

Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 2., überarbeitete Auflage 2009, Bern (Verlag Hans Huber). EUR 64,95, ISBN 978-3456847535.

[Dropbox/Eiche Curriculum/OPD-2.doc; Version vom September 2012]

Der OPD-Arbeitskreis wurde 1992 in Deutschland gegründet. An dem Projekt waren oder sind Sven Olaf Hoffmann, Ulrich Rieger und Manfred Cierpka beteiligt. OPD-2 unterscheidet sich deutlich von der ersten Version. Die Autoren sehen OPD-2 als großen Schritt auf dem Wege zu einer wissenschaftlich fundierten und qualitätsgesicherten Psychotherapie.

Die üblichen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 orientieren sich ausschließlich an der beobachtbaren Symptomatik. Der Arbeitskreis OPD bemängelt, dass sie so gut wie keine Handlungsanweisungen für die Durchführung von Psychotherapie, vor allen nicht für eine psychodynamisch orientierte Therapie, bieten. Das Manual hat deshalb den Anspruch, Mittel zur Verfügung zu stellen, die für die Therapieplanung, die Fokauswahl und die Veränderungsmessung von hohem praktischem Nutzen sein sollen. In OPD-2 gehe es also nicht allein um Diagnostik, sondern zusätzlich um Handlungsanleitungen für den Praktiker.

Die Autoren meinen, dass nach 60 Stunden Training das Manual sinnvoll angewandt angewendet werden kann (S. 288). In den Trainingsseminaren, an denen mehr als 3000 Ärzte und Psychologen (Stand 2005) teilnahmen, wird mit Videobeispielen und mit Life-Interviews mit Patienten gearbeitet. Die Vermittlung erfolgt in einem Grundkurs (20 Std.) und zwei Ausbaukursen (je 20 Std.), was zertifiziert wird. Das Zertifikat dient als Qualifikationsnachweis z. B. in der wissenschaftlichen Forschung.

Kurz gesagt handelt es sich beim OPD-Interview um eine Synthese aus einem psychodynamischen Interview und eine Reihe von strukturierten Interviewfragen, die aus bereits bestehenden diagnostischen Tests entliehen und übernommen wurden. Grundprinzip ist, im Erstinterview kritische und/oder veränderungswürdige Symptome des Patienten zu erkennen, um daraus Foki für die Therapieplanung zu formulieren. Ein Effekt oder Erfolg der Therapie zeigt sich in der Reduzierung der Foki-Symptomatik.

OPD kennt unstrukturiert-offene Gesprächsabschnitte, vor allem bei der Symptomschilderung, ein mäßig strukturiertes Vorgehen, zum Beispiel bei der Erhebung der biografischen Daten oder der Selbst- und Fremdwahrnehmung, und ein strukturiertes Vorgehen, das spezifische Details fragt, z.B. für die Symptomatik zur Ermittlung der ICD-10-Diagnose (S. 289).

OPD-2 ist modular aufgebaut. Für die therapeutische Routine steht die Grundfassung zur Verfügung. (Daneben gibt es ausführlichere Fassungen für Forschungs- oder Gutachtenszwecke.) Nach einem zwei- bis dreistündigen Erstgespräch könne der Kliniker (oder der Forscher) die Psychodynamik des Patienten auf diesen Achsen einschätzen und in die Evaluationsbögen eintragen.

Die fünf Achsen

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat die Form eines multiaxialen Systems. Sie basiert auf den fünf Bereichen

1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

2. Beziehung
3. Konflikt
4. Struktur und
5. psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel »F« der ICD-10.

Im Einzelnen:

- Achse I: Krankheitserleben u. Behandlungsvoraussetzungen: Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung. Der Akzent liegt hier weniger auf dem Krankheitsverhalten als auf Erlebenselementen, Motivationen und vorhandenen Ressourcen. Ist der Patient für ein konfliktzentriertes und verstehend orientiertes therapeutisches Verfahren geeignet, d.h. verfügt er über ein gewisses Maß an Selbstreflexion und emotionaler Belastbarkeit? Ist dies nicht der Fall, ist ein emotional supportives oder aktiv strukturierendes Vorgehen angezeigt. Als persönliche Ressourcen gelten Persönlichkeitseigenschaften, die dem Patienten helfen, seine Krankheit und ihre Folgen konstruktiv zu bewältigen: Genannt werden: autonome Selbstwertregulation, Objektkonstanzerleben, flexible Impulskontrolle, Frustrations- und Konflikttoleranz, Affektdifferenzierung, Selbstwirksamkeitserleben, aktiver und gesunder Lebensstil, Genussfähigkeit, adaptive Beziehungsgestaltung, Fähigkeit zum Alleinsein, Distanzierungsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit, optimistische Lebenseinstellung, Leidensfähigkeit, sozialkommunikative und emotionale Kompetenzen.
- Achse II: Beziehung: Autonomie gewähren, bestätigen, lieben, beschützen, sich behaupten, sich öffnen, sich liebevoll hingeben. Diese Achse gibt (im Gegensatz zu Achse III und IV) keine idealtypischen Konstellationen oder Muster vor, sondern stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen mit freier Kombinationsmöglichkeit zur Verfügung.
- Achse III: Konflikt: Diese Achse kann für sich beanspruchen, ein Stück klassischer psychoanalytischer Diagnostik umzusetzen, die zentrale Rolle innerer Konflikte. Dabei können lebensbestimmende, verinnerlichte Konflikte den eher aktuellen, äußerlich determinierten konflikthaften Situationen gegenübergestellt werden. Die Bearbeitung eines Konflikts kann als Behandlungsziel definiert werden.
 - 1.1. Individuation versus Abhängigkeit
 - 1.2. Unterwerfung versus Kontrolle
 - 1.3. Versorgung versus Autarkie
 - 1.4. Selbstwert versus Objektwert
 - 1.5. Schuldkonflikte (egoistische versus prosoziale Tendenzen / Selbst- versus Fremdbeschuldigung)
 - 1.6. Ödipal-sexuelle Konflikte
 - 1.7. Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz)
- 2. Eingeschränkte Konflikt und Gefühlswahrnehmung
- Achse IV: Struktur: Konflikt und Struktur bedingen sich gegenseitig. Bei hinreichend bis gut integrierter Struktur finden sich innere, unbewusste, zeitüberdauernde Konflikte, die sich allerdings nur in einer „subklinischen Konfliktspannung“ äußern. Sie können in Versuchungs- und Belastungssituation aufbrechen (Aktualkonflikt). Zur Ich-Struktur zählen z. B. die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit zur inneren und äußeren Abgrenzung, die Fähigkeit bzw.

Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle. Der Wunsch nach Anerkennung und Wertschätzung kann in den bedeutenden Beziehungen gelebt werden (oder wird frustriert). Beim *neurotisch*-dysfunktionalen Konflikt dient die Beziehungsgestaltung der Selbstwertregulation. Die Struktur ist weniger gut integriert. Beim *strukturell* gestörten Patient lassen sich (angeblich) eigentliche Konflikte nicht ausmachen. Er verfügt über kein stabiles Selbstsystem. Man spricht dann von einem Konfliktschema; der Patient kreist vorwiegend um die Zustände von Grandiosität und Abwertung (oder Selbstunwert und Idealisierung).

- Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen: Nimmt die deskriptiv-phänomenologische Diagnostik (ICD-10; DSM-IV) in die OPD hinein.

Ob die Operationalisierbarkeit psychodynamischer Vorgänge überhaupt möglich ist, soll hier nicht erörtert werden. Die Autoren sind sich der Schwierigkeiten bewusst, glauben aber, einen gangbaren Weg zwischen Klarheit und Eindeutigkeit auf der einen und dem dynamischen Gehalt der Psyche auf der anderen gegangen zu sein. Aspekte der interpersonellen Begegnung und der intuitiven Wahrnehmung des Anderen treten eher zurück. An die Stelle einer ganzheitlichen Sicht des Patienten tritt die Erhebung von Detailbefunden, die synoptisch zusammengeführt werden. Auch die Lebensgeschichte, der biografische Zusammenhang, die sinnhafte Konstruktion der Vergangenheit können nicht berücksichtigt werden.

Zum Aufbau des Buches

Die ersten 140 Seiten erläutern die die theoretischen Grundlagen der Operationalisierung der fünf Bereiche. Fallbeispiele für Struktur und Strukturniveau S. 274-280.

Nach 280 Seiten Vorbereitung wird ab Seite 281 das OPD-Interview vorgestellt. Nun wird also endlich die Frage beantwortet, wie die erforderlichen Informationen für die Einschätzung der fünf einzelnen Bereiche gewonnen werden sollen.

Ab S. 303 folgt ein ausführliches Fallbeispiel. Das Erstinterview wird (offenbar anhand eines Tonbandmitschnitts) ausführlich dargestellt. Die Umsetzung des Falles in die OPD-Erhebungsbögen ist unsinnlich und unübersichtlich. Was soll es bedeuten, wenn beispielsweise die »Persönlichen Ressourcen« der Patientin mit »2« angegeben werden? Der Erhebungsbogen scheint nur eine gefühllose und konfuse Liste von trockenen Eigenschaften zu sein.

Kapitel 8 beschäftigt sich mit der Messung der Veränderung (Verbesserung) des Befindens des Patienten anhand der „Heidelberger Umstrukturierungsskala“ (S. 354).

Kapitel 9 ist der OPD-Anwendung in der Praxis gewidmet. Etwa 30 bis 40 Prozent der Berichte (Erstanträge) verwenden OPD-Formulierungen (S. 363). Häufig werden OPD-Konflikte erwähnt (meist der Autonomie/Individuation-Abhängigkeitskonflikt). Das hat etwas Schematisches und Beliebiges an sich, ohne inhaltlich plausibel ausgeführt zu sein. Ähnlich häufig wird das Strukturniveau im Sinne der OPD benannt, meist im Zusammenhang mit der Einschätzung der Störungsschwere. In Fortführungsanträgen findet die Struktur-Diagnose Erwähnung, um Fortschritte in der Stabilisierung zu benennen. Die Gutachter hätten zunehmend Interesse an der OPD und würden sich mit ihr vertraut machen (S. 364). *Die Vermittlung der OPD ist somit aus der Psychotherapeutenausbildung nicht mehr wegzudenken.*

Bewertung

Schaut man sich im Speziellen die oft zitierten und verwendeten Konflikttypen an, so scheinen ihre Kriterien recht willkürlich zusammengeklaut und manchmal schlecht nachvollziehbar. Vor allem der »Ödipale Konflikt« scheint mit früheren psychoanalytischen Konzepten wenig zu tun zu haben. Die andernorts als »histrionisch« und »narzisstisch« genannten Modi werden in der OPD zum »aktiven Modus« des »Ödipalen Konfliktes« zusammengefasst. Die Ordnung ist hier also ein ganz andere. Manchmal werden die Konflikte in eine an sich positive Lebensaufgabe eingebettet, dann wieder nicht (z.B. der »Identitätskonflikt«), d.h. die Systematisierung erscheint unvollkommen. Die Konflikttypen erscheinen streckenweise wie ausgedacht. Schaut man sich die Beschreibung der Konflikte in anderen Quellen an (Wikipedia; Leichsenring; Wöllner), so zeigen sich teilweise abweichende und widersprechende Definitionen. Gleiches zeigt sich im Vergleich der OPD-Strukturbestandteile in verschiedenen Büchern. Strukturelle Fähigkeiten werden oftmals umgruppiert und anders benannt. »Empathie« bspw. wird in der OPD-2 unter dem Strukturblock »Kommunikation nach außen« subsumiert, während Leichsenring (2006, S. 17) diese Eigenschaft bei der »Objektwahrnehmung« einordnet.

Die ausführliche Beschreibung der Strukturniveaus (Umfang 8 S.) und die noch ausführlicheren Beispiele zum Erfragen der fünf Achsen (Umfang 26 S.) im Anhang stellen immerhin viele Begriffe und Hinweise zur Verfügung. Diese im zwischenmenschlichen Gespräch zu verwenden, würde die Übertragung/Gegenübertragung aber wohl empfindlich stören. Im Laufe der Ausbildung und der ersten Berufsjahre wird der junge Therapeut ohnehin lernen, worauf es ankommt.

Der Erhebungsbogen und der Fokusausswahlbogen, die beide über das Internet unter www.verlag-hanshuber.com/downloads/opd2/ abgerufen werden können, erleichtern die Anwendung der OPD. Bereitgestellt werden der Erhebungsbogen und der Bogen für die Fokus-Auswahl (jeweils als PDF-Datei). Diese sind aber wertlos, wenn nicht die 25 Seiten umfassenden Interviewtools aus den OPD-Arbeitsmaterialien im Anhang des Buches als Grundlage genommen werden (S. 442-467). Weitere Informationen zur OPD finden Sie unter www.opd-online.net/.

Unklar bleibt einstweilen, wie der umfangreiche Fragenkatalog in den OPD-2-Erhebungsbogen (9 S., S. 468 ff.) übertragen wird. Ferner gibt es einen Erhebungsbogen zur »Fokusausswahl« (S. 477f.) sowie einen nicht im OPD-2-Buch aufgeführten zweiseitigen, zusammenfassenden Ergebnisbogen, der dem Bericht an den Gutachter beigelegt werden kann.

OPD scheint insgesamt ein äußerst umständliches Instrument zu sein, dessen Anwendung viel Zeit verschlingt, aber es ist fraglich, ob es bessere Ergebnisse bringt als andere eingesetzte Routinen der Behandler.

* * *