

OPD-II

Psychodynamisches Erstinterview

OPD-II: Achse I: Krankheitserleben

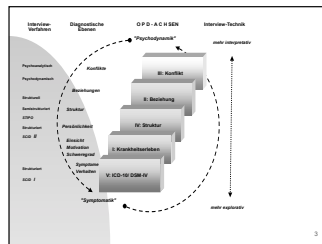
OPD-II: Achse IV: Struktur

Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

INTERNATIONAL PSYCHOANALYTIC UNIVERSITY
DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Entwicklung von psychiatrischer, psychoanalytischer und psychodynamischer Erstinterviewtechniken

- 1953 / 54 The psychiatric interview (Sullivan)
- 1954 The initial interview in psychiatric practice (Gill, Newman, Redlich)
- 1961 / 62 The "Tavistock" interview (Balint & Balint)
- 1966 / 70 Das psychoanalytische Erstinterview (Argelander)
- 1972 Die biographische Anamnese unter tiefenpsychol. Aspekt (Dührssen)
- 1973 Das psychiatrische Erstgespräch (König)
- 1981 / 84 Structured interviewing: The structural interview (Kernberg)
- 1984 / 86 The Structured Clinical Interview (SCID I & II) (Spitzer & Williams)
- 1987 The Personality Disorder Examination (PDE) (Loranger et al.)
- 1990/ 09 Das OPD-Interview
- 1999 Structured Interview of Personality Organization (STIPO; Clarkin et al.)



Die fünf Achsen der OPD-Diagnostik:

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse II: Beziehung
- Achse III: Konflikt
- Achse IV: Struktur
- Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen nach ICD-10

4.2. Durchführung des OPD-Interviews

4.2.1. Voraussetzungen

Ein gelungenes OPD-Interview sollte genügend Material liefern, um alle Items und Dimensionen der fünf Achsen reliabel zu fassen.

Ein derartiges „perfektes OPD-Interview“ ist nur schwer erreichbar.

Um dem Ideal aber so nahe wie möglich zu kommen, wurden Interviewstrategien für eine ausreichende Informationsgewinnung entwickelt.

4.2. Durchführung des OPD-Interviews

4.2.1. Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz dieser Techniken auf Seiten des Interviewers sind folgende:

- Er muss über ein psychodynamisches Grundverständnis verfügen.
- Er muss die Inhalte der Achsen I bis IV weitgehend im Kopf haben, um im Interview zu wissen, welche Bereiche ausreichend exploriert wurden und zu welchen noch nicht genügend Material vorliegt.
- Für die Datengewinnung zur reliablen Einschätzung der Achse V muss der Interviewer mit den diagnostischen Kriterien von ICD-10 bzw. DSM-IV vertraut sein.

3 Schwerpunkte des OPD-Interviews

- Offene Gesprächsführung in der Erforschungsphase
- Mehr strukturierenden Fragen zur psychodynamischen Befund- und Anamnesenerhebung
- Exploration und Befunderhebung von Symptomatik und Verhalten zur Syndrom-Diagnostik nach ICD-10 / DSM-IV

5 Phasen des OPD-Interviews

1. Eröffnung
2. Ermittlung von Beziehungsepisoden (Achse II)
3. Ermittlung des Selbsterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensbereiche (Achsen III u. IV)
4. Ermittlung des Objekterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensgestaltung (Achsen III u. IV)
5. Behandlungsvoraussetzungen, Einsicht (Achse I)

1 Eröffnung des Gesprächs

1. Ziel und Rahmenbedingungen des Gesprächs
 - Wir haben für dieses Gespräch eine Stunde Zeit. Ziel des Gesprächs ist es, mit Ihnen ein Verständnis Ihrer Erkrankung zu finden.
2. Beschwerdeschilderungen, Krankheitserleben, Fakten der augenblicklichen psychosozialen Situation
 - Der Patient sollte die Möglichkeit behalten, frei und offen über seine Symptome und Probleme zu sprechen
 - Eventuell Exploration von Kernsymptomen nach ICD-10
3. Aufmerksame Beobachtung der szenischen Darstellung

2 Ermittlung von Beziehungsepisoden

1. Überleitung von den Beschwerdeschilderungen zur Schilderung von Beziehungssituationen
2. Es interessieren vor allem die dysfunktionalen, lebensgeschichtlich ableitbaren, repetitiven Muster
3. Fokussierung auf einzelne Beziehungsinteraktionen
 - Ich kann mir die Beziehung zu X noch nicht so recht vorstellen, vielleicht können Sie es mir ein Beispiel deutlich machen.
4. Herausarbeiten von Erwartungen, Wünschen, Befürchtungen in Bezug auf sich selbst und andere
 - Können Sie mir bitte sagen, was Sie in dem Moment von X erwarten oder befürchten?
 - Wie fühlen sich Ihrer Meinung nach Ihr Gegenüber wohl in diesem Moment?
 - Können Sie mir sagen, was Sie umdrehen Ihr Gegenüber in dem Moment tat oder sagte?

3 Ermittlung des Selbsterlebens, der erlebten wie faktischen Lebensbereiche

- Das Selbsterleben ist kaum zu trennen vom Objekterleben
- Es geht um Schilderungen zu Lebensbereichen wie:
 - Herkunftsfamilie, eigene Familie, Partner, Arbeits- und Berufsleben, Leistungsverhalten, gesellschaftliches Umfeld, Gruppenzugehörigkeit, Beziehungsverhalten, Funktion und Erleben der Krankheit in diesem Kontext
- Einführung z.B. durch die Intervention:
 - Sie haben mir schon einiges über Ihre Beschwerden und über Ihre Beziehungen erzählt. Ich möchte allerdings noch etwas genauer verstehen, wie Sie sich jetzt sehen und wie Sie sich früher sahen.
- In dieser Phase des Interviews werden sich schon manche Aspekte für die Einschätzung der Konflikte, der Identität, der Abwehrstruktur, aber auch der Selbstwahrnehmung und der kommunikativen Fähigkeiten für die Achse Konflikt und Struktur ergeben

4 Ermittlung des Objekterlebens, der erlebten wie faktischen Lebensgestaltung

- Fokussierung auf die Wahrnehmung und das Erleben der Objekte
- Es geht um das Erleben der anderen in Lebensbereichen wie:
 - Herkunftsfamilie, eigene Familie, Partnerschaft, Freundschaften, Arbeits- und Berufsleben, gesellschaftliches Umfeld, Gruppen
- Einführung z.B. durch die Intervention:
 - Sie haben mir erzählt, wie Sie sich selber jetzt und früher sehen und erlebt haben und auch angestrichelt, wie Sie andere sehen. Können Sie mir noch genauer erzählen, wie Sie X sehen?
 - Sie haben mir einen guten Eindruck über Ihr Leben in der Familie vermittelt. Ich kann mir aber noch nicht so recht vorstellen, wie es Ihnen in Ihrem Beruf geht. Können Sie mir davon einen Eindruck verschaffen?
- In dieser Phase des Interviews muß sich der Therapeut stets vergegenwärtigen, daß es nicht alleine um die Erfassung der Realität im einzelnen geht, sondern um die Erfassung des Erlebens und insbesondere des Erlebens der Objekte in diesen Lebensbereichen

5 Behandlungsvoraussetzungen, Einsichtsfähigkeit, Therapiemotivation

- Gegen Ende des Interviews sollte der Therapeut noch einmal die Szenen, Geschichten und Schilderungen des Patienten insbesondere bezüglich Psychotherapiemotivation und Einsichtsfähigkeit vor seinen Augen abbilden lassen. Auf der Basis des bisherigen Materials sollte er dann eine Intervention ohne eine folgt formulieren.
- Abschließende Interventionen z.B.:
 - Wie unser Gespräch zeigt, haben Sie es in Ihrem Leben sehr schwer gehabt. Trotz Ihrer Bemühungen sind Sie dabei oft nur ausgegangen, sich etwas, es sollte wenig sein herauszufinden, was es dann auf sich hat?
 - Ich habe Sie nun vieles gefragt und mit Ihnen besprochen, was mir wichtig erschien. Gibt es da vielleicht noch irgend etwas, was hier jetzt noch zur Sprache gekommen ist, oder was Sie mir noch sagen wollen?
- Hinweis für den Patienten hinsichtlich des weiteren Vorgehens; gemeinsam beraten, was bisher geklärt ist und was noch geklärt werden sollte;
- Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen

Achse I (Basismodul)	nicht/kaum	mäßig	sehr hoch	nicht/kaum
Krankheitsleben 5. Behandlungsvoraussetzungen	0	1	2	3
Objektivierende Bewertung der Erkrankung des Problems				
1. Gegenseitige Schere der Störung des Problems	0	1	2	3
1.1. Schwere der Symptomatik	0	1	2	3
1.2. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage	0	1	2	3
1.3. EGO S. Summe:	0	1	2	3
2. Dauer der Störung des Problems	0	1	2	3
2.1. Dauer der Störung	0	1	2	3
2.2. Alter bei Erstmanifestation der Störung	0	1	2	3

Krankheitsleben, -darstellung und -konzepte des Patienten	
3. Krankheitsleben und -darstellung	
3.1. Lebensdruck	0 1 2 3 4 5
3.2. Darstellung körperlicher Beschwerden	0 1 2 3 4 5
3.3. Darstellung psychischer Beschwerden	0 1 2 3 4 5
3.4. Darstellung sozialer Probleme	0 1 2 3 4 5
4. Krankheitskonzepte des Patienten	
4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	0 1 2 3 4 5
4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	0 1 2 3 4 5
4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	0 1 2 3 4 5

Veränderungskonzepte des Patienten	
5. Veränderungskonzepte des Patienten	
5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung	0 1 2 3 4 5
5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung	0 1 2 3 4 5
5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich	0 1 2 3 4 5
6. Veränderungsmessungen	
6.1. persönliche Ressourcen	0 1 2 3 4 5
6.2. psychosoziale Unterstützung	0 1 2 3 4 5
7. Veränderungshemmnisse	
7.1. äußere Veränderungshemmnisse	0 1 2 3 4 5
7.2. innere Veränderungshemmnisse	0 1 2 3 4 5

Achse I (Psychotherapiemodul)		nicht kaum	mittel	sehr hoch	nicht beur- teilt
(optional)		0	1	2	3
Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten					
Veränderungskonzepte des Patienten					
5.P1	1. Symptomatik	0	1	2	3
5.P2	reflektiert-motivierend konfliktorientiert	0	1	2	3
5.P3	emotional-supportiv	0	1	2	3
5.P4	aktiv-anleitend	0	1	2	3
Veränderungsressourcen/Veränderungshemmnisse					
Veränderungsressourcen					
6.P1	Offenheit	0	1	2	3
Veränderungshemmnisse					
7.P1	stabilisiertes Krankheitsbewusstsein großtauglichkeitserhaltende Bedingungen	0	1	2	3

<h2 style="text-align: center;">Interview-Tools für Achse I</h2>	
<p>Interview-Tools für Achse I</p> <p>Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebensumstände und -entwicklung • Belastungen, Beschwerden, in Behandlung <p>Erhebungsverfahren</p> <p>Einzelfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzen Sie sich bei diesen Beschwerden? • Wie schätzen Sie sich bei den Ängsten? • Woran können Sie sich am besten entspannen? • Wie nahe werden Sie durch die Krankheit gezwungen? • Welche Auswirkungen hat die Krankheit insgesamt? <p>Wichtig!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Aussagen über die Krankheit • sondern: Was bedeutet? 	<p>Informationen</p> <p>Assessoren des Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ich bin ein Mensch, auch ich bin Teil der Welt. Mein Arzt ist ein Mensch, auch er ist Teil der Welt.“ • Die Seele ist im Körper und Körper ist mit der Seele verbunden. • „Ich bin nicht krank, nur manchmal weh tut die Seele.“ • „Ich bin nicht krank, nur manchmal weh tut die Seele.“ • „Ich bin nicht krank, nur manchmal weh tut die Seele.“ <p>Benutzte Information</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ich bin Leber in Mensch und Seele zusammen“ • „Pust die Mensch und Seele zu dem angegebenen Teil“ • „Ich bin Leber in Mensch und Seele zusammen“ <p>Übersetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einmal den Untersucher an der Gabel von Nervenzellen und... Was ist eine... (Mensch und Affen?)
<p>Differenzialdiagnostik</p>	

Themen	
Interventionsmöglichkeiten	Informationssysteme
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fragen ○ Interventionen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aussagen des Patienten ○ Szenische Information ○ Gegenübertragung
Differentialdiagnostik	

[illegible][illegible]

4.4.1 Strukturelle Diagnostik

- Struktur bezieht sich auf **das Selbst und seine Beziehung zu den Objekten**, genauer gesagt auf die Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten.
- Der **Grad der Verfügbarkeit oder der Einschränkung** wird anhand des **strukturellen Integrationsniveaus** der jeweiligen Funktionen beschrieben.

[illegible]

4.4.1 Strukturelle Diagnostik

- Die beiden Konstrukte **Struktur und Konflikt** beschreiben unterschiedliche Aspekte des psychischen Systems.
- **Konflikt** als negatives Muster beschreibt inhaltliche psychodynamische Aspekte des Geschehens und damit auch Bedingungen der Symptomauslösung.
- **Struktur** bezieht sich auf die Vulnerabilität der Persönlichkeit, die Disposition zur Krankheit und die Kapazität zur Verarbeitung von inneren Konflikten und äußeren Belastungsanforderungen.
- Die gleichen Konfliktthemen zeigen auf unterschiedlichen Strukturniveaus unterschiedliche Ausgestaltungen (z.B. verschiedenartige Qualität der Affekte, unterschiedliche Bilder der Objekte, verschiedenartige Qualität und Intensität der Bedürfnisse, unterschiedliche reife Abwehr usw.).

24

[illegible]

1) Selbstverachtung und Objektverachtung	Die Objekte realitätslos wahrnehmen
<i>Der Selbst unterwerfen</i>	
1.1) • Selbstbild reflektieren und identifizieren	1.4 • Anderer ganzheitlich wahrnehmen
1.2) • Eigene Äktive differieren und identifizieren	1.5 • Die Reaktionen Anderer antizipieren
1.3) • Eigene Äktive entwerfen und intermediarisch	1.6 • Anderer in ihren berechtigten Interessen berücksichtigen

Die Strukturdimensionen nach OPD II

Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung	
Das Selbst wahrnehmen	Die Objekte realistisch wahrnehmen
Steuerung und Abwehr	
Das Selbst steuern	Den Bezug zum Objekt steuern
Emotionale Kommunikation	
Das Selbst emotional erleben	Die Beziehung zu den Anderen erleben
Innere Bindung und äußere Beziehung	
Gute innere Objekte haben	Die Anderen als gute Objekte nutzen

26

<p>7) Emotionale Kommunikation <i>Die Schüler emotional erleben</i></p> <p>3.1 - Eigene Affekte generieren und erleben</p> <p>3.2 - Eigene Phantasien entwerfen</p> <p>3.3 - Die eigenen Körperwahrnehmung bzw. des Körperspiels emotional beschreiben</p>	<p><i>Die Beziehung zu den Anderen befehlen</i></p> <p>3.4 - Emotionale Kontaktthemen: Gefühle Anderen gegenüber zulassen, Bezeugen lassen</p> <p>3.5 - Eigene Affekte zum Ausdruck bringen, sich von den Affekten Anderer öffnen</p> <p>3.6 - Empathie erleben</p>
<p>8) Innen- und Außen- Beziehung <i>Die eigenen Emotionen befehlen</i></p> <p>4.1 - Innenwahrnehmung: Emotionen positiv und negativ beschreiben Selbst- und Körperkognitionen aufbauen und stärken</p> <p>4.2 - Positive Intuition: Für sich sorgen, sich verletzen, verletzte helfen, schützen, für sich einsetzen</p> <p>4.3 - Verbalisier- und trianguläre Beziehungen zwischen Emotionen und Gedanken Zuwendung zum Innen mit sich Abwenden von Anderen</p>	<p><i>Die Anderen als gute Emotionen nutzen</i></p> <p>4.4 - Objektbeziehung: Affekte: Innen- Objekt emotional erleben (Distanzieren, Objekt befehlen)</p> <p>4.5 - Beziehungsbeziehung: sich an Anderen öffnen lassen, Verantwortung für die Beziehung der Anderen befehlen</p> <p>4.6 - Hilfe anbieten, Unterstützung, Verzeihen, Sorge, Achtung, Entschuldigung von Anderen annehmen können</p>

28

	gut	mäßig	gering	destru- gent	nicht beur- bar
Achse IV Struktur	④	1,5	2,5	3,5	
1a Selbstwahrnehmung	④	②	②	②	
1b Objektwahrnehmung	④	②	②	②	
2a Selbstregulierung	④	②	②	②	
2b Regulierung d. Objektbezugs	④	②	②	②	
3a Kommunikation nach innen	④	②	②	②	
3b Kommunikation nach außen	④	②	②	②	
4a Bindung an innere Objekte	④	②	②	②	
4b Bindung an äußere Objekte	④	②	②	②	
5 Struktur gesamt	④	②	②	②	

o	mitig, das gering	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig entwickelter psychischer Binnerraum und geringe Differenzierung psychischer Substrukturen • Konflikte und innerpersonell statt intrapsychisch • Selbstreflexion fehlt • Identitätskrise • Intoleranz für negative Affekte • große Kinetik • Abscheu: Spaltung, Idealisierung, Entwertung • fehlende Empathie und empathische Kommunikationsfähigkeit • innerer Objekt und vorwiegend verflügelt und strafend • zentrale Angst: Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch zu böse Objekt
---	----------------------	---

Einschätzung des strukturellen Niveaus

Wie ist das Integrationsniveau der psychischen Struktur einzuschätzen?
(strukturelles Niveau nicht anerkennen)

o	gut	<ul style="list-style-type: none"> • relativ unumstritten Schätz: • struktureller psychischer Bauplan, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können; • Fähigkeit zur Selbstreflexion und realitätsorientierten Wahrnehmung des eigenen Handelns; der eigenen Fähigkeiten zur Selbstregulation; • Empathiefähigkeit; • ausreichend gute inneren Objekte; • zentrale Angst: Die Zerschlagung des Objekts verliert
o	gut bis mäßig	
o	mäßig	<ul style="list-style-type: none"> • die intrapsychischen Konflikte sind destruktiver; • selbstwertorientiert und autoritärer Tendenz; • die Integrität, Selbstbild und Identität zu gewinnen; • Überwertung und Idealisierungsbereitschaft; • schwächere Selbstregulationsfähigkeit; • Objektbilder sind auf weniger Material eingetragt; • wenig empathisch; • dyadische Beziehungen sind vorherrschend; • zentrale Angst: Das wichtige Objekt verliert

o	erweitert	
o	deinert	<ul style="list-style-type: none"> • Deontologie ist nicht gleichbedeutend mit deontozentriert • Die fehlende Kohärenz des Schutts überforderte Emotionalität • Schutts- und Objektbilder erschüttern Kontexte • Empathisches Objektwahrnehmen so gar wie unmöglich • Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erfüllt (da Frage geschoben wird) • Gegenüberbringung gerät durch die Erfahrung des Unverständnisses oder unheimlich Bedrohlichen

