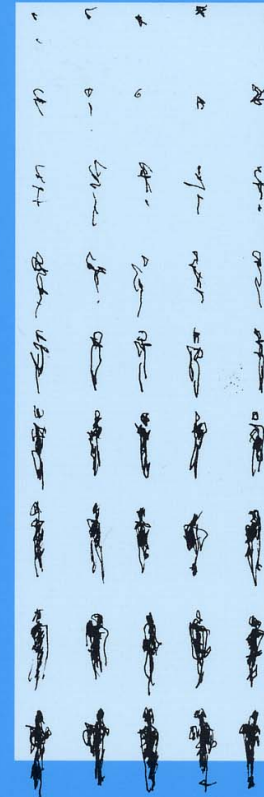
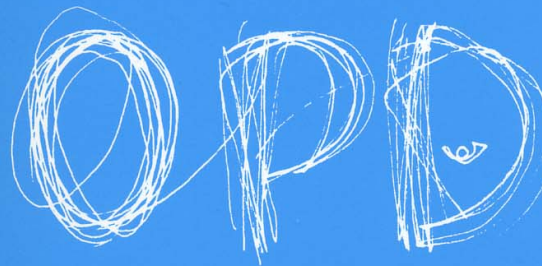


Arbeitskreis OPD:
(Hrsg.)



Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Grundlagen und Manual

3., aktualisierte und korrigierte Auflage

Verlag
Hans Huber



- Umfassende Mehrebenenendiagnostik
- Psychoanalytisches Wissens- und Theoriegebäude
- Nicht nur reine symptomorientierte und operationalisierte Beschreibung von Störungen
- Sondern auch klinisch relevante psychodynamische orientierte Diagnostik
- Das Modell der OPD erfasst 5 Achsen

- Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungserwartungen
- Achse 2: Beziehung
- Achse 3: Konflikt
- Achse 4: Struktur
- *Achse 5:* Syndromachse

Achse I
**Krankheitserleben
und Behandlungs-
voraussetzungen**

OPD – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

- Für die Indikationsstellung zur Therapie hat die Art des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung eine große Bedeutung.
- Jede Behandlungsmethode stellt mehr oder weniger große Ansprüche an die emotionale und kognitive Bereitschaft des Patienten zur Kooperation.
- Die OPD bildet diese Achse mit 18 Dimensionen ab, die je nach Ausprägung niedrig, mittel und hoch eingeschätzt werden.

1. Schweregrad des somatischen bzw. psychischen Befundes

2. Leidensdruck bzw. Beschwerdeerleben

- Beeinträchtigung des Selbsterlebens
- sekundärer Krankheitsgewinn
- Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung

3. Behandlungserwartungen und Inanspruchnahmebereitschaft

- Einsichtsfähigkeit für psychodynamische/-somatische bzw. somatopsychische Zusammenhänge
- Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (Psychotherapie, körperliche Behandlung)
- Psychotherapiemotivation
- Motivation zur körperlichen Behandlung
- Compliance

4. Ressourcen

- psychosoziale Integration
- persönliche Ressourcen (Belastbarkeit)
- soziale Ressourcen
- soziale Unterstützung.

Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Dimensionen	nicht vorhanden (0)	niedrig (1)	mittel (2)	hoch (3)	nicht beurteilbar (4)
1. Schweregrade des somatischen Befundes					
2. Schweregrade des psychischen Befundes					
3. Leidensdruck		der Patient leidet insgesamt weniger unter seiner Erkrankung	der Patient leidet in mittlerem Ausmaß unter seiner Erkrankung	der Patient leidet sehr unter seiner Erkrankung	
4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens		Funktionen des Selbst sind erhalten, die Krankheitsaspekte sind in die Persönlichkeit integriert	Funktionen des Selbst sind nur partiell erhalten, die Krankheitsaspekte sind nur teilweise integrierbar	das Selbst ist hochgradig gefährdet, die Krankheitsaspekte sind nicht integrierbar	
5. Ausmaß der körperlichen Behinderung		die körperlichen Funktionen sind geringgradig beeinträchtigt	die körperlichen Funktionen sind in mittlerem Ausmaß beeinträchtigt	die körperlichen Funktionen sind hochgradig beeinträchtigt	
6. Sekundärer Krankheitsgewinn		psychosoziale Vorteile sind kaum erkennbar oder werden wenig angestrebt	psychosoziale Vorteile sind erkennbar oder werden angestrebt	psychosoziale Vorteile sind in hohem Ausmaß erkennbar und/oder werden deutlich angestrebt	
7. Einsichtsfähigkeit für psychodynamische/somatische Zusammenhänge		der Patient erkennt kaum Zusammenhänge zwischen seelischen Belastungen und der Symptomatik	der Patient erkennt einige Zusammenhänge zwischen seelischen Belastungen und der Symptomatik	der Patient sieht in starkem Ausmaß Zusammenhänge zwischen seelischen Belastungen und der Symptomatik	
8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge		der Patient sieht kaum Zusammenhänge zwischen der körperlichen Erkrankung und seiner psychischen Verfassung	der Patient sieht in mittlerem Ausmaß Zusammenhänge zwischen der körperlichen Erkrankung und seiner psychischen Verfassung	der Patient sieht in starkem Ausmaß Zusammenhänge zwischen der körperlichen Erkrankung und seiner psychischen Verfassung	

Dimensionen	nicht vorhanden (0)	niedrig (1)	mittel (2)	hoch (3)	nicht beurteilbar (4)
9. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (Psychotherapie)		der Patient sieht eine Psychotherapie zur Bewältigung seiner Probleme als wenig geeignet an	der Patient sieht eine Psychotherapie zur Bewältigung seiner Probleme als eventuell geeignet an	der Patient sieht eine Psychotherapie zur Bewältigung seiner Probleme als sehr geeignet an	
10. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (körperliche Behandlung)		der Patient sieht eine körperliche oder medizinische Behandlung als wenig geeignet an	der Patient sieht eine körperliche oder medizinische Behandlung zur Bewältigung seiner Probleme als eventuell geeignet an	der Patient sieht eine körperliche oder medizinische Behandlung zur Bewältigung seiner Probleme als sehr geeignet an	
11. Motivation zur Psychotherapie		der Patient hat kaum Interesse, an einer psychotherapeutischen Behandlung teilzunehmen	der Patient hat ein mittleres Interesse, an einer psychotherapeutischen Behandlung teilzunehmen	der Patient hat ein starkes Interesse, an einer psychotherapeutischen Behandlung teilzunehmen	
12. Motivation zur körperlichen Behandlung		der Patient hat kaum Interesse, an einer körperlichen Behandlung teilzunehmen	der Patient hat ein mittleres Interesse, an einer körperlichen Behandlung teilzunehmen	der Patient hat ein starkes Interesse, an einer körperlichen Behandlung teilzunehmen	
13. Compliance		niedrig	mittelgradig	hoch	
14. Symptombardierung: somatische Symptomatik		niedrig	mittelgradig	hoch	
15. psychische Symptomatik		niedrig	mittelgradig	hoch	
16. Psychosoziale Integration		der Patient ist im sozialen und beruflichen Bereich schlecht integriert	der Patient ist im sozialen und beruflichen Bereich mittelmäßig integriert	der Patient ist im sozialen und beruflichen Bereich gut integriert	
17. persönliche Ressourcen		der Patient hat ein niedriges Ausmaß an Entwicklungsfähigkeit, Begabungen und Kompetenzen, die günstig sind für die Bewältigung seiner Probleme	der Patient hat ein mittleres Ausmaß an Entwicklungsfähigkeit, Begabungen und Kompetenzen, die günstig sind für die Bewältigung seiner Probleme	der Patient hat ein hohes Ausmaß an Entwicklungsfähigkeit, Begabungen und Kompetenzen, die günstig sind für die Bewältigung seiner Probleme	
18. soziale Unterstützung		der Patient erfährt wenig soziale Unterstützung	der Patient erfährt im mittleren Ausmaß soziale Unterstützung	der Patient erfährt im hohen Ausmaß soziale Unterstützung	
19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung		wenig angemessen	mittelgradig angemessen	sehr angemessen	

Achse II

Beziehung

- charakteristischen Erlebens- und Verhaltensweisen werden so abgebildet,
- wie sie sich in seinem gegenwärtigen und vergangenen sozialen Beziehungen typischerweise ereignen bzw. ereignet haben
- sind in ersten Linie dysfunktionelle Beziehungsgestaltung
- Hierbei werden für die 2 Perspektiven je 2 Betrachtungsweisen

Beziehungsdiagnostik in der OPD

Dysfunktionelle habituelle Beziehungsmuster

- **Formulierung des Patienten, wie er diese selbst erlebt**
- **Formulierung des Patienten, wie er seine Beziehungspartner erlebt**
- **Einschätzung des Untersuchers, wie er den Patienten erlebt**
- **Einschätzung des Untersuchers, wie er sich selbst dem Patienten gegenüber erlebt**

Beziehungsdiagnostik in der OPD

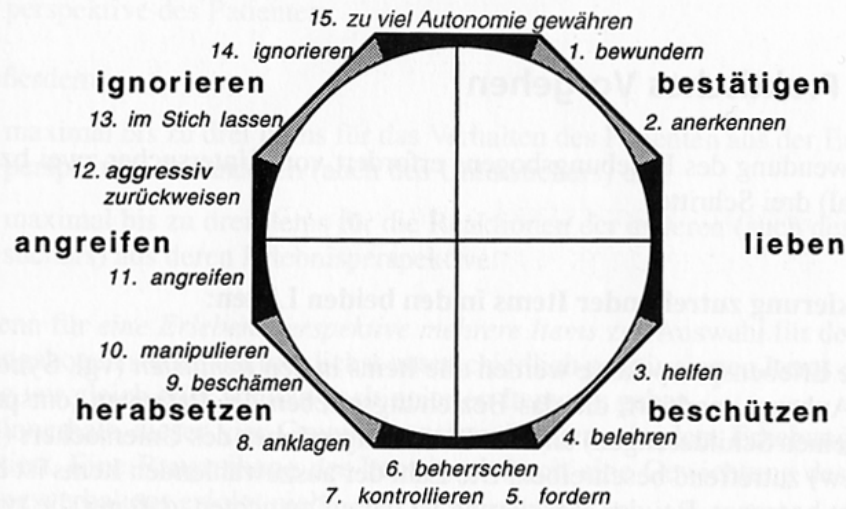
	SUBJEKT	OBJEKT
SUBJEKT	Pat. erlebt sich immer wieder so, dass er...	Pat. erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn...
OBJEKT	Andere – auch der Untersucher – erleben, dass der Pat. (sie) immer wieder...	Andere – auch der Untersucher – erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie...

Ü

GÜ

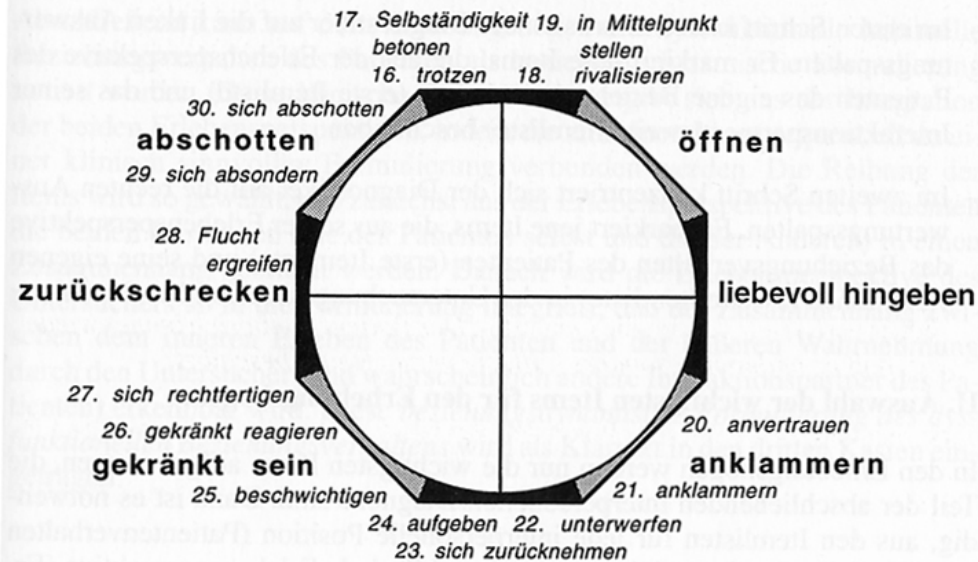
aktive Ebene

Autonomie gewähren



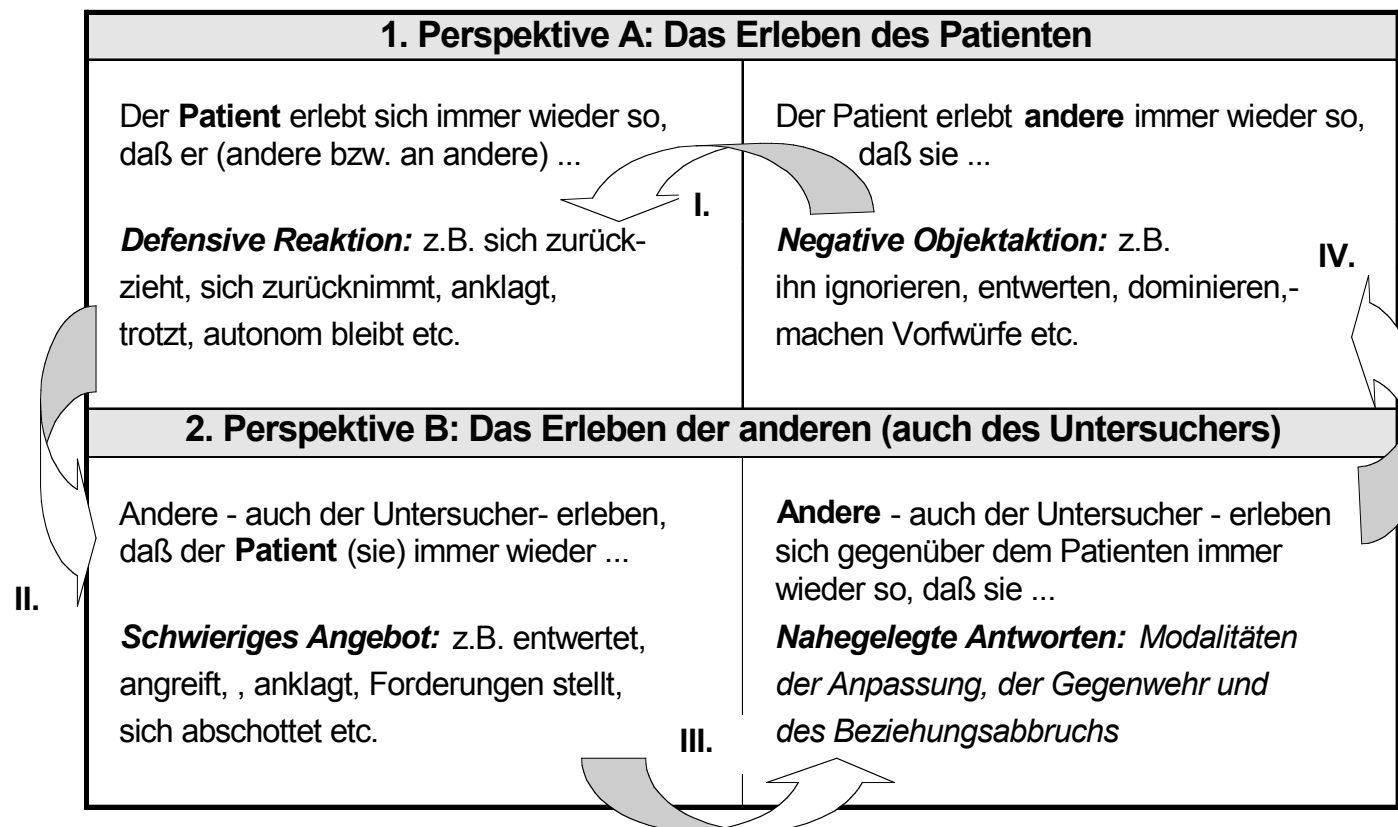
reaktive Ebene

behaupten



unterwerfen

Beziehungsdynamische Formulierung



Achse III

Konflikt

OPD - Konflikte

- Unbewußte und zeitlich überdauernde Konflikte
- Konflikt wird als unzureichende Problemlösung verstanden
- nach dem psychoanalytischen Neuroseverständnis werden die auftretenden Symptome als Verarbeitungs- und Kommunikationsversuche im Rahmen zentraler innerer Konflikte gesehen
- mangelnde Integration führt zu Symptomen

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

1. Abhängigkeit versus Autonomie

Passiver Modus		vorhanden
1. Partnerschaft	Der Patient nimmt in Familie und Partnerschaft freiwillig einen nachgeordneten, nicht aktiven Part in Beziehungen ein und bleibt in dieser Stellung sowohl regelhaft als auch in besonderen Konfliktsituationen. Änderungsvorschlägen wird ein charakteristischer Widerstand oft mit dem Hinweis auf die Bedürftigkeit des anderen entgegengesetzt („Ich kann meinen Mann nicht alleine lassen“ – CAVE: hier sind nicht die Schuldgefühle, sondern die Bedürfnisse angesprochen!)	<input type="checkbox"/>
2. Familie	Es besteht ein psychisches „Nicht-Erwachsen-Werden“. Dieses kann sich ausdrücken in real verlängerter Wohnzeit im Elternhaus bis hin zu einem „Muttersohn“-Bleiben. Der familiäre Kontext wird auch unter Inkaufnahme schwerer Nachteile erhalten. Durch das passive Zur-Verfügung-Stellen werden Probleme auf die nächste Generation übertragen.	<input type="checkbox"/>
3. Berufsleben	Die Patienten üben im Beruf meist eine nachgeordnete Tätigkeit aus. Sie sind bestrebt, Verantwortlichkeit zu vermeiden (der ideale zweite Mann; CAVE: Hier ist nicht die Vermeidung von Konkurrenz durch Unterwürfigkeit angesprochen), ohne dass dieses mit beruflicher Insuffizienz einhergeht. Ein passives Arbeits- und Leistungsverhalten überwiegt.	<input type="checkbox"/>
4. Besitz	Die Besitzverhältnisse werden der Beziehungssetzung untergeordnet und dienen – wenn überhaupt - der Erhaltung der eigenen passiven abhängigen Position. Oft besteht Bedürfnislosigkeit, weil Eigentum eher zu Verantwortung verpflichtet.	<input type="checkbox"/>
5. Soziales Umfeld	Im gesellschaftlichen Umfeld werden Gruppenzugehörigkeiten mit Ein- und Unterordnung bevorzugt. Wichtig ist das Gefühl des „Dazugehörens“.	<input type="checkbox"/>
6. Krankheit	Erkrankungen schaffen die Möglichkeit, die Abhängigkeit nun verstärkt „zurecht“ auszuleben, z.B. gegenüber den nächsten Angehörigen oder Ärzten. Die Patienten erscheinen ihrem Krankheitsschicksal ergeben.	<input type="checkbox"/>



1. Abhängigkeit versus Autonomie

Aktiver Modus		vorhanden
1. Partnerschaft	In der Partnerwahl wird eine ausgeprägte Unabhängigkeitsposition angestrebt, abgewehrte Abhängigkeitswünsche sind jedoch spürbar. Durch diese Haltung sind Familie und Partnerschaft in der Regel konfliktreich. Im Extremen werden Beziehungen als gefährlich, verschlingend und übermächtig erlebt und vermieden. Die Umwelt leidet nicht selten unter der ständigen Aktivität solcher Personen.	<input type="checkbox"/>
2. Familie	Häufig findet sich eine forcierte Loslösung unter Mitnahme der inneren Werte der Ursprungsfamilie. Auch eigene Kinder werden forciert verselbständigt und in die Unabhängigkeit entlassen.	<input type="checkbox"/>
3. Berufsleben	Unabhängig von der hierarchischen Position werden Berufsnischen mit Autarkie angestrebt. Konflikte entstehen insbesondere in Kooperations- und Abhängigkeitsbeziehungen. <u>Das Lern- und Leistungsverhalten ist in der Regel dem Wunsch nach Unabhängigkeit nachgeordnet.</u>	<input type="checkbox"/>
4. Besitz	Es werden sichere finanzielle Verhältnisse als Basis der Eigenständigkeit bevorzugt. Manchmal aber wird auch die Besitzlosigkeit zum Ideal der völligen Unabhängigkeit („ <i>mea propria mecum porto</i> “).	<input type="checkbox"/>
5. Soziales Umfeld	Gruppenzugehörigkeiten werden eher selten gesucht. Es werden Weltanschauungen und Ideologien mit dem Ideal der Unabhängigkeit bevorzugt; manchmal sind zynische Haltungen zur <u>Entlastung von sozialen Bindungen beobachtbar.</u>	<input type="checkbox"/>
6. Krankheit	Krankheit ist eine zentrale Bedrohung der Möglichkeit zur Unabhängigkeit, dementsprechend wird die Arzt-Patient-Beziehung versachlicht und distanziert (bis hin zum häufigen Wechsel von Behandlern) <u>gestaltet. Formal sind diese Menschen „mündige“ Patienten.</u>	<input type="checkbox"/>



Achse III- Auswertungsblatt



	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Autonomie vs. Abhängigkeit					
2. Unterwerfung vs. Kontrolle					
3. Versorgung vs. Autarkie					
4. Selbstwertkonflikte					
5. Über-Ich / Schuld-Konflikt					
6. Ödipaler Konflikt					
7. Identitätskonflikt					

8. eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung					
---	--	--	--	--	--

9. konflikthafte äußere Lebensbelastung					
--	--	--	--	--	--

Modus der Verarbeitung	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar

wichtigster Konflikt

zweitwichtigster Konflikt

Achse IV

Struktur

OPD - Struktur

- "Strukturelle" Aspekte umfassen die Gesamtheit von Persönlichkeitsmerkmalen
- Strukturelle Muster zeigen sich, für andere sichtbar, im interaktionellen Handeln.
- 1. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
- 2. Fähigkeit zur Selbststeuerung
- 3. Fähigkeit zur Abwehr
- 4. Fähigkeit zur Objektwahrnehmung
- 5. Fähigkeit zur Kommunikation
- 6. Fähigkeit zur Bindung
- 7. Gesamteinschätzung der Struktur

Selbstwahrnehmung

- **Selbstreflektion** (Selbstwahrnehmung; Distanz zum Selbst; Nutzung der Selbstreflektion)
- **Selbstbild** (Integriertes Selbstbild; Realitätsgerechtes Selbstbild; Körperbild und Körpererleben)
- **Identität** (Konstanz und Kohärenz des Selbstbildes; Korrekturfähigkeit des Selbstbildes)
- **Affektdifferenzierung** (Introspektion bezügl. Affekt; eingeschränkte Affektwahrnehmung; Affekte handlungsleitend; Affektqualitäten je nach Strukturniveau)

OPD - Interview

- 1. Phase Eröffnung
- 2. Phase Beziehungsepisoden
- 3. Phase Selbsterleben u. relevante Lebensbereiche
- 4. Phase Objekterleben u. Lebensgestaltung
- 5. Phase Psychotherapiemotivation
Behandlungsvoraussetzungen
Einsichtsfähigkeit

OPD – Interview: 1 Phase

- Ziel des Gesprächs und Zeitrahmen
- Beschwerdeschilderung
- Offene Fragen geben der Darstellung des Patienten Raum:
- „Wir haben noch nicht von der Sexualität gesprochen.“

OPD – Interview: 2. Phase

- Beziehungsepisoden
- Beziehungsschilderungen
- Typische Beziehungssituationen
- „Ich habe Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter noch nicht recht verstanden, vielleicht könnten Sie mir ein Beispiel aus letzter Zeit geben.“

OPD – Interview: 3. Phase

- Selbsterleben und relevante Lebensbereiche
- Wie sieht der Patient sich selbst
- Wie sieht der Patient sein Verhalten in Gegenwart und Vergangenheit
- „Wie sehen Sie sich heute? – Wie waren Sie früher“

OPD – Interview: 4. Phase

- Objekterleben und Lebensgestaltung
- Wie sieht und schätzt der Patient andere Menschen im Hier und Jetzt und Dort und Damals ein?
- Wie sehen Sie denn andere und wie werden Sie von anderen gesehen?“

OPD – Interview: 5 Phase

- Psychotherapiemotivation, Behandlungsvoraussetzungen und Einsichtsfähigkeit
- Das Hauptproblem des Patienten wird herausgearbeitet und erste gemeinsame Überlegungen werden durchgeführt
- Der Patient muss einen Hinweis über das weitere Vorgehen erhalten.

Videobeispiel