

• **OPD-II**  
Psychodynamisches Erstinterview

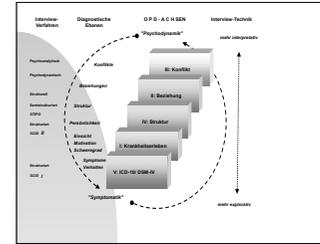
Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

INTERNATIONAL PSYCHOANALYTIC UNIVERSITY  
DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN



**Entwicklung von psychiatrischer, psychoanalytischer und psychodynamischer Erstinterviewstechniken**

- 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 (Klika)
- 1981 / 84 Structural 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.)
- 1996 / 09 Das OPD-Interview
- 1999 Structured Interview of Personality Organization (SIPO; 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 Eröffnungsphase
- 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 sie mir einen Beispiel schildern 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 und/oder 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 Berufsnetz, Leistungsverhalten, gesellschaftliches Umfeld, Gruppenzugehörigkeit, Besitzverhalten, Funktionen und Erleben der Krankheit in diesem Kontext
- Einleitung 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 Berufsnetz, gesellschaftliches Umfeld, Gruppen
- Einleitung z.B. durch die Intervention:
  - "Wie haben Sie erlebt, wie Sie sich selbst jetzt und früher sehen und erlebt haben und auch angereizt, wie Sie andere sehen. Können Sie mir noch genauer erzählen, wie Sie X anseht?"
  - "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 dazu 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 seinem Auge abbilden lassen. Auf der Basis des bisherigen Materials sollte er dann eine Intervention etwa wie 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 hier angekommen. Ich meine, es sollte wichtig sein herauszufinden, was es damit auf sich hat."
  - "Ich habe Sie nun vieles gefragt und mit Ihnen besprochen, was mir wichtig erscheint. Gibt es da vielleicht noch irgend etwas, was hier jetzt nicht 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) Krankheitsleben & Behandlungsvoraussetzungen

	nicht kaum	mittel	sehr hoch	nicht bearbeitbar
	⊖	⊙	⊕	⊗

**Objektivierende Bewertung der Erkrankung des Problems**

1. Schwere der Symptomatik

1.1. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage

1.2. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage

1.3. EGD-0 Summe: Itemwerte → 1 2 3 4 5

2. Dauer der Störung des Problems

2.1. Dauer der Störung: < 1 Monat, 1-3 Monate, 3-6 Monate, 6-12 Monate, > 12 Monate

2.2. Alter bei Erstmanifestation der Störung: Jahre

Krankheitsleben, -darstellung und -konzept des Patienten				
1. Krankheitsleben und -darstellung				
3.1. Leidensdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Darstellung körperlicher Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Darstellung psychischer Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Darstellung sozialer Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Krankheitskonzepte des Patienten				
4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Veränderungsziele des Patienten				
5.1. Gewünschte Behandlungsform körperliche Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2. Gewünschte Behandlungsform psychotherapeutische Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3. Gewünschte Behandlungsform sozialer Bereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse				
6. Veränderungsressourcen				
6.1. persönliche Ressourcen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2. (psycho)soziale Unterstützung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Veränderungshemmnisse				
7.1. äußere Veränderungshemmnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2. innere Veränderungshemmnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Achse I (Psychotherapie) (optional)	nicht	mittel	sehr	nicht
	kaum		hoch	bewertbar
Krankheitsleben, -darstellung und -konzept des Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interventionsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationsquellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Differenzialdiagnostik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Themen	
Interventionsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flagen</li> <li>Interventionen</li> </ul>
Informationsquellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aussagen des Patienten</li> <li>Soziale Information</li> <li>Gegenübertragung</li> </ul>
Differenzialdiagnostik	

Themen	
Interventionsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flagen</li> <li>Interventionen</li> </ul>
Informationsquellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aussagen des Patienten</li> <li>Soziale Information</li> <li>Gegenübertragung</li> </ul>
Differenzialdiagnostik	

Themen	
Interventionsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flagen</li> <li>Interventionen</li> </ul>
Informationsquellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aussagen des Patienten</li> <li>Soziale Information</li> <li>Gegenübertragung</li> </ul>
Differenzialdiagnostik	

**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.

**4.4.1 Strukturelle Diagnostik**

Die beiden Konstrukte Struktur und Konflikt beschreiben unterschiedliche Aspekte des psychischen Systems.

Konflikt als repetitives 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 Belastungsereignissen.

Die gleichen Konfliktthemen zeigen auf unterschiedlichem Strukturniveau unterschiedliche Ausgestaltungen (z.B. verschiedene Qualität der Affekte, unterschiedliche Bilder der Objekte, verschiedene Qualität und Intensität der Bedürfnisse, unterschiedliche reife Abwehr usw.).

Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung	
1.1. Ich bin zufrieden	1.1. Ich bin unzufrieden
1.2. Ich habe ein gutes Selbstbild	1.2. Ich habe ein schlechtes Selbstbild
1.3. Ich habe ein gutes Bild der anderen	1.3. Ich habe ein schlechtes Bild der anderen
1.4. Ich habe ein gutes Verhältnis zu den anderen	1.4. Ich habe ein schlechtes Verhältnis zu den anderen
1.5. Ich habe ein gutes Selbstbild	1.5. Ich habe ein schlechtes Selbstbild
1.6. Ich habe ein gutes Bild der anderen	1.6. Ich habe ein schlechtes Bild der anderen
1.7. Ich habe ein gutes Verhältnis zu den anderen	1.7. Ich habe ein schlechtes Verhältnis zu den anderen
1.8. Ich habe ein gutes Selbstbild	1.8. Ich habe ein schlechtes Selbstbild
1.9. Ich habe ein gutes Bild der anderen	1.9. Ich habe ein schlechtes Bild der anderen
1.10. Ich habe ein gutes Verhältnis zu den anderen	1.10. Ich habe ein schlechtes Verhältnis zu den anderen

**Die Strukturdimensionen nach OPD II**

**Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung**

Das Selbst wahrnehmen Die Objekte realistisch wahrnehmen

**Steuerung und Abwehr** Den Bezug zum Objekt steuern

**Emotionale Kommunikation** Die Beziehung zu den Anderen beleben

**Innere Bindung und äußere Beziehung** Gute innere Objekte haben Die Anderen als gute Objekte nutzen

1) Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung	
1.1 • Selbstbild reflektiv und anschlussfähig	1.4 • Andere geschichtlich wahrnehmen
1.2 • Eigene Affekte differenzieren	1.5 • Die Reaktionen Anderer antizipieren
1.3 • Eigene Identität erkennen und wahren	1.6 • Andere in ihren berechtigten Interessen berücksichtigen
2) Steuerung und Abwehr	2) Bezug zum Objekt steuern
2.1 • Sich von Impulsen distanzieren, Impulse steuern und integrieren	2.4 • Selbst-Objektinteraktion: eigene Gedanken, Bedürfnisse, Impulse vor sich setzen
2.2 • Sich von Affekten distanzieren und Affekte regulieren	2.5 • Beziehung zu den Anderen steuern
2.3 • Sich von Beziehungen distanzieren, Selbstwert regulieren	2.6 • Beziehung zu den Anderen steuern und Abschied nehmen

3) Emotionale Kommunikation	
3.1 • Eigene Affekte governieren und erleben	3.4 • Emotionale Kommunikation: Gefühle Anderer geschichtlich antizipieren, Beziehungen leben
3.2 • Eigene Phantasien erkennen	3.5 • Eigene Affekte zum Ausdruck bringen, sich von den Affekten Anderer trennen lassen
3.3 • Die eigene Körperwahrnehmung bzw. das Körperliche emotional beleben	3.6 • Empathie erleben
4) Innere Bindung und äußere Beziehung	4) Innere Bindung und äußere Beziehung
4.1 • Interaktion: Emotional positive Selbst- und Objektbeziehungen aufbauen und erhalten können	4.4 • Objektbezogene Affekte: Innere Objekte emotional bezeugen (Dankebriefe, Pläne, Schul, Trauer)
4.2 • Positive Interaktion: Für sich sorgen, sich beugen, listen, helfen, schützen, für sich einsetzen	4.5 • Beziehungsfähigkeit: sich an Andere binden können, Verantwortung für Erfüllung der Beziehung übernehmen
4.3 • Variable und integrative Bindungen: Unterschiedliche innere Objekte; Einbindung von ihnen in nicht Abwendung von Anderen	4.6 • Bindungsfähigkeit: Verantwortung von Anderen übernehmen können

o	maß. An- forder.
o	gering

- Wenig entwickelter psychischer Binnenraum und
- geringe Differenzierung psychischer Substrukturen;
- Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch;
- Schwarz-Weißdenk; Eitel;
- Identifizierungen;
- Intoleranz für negative Affekte;
- große Kränkbarkeit;
- Abwehr: Spaltung, Idealisierung, Entwertung;
- fehlende Empathie und
- eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit;
- innere Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend;
- aversive Angst: Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt

33

o	gering bis deutlich
o	deutlich

- Disintegriert ist nicht gleichbedeutend mit deorganisiert
- Die fehlende Kohärenz des Selbst und überflutende Emotionalität
- Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert
- Empathisches Objektverhalten so gut wie unmöglich
- Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (die Dinge geschehen einfach)
- Gegenübertragung geprägt durch die Erfahrung des Unverständlichen oder unheimlich Bedrohlichen

34

Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüssler, G., ... Schneider, G. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46, 122-133.

Zimmernann, J., Ehrenthal, J., Hörtz, S., Rentrop, M., Rost, R., Schauenburg, H., ... Cierpka, M. (2010). Neue Validierungsstudien der OPD-2. *Psychotherapeut*, 55, 69-73.

35