



Henning Schauenburg
Inge Seiffge-Krenke
(Hrsg.)

OPD-3 Fallbuch

Falldarstellungen zur
Diagnostik und Therapie



OPD-3
Operationalisierte
Psychodynamische
Diagnostik



hogrefe

OPD-3 Fallbuch

OPD-3 Fallbuch

Henning Schauenburg, Inge Seiffge-Krenke (Hrsg.)

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

Henning Schauenburg
Inge Seiffge-Krenke
(Hrsg.)

OPD-3 Fallbuch

Falldarstellungen zur Diagnostik und Therapie

Unter Mitarbeit von

Cord Benecke †
Ulrike Dinger
Stephan Doering
Nanne Dominick
Johannes C. Ehrenthal
Eva Flemming
Miriam Henkel
Holger Himmighoffen
Susanne Hörz-Sagstetter
Thorsten Jakobsen
Ole Karkov Østergård

Martin Lüdemann
Alexander Niecke
Claudia Oberbracht
Silke Pless
Isa Sammet
Henning Schauenburg
Inge Seiffge-Krenke
Christian Sell
Carsten Spitzer
Claudia Subic-Wrana
Philipp Wülfig

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg
Heidelberger Institut für Psychotherapie (HIP)
Voßstraße 9
D-69115 Heidelberg
E-Mail: henning.schauenburg@gmail.de

Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke
Kostheimer Landstraße 11
D-55246 Mainz-Kostheim
E-Mail: seiffge-krenke@uni-mainz.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Psychiatrie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea
Redaktion: Dr. Antje Merz-Schönpflug, Eitelborn
Herstellung: Daniel Berger
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen
Umschlag Layout: Hogrefe intern
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic
Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96462-1)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76462-7)
ISBN 978-3-456-86462-4
<https://doi.org/10.1024/86462-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	13
1 OPD-3: Entwicklungsgeschichte und Darstellung der vier psychodynamischen Achsen	17
<i>Cord Benecke</i>	
1.1 Die Entwicklung der OPD	17
1.2 Die aktuelle OPD-3	19
1.3 Schlussbemerkung	24
2 „Handwerk hat goldenen Boden“	25
ICD-10: F32.1 Mittelschwere depressive Episode	
ICD-11: 6A70.1 Depressive Störung mit Einzelepisode, mittelgradig, ohne psychotische Symptome	
<i>Henning Schauenburg</i>	
2.1 Erstkontakt	25
2.2 Biografische Aspekte	25
2.3 Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	26
2.4 Beurteilung von Achse II (Beziehung)	28
2.5 Beurteilung von Achse III (Konflikt)	31
2.6 Beurteilung von Achse IV (Struktur)	31
2.7 Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	33
3 „Mit dem falschen Fuß“	35
ICD-10: F33.1 Rezidivierende Depression	
ICD-11: 6A72 Dysthyme Störung	
<i>Ulrike Dinger</i>	
3.1 Erstkontakt	35
3.2 Biografische Aspekte	35
3.3 Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	36
3.4 Beurteilung von Achse II (Beziehung)	38

3.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	39
3.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	40
3.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	42
4	„Eine distanzierte Beziehungssicherung“	45
	ICD-10: F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode ICD-11: 6A71.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne psychotische Symptome; QE 50.7 Persönlichkeitsproblematik <i>Johannes C. Ehrenthal</i>	
4.1	Erstkontakt	45
4.2	Biografische Aspekte	46
4.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	48
4.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	49
4.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	49
4.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	50
4.7	Psychodynamische und behandlungstechnische Überlegungen	51
5	„Selbstständigkeit um jeden Preis“	53
	ICD-10: F31.8 Sonstige bipolare affektive Störung (mit Rapid Cycling) ICD-11: 6A60.Y Sonstige näher bezeichnete Bipolar-I-Störung (mit Rapid Cycling) <i>Holger Himmighoffen</i>	
5.1	Aktuelle Symptomatik und Vorgeschichte	53
5.2	Biografische Aspekte	54
5.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	55
5.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	57
5.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	57
5.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	58
5.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	60
6	„Eine Welt zerbricht“	63
	ICD-10: F10.2 und F63.0 Alkoholabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel ICD-11: 6C42 und 6C50/51 Störungen durch synthetische Cannabinoide und 6C50/51 Glücksspielstörung (Gambling disorder) vorwiegend offline/ vowiegend online <i>Thorsten Jakobsen</i>	
6.1	Erstkontakt	63
6.2	Biografische Aspekte	63

6.3	Therapieverlauf	64
6.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	64
6.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	66
6.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	67
6.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	67
6.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	69
7	„Nimm mich mit Liebe an“	71
	ICD-10: F33.1 Rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelschwer	
	ICD-11: 6A71.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ohne psychotische Symptome)	
	<i>Claudia Oberbracht, Ole Karkov, Martin Lüdemann, Alexander Niecke, Silke Pless</i>	
7.1	Erstkontakt	71
7.2	Biografische Aspekte	72
7.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	73
7.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	74
7.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	75
7.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	76
7.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	78
8	„Überfall mit Folgen“	81
	ICD-10: F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	
	ICD-11: 6B40 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	
	<i>Johannes C. Ehrenthal</i>	
8.1	Erstkontakt	81
8.2	Biografische Aspekte	82
8.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	84
8.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	85
8.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	85
8.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	86
8.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	88
9	„Zwischen Nähe und Verlust“	91
	ICD-10: F60.31 Borderline-Persönlichkeitsstörung	
	ICD-11: 6D11.5 Borderline-Muster	
	<i>Susanne Hörz-Sagstetter</i>	
9.1	Erstkontakt	91

9.2	Biografische Aspekte	92
9.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	92
9.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	94
9.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	94
9.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	96
9.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	100
10	„Der Körper als Bühne“	103
	ICD-10: F50.01 Anorexia nervosa	
	ICD-11: 6B80.1 Anorexia nervosa mit kritisch erniedrigtem Körpergewicht	
	<i>Isa Sammet</i>	
10.1	Aktuelle Symptomatik	103
10.2	Biografische Aspekte	104
10.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	104
10.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	106
10.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	107
10.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	108
10.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	110
11	„Ein schweres Erbe“	113
	ICD-10: F41.0 Panikstörung	
	ICD-11: 6B01 Panikstörung	
	<i>Claudia Subic-Wrana</i>	
11.1	Erstkontakt	113
11.2	Biografische Aspekte	114
11.3	Therapieverlauf	115
11.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	115
11.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	119
11.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	119
11.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	120
11.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	122

12	„Gefährliche Freundschaften“	125
	ICD-10: F40.2 Spezifische Phobie	
	ICD-11: 6B03 Spezifische Phobie	
	<i>Claudia Subic-Wrana</i>	
12.1	Erstkontakt	125
12.2	Biografische Aspekte	126
12.3	Therapieverlauf	127
12.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	127
12.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	129
12.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	130
12.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	130
12.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	132
13	„Das kann doch nicht passieren, dass ich das wirklich mache, oder!?“	133
	ICD-10: F42.0 Zwangsstörung	
	ICD-11: 6B20 Zwangsstörung	
	<i>Miriam Henkel</i>	
13.1	Erstkontakt	133
13.2	Symptomatik	134
13.3	Biografische Aspekte	134
13.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	136
13.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	137
13.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	137
13.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	139
13.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	141
14	„Der Finanzberater“	143
	ICD-10: F60.8 Narzisstische Persönlichkeitsstörung; F45.4 Somatoforme Schmerzstörung	
	ICD-11: 6D10.1 Mittelschwere Persönlichkeitsstörung mit 6D11.0 distanzierten und 6D11.2 dissozialen Zügen; 6C20.1 Mittelschwere somatische Belastungsstörung	
	<i>Stephan Doering</i>	
14.1	Fallgeschichte	143
14.2	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	145
14.3	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	146

14.4	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	146
14.5	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	147
14.6	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	149
15	„Dann habe ich es allen gezeigt – aber was ist der Preis?“	151
	ICD-10: F33.8 Agitierte/abgewehrte Depression	
	ICD-11: 6A71 Rezidivierende depressive Störung	
	<i>Miriam Henkel</i>	
15.1	Erstkontakt	151
15.2	Symptomatik	151
15.3	Aktuelle Lebenssituation	152
15.4	Weitere biografische Informationen	152
15.5	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	154
15.6	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	155
15.7	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	156
15.8	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	157
15.9	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	159
16	„Statt der Mutter nur Nebel im Kopf“	161
	ICD-10: F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung	
	ICD-11: 6C20 Somatische Belastungsstörung	
	<i>Eva Flemming, Carsten Spitzer</i>	
16.1	Einleitung	161
16.2	Hintergrund	161
16.3	Biografische Angaben und diagnostische Informationen	162
16.4	Ergebnisse der Bindungs- und klinischen Diagnostik	162
16.5	Szenische Informationen aus dem persönlichen Gespräch und Gegenübertragung der Interviewerin	163
16.6	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	163
16.7	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	163
16.8	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	164
16.9	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	166
16.10	Abschließende Überlegungen	169

17	„Ein Indianer kennt keinen Schmerz – oder doch?“	171
	ICD-10: F45.4 Somatoforme Schmerzstörung	
	ICD-11: 6C20 Somatische Belastungsstörung	
	<i>Philipp Wülfing, Carsten Spitzer</i>	
17.1	Erstkontakt	171
17.2	Biografische Aspekte	172
17.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	173
17.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	174
17.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	175
17.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	176
17.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	178
18	„Ein ständiger Kampf mit der Welt“	181
	ICD-10: F20.0 Paranoide Schizophrenie	
	ICD-11: 6A20 Schizophrenie	
	<i>Christian Sell</i>	
18.1	Einleitung	181
18.2	Lebenssituation, biografischer Hintergrund und erster klinischer Eindruck	181
18.3	Bisheriger Krankheitsverlauf und Behandlungen	182
18.4	Erleben des Patienten und Verhalten auf Station	183
18.5	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	183
18.6	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	185
18.7	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	188
18.8	Beurteilung von Achse IV (Struktur)	189
18.9	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise	191
19	„Die gefährliche Begierde nach Mutterliebe“	193
	ICD-10: F65.8 und F52.7 Paraphilie und Sexsucht	
	ICD-11: 6C72 Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung	
	<i>Nanne Dominick, Inge Seiffge-Krenke</i>	
19.1	Eröffnungsszene: Emotional bedürftig und grenzunsicher	193
19.2	Frühe biografische Einflüsse und sexuelle Fantasien	193
19.3	Pornografiekonsum und sexuelle Grenzverletzung	194
19.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)	194
19.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung)	196
19.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt)	197

19.7 Beurteilung von Achse IV (Struktur) 200

19.8 Psychodynamische Überlegungen und Epikrise 201

20 Fazit und Ausblick 203
 Henning Schauenburg, Inge Seiffge-Krenke

20.1 Achse I 203

20.2 Achse II 204

20.3 Achse III 205

20.4 Achse IV 206

Literatur 209

Autorinnen und Autoren 211

Sachwortverzeichnis 215

Vorwort

Die OPD, ein komplexes psychodynamisches diagnostisches System mit vier Achsen, ist aus der intensiven über 30-jährigen Arbeit einer Gruppe psychodynamisch orientierter Psychotherapeut:innen und Forscher:innen aus den Gebieten der Psychoanalyse, der Psychodynamischen Psychotherapie, der Psychosomatischen Medizin und der Psychiatrie entstanden. Die OPD hat mehrere Revisionen erfahren. Die im Jahre 2023 herausgekommene OPD-3 ist die neueste von der Arbeitsgruppe erarbeitete Version, die auch diesem Fallbuch zugrunde liegt.

Warum ein Fallbuch? Die OPD wird seit Jahren intensiv in der ambulanten und stationären Praxis genutzt, zahlreiche Kolleg:innen haben an den OPD-Trainingskursen teilgenommen und die OPD wird auch in der Lehre im Masterstudiengang Psychotherapie eingesetzt. Das Bedürfnis, die praktische Anwendung der OPD an Fällen für einen breiten Adressatenkreis zu illustrieren, wurde immer wieder deutlich. Wir haben uns daher entschlossen, ein Fallbuch zusammenzustellen, das die praktische Arbeit der OPD verdeutlicht, und bedanken uns sehr herzlich bei den Kollegen und Kolleginnen, die mit uns so konstruktiv zusammengearbeitet haben. In dem vorliegenden Fallbuch wird die Arbeit mit der OPD-3 in verschiedenen Kontexten, vor allem der ambulanten und stationären Psychotherapie, aber auch in anderen diagnostischen Anwendungsbereichen illustriert. Die von den Autor:innen vorgestellten Patienten und Patien-

tinnen umgreifen ein breites psychopathologisches Diagnosespektrum mit unterschiedlichem Strukturniveau, unterschiedlichen intrapsychischen Konflikten und sehr verschiedenen Behandlungsvoraussetzungen. Auch ein Fall aus einem Forschungsprojekt mit dem Adult Attachment Interview und eine Patientin, die an einer Gruppentherapie teilgenommen hat, ergänzen das Spektrum und zeigen die breiten Anwendungsmöglichkeiten.

Bei den OPD-Beurteilungen der vorgestellten Fälle geht es nicht um einen Goldstandard. Wir haben unseren Autor:innen daher nur wenige Vorgaben gemacht, wie die Darstellung der Arbeit mit der OPD-3 genau aussehen soll. In den Fallschilderungen und im diagnostischen Vorgehen ist also die jeweils persönliche „Handschrift“ der Autor:innen spürbar, und dieses unterschiedliche Vorgehen spiegelt auch die breite klinische Praxis wider, in der die OPD angewendet wird. Die einheitliche Verwendung der vier Achsen zeichnet zwar alle Fallberichte aus, es bilden sich aber ganz unterschiedliche Stile der Verwendung der OPD ab. Zur Illustration wurden in einigen Kapiteln die ausgefüllten Ratingbögen abgebildet. Die Patienten und Patientinnen haben der verfremdeten Wiedergabe zugestimmt; einzelne Berichte stellen auch Verdichtungen mehrerer Patient:innen dar.

Inge Seiffge-Krenke und Henning Schauenburg
Mainz und Heidelberg, im April 2026

Dieses Buch ist unserem Freund und Kollegen Cord Benecke (1965-2025) gewidmet.

*Cord Benecke, der Sprecher der OPD und Sprecher der Konfliktachse,
leitet das Fallbuch mit einer Übersicht über die Geschichte der OPD
und die Neuerungen der OPD-3 ein. Cords konzeptionelle, empirische und klinische Arbeit
an der OPD-3 ist von unschätzbarem Wert.*

Wir verweisen auch auf die Lindauer OPD-3-Vorlesung von ihm, sie ist auf YouTube unter
<https://www.youtube.com/@CordBenecke-1965/playlists> zu sehen.

1 OPD-3: Entwicklungsgeschichte und Darstellung der vier psychodynamischen Achsen

Cord Benecke

Die OPD ist ein komplexes psychodynamisches Diagnostiksystem, das über 30 Jahre entwickelt und verändert wurde. Diesem Fallbuch liegt die OPD-3 zugrunde (Arbeitskreis OPD, 2023). Im Folgenden wird die Entwicklungsgeschichte der OPD geschildert. Außerdem werden die vier Achsen dargestellt, die auch die Grundlage für die Einstufungen in den jeweiligen Fallgeschichten sind.¹

1.1 Die Entwicklung der OPD

Psychoanalytische Diagnostik galt lange als auch aus empirischer Perspektive nicht besonders reliabel. Zwar ermöglicht die differenzierte Erfassung von Übertragung/Gegenübertragung, Konflikt- und Strukturmerkmalen eine Beschreibung individueller Muster, die für die differenzielle Indikation und vor allem das therapeutische Vorgehen bedeutsam sind. Aber das hohe Abstraktionsniveau und der Komplexitätsgrad psychoanalytischer Konzepte erschweren eine präzise Erfassung in der klinischen Situation,

wodurch auch die 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) (Hörz-Sagstetter & Doering, 2020), die Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) (Huber et al., 2006; Wallerstein et al., 1989), die Reflective Function Scale (RF) als Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 1998; Taubner et al., 2013). Seit 1996 liegt das erste Manual zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) vom Arbeitskreis OPD vor (in zweiter Version – dann als OPD-2 – 2006), mittels dessen die zentralen psychodynamischen Dimensionen reliabel erfasst werden können.

Das OPD-System ermöglicht eine umfassende, klinisch relevante und zugleich präzise Diagnostik mit insgesamt befriedigenden Gütekriterien (ausführlich s. Arbeitskreis OPD, 2023). 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 den Kliniker:innen aber wenig Handlungsanweisungen für die Indikationsstellung und Behandlungsplanung. Psychodynamisch orientierte Psychotherapeut:innen verbinden die Symptomatik jedoch mit Hypothesen über intrapsychische Konflikte, über das Strukturniveau, über die daraus entstehenden dysfunktionalen Bezie-

¹ Die vorliegende Einführung ist eine leicht überarbeitete, gekürzte und an die Erfordernisse des Fallbuchs angepasste Version eines Beitrags, den Cord Benecke unter „30 Jahre Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Neuerungen in der OPD-3“ im Psychotherapeutenjournal 1/2024 veröffentlicht hat (Benecke, 2024). Wir bedanken uns bei dem Herausgeber (Psychotherapeutenkammer Bayern) und dem Verlag (medhochzwei) für die Abdruckgenehmigung.

lungsmuster und einer vor diesem Hintergrund verstandenen individuellen Bedeutung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen. Der Arbeitskreis OPD entwickelte daher ein diagnostisches Inventar und stellte ein Handbuch zum Training und zur klinischen Anwendung zur Verfügung.

Vier Achsen: Die multiaxiale psychodynamische Diagnostik in der neuesten Version der OPD-3 basiert auf vier Achsen:

- Achse I: Psychische Störungen, Krankheits-erleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse II: Beziehung
- Achse III: Konflikt
- Achse IV: Struktur

In der Achse Psychische Störungen, Krankheits-erleben 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 basaler psychischer 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 Abstraktionsniveaus 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.

Interviewleitfaden: 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 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.

Ergänzende Schriften: 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-3 im Psychotherapie-Antrag (Stasch et al., 2026), OPD-3 Manual zur Ereignis- und Traumaverarbeitung (Burgmer et al., 2024), ein Fallbuch mit Video-Beispielen (Schauenburg et al., 2020) sowie eine OPD-basierte Diagnostik im Coaching (Möller & Benecke, 2023).

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. Die OPD wird auch in den neuen Psychotherapie-Studiengängen gemäß der Reform des PsychThG vermittelt, da sie sich aufgrund der klaren Operationalisierungen bestens auch für universitäre Lehre eignet.

1.2 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?

1.2.1 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.

Deskriptiv-phänomenologische Diagnostik:

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 werden 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 Krankheitskonzept) 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.

1.2.2 Achse II – Beziehung

Achse II – Beziehung stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher interpersoneller Verhaltensweisen mit freier Kombinationsmöglichkeit zur Verfügung. Es wurde in Anlehnung an interpersonelle Kreismodelle (insbesondere die SASB [Structural Analysis of Social Behavior], Benjamin, 1979) konzipiert, geht aber klar darüber hinaus, 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 einer Patient:in aus zwei Blickwinkeln beschrieben, nämlich aus der Erlebensperspektive der Pati-

ent:in und aus derjenigen der Interaktionspartner:innen.

Beziehungsisems: Um die vier Kästchen in Tabelle 1-1 zu „befüllen“, wird eine Liste von Beziehungsisems vorgegeben, aus der die für den jeweiligen Fall zutreffenden Beschreibungen ausgewählt werden. Die Item-Liste folgt stringent der Logik der Kreismodelle interpersonellen Verhaltens. 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.

Beziehungsmuster: Die anhand der Items beschriebenen interpersonellen Positionen werden zu einer beziehungsdynamischen Formulierung integriert, indem die Positionen syste-

Tabelle 1-1: Beispiele für dreistufige Ausformulierungen von Beziehungsisems.

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

Tabelle 1-2: Die vier interpersonellen Perspektiven der OPD-Beziehungsachse.

Perspektiven	
Perspektive A: Das Erleben der Patient:in	
Patient:in <i>erlebt sich</i> immer wieder so ... (P: P)	Patient:in <i>erlebt andere</i> immer wieder so ... (P: A)
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 konflikt-haften Situationen) beinhalten.	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).
Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch der Untersucher:in)	
Andere/Interviewer:in <i>erleben die Patient:in</i> immer wieder so ... (A: P)	Andere/Interviewer:in <i>erleben sich</i> gegenüber der Patient:in ... (A: A)
Hier liegt der Fokus auf den Beziehungsangeboten der Patient:in gegenüber anderen Personen – auch der Untersucher:in. Beschrieben werden die Verhaltensweisen der Patient:in, wie sie von anderen wahrgenommen werden. Diese Verhaltensweisen sind der Patient:in selbst oft nicht bewusst. Hier spielen ggf. (schwierige) Übertragungsangebote der Patient:in eine Rolle.	Hier wird auf Handlungsimpulse fokussiert, die die Patient:in bei anderen, d.h. auch bei der Untersucher:in, auslöst. Es geht hier nicht darum, wie sich die Untersucher:in tatsächlich verhält oder verhalten würde, sondern darum, welche Handlungsimpulse in ihr ausgelöst werden. Hier finden sich also Aspekte der psychoanalytischen Gegenübertragungsdiagnostik wieder.

matisch verknüpft werden, wodurch sich das individuelle (und meist dysfunktionale, sich selbst aufrechterhaltende) Beziehungsmuster gut herausarbeiten lässt (Tabelle 1-2).

1.2.3 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)
- Identitätskonflikt (K7)

Bewältigungsformen: Für jeden dieser Konflikte werden jeweils die motivationale Basis, das innere Erleben bei gelungener Entwicklung, die (meist schmerzlichen und daher abgewehrten) Kernaffecte bei problematischen Erfahrungen mit diesem Motivsystem sowie jeweils ein aktiver (a) und ein passiver (p) Verarbeitungs- bzw. Lösungsmodus als typische Bewältigungsformen beschrieben (Tabelle 1-3). 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 Über-

Tabelle 1-3: Skizzierung der Bewältigungsmodi der sieben Konfliktthemen.

Passiver Modus	Konflikt	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 wird 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 Nichtwissen um die rivalisierend-aner kennende 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

sehen 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.

Konflikt-Rating: 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.

1.2.4 Achse IV – Struktur

Achse IV – Struktur beschreibt die Verfügbarkeit struktureller Funktionen, die als basale psychische Fähigkeiten verstanden werden. Hierzu zählen z.B. die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle. Die Verfügbarkeit dieser 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.

Dimensionen: 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. Die OPD unterscheidet vier Integrationsniveaus der Struktur („gut integriert“, „mäßig integriert“, „gering integriert“, „desin-

tegriert“), die das Ausmaß der Verfügbarkeit der Funktionen bzw. die Beeinträchtigung dieser sicher beschreiben. Tabelle 1-4 enthält eine Liste der aus Sicht der OPD zentralen psychischen (Ich-)Fähigkeiten.

Integrationsniveaus: 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 Erlebensmöglichkeiten bei gleichzeitig etablierten Regulierungsfähigkeiten besteht.

Das Niveau der *mäßigen Integration* lässt eine geringere Verfügbarkeit regulierender Funktionen und eine schwächere Ausdifferenzierung psychischer Substrukturen erkennen. Konflikt-hafte 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. Au-

Tabelle 1-4: Dimensionen und Facetten der strukturellen Funktionen in der OPD-3 (Arbeitskreis OPD, 2023; S. 193).

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

ßerdem 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 Strukturniveaus wurden inhaltlich komplett überarbeitet, insbesondere, um sie „psychiatrietauglicher“ zu machen, wobei versucht wurde, spezifische Psychopathologien nicht zur Beschreibung heranzuziehen, um beispielsweise sowohl eine

psychotische als auch eine psychopathische Desintegration gleichermaßen abzubilden. Hierzu konnten ausgewiesene Expert:innen in psychodynamischer Psychosentherapie für die Mitarbeit an der Strukturachse gewonnen werden.

Variabilitätsratings: Zudem ermöglicht die OPD-3 zwei optionale Variabilitätsratings der Struktur: Es können nun Veränderungen des Strukturniveaus 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.

1.2.5 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 konflikthafte motivationale Thema manifestiert sich unterschiedlich, je nach Verfügbarkeit der strukturellen Funktionen.

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 (kompromisshafte) 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 der 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.

1.3 Schlussbemerkung

Die OPD ermöglicht 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 Behandlungsfokuse) bereitstellt.

In mehreren Arbeiten wurde anhand von Einzelfällen gezeigt, dass sehr ähnlichen Störungskombinationen auf der syndromalen Ebene recht unterschiedliche Psychodynamiken zugrunde liegen können (Benecke & Henkel, 2022; Ehrenthal et al., 2015; Henkel et al., 2018; Sell et al., 2021). Insgesamt ist die OPD-3 gegenüber den Vorgängerversionen um einiges 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). Das vorliegende Fallbuch schließt eine lange bestehende Lücke und illustriert die Anwendungsmöglichkeiten für die OPD im klinischen Kontext.

2 „Handwerk hat goldenen Boden“

Henning Schauenburg

Hauptdiagnose:

ICD-10: F32.1 Mittelschwere depressive Episode

ICD-11: 6A70.1 Depressive Störung mit Einzelepisode, mittelgradig, ohne psychotische Symptome

2.1 Erstkontakt

Zum ersten Gespräch erscheint ein großgewachsener, schlanker und gepflegt gekleideter 70-jähriger Mann, der anfangs leicht unsicher und fragend wirkt, jedoch rasch auf eine freundliche, offene und unkomplizierte Weise Kontakt aufnimmt. Es entsteht eine fast freundschaftlich-harmonische Atmosphäre, die anhält, als er von seinen zahlreichen Versuchen berichtet, seine seit einigen Monaten zunehmende Schwindelsymptomatik – begleitet von leichter Übelkeit – medizinisch abklären zu lassen.

Der Schwindel tritt vor allem beim Gehen über offenes Gelände auf und führte schließlich zu ausgeprägter Angst und der Vermeidung beruflicher Situationen. Die Symptomatik hatte sich nach einer Hüftprothesen-Operation deutlich verstärkt, war jedoch – auf Nachfrage – auch schon zuvor in milder Form vorhanden. Im Beruf als Ingenieur mit eigenem Büro zog er sich aufgrund der Beschwerden zunehmend zurück.

Er berichtet über eine deutliche depressive Verstimmung, ein ausgeprägtes Morgentief und gelegentliche Derealisationsgefühle. Immer wieder erlebe er, „eigentlich komplett überflüssig zu sein“, gefolgt von suizidalen Gedanken.

Schließlich sprach er mit einem Freund, mit dem ihn ein sportliches Hobby verbindet und der als Internist arbeitet. Dieser riet ihm zu einer psychotherapeutischen Kontaktaufnahme.

Bedeutsam in der ersten Begegnung ist, dass der Patient ein großes Notizbuch mit sich führt, in das er gelegentlich Einträge macht, wann immer ihm eine Bemerkung des Gegenübers wichtig erscheint. So entsteht das Bild eines wissbegierigen Mannes, der den Worten anderer großes Gewicht beimisst.

Die Lebenssituation des Patienten erscheint einerseits stabil: Er ist seit vielen Jahren verheiratet; das Paar hat zwei erwachsene, beruflich erfolgreiche Kinder und erwartet das erste Enkelkind. Die finanzielle Situation ist gut, das Ehepaar lebt in einem gemeinsamen Haus; die Kinder wohnen jedoch in weiter entfernten Städten.

Andererseits hat der Patient im Zuge der geplanten Übergabe seines Büros an seinen Sohn neue Projekte übernommen, bei denen es zu Schwierigkeiten und zivilrechtlichen Auseinandersetzungen mit Handwerkern kam. Dabei wurden ihm teils heftige Vorwürfe gemacht, Fehler begangen zu haben, was ihn emotional stark belastete.

2.2 Biografische Aspekte

Herr M. wuchs mit vier Geschwistern in einem größeren Dorf im Schwarzwald auf und beschreibt seine Kindheit als glücklich und von zugewandten Eltern geprägt. Vordergründig

schildert er eine unkomplizierte Entwicklung. Er legte das Abitur in der nächstgelegenen Kleinstadt ab und war sowohl sportlich als auch durch musikalische Aktivitäten gut in seine Umgebung integriert. Schon früh verband ihn eine enge Beziehung zu den Handwerkern im Dorf, bei denen er mitarbeitete und das Gefühl einer fraglosen „Dazugehörigkeit“ genoss.

Der Wechsel zum Studium in eine weiter entfernte Großstadt gelang ihm problemlos. Ein Versuch, aus „Heimweh“ in die ländliche Heimat zurückzukehren, scheiterte jedoch („Es hatte sich viel verändert, die alte Vertrautheit war verloren“). Mit Anfang 20 lernte er seine Ehefrau kennen; die Beziehung blieb von Anfang an stabil, wurde jedoch in den letzten Jahren emotional weniger intensiv. Das liegt auch daran, dass er tendenziell sozial zurückgezogen lebt und die geselligen Wünsche seiner Frau nur noch begrenzt teilt.

Seine berufliche Laufbahn hatte er zielstrebig und erfolgreich entwickelt („Mein Leben war immer mehr Tempo als Kraft“). Die jetzige Rückzugsneigung steht nur scheinbar im Widerspruch dazu. Eine gewisse soziale Scheu bestand immer, wurde jedoch meist überwunden oder trat in beruflichen Kontexten zurück – insbesondere dort, wo er seine alte Wertschätzung für Handwerker und ihre Art des Umgangs miteinander wiedererlebte. Sein Interesse an Radsport und Chorsingen bot ihm ebenfalls eine passende soziale Anbindung.

In der 5. Sitzung berichtet er schließlich von einem einschneidenden Verlassenheitserlebnis: Im 2. Lebensjahr wurde er aufgrund einer Tuberkulose fast ein Jahr lang in einem Kur-Heim, etwa 100 km von seinem Zuhause entfernt, untergebracht. Seine Eltern konnten ihn kaum besuchen, und es heißt, dass er seine Mutter nach der Rückkehr zunächst nicht wiedererkannte.

Nach dieser Erfahrung seien seine Eltern ihm gegenüber besonders fürsorglich und fast übervorsichtig gewesen. Er selbst interpretiert, dass diese frühe Verlassenheit ihn dazu gebracht habe, im Leben und Beruf alles allein be-

wältigen zu wollen. Gleichzeitig sei er stark auf soziale Harmonie angewiesen, weshalb er insbesondere Frauen gegenüber (auch seiner Ehefrau) in seinem Erleben übermäßig nachgiebig sei. Auch Kritik im beruflichen Kontext könne er nur schwer ertragen.

Aktuell plant er, das Büro vollständig an seinen Sohn zu übergeben und sich zurückzuziehen, um ihm „nicht im Weg zu stehen“. Vordergründig scheint er mit dieser Entscheidung im Reinen, doch im Verlauf wird deutlich, dass er eine damit verbundene soziale Isolation zutiefst fürchtet.

2.3 Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen)

2.3.1 Hauptdiagnosen

Die Hauptdiagnose gemäß ICD-10 ist eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (F32.1; ICD-11: 6A70.1) mit angstgeprägter Gangunsicherheit, die teilweise die Merkmale eines phobischen Schwankschwindels aufweist. Trotz einer zurückliegenden Hüftoperation bestehen keine körperlichen Einschränkungen. Anamnestisch ist zudem eine Colitis ulcerosa vor 10 Jahren erwähnenswert sowie lebenslange leichte allergische Reaktionen (z. B. auf Nüsse). Der Patient raucht nicht und trinkt gelegentlich mäßige Mengen Alkohol in sozialen Situationen.

2.3.2 Schweregrad, Dauer und Verlauf

Die Beeinträchtigung des Patienten ist sozial und beruflich mäßig ausgeprägt, mit einer Einschätzung nach der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) im Bereich von 55 bis 60. Die Symptomatik trat trotz früherer geringfügiger Neigung zu depressiven Verstimmungen und Unsicherheitsgefühlen in dieser Schwere

zum ersten Mal im Leben auf und verstärkte sich über 2 Jahre hinweg stetig. Medikamentöse Therapieversuche gab es bislang nicht.

2.3.3 Krankheitskonzept

Das Krankheitskonzept des Patienten ist trotz der Verunsicherung durch das Schwindelgefühl und gelegentliche Übelkeit eher psychosozial orientiert. Ihm ist bewusst, dass die ängstliche Unsicherheit und die morgendlichen depressiven Verstimmungen bereits vor der Hüftoperation begonnen haben. Subjektiv fällt es ihm jedoch schwer, konkrete Auslöser für seine Niedergeschlagenheit zu benennen. Soziale Ursachenzuschreibungen oder alternative (z. B. esoterische) Interpretationen für seine Beschwerden bestehen nicht.

2.3.4 Behandlungskonzepte

Herr M. hat bereits umfangreiche medizinische Diagnostik bezüglich des Schwindels durchlaufen. Sein Wunsch nach Psychotherapie ist inzwischen jedoch eindeutig und ohne Vorbehalt.

2.3.5 Leidensdruck und Coping

Der Patient verspürt einen ausgeprägten Leidensdruck, da er zuvor noch nie ein so negatives Lebensgefühl erlebt hat („Meine Familie und mein Beruf haben mich immer getragen“) und sich angesichts der Einschränkungen sehr hilflos fühlt. Zu Beginn der Therapie zeigen sich nur begrenzte Bewältigungsstrategien. Im Vordergrund steht der Rückzug aus sozialen und sportlichen Aktivitäten sowie eine Distanzierung innerhalb der Ehe.

2.3.6 Psychosoziale Unterstützung

Oberflächlich betrachtet verfügt der Patient über eine stabile Ehe- und Familiensituation, berufliche Sicherheit und einige soziale Kontakte (Chorsingen, Sport, berufliches Umfeld). Subjektiv jedoch leidet er zunehmend unter einem schnell mobilisierbaren Gefühl der Einsamkeit, da es ihm schwerfällt, sein Bedürfnis nach sozialem Kontakt anzuerkennen bzw. dann auch zu realisieren. Spannungen in der Partnerschaft erschweren ebenfalls eine stärkere soziale Unterstützung, die deshalb insgesamt nur eine mittlere Ausprägung hat.

2.3.7 Offenheit

Der Patient ist bereits früh an psychologischen Fragen interessiert und zeigt daher eine hohe Bereitschaft, über sein inneres Erleben zu sprechen. Er findet oft schnell passende Bilder und Beschreibungen seiner Situation und verfügt über eine ausgeprägte Introspektionsfähigkeit.

2.3.8 Innere und äußere Veränderungshemmnisse

Die gefestigte Lebenssituation und der bevorstehende Ruhestand stellen zunächst eine Hürde für Veränderung dar. Es zeichnen sich jedoch bereits alternative Entwicklungen (z. B. Teilzeitbeschäftigung) ab, die dem Patienten zugänglich sind. Dennoch ist das Thema des Verlustes sozialer Verbundenheit und der entstehenden Perspektivlosigkeit so präsent, dass es trotz Entlastung wiederholt zu depressiven Einbrüchen führt. Die damit verbundene leichte, aber relevante soziale Angst wirkt als ein wesentliches „hemmendes“ Moment.

2.3.9 Sekundärer Krankheitsgewinn

Bedingt durch die Lebenssituation, in der der Patient das Ende seiner beruflichen Tätigkeit und seines Engagements im Büro in Erwägung zieht, besteht ein nur geringer sekundärer Krankheitsgewinn.

2.3.10 Psychotherapieziel

Der Patient wünscht sich, seine frühere Selbstsicherheit und soziale Aktivität zurückzugewinnen und die Ursachen für seinen „Einbruch“ zu verstehen. Zunächst bleibt er jedoch an einem vordergründigen, teils somatisch geprägten Verständnis seiner Symptomatik hängen. Er kann die therapeutische Zuwendung gut annehmen und empfindet sie als tröstend und unterstützend. Teilweise wünscht er sich auch eine direkte Lebensanleitung, was sich durch seine Neigung zeigt, während der Sitzungen Notizen zu machen.

2.4 Beurteilung von Achse II (Beziehung)

Erleben des Patienten: In der Beziehungsdynamik des Patienten fallen zwei zentrale Elemente auf. Einerseits beschreibt er sich als einen sehr eigenständigen Menschen, der lieber „mit dem Kopf durch die Wand“ geht, als Hilfe von anderen anzunehmen. Andererseits erlebt er sich jedoch als zu nachgiebig und schildert viele berufliche Situationen, in denen andere

unangemessene Forderungen an ihn stellen und ihm verletzende Vorwürfe machen. Auf solche Erfahrungen reagiert er mit übermäßiger Angst und Sorge, zieht sich zurück und versucht, es den anderen recht zu machen.

Erleben der anderen: Als Gegenüber erlebt man ihn einerseits als freundlich und bemüht, mit einem starken Wunsch nach harmonischer Gesprächsgestaltung. Andererseits wird über seine Schilderung der somatischen Symptome eine Hilflosigkeit deutlich, die auch bei seinem Gegenüber Gefühle von Ohnmacht auslösen kann. Seine freundliche Seite hingegen lässt das Gegenüber relativ sorglos, geradezu zuversichtlich für die Zukunft sein und lässt ein Vertrauen entstehen, dass der Patient eigenständig und mit geeigneten antidepressiven Maßnahmen seinen Weg aus der Krise finden könnte. Dies birgt jedoch auch das Risiko, dass seine Bedürfnisse und seine innere Verlorenheit nicht ausreichend wahrgenommen werden und er sich überfordert fühlt.

In typischer Weise könnte der Patient bestrebt sein, „unkompliziert“ zu wirken, wodurch die Tiefe seiner inneren Verlorenheit leicht übersehen werden könnte. Diese Tendenz könnte dazu verleiten, ihn einfach „machen zu lassen“ und ihm weniger Unterstützung zu bieten, wenn seine Neigung zur autonomen Selbstbehauptung ebenso wie seine vordergründige Anpassungsbereitschaft (Mitschreiben, Rat des Freundes befolgen) nicht reflektiert werden.

Im Ratingbogen Abbildung 2-1 und Abbildung 2-2 sind seine Offenheit und Bereitschaft, sich einzulassen, als Ressourcen angekreuzt.

OPD-3 Ratingbogen Achse II: Beziehungsthemen (Klinische Version).									
OPD-Beziehungsthema		P: A	P: P	A: P	A: A	Res	unauffällig/nicht relevant (= 0)	akzentuiert ausgeprägt (= 1)	dysfunktional ausgeprägt (= 2)
1	Freiraum lassen (+)			2		1	anderen Freiraum gewähren	viel Freiraum lassen	einfach machen lassen
2	Andere anleiten (-)				2	2	ander wenig anleiten	sehr wenig anleiten	überhaupt nicht anleiten, Einflussnahme vermeiden
3	Andere anerkennen (+)			1		3	freundlich anerkennen	idealisieren	völlig überschätzen
4	Verantwortlich machen (-)				1	4	verantwortlich machen	wenig zur Verantwortung ziehen	völlig unangemessen entschuldigen
5	Zuneigung zeigen (+)					5	Zuneigung zeigen	mit Zuneigung bedrängen	mit Liebe verfolgen, „stalken“
6	Aggression zeigen (-)		1	1		6	wenig Aggressionen zeigen	Konflikte eher vermeiden, herunterspielen	Übertrieben harmonisieren, Konflikte ausblenden
7	Sich kümmern (+)			1		7	sich kümmern	sich viel kümmern	sich übermäßig kümmern
8	Kontakt aufnehmen (+)					8	Kontakt aufnehmen	taktlos sein, sich aufdrängen	Grenzen verletzen, sehr distanzlos sein
9	Freiraum lassen (-)					9	sich einbringen	sich einmischen	ständig bevormunden
10	Andere anleiten (+)					10	angemessen anleiten	sehr anleiten oder kontrollieren	dauernd anleiten oder kontrollieren
11	Andere anerkennen (-)					11	kritisch anerkennen	sehr kritisieren, in Frage stellen	entwerten, demütigen
12	Verantwortlich machen (+)	1				12	verantwortlich machen	beschuldigen, Vorwürfe machen	mit Schuldvorwürfen verfolgen
13	Zuneigung zeigen (-)					13	Abstand wahren	wenig Zuneigung zeigen	keinerlei Zuneigung zeigen
14	Aggression zeigen (+)					14	Ärger zeigen	ärgerlich begegnen	bedrohen, angreifen, schädigen
15	Sich kümmern (-)					15	Hilfe begrenzen	Hilfe versagen, im Stich lassen	völlig vernachlässigen
16	Kontakt aufnehmen (-)					16	Kontakt begrenzen	wenig Kontakt aufnehmen	andere ignorieren, total übersehen
17	Sich entfalten (+)		1			17	sich eigenständig entfalten	viel Freiraum o. Selbständigkeit beanspruchen	zu sehr auf Unabhängigkeit bestehen
18	Sich einordnen (-)					18	sich behaupten, standhalten	sich oft widersetzen	totzen, sich dauernd widersetzen
19	Sich zur Geltung bringen (+)					19	sich zur Geltung bringen	sich viel zur Geltung bringen	sich ständig wichtig machen, in den Mittelpunkt stellen
20	Schuld anerkennen (-)					20	eigene Verantwortung prüfen	Schuld eher von sich weisen	eigene Schuld überhaupt nicht anerkennen
21	Sich auf Zuneigung einlassen(+)					21	Zuneigung zulassen	sich zu sehr auf Zuneigung einlassen	sich bei Zuneigung anderer verlieren
22	Sich schützen (-)					22	sich öffnen	sich wenig schützen	sich in Gefahr begeben, nicht vor Aggr. schützen
23	Sich anleihen (+)					23	eigene Bedürfnisse zeigen	sich sehr anleihen, bedürftig zeigen	anklammern, sich hilflos zeigen
24	Kontakt zulassen (+)					24	Kontakt zulassen	sich wenig abgrenzen	sich nicht abgrenzen, zu viel an sich heranlassen
25	Sich entfalten (-)					25	sich eigenständig entfalten	Eigenständigkeit vermeiden	völlig unselbständig sein
26	Sich einordnen (+)		1	1		26	sich eher einordnen	sich sehr anpassen	sich völlig aufgeben, unterordnen
27	Sich zur Geltung bringen (-)			1		27	sich in Frage stellen	sich klein machen	sich selbst entwerten/hassen
28	Schuld anerkennen (+)					28	eigene Verantwortung anerkennen	sich oft die Schuld geben	sich meist die alleinige Schuld geben
29	Sich auf Zuneigung einlassen(-)					29	Zuneigung prüfen	sich wenig auf Zuneigung einlassen	sich vor Zuneigung verschließen
30	Sich schützen (+)					30	sich schützen	sehr vorsichtig sein	übertrieben misstrauen, stets auf der Hut sein
31	Sich anleihen (-)		2			31	eigene Bedürfnisse zeigen	eigene Bedürfnisse wenig zeigen	ganz unbedürftig scheinen, keine Hilfe beanspruchen
32	Kontakt zulassen (-)					32	Kontakt begrenzen	wenig Kontakt zulassen	Kontakt völlig abweisen, sich zurückziehen
							Patient-ID: Herr M.		
							Datum:		
							Beurteiler:in:		
							Narrativ:		
Legende: P: A Patient:in erlebt sich selbst; P: P Patient:in erlebt sich selbst; A: P Andere erleben Patient:in; A: A Andere erleben sich selbst.									

Abbildung 2-1: OPD-3 Ratingbögen, Achse II: Beziehungsthemen für Fall 2 „Handwerk hat goldenen Boden“.

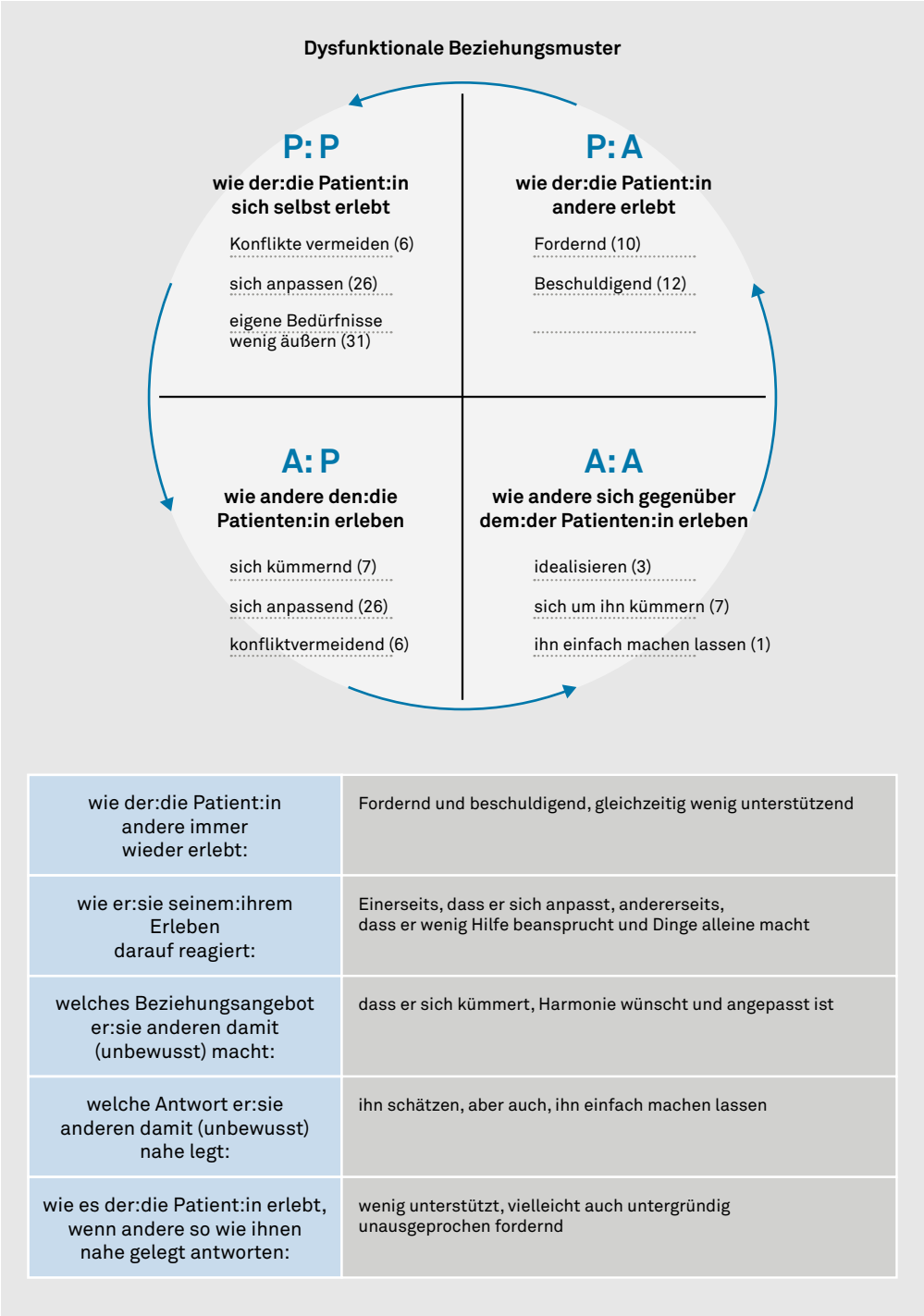


Abbildung 2-2: OPD-3 Auswertungsblatt, Dysfunktionale Beziehungsmuster für Fall 2 „Handwerk hat goldenen Boden“.