



Michael Stasch
Johannes C. Ehrenthal
Tilman Grande
Paul L. Janssen
Claudia Oberbracht
Gerd Rudolf
Dorothea von Haebler

OPD-3 im Psychotherapie- Antrag

Psychodynamische Diagnostik
und Fallformulierung



OPD-3
Operationalisierte
Psychodynamische
Diagnostik



hogrefe

OPD-3 im Psychotherapie-Antrag

OPD-3 im Psychotherapie-Antrag

Michael Stasch, Johannes C. Ehrenthal, Tilman Grande, Paul L. Janssen, Claudia Oberbracht,
Gerd Rudolf, Dorothea von Haebler

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

**Michael Stasch
Johannes C. Ehrenthal
Tilman Grande
Paul L. Janssen
Claudia Oberbracht
Gerd Rudolf
Dorothea von Haebler**

OPD-3 im Psychotherapie- Antrag

Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung



Dipl.-Psych. Michael Stasch

Psychotherapie, Psychoanalyse, Paar- und Familientherapie, Supervision
Vorsitzender des Bundesverbandes Psychoanalytische Paar- und Familientherapie (BvPPF),
Board Member of the European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy (EFPP)
Kußmaulstraße 5
69120 Heidelberg
Deutschland
E-Mail: praxis@psychotherapie-stasch.de
www.psychotherapie-stasch.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
Bearbeitung: Dr. med. Antje Merz-Schönpflug, Eitelborn
Herstellung: Daniel Berger
Umschlag: Gestaltung Claude Borer, Riehen; Satz 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 978-3-456-96464-5)
(E-Book-ISBN_EPub 978-3-456-76464-1)
ISBN 978-3-456-86464-8
<https://doi.org/10.1024/86464-000>

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	9
1 OPD in der Praxis der ambulanten Richtlinienpsychotherapie	11
1.1 Die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) ..	11
1.2 Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie	12
1.3 OPD in der Richtlinienpsychotherapie: Bisherige Erfahrungen	13
2 Übersicht zu den Achsen der OPD	15
2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen	15
2.2 Beziehung	17
2.3 Konflikt	18
2.4 Struktur	21
2.4.1 Variabilität der Verfügbarkeit struktureller Fähigkeiten	27
2.5 Neuerungen zur besseren Erfassung von Menschen mit Psychosen	28
2.5.1 Dilemmata	28
3 Von der Diagnostik zum OPD-Befund	31
3.1 Grundsätze der psychodynamischen Diagnostik	31
3.2 Voraussetzungen für die Durchführung eines OPD-Interviews	32
3.3 Die Phasen des OPD-Interviews	33
3.3.1 Eröffnung des Gespräches	33
3.3.2 Ermittlung von Beziehungserfahrungen und Beziehungsepisoden	37
3.3.3 Ermittlung des Objekterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensgestaltung	38
3.3.4 Ermittlung des Selbsterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensbereiche	40
3.3.5 Ermittlung der Einsichtsfähigkeit, der Behandlungsvoraussetzungen, der Psychotherapiemotivation und Beendigung des Interviews	41
3.3.6 Die schriftliche Darstellung des Interviews	41
3.4 Beispiele für ein OPD-Interview	42
3.4.1 Beispiel für ein OPD-Interview mit Schwerpunkt Beziehungsdiagnostik und Konfliktdiagnostik	42

3.4.2	Beispiel für ein OPD-Interview mit dem diagnostischen Schwerpunkt einer strukturellen Störung	44
3.5	Besonderheiten bei der Interviewführung bei Trauma und Psychose	52
3.5.1	Belastende Lebensereignisse und Traumafolgestörungen	52
3.5.2	Psychose	54
4	Vom OPD-Befund zur psychodynamischen Fallformulierung	59
4.1	Auslösende Situation	60
4.1.1	Auslösende Situation bei konfliktbedingten Störungen	60
4.1.2	Auslösende Situation bei strukturell bedingten Störungen	61
4.1.3	Auslösende Situationen in Verbindung mit der Bewältigung bzw. Konfliktabwehr	62
4.1.4	Zusammenfassung	62
4.2	Die diagnostische Abgrenzung von Konflikt und Struktur	62
4.2.1	Inhalt versus Form (Konflikthalt versus strukturelle Fähigkeit)	63
4.2.2	Mischungen auf dem Konflikt-Struktur-Kontinuum	63
4.2.3	Therapeutische Überschätzung von Patient:innen mit eingeschränktem Strukturniveau	65
4.3	Das Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen als Diagnostikum	66
4.3.1	Dysfunktionale Beziehungsmuster als Konfliktbewältigung	67
4.3.2	Ein strukturelles Unvermögen „vergrößert“ das Beziehungsmuster	68
4.3.3	Das Beziehungsmuster schützt strukturelle Vulnerabilitäten	71
4.3.4	Schlussfolgerung für die Handhabung der therapeutischen Beziehung: Was intendiert die Patient:in aktiv, was erleidet sie passiv?	73
4.4	Biografische Aspekte der Psychodynamik	74
5	Von der Psychodynamik zur Therapieplanung	77
5.1	Behandlungsplanung und therapeutischer Fokus	77
5.2	Indikation zur Richtlinienpsychotherapie	79
5.2.1	Indikation und Zielsetzung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	80
5.2.2	Indikation und Zielsetzung der analytischen Psychotherapie	81
5.2.3	Indikation und Zielsetzung der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie	81
5.2.4	Indikation zum Einbezug von Bezugspersonen	83
5.3	Vom Befund zur Psychodynamik und Therapieplanung: eine zusammenfassende Kasuistik	84
5.3.1	Fallvariante 1: Eine überwiegend konfliktbedingte Störung	84
5.3.2	Fallvariante 2: Eine konfliktbedingte Störung mit ausgeprägten strukturellen Einschränkungen	86
5.3.3	Fallvariante 3: Eine überwiegend strukturbedingte Störung	88

6	OPD im Bericht zum Antrag	91
6.1	Allgemeine Vorgehensweise bei der Berichterstellung mithilfe von OPD	91
6.2	Konkrete Vorgehensweise bei der Berichterstellung mithilfe von OPD-3	94
6.2.1	Punkt 1 des Berichts: Relevante soziodemografische Daten	94
6.2.2	Punkt 2 des Berichts: Symptomatik und psychischer Befund	94
6.2.3	Punkt 3 des Berichts: Somatischer Befund und Konsiliarbericht	96
6.2.4	Punkt 4 des Berichts: Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte, zur Krankheitsanamnese und zur Psychodynamik ...	96
6.2.5	Punkt 5 des Berichts: Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	99
6.2.6	Punkt 6 des Berichts: Behandlungsplan und Prognose	100
7	OPD im Bericht zum Antrag: Beispielfälle	103
7.1	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	103
7.2	Antrag auf modifizierte analytische Psychotherapie	105
7.3	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	108
7.4	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Langzeittherapie ..	111
7.5	Antrag auf unmodifizierte analytische Psychotherapie	114
7.6	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unter Einbezug der Bezugspersonen	118
7.7	Antrag auf analytische Gruppenpsychotherapie	121
7.8	Antrag auf modifizierte analytische Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Psychose	125
7.9	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Trauma	129
8	Der Bericht zum Umwandlungs- bzw. Fortführungsantrag	135
8.1	Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS)	135
8.1.1	Konzeptionalisierung	135
8.1.2	Praktisches Vorgehen	136
8.1.3	Klinische Bedeutung und Anwendung der HUS	138
8.2	Konkrete Vorgehensweise bei der Berichterstellung zum Fortführungsantrag/Umwandlungsantrag	139
8.2.1	Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht	140
8.2.2	Aktuelle Diagnose/n	141
8.2.3	Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung	141
8.3	Beispiele	141
8.3.1	Bericht zum Fortführungsantrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Erstantrag Kap. 7.3)	141
8.3.2	Bericht zum Fortführungsantrag auf analytische Psychotherapie (Erstantrag Kap. 7.5)	144

Literatur	147
Anhang	151
Anhang A: Synopsis zum Erstantrag (Kap. 6)	151
Anhang B: Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS)	154
Anhang C: HUS-Manual	155
Anhang D: Synopsis zum Fortführungsantrag (Kap. 8)	163
Autoren	164
Sachwortverzeichnis	165

Vorwort

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat – seit ihrer Einführung im Jahr 1996 und insbesondere durch die klinische Erweiterung der 2. Version (OPD-2) – nicht nur im deutschsprachigen Bereich, sondern auch international eine starke Verbreitung erfahren. Mittlerweile hat sie sich als Verfahren in den psychodynamisch orientierten Ausbildungsinstituten etabliert und wird zunehmend auch in der Supervision verwendet. Die Notwendigkeit, die psychotherapeutische Behandlung klar und nachvollziehbar zu fokussieren, führte zu einem starken Interesse und einer raschen Verbreitung besonders auch in der stationären Psychotherapie.

Der Komplexität psychodynamischer Vorgänge gerecht zu werden, ist wohl die größte Schwierigkeit in unserer Disziplin. Gerade in der sehr komprimierten Form eines Berichts zum Psychotherapie-Antrag wird man daher um Reduktionen und Begrenzungen nicht umhinkommen. Als Klinikerinnen und Kliniker stellen wir uns dieser Herausforderung tagtäglich und möchten mit diesem Werk einen Beitrag dazu leisten, den Blick auf das Wesentliche einzustellen und das auch entsprechend zu formulieren. Der Arbeitskreis, aus dem dieses Buch entstanden ist, setzt sich aus verschiedenen Generationen der „OPD-Familie“ zusammen – Gründungsväter und „Nachwuchs“.

Daraus ergab sich eine inspirierende Zusammenarbeit, deren Lebendigkeit gerade aus den zum Teil recht unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und auch psychoanalytischen Sozialisierungen erwuchs. Die Anregungen, die wir in dem Vorgängerbuch zur OPD-2 (erschienen

bereits 2014) mit gleichlautendem Titel den antragsbegründenden Kolleginnen und Kollegen nahegelegt haben, werden mittlerweile in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Berichte, die ich als Gutachter zugeschickt bekomme, zumindest zum Teil umgesetzt. Inzwischen hat sich die vorgegebene Struktur für die Erstellung des Berichts an den Gutachter bzw. die Gutachterin geändert und es sind mehr Settingvarianten der tiefenpsychologisch fundierten bzw. analytischen Psychotherapie zu begründen. So lassen sich z. B. die Bezugspersonen in die Behandlung hereinnehmen und auch eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie ist möglich.

Wie das Gutachterverfahren hat sich auch die OPD weiterentwickelt. In der OPD-3 werden mittlerweile die unterschiedlichen Konfliktthemen vom gesunden Niveau bis zum psychotischen Dilemma abbildbar. Von daher werden Sie in Kap. 7.8 auch einen Beispielantrag zur OPD-basierten Begründung einer psychodynamischen Psychosen-Psychotherapie finden. Für die OPD-3 ist mittlerweile auch das Trauma-Modul (Burgmer, Ehrenthal, Heyng, Klauk-Steffens & Wrenger, 2024) erhältlich. Folgerichtig wird im vorliegenden Band auch ein Antrag zur Behandlung einer Trauma-Konflikt-Verschränkung vorgestellt (Kap. 7.9). Im OPD-3-Manual wird auch kurz auf die Entwicklung einer OPD zur Beurteilung von Beziehungssystemen eingegangen (ausführlicher bei Stasch, Ehrenthal et al., 2022; Stasch, Forkel et al., 2022). Auch wenn wir in der deutschen Richtlinienpsychotherapie keine psychodynamische Paar- oder Familientherapie

im engeren Sinne abrechnen können, bietet der Einbezug von Bezugspersonen einige therapeutische Möglichkeiten im Mehr-Personen-Setting. Auch dafür werden Sie ein Beispiel finden (Kap. 7.6).

Als Initiator dieser „Antrags-Gruppe“ bin ich dankbar für die Chance dieses Projekts und die

Offenheit und Schaffenskraft aller Beteiligten. Dank geht zu guter Letzt auch an die OPD-Gesamtgruppe, die das Zustandekommen dieses Buches ideell, fachlich und auch finanziell unterstützt hat.

Michael Stasch, Heidelberg im April 2026

1 OPD in der Praxis der ambulanten Richtlinienpsychotherapie

1.1 Die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

Das diagnostische System OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Arbeitskreis OPD, 1996) wurde mit der Zielsetzung entwickelt, die psychodynamischen Aspekte psychischer Störungen reliabel diagnostisch beschreiben zu können, was bis dahin aufgrund der Vieldeutigkeit der historisch gewachsenen psychoanalytischen Konzepte kaum möglich war (Janssen, 2000). Zu diesem Zweck wurde die Ganzheitlichkeit des intrapsychischen und intersubjektiven Geschehens aufgegliedert und in fünf Dimensionen (Achse I bis V) beschrieben. In jeder Dimension wurden die einzelnen Punkte (z. B. unbewusste Konflikte) operational, d. h. beobachtungsnah, definiert. Studien zeigten, dass unterschiedliche Untersucher:innen den gleichen Fall (i. d. R. Videoaufzeichnungen von diagnostischen Interviews) mit befriedigender Übereinstimmung hinsichtlich der OPD-Merkmale einschätzen können (Rudolf et al., 1996; Zimmermann et al., 2010). Für die im universitären Bereich tätigen psychodynamisch orientierten Mitglieder der OPD stand damit erstmals ein reliables Instrument zur Erfassung psychodynamischer Befunde zur Verfügung. Dieses wurde in der Folgezeit in zahlreichen Therapiestudien angewandt (Groß et al., 2007; Kessler et al., 2011; Rudolf et al., 2004; Stasch & Cierpka, 2006; Stasch et al., 2007). Sie belegten über die bereits erwähnte Reliabilität hinaus zahlreiche Aspekte der Validität für die einzelnen Achsen und das Gesamtsystem, so z. B.

bedeutsame Zusammenhänge zwischen OPD-Konflikten bzw. strukturellen Aspekten einerseits und bewährten Testinstrumenten andererseits und insbesondere auch die prädiktive Bedeutung von OPD-Befunden für Verlauf und Ergebnis von Psychotherapien (Cierpka et al., 2001; Grande et al., 2003; Groß et al., 2007; Kessler et al., 2011; Oberbracht, 2005; Rudolf et al., 2002; Rudolf et al., 2012).

Als besonders interessant für die Beurteilung des Therapieerfolgs erwies sich die Verwendung der Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al., 2000), die es erlaubt, das Ausmaß der therapeutischen Veränderung in den diagnostisch ausgewählten OPD-Foki (vgl. dazu auch Grande et al., 2001; Grande et al., 2004) einzuschätzen.

2006 erfolgte ein weiterer wesentlicher Entwicklungsschritt des OPD-Systems, das nun noch stärker auf die Belange der praktizierenden Therapeutinnen und Therapeuten ausgerichtet wurde. OPD-2 unternahm den Schritt von der reinen Diagnostik zur Diagnostik im Interesse der Behandlungsplanung und therapeutischen Zielsetzung. Mittlerweile waren bereits Vorschläge zu einer unterschiedlichen psychodynamisch orientierten Psychotherapie (in Abhängigkeit von den strukturellen Möglichkeiten der Patientin oder des Patienten) auf der Grundlage der OPD-Diagnostik vorgelegt worden (z. B. Rudolf et al., 2004; Rudolf, 2010).

2023 kam die grundlegend überarbeitete, klinisch differenziertere und auch stärker auf Forschungsfragen ausgelegte OPD-3 (Arbeitskreis OPD, 2023) auf den Markt. Zum Zeitpunkt der

Drucklegung dieses Buches sind die Übersetzungen der OPD-3 ins Englische, Italienische und Spanische abgeschlossen bzw. weit fortgeschritten.

Von psychoanalytischer Seite erfuhr das System gelegentlich die Kritik, dass es scheinbar vereinfachend und positivistisch der Komplexität des intrapsychischen und interpersonellen Geschehens nicht in allen Punkten gerecht werde. Zudem könne das OPD-System, so lautet ein zweiter Kritikpunkt, unter Umständen auch den weniger erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten erlauben, psychodynamische Begriffe zu verwenden, ohne dass die komplexen inneren Zusammenhänge verstanden werden. Das gilt freilich nicht nur für OPD-Begriffe, sondern für jegliche – auch die traditionellen – psychoanalytischen Begriffe.

Dem gegenüber steht das sehr ausgeprägte Interesse an der OPD aufseiten der ambulanten und stationär tätigen Psychotherapeut:innen. Dies ist ablesbar an der großen Zahl derer, die OPD-Schulungen absolviert haben; an der Tatsache, dass OPD-Diagnostik und Therapieplanung in vielen therapeutischen Ausbildungsgängen selbstverständlich integriert sind; an der Bedeutung, die OPD als standardisiertes Instrument der Diagnostik und Qualitätssicherung in vielen psychotherapeutischen Kliniken besitzt; an der Verbreitung der OPD-Literatur hierzulande:

- OPD: 1. Aufl. 1996, 2. Aufl. 1998, 3. Aufl. 2001, 4. Aufl. 2004
- OPD-2: 1. Aufl. 2006, 2. Aufl. 2009, 3. Aufl. 2014
- OPD-3: 1. Aufl. 2023, 2. Aufl. 2024
- OPD-KJ: 1. Aufl. 2003, 2. Aufl. 2007
- OPD-KJ-2: 1. Aufl. 2013, 3. Aufl. 2020

Dazu kommen noch die Anwendungs- und Forschungsbücher: OPD in der Praxis (Schauenburg et al., 1998); Was leistet die OPD? (Schneider & Freyberger, 2000); Lernen in der Praxis (Dahlbender et al., 2004); das Abhängigkeitsmodul (Arbeitskreis OPD-Abhängigkeitserkrankungen, 2013). Und nicht zuletzt

erfährt die OPD auch eine große internationale Resonanz, erkennbar an Übersetzungen ins Englische (2001), Italienische (2002), Chinesische (2007), Ungarische (2007), Spanische (2008), Russische (2009), Rumänische (2012), Tschechische (2013), Portugiesische (2017), Türkische (2020) und an der Intensität der Aktivitäten der jeweiligen Arbeitsgruppen dieser Länder.

Für die bisherige Nutzung des OPD-Systems lassen sich somit folgende Schwerpunkte festhalten:

- **Aus- und Weiterbildung:** standardisierte Beschreibung psychodynamischer Aspekte von Persönlichkeit und Krankheit
- **Diagnostik:** Gestaltung des diagnostischen Gesprächs und Erarbeitung psychodynamischer Fallformulierung mithilfe standardisierter psychodynamischer Beschreibung
- **Forschung, Qualitätssicherung:** reliables Instrument der Forschung und klinischen Routine
- **Therapeutische Praxis:** Fokussierung psychodynamischer Aspekte im Interesse therapeutischer Zielsetzung und Behandlungsplanung; OPD-basierte psychodynamische Psychotherapien zur differenziellen Bearbeitung konflikthafter und strukturbedingter Foki; Evaluation von Therapieprozess und -ergebnis

1.2 Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie

Mit der Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche (heute: vertragsärztliche) Versorgung 1967 wurde das Gutachterverfahren als verbindlicher Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinien eingeführt. Dieses Gutachterverfahren dient der Vorab-Prüfung der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (§ 12, § 70 SGB V) von im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Leistungen der Richtlinienpsychotherapie. Das Gutachterverfahren dient damit auch der Qualitäts-

sicherung (vgl. Rüger et al., 2012, S. 83) und tritt an die Stelle der ansonsten in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von bereits durchgeführten Behandlungsmaßnahmen. Anders als sonst in der vertragsärztlichen Versorgung entfällt mit der vorangegangenen Begutachtung eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Gutachter:in hat die Aufgabe, anhand des über die Krankenkasse weitergeleiteten anonymisierten Berichtes der Therapeut:in dazu Stellung zu nehmen, ob

- die geplante psychotherapeutische Behandlung notwendig ist,
- diese Behandlung einem anerkannten Verfahren entspricht und
- eine sinnvolle und zweckmäßige Behandlungsplanung vorliegt (§ 70 SGB V).

Die Gutachter:in überprüft also anhand des vorgelegten strukturierten Berichts, ob bei der betreffenden Patient:in krankheitswertige Beschwerden im Sinne der Richtlinien vorliegen und ob eine erfolgversprechende Behandlungsplanung vorgetragen wurde. Dabei müssen entsprechend § 12 SGB V die beantragten Leistungen einerseits ausreichend, andererseits aber auch zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Zugleich müssen aufseiten der Patient:in die prognostischen Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg vorliegen.

Grundlage eines Berichtes an die Gutachter:in ist für (psychodynamisch orientierte) Therapeut:innen eine eingehende (psychodynamische) Diagnostik. Eine operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) hat inzwischen auch Eingang in das Diagnostik-Kapitel des Kommentars zu den Psychotherapie-Richtlinien gefunden. Danach ist neben der vorgeschriebenen ICD-Diagnostik auch immer eine verfahrensspezifische (z. B. psychodynamische) Diagnostik notwendig. Und diese sollte hinreichend operationalisiert sein, um eine wenig hilfreiche begriffliche Beliebigkeit zu vermeiden (Rüger et al., 2012, S. 29).

1.3 OPD in der Richtlinienpsychotherapie: Bisherige Erfahrungen

Da zunehmend mehr Therapeut:innen Interesse an und Erfahrung mit der OPD besitzen, lag es für sie nahe, diese Erfahrungen auch in den Bericht zum Antrag einfließen zu lassen. Freilich war man sich unsicher, wie das geschehen könne und wie es vonseiten der Begutachtenden aufgenommen würde.

Von manchen Gutachter:innen wurde die Einführung der OPD als wissenschaftlich fundierte Form der psychodynamischen Beschreibung begrüßt. Von anderen wurde sie kritisiert, weil OPD-Begriffe zuweilen nur erwähnt wurden, ohne dass diese Befunde aus der Lebensrealität der Patient:innen, deren Verhalten und subjektivem Erleben abgeleitet wurden („Es liegt ein Abhängigkeits-Individuations-Konflikt vor.“; bis OPD-2 Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt).

In den gutachterpflichtigen Berichten zum Antrag auf Psychotherapie fanden sich in einer Bestandsaufnahme von Rudolf (2001) OPD-Aspekte in 35 % der Texte (25 % betreffen OPD-Konflikte, 20 % OPD-Strukturaspekte, 10 % beides) (Rudolf, 2001). Da bisher diesbezüglich keine Empfehlungen vorlagen, wurden die OPD-Angaben sehr individuell gestaltet. Einzelne Therapeut:innen ergänzten ihren Bericht um einen kompletten OPD-Befund, andere fügten OPD-Aspekte in die Berichtabschnitte „psychischer Befund“, „Psychodynamik“, „psychodynamische Diagnose“, „Therapieplanung“ ein.

Manche der vielgelesenen Ratgeber mahnen zur Vorsicht im Hinblick auf möglicherweise kritische Gutachter:innen. Von diesen wurde zu Recht kritisiert, dass manche Therapeut:innen z. B. den Abhängigkeits-Individuations-Konflikt in einem sehr allgemeinen Sinne zur Beschreibung vielfältiger neurotischer Lebensprobleme in der Auseinandersetzung um Verselbstständigung und Bindung verwendeten (während es sich bei dem Abhängigkeits-Individuations-

Konflikt nach den Definitionen der OPD-1 um einen sehr speziellen, eher schwerwiegenden Konflikt handelt). In der OPD-2 wurde daher diese Begrifflichkeit verändert und für den Konflikt 1 der Terminus Abhängigkeits-Individualisations-Konflikt gewählt. Dies wurde auch in der OPD-3 beibehalten. Es hat aber den Anschein, dass viele Therapeut:innen an der ursprünglichen Definition des Autonomie-Abhängigkeits-Konflikts nach OPD-1 festhalten.

Strukturelle Aspekte wurden in etwa 20 % der Berichte beschrieben, am häufigsten zur Charakterisierung des Strukturniveaus, seltener zur Beschreibung spezifischer struktureller Einschränkungen. Eine Diskussion des Strukturniveaus erfolgte i. d. R. im Zusammenhang mit der Behandlungsplanung (ausreichend gutes Strukturniveau, um bestimmte Therapien durchführen zu können) oder im Behandlungsverlauf (zunehmend deutlich werdende strukturelle Einschränkungen, welche Behandlungsmodifikationen notwendig machen).

In OPD-Seminaren lassen die Therapeut:innen immer wieder erkennen, dass sie bemüht sind, ihre Patient:innen generell und speziell im Bericht zum Antrag „zu schützen“, indem sie schwerwiegendere Pathologien beiseitelassen. Dazu gehören auch die strukturellen Störungen

im Sinne von Persönlichkeitsstörungen, die offensichtlich unterrepräsentiert sind (ca. 3 % Nennung bei zu erwartenden 30 % Vorkommen). Stattdessen wird häufig eine möglichst unangreifbare „neurotische“ Konfliktpathologie angeführt (wie z. B. der erwähnte Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt in seiner allgemeinen, nicht OPD-spezifischen Bedeutung). Mit einer solchen, eher defensiven Strategie, begründet durch die Sorge vor gutachterlicher Kritik und eventueller Nichtbefürwortung, bleiben die Möglichkeiten der OPD als Instrument der Qualitätssicherung in der Richtlinienpsychotherapie noch zu wenig genutzt.

Deutlich wird, dass sich viele Therapeut:innen für OPD interessieren und z. B. ihre Behandlungen in OPD-Supervisionsgruppen begleiten lassen wollen. Ebenso zeigt sich, dass viele Gutachter:innen eine standardisierte psychodynamische Begrifflichkeit im Sinne der OPD bei richtiger Anwendung für einen Fortschritt der Qualitätssicherung auch in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie halten. Daher werden wir im Folgenden nochmals die Grundsätze OPD-basierter psychodynamischer Fallbeschreibung verdeutlichen und darlegen, wo und wie diese in den Bericht zum Antrag integriert werden können.

2 Übersicht zu den Achsen der OPD

Nachfolgend wird in Form von Tabellen und zwei Abbildungen eine Übersicht zu den vier Achsen der OPD-3 gegeben. Darin werden die zentralen Konzepte der OPD aufgelistet und stichwortartig erläutert, sodass damit eine Orientierung für erfahrene OPD-Anwender:innen zur Verfügung steht. Noch nicht Kundige sollten aber unbedingt das ausführliche Manual zur OPD-3 (Arbeitskreis OPD, 2023) hinzuziehen und die vom Arbeitskreis empfohlenen Schulungen in Anspruch nehmen.

Die Übersicht verzichtet absichtlich auf die formalen Aspekte der OPD-Achsen, vor allem auf die für die diagnostischen Einschätzungen vorgesehenen Skalen und die damit verbundenen Anwendungsvorschriften. Sie konzentriert sich stattdessen auf die dahinterstehenden Konzepte und deren klinischen Bedeutungskern. Dies geschieht zum einen wegen der für den Bericht an die Gutachter:in vorgegebenen Richtlinien, die eher eine qualitative als eine quantitative Erörterung der Patientenproblematik fordern. Die hier dargestellte stärker klinische Orientierung trägt zum anderen auch dem Umstand Rechnung, dass die diagnostische Einschätzung der Patient:in neben der Beschreibung der Psychodynamik, Behandlungsplanung und Prognose nur einen Teilschritt in der Argumentation des Berichtes darstellt. Im Falle ihrer vollständigen Ausführung in der Form des OPD-Standardverfahrens würde ihr ein zu großes Gewicht gegeben.

2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Ein geflügeltes Wort schlägt vor, Patientinnen und Patienten insbesondere zu Beginn einer Behandlung „da abzuholen, wo sie stehen“. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn Therapeutinnen und Therapeuten in der Lage sind, ein umfassendes Bild ihrer Patientinnen und Patienten zu erfassen. Hier bietet die Achse I der OPD-3 eine Reihe von subjektiven und objektivierbaren Variablen, die sich für Indikationsstellung, Behandlungsplanung sowie das Aushandeln von Behandlungszielen als wichtig erwiesen haben.

Tabelle 2-1 enthält eine Übersicht zu den in der Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ beschriebenen Befundaspekten. In der Standardanwendung der OPD wird verlangt, dass die Ausprägung der meisten dieser Aspekte auf einer 5-stufigen Skala mit Stufen von „nicht/kaum“ bis „sehr hoch“ beurteilt wird. Dieses Vorgehen würde den für den Bericht zum Antrag vorgegebenen Rahmen aus den eingangs genannten Gründen sprengen und ist daher nicht zu empfehlen. Wir schlagen stattdessen vor, die in Tabelle 2-1 aufgeführten Gesichtspunkte in Anamnese und Probatorik als Hilfestellung bezüglich Indikationsstellung und Therapieplanung zu nutzen, die einzelnen Aspekte im Bericht in der Art einer Heuristik zu berücksichtigen und ggf. in den dazu geeigneten Abschnitten zu diskutieren (Kap. 5). Zudem können sie Hinweise auf Bereiche geben, die möglicherweise für eine bessere Einschätzung von Indikation und Prognose noch erfragt werden sollten.

Tabelle 2-1: Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“.

Befundaspekte	Erläuterungen
Klassifikation: Psychische und Psychosomatische Störungen	
<ul style="list-style-type: none"> psychische Störungen/ Verhaltensstörungen körperliche Erkrankungen 	Diagnosen nach ICD oder DSM, aktuelle somatische Erkrankungen, aktuelle Behandlungen, aktuelle Medikation.
Charakteristika: psychische und psychosomatische Störungen	
<ul style="list-style-type: none"> Schwere der Störung GAF (berufliche/soziale Funktion) EQ-5D (modifiziert) 	Objektivierende globale Beurteilung der Störungsschwere unter synoptischem Einbezug körperlicher, psychischer und sozialer (z.B. Beziehungsschwierigkeiten) Problemaspekte; Einschätzung der Funktionsfähigkeit im Alltag sowie körperbezogener Funktionseinschränkungen.
Dauer und Verlauf der Erkrankung/des Problems	
<ul style="list-style-type: none"> Dauer der aktuellen psychischen Störung psychische Vorerkrankungen Verlaufsform der aktuellen psychischen Erkrankung über die Zeit 	Dauer der aktuellen Hauptproblematik; die Erstmanifestation muss nicht am Anfang der aktuellen Störung stehen, wenn es im Anschluss an sie störungsfreie Intervalle gab; psychische und somatische Vorerkrankungen; Verlaufsform bei Beschwerden > 6 Monate.
Krankheitskonzepte	
<ul style="list-style-type: none"> somatisches Krankheitskonzept sozial orientiertes Krankheitskonzept alternatives Krankheitskonzept intrapyschisches Krankheitskonzept 	Bewusste subjektive Ursachenvorstellungen der Patient:in bezüglich der Erkrankung; eine Orientierung an intrapsychischen Faktoren schließt Beziehungsprobleme ein, sofern die Patient:in eigene Anteile daran reflektiert. Bei der Orientierung an sozialen Faktoren stehen hingegen eindeutig externale äußere Belastungen seitens der sozialen Umwelt (Mobbing, Arbeitsamt etc.) im Fokus, bei „alternativen“ Faktoren stehen externale esoterische oder magisch-fatalistische Einstellungen im Zentrum; die Krankheitskonzepte schließen sich nicht gegenseitig aus.
Veränderungs- und Behandlungskonzepte	
<ul style="list-style-type: none"> somatisches Veränderungs-/Behandlungskonzept äußeres und soziales Behandlungskonzept alternatives Veränderungs-/Behandlungskonzept psychotherapeutisches Veränderungs-/Behandlungskonzept 	Die Veränderungskonzepte schließen sich nicht gegenseitig aus, sind aber in der Regel verschieden gewichtet; diese Gewichtung sollte beurteilt werden. Körperlich, sozial oder „alternativ“ orientierte Veränderungsvorstellungen sind konkret zu beschreiben (z.B. Medikation; Schuldnerberatung); körperpsychotherapeutische Methoden zählen nicht zu den somatischen. Die gewünschte psychotherapeutische Behandlungsform kann mit Blick auf die genannten Behandlungsvorstellungen differenziert beschrieben werden.

Tabelle 2-1: Fortsetzung

Befundaspekte	Erläuterungen
Veränderungsressourcen	
<ul style="list-style-type: none"> • Leidensdruck • Coping-Ressourcen • psychosoziale Unterstützung • Offenheit 	Gesundheits- und therapieförderliche persönliche Haltungen, Fähigkeiten und Eigenschaften (auch im Sinne der Achsen II, III und IV); soziale Integration und Fähigkeit zum Gebrauch des sozialen Umfeldes; Offenheit für eine psychologische Betrachtung der Störung und für entsprechende Anstöße von Therapeut:innen.
Veränderungshemmnisse	
<ul style="list-style-type: none"> • äußere Veränderungshemmnisse • innere Veränderungshemmnisse • sekundärer Krankheitsgewinn 	Hemmnisse beziehen sich auf äußere Faktoren (inkl. einer wahrscheinlich realen Gefahr einer sozialen Schädigung durch Therapieaufnahme), konflikt- und strukturbedingte innere Hemmnisse sowie einen von außen zu beurteilenden sekundären Krankheitsgewinn, der eine problemaufrechterhaltende Komponente beinhalten muss.
Psychotherapie – Veränderungsstrategien und Ziele	
<ul style="list-style-type: none"> • Symptomreduktion • Reflexion und Klärung • emotionale Unterstützung • aktive Anleitung 	Unterschiedliche, individuell geäußerte Veränderungsziele schließen sich nicht aus.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, EQ-5D: von der EuroQol-Gruppe entwickelter Gesundheitsfragebogen, GAF: Global Assessment of Functioning, ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

2.2 Beziehung

Erlebensperspektiven: Abbildung 2-1 stellt das Schema für die Analyse repetitiver Beziehungsmuster nach OPD-3 dar. Es beschreibt, wie sich in Beziehungen der jeweiligen Patientinnen und Patienten genau jene Reaktionen konstellieren, die diese eigentlich befürchten und vermeiden möchten. Die obere Hälfte bildet die *Erlebensperspektive der Patient:in* ab. Dem rechten Feld werden dabei jene Beziehungsaspekte zugeordnet, die die Patient:in vonseiten der *anderen* erlebt. Das linke Feld enthält Verhaltensweisen, die die Patient:in bei sich *selbst* in Reaktion auf das erlebte Verhalten der anderen erlebt. Im unteren Teil des Schemas werden jene Aspekte des Beziehungsge-

schehens abgebildet, die *andere* immer wieder in der Begegnung mit der Patient:in erleben, darunter auch die Untersucher:in (*Erlebensperspektive der anderen*).

Vier Zusammenhänge: Die Pfeile bezeichnen wichtige Zusammenhänge innerhalb des Schemas: In der Erlebensperspektive der Patientinnen und Patienten verläuft die Abfolge der Ereignisse typischerweise von rechts nach links (I. Zusammenhang): Sie schildern erlebte, wiederkehrende Beziehungsakte anderer, die sie als enttäuschend oder feindselig erleben und auf die sie in ihrem Erleben *reagieren*. Aus der Perspektive der anderen und der Untersucher:in verhalten sich die Dinge in der Regel gerade umgekehrt: Was die Patient:in als eigene *Reak-*

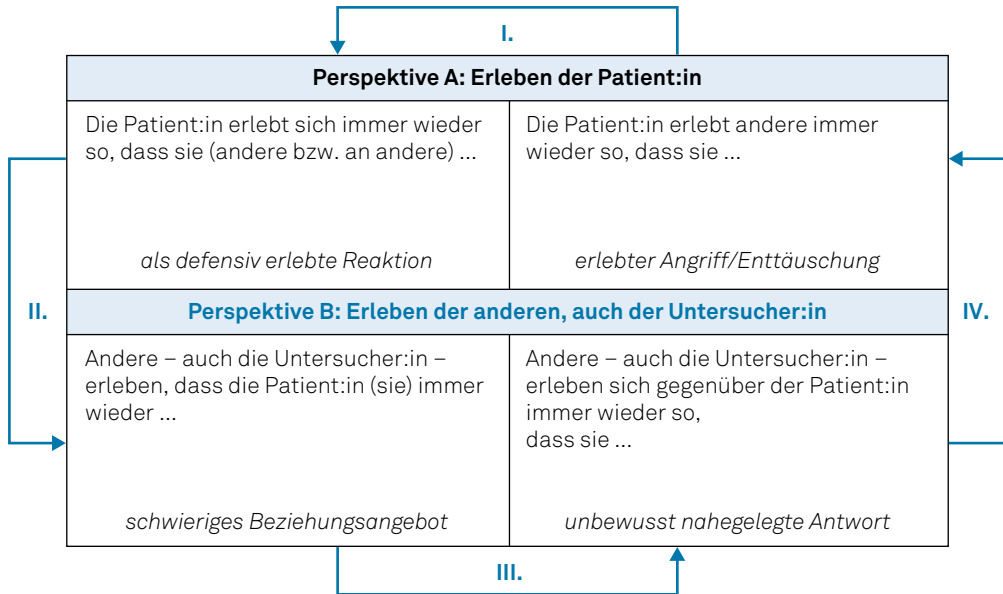


Abbildung 2-1: Achse II „Beziehung“: der beziehungs-dynamische Zirkel.

tion auf das Gegenüber schildert und vermittelt, erscheint hier gleichzeitig als problematisches *Beziehungsangebot*, welches das Gegenüber herausfordert und verwickelt (II. Zusammenhang). Hier wird so etwas wie ein „zentrales Missverständnis“ deutlich, das es zu verstehen gilt. Die Patient:in legt mit der eigenen Reaktion im Sinne eines Beziehungsangebotes nämlich bestimmte Reaktionen nahe, die in der Gegenübertragung als Gefühle, Fantasien und Handlungsimpulse erfahrbar werden (III. Zusammenhang). Die Untersucher:in kann nun prüfen: Wie würde es die Patient:in erleben, wenn ich jenen Impulsen nachgeben würde, die mir durch ihr Beziehungsangebot nahegelegt werden? Würde sie mein Verhalten dann genau so oder ähnlich wahrnehmen, wie das Verhalten anderer auch sonst immer wieder erlebt wird? Diese Fragen betreffen den IV. Zusammenhang zwischen den Feldern rechts unten und rechts oben. Wenn diese Verbindung stimmig hergestellt werden kann, ist die Rekonstruktion des beziehungs-dynamischen Geschehens abgeschlossen.

In der OPD-3 besteht die Möglichkeit, diese vier Positionen anhand von konkreten Formulierungsvorschlägen genauer einzuordnen sowie das Ausmaß der Dysfunktionalität jeder dieser Verhaltensweisen einzuschätzen. Für Indikationsstellung, Therapieplanung und Psychotherapieantrag reicht oftmals eine erste inhaltliche Einschätzung der zentralen Muster aus.

2.3 Konflikt

Tabelle 2-2 enthält die Übersicht zu der Achse III mit einer kurzen Charakterisierung der 7 Konflikte, die im OPD-3-Handbuch definiert sind. Die Beschreibungen benennen die im Widerstreit stehenden Anforderungen des jeweiligen Konfliktthemas, die von Betroffenen mehr oder weniger gut integriert werden können und dementsprechend unerheblich oder aber bedeutsam für die Psychodynamik ihrer Störung sind. Im konkreten Fall kann eine der beiden Konfliktseiten deutlicher im Vordergrund stehen, während die andere eher im Hintergrund bzw. Verborgenen wirksam ist.

Tabelle 2-2: Übersicht zur Achse III „Konflikt“ der OPD-3.

Konflikte	Thema: Unsicherheit und Zweifel bezüglich ...	Richtung der Bewältigung im passiven vs. aktiven Modus	Zugehörige Affekte und Bedeutungen
K1 Abhängigkeit vs. Individuation	... der Möglichkeit von Beziehung überhaupt, „Urvertrauen“	existenzielle Abhängigkeit („überhaupt jemanden haben“) vs. totale emotionale Unabhängigkeit („niemanden brauchen“)	existenzielle Angst und Bedrohung durch Trennung oder aber durch Nähe/Verschmelzung; „mediale“ Objektqualität in Beziehungen; Aversion als Distanzierungsaffect; Erleben von Isolation, Verlorenheit (auch in der Gegenübertragung)
K2 Unterwerfung vs. Kontrolle	... eigener Selbstwirksamkeit, Kontrolle, „Agency“	Gefügigkeit und Unterwerfung (mit untergründigem Widerstand) vs. Rebellion, Kontrolle, Macht	Angst ausgeliefert, hilflos und dadurch beschämt zu sein; deshalb reaktiv offen oder untergründig Ärger, Trotz, Widerstand, Retention, „Dienst nach Vorschrift“, lustvolles Kontrollieren und Steuern
K3 Versorgung vs. Autarkie	... der Möglichkeit, etwas bekommen zu können und versorgt/geborgen zu sein	Anlehnung, Anklammern, Bedürftigkeit vs. scheinbare Selbstgenügsamkeit, oft verbunden mit Kümmern um andere (altruistische Abtretung)	Gefühl des Mangels, der Trauer, Sehnsucht, Enttäuschung oder Stolz auf die eigene Belastbarkeit bzw. Nicht-Bedürftigkeit; scheinbar uneigennütziges Engagement für die Bedürftigkeit anderer bei latentem Neid und Enttäuschung
K4 Selbstwertkonflikt	... des Selbstwertes	Stabilisierung des Selbstgefühls durch besonders defizitäre oder idealisierende Selbstzuschreibungen	Angst vor Beschämung, Ideen eigener Minderwertigkeit und Kleinheit oder aber Vorstellungen eigener Grandiosität, Überlegenheit, auch narzisstischer Triumph; narzisstische Wut als Antwort auf Infragestellungen
K5 Schuldkonflikt	... Schuld und Verantwortung	generalisierte Übernahme von Schuld und Verantwortung vs. generalisierte Abweisung von Schuld und Verantwortung	besondere Neigung zu Schuld erleben, Bestrafungsängsten, Selbstvorwürfen oder Schuldprojektionen mit Vorwürfen gegen andere; dabei ggf. forcierter Egoismus und Kälte (dann in der Gegenübertragung häufig Schuldzuweisungen und Vorwürfe)

Tabelle 2-2: Fortsetzung

Konflikte	Thema: Unsicherheit und Zweifel bezüglich ...	Richtung der Bewältigung im passiven vs. aktiven Modus	Zugehörige Affekte und Bedeutungen
K6 ödipaler Konflikt	... der Wertigkeit der eigenen Geschlechtsidentität	Stabilisierung durch regressive Verleugnung/ Verschleierung des geschlechtlichen Selbst vs. forcierte und überdeutliche Herausstellung eines geschlechtlichen Selbst	Gefühle beschämender Unreife und fehlender Teilhabe an einer eigenen Geschlechtsgruppe: deshalb Schüchternheit, Naivität, Kindlichkeit, Farblosigkeit oder aber umgekehrt Sexualisierung, Erotisieren, Dramatisieren, besonderes Rivalisieren
K7 Identitätskonflikt	... der eigenen Identität überhaupt	passive Anpassung unter Verzicht auf Eigenes/auf eine eigene Identität vs. forcierte Übernahme fremder Identitäten	angestrengte Anpassung, Selbst-Zurücknahme, Selbstentfremdung, Farblosigkeit vs. Überidentifizierung, forcierte Verteidigung der übernommenen Identität

In der Standardanwendung der OPD wird verlangt, dass die Bedeutsamkeit eines jeden dieser Konflikte auf einer 4-stufigen Skala mit den Stufen „nicht vorhanden/nicht sichtbar“, „wenig bedeutsam“, „bedeutsam“ und „sehr bedeutsam“ beurteilt wird. Anstelle dieser differenzierenden Einschätzung sollte für den Zweck des Berichts nur geprüft werden, welche Konflikte vorliegen und welches Gewicht sie für die Störung der Patientin bzw. des Patienten haben. Gewöhnlich ist die Auswahl von zwei oder drei Konflikten ausreichend, um die Dynamik einer Störung in ihren zentralen Aspekten zu erfassen. Es ist meist außerdem möglich, eine Hierarchie herzustellen und den „Hauptkonflikt“ bzw. den „zweitwichtigsten Konflikt“ zu benennen.

Zu beachten ist, dass das Gewicht der Konflikte für die Psychodynamik einer Patient:in von dem Grad ihrer strukturellen Beeinträchtigung abhängig ist. Die OPD unterscheidet in diesem Zusammenhang „Konfliktspannungen“, „neurotische Konflikte“ und „Konfliktschemata“.

Konfliktspannung: Im Falle einer „Konfliktspannung“ ist ein bestimmtes Konfliktthema zwar zu erkennen, es kann jedoch auf der Grundlage einer gut integrierten Struktur reflektiert und intrapsychisch reguliert werden, sodass es sich im Verhältnis zu anderen und zur eigenen Person nicht oder kaum störend auswirkt.

Neurotische Konflikte und Konfliktschemata: Der eigentliche Gegenstand der OPD-Konfliktdiagnostik sind die „neurotischen Konflikte“, deren intrapsychische Regulierung weniger gut gelingt und die deshalb zu Problemen im Umgang mit sich und anderen führen. Auch diese setzen eine einigermaßen gefestigte Struktur voraus, während bei noch geringerem Strukturturniveau nur noch unscharf konturierte und beliebig wechselnde Konfliktthemen zu erkennen sind, die von der OPD deshalb als „Konfliktschemata“ bezeichnet werden. Für das Verständnis der Psychodynamik sind Konflikte in solchen Fällen weniger bedeutsam, weil die auf Achse IV abgebildeten strukturellen Einschränkungen die Störung bes-