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	15. ihn einfach machen lassen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	16. ihm trotzen und sich widersetzen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	17. ihre Selbständigkeit besonders betonen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	18. mit ihm rivalisieren
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	19. ihn an die Seite drängen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	20. ihm vertrauen und sich anlehnen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	21. sich an ihn klammern
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	22. sich anpassen und unterwerfen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	23. sich zurücknehmen und selbst entwerten
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	24. resigniert aufgeben
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	25. beschwichtigen und harmonisieren
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	26. gekränkt und beleidigt reagieren
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	27. sich vor ihm rechtfertigen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	28. vor ihm die Flucht ergreifen
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	29. sich von ihm absondern
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	30. sich abschotten und unzugänglich machen

2.3 OPD-Achse III: Konflikt

Konflikte meinen das Aufeinandertreffen von entgegengesetzten Verhaltenstendenzen in einem Menschen. Dabei kann man zwischen äußeren Konflikten (wie z.B. Zwangslagen aufgrund äußerer Einschränkungen, Wunsch nach Unversehrtheit angesichts von Naturkatastrophen etc.) und den hier besonders interessierenden inneren Konflikten unterscheiden. Letztere meinen den Widerstreit von Motiven, Wünschen, Werten und Vorstellungen innerhalb einer Person oder zwischen Menschen.

Die Psychoanalyse, die explizit als Konfliktpsychologie konzeptualisiert ist, rekuriert nun auf *unbewusste* innere Konflikte, die psychodynamisch wirksam werden. Unbewusste Konflikte sind ubiquitär und lediglich das Scheitern ihrer Integration führt zu symptomatischen Manifestationen. Dabei werden nach psychoana-

lytischem Neuroseverständnis die auftretenden Symptome wiederum als Verarbeitungs- und Kommunikationsversuche im Rahmen dieser zentralen inneren Konflikte angesehen und bestimmen im Sinne der Charakterbildung lebenslange Verhaltens- und Beziehungsmuster.

Unbewusste und zeitlich überdauernde „neurotische“ Konflikte sind also der Ansatzpunkt für die Konfliktachse der OPD. Die Konfliktachse verzichtet dabei bewusst auf die Verwendung klassischer Kategorien der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (z.B. analer oder oraler Konflikt) auch wenn es hier sicherlich gemeinsame Schnittmengen gibt. Die aktuelle Diskussion um den Zusammenhang von zentralen Konflikten und Fixierungen auf bestimmte triebtheoretische Entwicklungsphasen geht allerdings dahin, dass man heute eher von einem Modell der kontinuierlichen Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung zeitlich begrenzter Reifungsabschnitte ausgeht. Das Schei-

Tabelle 4. Achse III – Grundkonflikte und zusätzliche Kategorien

1. Abhängigkeit vs. Autonomie
2. Unterwerfung vs. Kontrolle
3. Versorgung vs. Autarkie
4. Selbstwertkonflikte
5. Über-Ich und Schuldkonflikte
6. Ödipal-sexuelle Konflikt
7. Identitätskonflikte
8. Mangelhafte Konfliktwahrnehmung
9. Konflikthafte äußere Lebensbelastung

tern der Integration zentraler Grundkonflikte kann also prinzipiell in jeder Lebensphase seinen Anfang nehmen.

Bei der Herausarbeitung der Grundkonflikte wurde darüber hinaus der Erfahrung Rechnung getragen, dass diese in verschiedener Weise abgewehrt bzw. verarbeitet werden können. Hier wird in der OPD zwischen aktivem und passivem Verarbeitungsmodus unterschieden.

Die in Tabelle 4 angeführten sieben Grundkonflikte sowie die Kategorie der „mangelnden Konfliktwahrnehmung“ (z. B. bei somatisierenden Patienten) werden aufgrund von Idealtypen-Beschreibungen nach dem Grad des Vorhandenseins beurteilt (dimensionale Wertung von „nicht vorhanden“ über „vorhanden und wenig bedeutsam“ bzw. „vorhanden und bedeutsam“ bis „vorhanden und sehr bedeutsam“). Darüber hinaus werden für jeden Patienten noch die zwei Hauptkonfliktbereiche (kategoriale Wertung) angegeben. Die Beschreibung der Grundkonflikte und ihrer Verarbeitungsformen geschieht in der OPD in Bezug auf zentrale Lebensbereiche wie Partnerbeziehung, Herkunftsfamilie, Berufsleben, Besitzverhalten, Gruppenverhalten und Krankheitserleben (Dührssen, 1988).

In Ergänzung zu den zeitlich überdauernden Konflikten können auf dem Hintergrund von einschneidenden lebensverändernden Belastungen ebenfalls massive Konflikte entstehen (z. B. posttraumatische Reaktionen). Zur Beurteilung des Vorliegens solcher Belastungen gibt es die entsprechende Zusatzkategorie (Nr. 9) (Heuft et al., 1997).

2.4 OPD-Achse IV: Struktur

„Strukturelle“ Aspekte umfassen die Gesamtheit von Persönlichkeitsmerkmalen, die im Zuge der lebensgeschichtlichen Entwicklung zu festgefügt psychischen Dispositionen geworden sind. Dabei meint der in der OPD verwendete Strukturbegriff nicht das topographische Strukturmodell von Freud (Es, Ich, Über-Ich; Freud, 1923) und auch nicht das traditionelle Modell der Neurosenstruktur (schizoid, depressiv, zwanghaft, hysterisch). Es finden sich eher Überschneidungen mit dem traditionellen Konstrukt der Ich-Funktion, aber auch mit dem Begriff der Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (1978).

Strukturelle Persönlichkeitsmerkmale stehen einerseits in einer Ergänzungsreihe mit intrapsychischen und neurotischen Konflikten. Andererseits haben sie zu

letzteren eine Art Figur-Hintergrund-Verhältnis. Die beschriebenen Grundkonflikte sind für alle Menschen bedeutsam. Ihre Integration hängt aber von den strukturell vorgegebenen Verarbeitungsmöglichkeiten bzw. Defiziten des Einzelnen ab. Dabei wird davon ausgegangen, dass strukturelle Defizite v. a. in der Folge von (sequentiellen) Traumatisierungen und schweren destruktiven Beziehungsbeeinträchtigungen in der Lebensgeschichte entstehen.

Tabelle 5 zeigt die Beurteilungsebenen der OPD-Strukturachse und einige ihrer Operationalisierungen, die im Manual anhand von Ankerbeispielen noch genauer beschrieben werden (siehe auch Rudolf et al., 1995, 1998).

Die Strukturachse beurteilt, ob ein Proband auf den sechs Ebenen jeweils ein hoch integriertes oder ein mäßig bzw. gering integriertes Niveau aufweist. Dies wird zuletzt noch in einem Gesamturteil zusammengefasst.

Ein Patient, der ohne wesentliche Beeinträchtigung der Beziehungs- oder Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer akuten konflikthafte Belastung kurz- oder mittelfristig neurotische Symptome (Angst, Zwangssymptome) oder eine depressive Symptomatik zeigt, würde in den meisten Bereichen vermutlich eine hoch integrierte Persönlichkeitsstruktur aufweisen.

Ein mittleres Integrationsniveau zeigen viele Patienten mit charakterneurotischen lebenslangen Einengungen und chronischer Selbstwertproblematik. Das gering integrierte Niveau umfasst Patienten mit Borderline- oder schweren narzistischen Persönlichkeitsstörungen. Ein viertes, desintegriertes, Niveau ist der Einstufung von präpsychotischen und psychotischen Patienten vorbehalten.

2.5 OPD-Achse V: ICD-10-Syndrome

In dieser Achse werden die syndromal-deskriptiven Diagnosen nach ICD-10 Kapitel V (F) abgebildet. Die Oberkategorien der ICD 10 sind der Tabelle 6 zu entnehmen.

Mit diesem Vorgehen trägt die OPD der Bedeutung einer weltweiten Verständigung auf einheitliche Kategorien psychiatrischer und neurotischer Krankheitsbilder Rechnung. Den besonderen Bedürfnissen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Praxis entsprechend werden von der OPD Ergänzungen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (Übernahme der narzistischen Persönlichkeitsstörungen aus dem DSM-IV) sowie der Kategorie der psychischen Einflüsse auf andernorts klassifizierte Erkrankungen (F 54) vorgeschlagen.

3. Datenquellen

Die unterschiedliche theoretische und inhaltliche Ausrichtung der OPD-Achsen stellt besondere Anforderungen an die Gewinnung der zu ihrer Beurteilung nötigen Informationen.

Aus diesem Grund liegen detaillierte Empfehlungen zur Interviewführung in der OPD vor (Janssen et al., 1996; Schauenburg et al., 1998). Es handelt sich insgesamt nicht um ein strukturiertes Interview. Die Ge-

sprachsführung zur psychodynamischen Diagnostik erfordert sowohl eine Erfassung relevanter Basisinformationen (Achse I, Achse V) wie sie auch einen Raum zur Verfügung stellen sollte, in dem psychodynamische Elemente (Beziehungsmuster, zentrale Konflikte, strukturelle Eigenschaften) nicht nur einfach erfragt werden, sondern sich auch szenisch darstellen. Es ist davon auszugehen, dass die Informationen zur gesamten Beurteilung nach OPD nicht in einem einzigen Erst- oder Forschungsinterview gewonnen werden können. Manche diagnostische Einschätzung wird vielleicht überhaupt erst nach einer gewissen Zeit des therapeutischen Kontaktes möglich sein. Eine umfassende Beur-

teilung der syndromalen Achse V kann darüber hinaus, insbesondere für Forschungszwecke, zusätzlich ein strukturiertes Vorgehen entsprechend SCID oder CIDI nötig machen, welches primär nicht vorgesehen ist.

Grundsätzlich gilt es sowohl eine übermäßig strukturierte Exploration, wie ein sich völlig frei entwickelndes Interview zu vermeiden. Die erwähnten Arbeiten gehen deshalb ausführlich auf mögliche offene Fragestrategien und typische Ankerpunkte zur Erfassung lebensgeschichtlich bedeutsamer Ereignisse und Muster ein. Darüber hinaus erfordert gerade auch die Bestimmung der Gegenübertragung (Beziehungsachse) und die Integration möglicher Reaktionen der Umwelt

Tabelle 5. Kategorien der Achse IV – Struktur. Kategorien zur Einschätzung struktureller Fähigkeiten (nach Rudolf et al., 1998)

Selbsterleben:

Fähigkeit zur *Selbstreflexion*, zum Gewinnen eines integrierten, kohärenten, korrigierbaren *Selbstbildes*, Aufrechterhaltung einer konstanten, sozialen und psychosexuellen *Identität*, Fähigkeit zur *Wahrnehmung* und zum *Ausdrücken primärer Affekte* wie Freude, Angst, Trauer, Verachtung, Scham

Selbststeuerung:

Affekttoleranz (differenzierte Wahrnehmung von angenehmen und unangenehmen Affekten, Ambivalenzfähigkeit, Impulssteuerung)

Selbstwertregulation (Differenzieren zwischen eigenen und fremden Wünschen und Wertsetzungen, Reaktion auf Kritik, Kränkbarkeit, Verletzbarkeit)

Impulssteuerung (Einstellung zu Triebwünschen, Umgang mit Aggressionen, Urheberschaft des Handelns, Über-Ich-Funktion)

Antizipation (Erfüllung von Triebwünschen, Antizipieren von Reaktionen der Umwelt, Verfolgen von langfristigen Zielen)

Abwehr:

Intrapsychische Abwehr (Stabilität und Verfügbarkeit von Abwehr, überschießende und hemmende Abwehr, Versagen von Abwehr, reife Abwehrmechanismen z.B. Verdrängung, Rationalisierung, Verschiebung vs. unreife Abwehrmechanismen z.B. Spaltung, Idealisierung, Entwertung, projektive Identifikation, Projektion)

Flexibilität der Abwehr (konflikthafte, situativ eingeschränkte vs. instabile, unflexible oder weitgehend aufgehobene Abwehr)

Objekterleben:

Subjekt-Objekt-Differenzierung (Zuordnung von Affekten, Impulsen und Gedanken zum Selbst und zu den Objekten, Abgrenzung vs. Konfundieren)

Empathie (Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zum Einfühlen in die Erlebniswelt, Geschichte, Bedürfnisse des Anderen mit seinen Stärken und Schwächen)

Ganzheitliche Objektwahrnehmung (Wahrnehmen des Gegenübers, des Anderen, stabiles, kohärentes, lebhaftes, „dreidimensionales“ Bild vs. stark kontrastierendes (schwarz-weiß), verzerrtes, bedrohliches oder flaches oder nur tupferhaftes Bild vom Anderen)

Objektbezogene Affekte (Affektive Bezogenheit auf das Gegenüber, Fähigkeit zu Interesse für und Beziehung zum Anderen, zu Sorge, Anteilnahme, Freude, Schuld, Trauer, Dankbarkeit vs. Wut, Enttäuschung, Neid, Eifersucht und Rache, affektives Beziehungsklima neutral und verständlich vs. bedrohlich und zerstörerisch)

Kommunikation:

Kontakt (Fähigkeit zur Kommunikation und Verständigung, situativ begründete Kommunikationsschwierigkeiten vs. Kommunikationsabbrüche, Missverständnisse, Distanzlosigkeit, Taktlosigkeit, Übergriffe, misstrauisches Schweigen, autistisches Verhalten)

Verstehen fremder Affekte (Fähigkeit zum Wahrnehmen, Verstehen, Decodieren fremder Affekte für den Erhalt des weiteren Kontaktes)

Mitteilen eigener Affekte (Fähigkeit zum Wahrnehmen, Verstehen und Zuordnen eigener Affekte wie Angst-, Scham- und Schuldgefühle, konflikthafte Einfärbung und Einschränkung vs. Enttäuschung, Selbstentwertung, Rigidität, Affektvermeidung, Leere, Verwirrung, Fremdheit)

Reziprozität (Fähigkeit, in Beziehung zu treten, zum kommunikativen Austausch, „Wir-Gefühl“, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit)

Bindung:

Internalisierung (Fähigkeit zur emotionalen Bindung, zum Entwickeln und Entwerfen stabiler innerer Bilder von anderen, wichtigen Personen, konfliktbedingte Objektabhängigkeit vs. symbiotische Beziehung, Vermeiden von Objektbindungen)

Loslösung (Fähigkeit, Trennungen zu tolerieren, Verluste zu betrauern vs. scheinbares reaktionsloses Hinnehmen von Trennungen, scheinbare Auslöschung des Objektes ohne Abschied- und Traueraffekt)

Variabilität der Bindung (Fähigkeit zur differenzierten, farbigen Unterscheidung innerer Bilder von wichtigen Personen, Fähigkeit zu triadischen Beziehungen vs. Einschränkung auf dyadische Beziehungen, Funktionalisierung von Beziehungen, kaum nachvollziehbare Beziehungsmuster)

Tabelle 6. Basiskategorien der ICD 10, Kapitel V

Störung	Codierung
Organische und symptomatische psychische Störungen	F 0
Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F 1
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F 2
Affektive Störungen	F 3
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F 4
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	F 5
Persönlichkeitsstörungen	F 6
Intelligenzminderung	F 7
Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters	F 8

im Sinne maladaptiver zyklischer Beziehungsmuster (Strupp und Binder, 1984) Ausbildung und Erfahrung in psychodynamischer Schlussbildung.

4. OPD-Trainings

Der „Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ hat seit seinem Bestehen Ausbildungskonzepte und Trainingsstrukturen entwickelt, die von vielen interessierten Klinikern und Forschern in Anspruch genommen werden. Ziel solcher Trainingsseminare ist nicht nur die inhaltliche Vermittlung der OPD-Achsen, sondern auch die Diskussion bisheriger Diagnosegewohnheiten sowie die Auseinandersetzung mit den Besonderheiten der Interviewführung. Gerade letzteres macht immer wieder deutlich, dass die Gewinnung von diagnostischen Informationen nicht unabhängig von der Art der Interviewführung betrachtet werden kann. Weiterhin dienen die Trainingsseminare der Rückkopplung zwischen „Entwicklern“ und „Anwendern“ der OPD und führen dazu, dass kritische Einwände aus dem klinischen Alltag in die Weiterentwicklung des Systems aufgenommen werden können (vgl. Schneider und Schauenburg, 1998).

Die Ausbildungsgänge umfassen bisher eine Gesamtzahl von 60 Stunden, gliedert in einen Grund- und zwei Aufbaukurse. Tabelle 7 zeigt die typische Struktur eines Grundkurses.

Vielfältig genutzt werden die Ausbildungsangebote der Arbeitsgruppe auch von ganzen Kliniken, die im Rahmen von regelmäßigen Seminaren, die gemeinsam mit OPD-Trainern durchgeführt werden, ihre diagnostische „Kultur“ entwickeln und ihre theoretischen und Behandlungskonzepte überprüfen können.

Eine wesentliche Aufgabe von Trainingsseminaren ist auch die Einarbeitung von Mitarbeitern aus Forschungsobjekten, die auf eine gute Interrater-Übereinstimmung bei der Anwendung des Systems angewiesen sind. Die Prüfungen der Testgütekriterien sowie der Praktikabilität der Methode stellen eines der wesentlichen Ziele der

Tabelle 7. Aufbau eines OPD-Grundkurses

1. Allgemeine Einführung in die Besonderheiten und die Geschichte der psychodynamischen Diagnostik (2 Std.)
2. Interviewseminar (2 Std.)
3. Vorstellung der Achsen in Entstehungstradition und Inhalt
4. Achsenbezogene Fallarbeit (Video, Life-Interviews); Kleingruppen 12–15 Teilnehmer (12 Std.)
5. Beurteilung eines Erstinterviews (2 Std.)
6. Abschlussdiskussion (1 Std.)

augenblicklichen Arbeit in der OPD dar. Im folgenden Abschnitt werden erste Ergebnisse hierzu berichtet.

5. Forschungsaktivitäten mit der OPD

Bereits im Rahmen der Entwicklung erster Entwürfe der OPD wurde eine Praktikabilitätsstudie an insgesamt 16 Kliniken von 134 beteiligten Diagnostikern durchgeführt. Diese Untersuchung diente zunächst der Frage der Anwendbarkeit und führte zur Revision mehrerer Achsen. Die Auswertung ergab allerdings, dass bereits zu diesem Zeitpunkt, wo die beteiligten Untersucher noch keineswegs intensiv in die Methodik eingearbeitet waren, in vielen Bereichen zufriedenstellende Übereinstimmungen herstellbar waren. Die Reliabilitätskoeffizienten (Intraclass-Koeffizienten-ICC bzw. Weighted-Kappa) lagen bei der Achse I bei durchschnittlich .61, in der Achse II zwischen .44 und .28 (unbefriedigend), in der Achse III bei einem durchschnittlichen Kappa-Wert von .47 und in der Achse IV bei einem ICC von .72. In der Achse Va) ergab sich eine prozentuale Einstimmung von 58,6%. Damit liegen die Reliabilitätsmaße im befriedigenden Bereich, und es ist davon auszugehen, dass sie sich durch Training und Einarbeitung weiter verbessern lassen (Freyberger et al., 1996, 1998).

Da die ursprüngliche Praktikabilitätsstudie noch nicht die endgültige Version der OPD untersucht hat und auch nicht als Reliabilitätsstudie im eigentlichen Sinne geplant war, wird augenblicklich eine multizentrische Studie vorbereitet, die das jetzige System erneut mit trainierten Beurteilern untersuchen soll. Weiterhin werden Aspekte der Test-Retest-Reliabilität und der Expertenvalidität einbezogen.

Eine erste Pilotstudie an über 100 stationären Psychotherapie-Patienten ergab einerseits ebenfalls befriedigende Reliabilitäten und konnte andererseits bedeutsame Beziehungen innerhalb der OPD beschreiben. So wurde gefunden, dass – auch von nicht explizit psychoanalytisch vorgebildeten Beurteilern – bestimmte überzufällige Zusammenhänge zwischen Strukturturniveau und zentralem Konflikt, sowie zwischen bestimmten Beziehungsmustern und Konflikten gesehen werden (Grande et al. 1998; Rudolf et al., 1997).

6. Laufende Forschungsvorhaben mit der OPD

Die OPD wurde also bereits von Beginn an als diagnostisches Instrument in Forschungsvorhaben eingesetzt, so

in einer von der bundesdeutschen Dachorganisation der psychoanalytischen Psychotherapeuten (DGPT) geförderten Studie zur Prüfung der Effektivität psychoanalytischer Langzeittherapie. In dieser werden alle Patienten nach der OPD beurteilt und die prädiktive Validität bzw. die Veränderungssensitivität des Instrumentes geprüft (Leitung: Rudolf, Heidelberg). Weitere Psychotherapieverlaufsstudien betreffen die stationäre Psychotherapie und die Konsiliarpsychotherapie (Schauenburg, Göttingen, bzw. Schneider, Rostock). Ein DFG-Projekt prüft die Vorhersagekraft von interpersonellen Mustern (erhoben mit der OPD-Beziehungsachse) und ihre hypothetische Reinszenierung im stationären Behandlungssetting (Cierpka, Heidelberg). Weitere Studien befassen sich mit alkoholabhängigen Patienten (Janssen, Dortmund), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Buchheim, München), dissoziativen Störungen (Freyberger, Greifswald), Essstörungen (v. Wietersheim, Ulm), funktionellen Unterbauchbeschwerden (Leibing, Göttingen), psychotischen Erkrankungen (Krauß, Hamburg, und Schneider, Rostock) und Drogenabhängigkeit (Thomasius, Hamburg).

Daneben werden Datenbanken sowie eine Video-Bibliothek mit Musterfällen zusammengestellt und die Herausgabe eines Fallbuches vorbereitet.

7. Weiterentwicklung

Die Akzeptanz der OPD unter den psychotherapeutischen und psychosomatischen Klinikern, aber auch in der Psychiatrie ist groß. Dabei spielen insbesondere auch die didaktischen Möglichkeiten des Systems eine Rolle. Die Weiterentwicklung, Verfeinerung und Anpassung zukünftiger Versionen des Systems (OPD II), geschieht also in enger Kooperation mit den klinischen Anwendern. Darüber hinaus wird eine im Druck befindliche englische Übersetzung zu einer Verbreitung auch im englischen Sprachraum beitragen können. In der Folge der Veröffentlichung der ersten Version hat sich in der Bundesrepublik eine Arbeitsgruppe aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich gefunden, die eine OPD für dieses Feld und seine Besonderheiten entwickelt (Koordinator: Resch, Heidelberg) (Resch et al., 1998). Eine Adaptation für den gerontopsychosomatischen Bereich wird ebenfalls vorbereitet (Heuft, Münster).

8. Schlussbemerkung

Die Entwicklung der „Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik“ ist ein Schritt zur verbesserten Kommunikation und Didaktik im Bereich der psychodynamischen Diagnostik. Die Komplexität des Feldes und der dynamische Charakter vieler diagnostischer Kriterien verbietet eine Verabsolutierung der diagnostischen Kategorien. Deshalb betont die Arbeitsgruppe immer wieder, dass ein diagnostisches System im Bereich der Psychotherapie das Verständnis der individuellen Biographie sowie das Erleben der je individuellen therapeutischen Beziehung nicht ersetzen kann. Dennoch wird die OPD einen produktiven Beitrag zu diesem spannungsreichen Feld leisten können.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostical and Statistical Manual for Mental Diseases – DSM-IV*. American Psychiatric Press, Washington DC
- Arbeitskreis OPD (1996) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)*. Huber, Bern
- Benjamin LS (1974) *Structural analysis of social behavior*. *Psychol Rev* 81: 392–425
- Cierpka M, Buchheim P, Freyberger HJ, Hoffmann SO, Janssen PL, Muhs A, Rudolf G, Rüger U, Schüßler G (1996) Die erste Version einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapeut* 40: 69–87
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1991) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Huber, Bern
- Dührssen A (1988) *Dynamische Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Freud A (1936) *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Int. Psychoanal. Verlag, Wien
- Freud A (1962) *Maßstäbe zur Beurteilung der pathologischen Kindesentwicklung. Teil I und II*. In: Freud A (Hrsg) *Die Schriften*, Bd 6. Kindler, München, S 1649–1673
- Freud S (1923) *Das Ich und das Es*. *Ges Werke*, Bd 13, S 237–289
- Freyberger HJ, Dierse B, Schneider W, Strauß B, Heuft G, Schauenburg H, Pouget-Schors D, Seidler GH, Küchenhoff J, Hoffmann SO (1996) *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie*. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46: 356–365
- Freyberger HJ, Schneider W, Heuft G, Schauenburg H, Seidler GH (1998) *Zu Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftigen Forschungsfragestellungen der OPD*. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen*. Huber, Bern
- Grande T, Burgmeier-Lohse M, Cierpka M, Dahlbender RW, Davies-Osterkamp S, Frevert G, Joraschky P, Oberbracht C, Schauenburg H, Strack M, Strauß B (1997) *Die Beziehungsachse der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik*. *Z Psychosom Med Psychoanal* 43: 280–296
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1998) *Das Heidelberger OPD-Projekt – einige empirische Zusammenhänge zwischen den OPD-Achsen „Konflikt“, „Struktur“ und „Beziehung“*. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen*. Huber, Bern
- Heuft G, Hoffmann SO, Mans EJ, Mentzos S, Schüßler G (1997) *Das Konzept des Aktualkonfliktes und seine Bedeutung für die Therapie*. *Z Psychosom Med Psychoanal* 43: 1–14
- Horowitz MJ (1991) *Person schemas*. In: Horowitz MJ (ed) *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Univ. Chicago Press, Chicago London, pp 13–32
- Janssen PL, Dahlbender RW, Freyberger HJ, Heuft G, Mans EJ, Rudolf G, Schneider W, Seidler G (1996) *Leitfaden zur psychodynamisch-diagnostischen Untersuchung*. *Psychotherapeut* 41: 297–304
- Kendell RE (1978) *Die Diagnose in der Psychiatrie*. Enke, Stuttgart
- Kernberg OF (1978) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Kiesler DJ (1983) *The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for complementarity in human transactions*. *Psychol Rev* 90: 185–211
- Kiesler D (1996) *Contemporary interpersonal theory and research*. Wiley, New York
- Leary T (1957) *Interpersonal diagnosis of personality*. Ronald Press, New York
- Luborsky L (1990) *A guide to the CCRT method*. In: Luborsky L (ed) *Understanding transference*. Basic Books, New York

- Piaget PJ (1978) Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Klett, Stuttgart
- Resch F, Schulte-Markwort M, Bürgin D (1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kinder- und Jugendalter – ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Z Kinderpsychol Kinderpsychiat* 47: 373 – 386
- Rudolf G, Buchheim P, Ehlers W, Küchenhoff J, Muhs A, Pouget-Schors D, Rüger U, Seidler GH, Schwarz F (1995) Struktur und strukturelle Störung. *Z Psychosom Med* 41: 197–212
- Rudolf G, Oberbracht C, Grande T (1998) Die Struktur-Checkliste. Ein Anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturachse der OPD. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen. Huber, Bern
- Schauenburg H, Cierpka M (1994) Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. *Psychotherapeut* 39: 135–145
- Schauenburg H, Janssen P, Buchheim P (1998) Interview-Führung im Rahmen der OPD. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen. Huber, Bern
- Schneider W, Schauenburg H (1998) Training und Ausbildung in der OPD. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen. Huber, Bern
- Strupp HH, Binder J (1984) Kurzzeitpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Weinryb R (1998) Zur Diagnose der Charakterstruktur mit dem „Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP“. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen. Huber, Bern
- Weinryb RM, Rössel RJ (1991) Karolinska Psychodynamic Profile. *Acta Psychiat Scand [Suppl]* 83: 3–23
- Korrespondenz:** Priv.-Doz. Dr. med. Henning Schauenburg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen, Von-Siebold-Straße 5, D-37075 Göttingen, Bundesrepublik Deutschland, Fax +49/551/394592, e-mail: hschaue@gwdg.de.

Henning Schauenburg, Priv.-Doz. Dr. med., geb. 1954, Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Arzt für Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalytiker (DGPT) und Familientherapeut. Seit 1993 leitender Oberarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen.