

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Direktor Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. L. Figgenger
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering

**Validität der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen
Diagnostik (OPD-2)**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelm-Universität Münster

vorgelegt von
Marcus Feldmann
aus Münster
2011

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. W. Schmitz
1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft
2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering
Tag der mündlichen Prüfung: 14.11.2011

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Wertstoffkunde
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. dent. L. Figgner
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering

Zusammenfassung

**Validität der Strukturachse der Operationalisierten
Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)**

Marcus Feldmann

Fragestellung: Ziel der Untersuchung war die Überprüfung der externen Validität der OPD-2 Strukturachse und ihrer acht Subdimensionen anhand vergleichbarer bzw. verwandter Konstrukte, die mittels Selbstbeurteilungs-Fragebögen erfasst wurden.

Methode: Anhand der Daten von 125 Patienten in stationärer oder ambulanter psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung wurden die acht Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse mit neun Selbstbeurteilungsfragebögen als Außenkriterien in Beziehung gesetzt. Diese Instrumente wurden eingesetzt: Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI), Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), Rosenbergskala, State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI), Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE), Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS), Toronto Alexithymie Skala (TAS-26), Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) und Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi).

Ergebnisse: Mit nur einer Ausnahme zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen der verwendeten Fragebögen und den korrespondierenden Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse. Zudem fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Gesamtstrukturniveau der OPD-2 und dem BPI-Gesamtscore sowie den Subskalen „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“, „Identitätsdiffusion“ und „Angst vor Nähe“.

Diskussion: Unsere Studie konnte eine sehr gute Übereinstimmungsvalidität zwischen den Strukturdimensionen der OPD-2 und den Skalen der verwendeten Fragebögen belegen. Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass die Strukturachse der OPD-2 eine valide Methode zur Erfassung des Strukturniveaus der Patienten im klinischen Alltag darstellt.

Tag der mündlichen Prüfung: 14.11.2011

Aktenzeichen: 2007-344-f-S, genehmigt durch die Ethik-Kommission am 31.08.2007

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

Validität der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)

im

Universitätsklinikum Münster
Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Direktor Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. L. Figgner
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering

unter Anleitung von:

Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering

1. selbständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeit angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubt fremde Hilfe in Anspruch genommen.
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit oder zur Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt habe.

Münster, den 14. November 2011

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	7
1.1. DER STRUKTURBEGRIFF BEI SIGMUND FREUD, OTTO KERNBERG UND GERD RUDOLF	8
1.1.1. <i>Das topographische Strukturmodell von Sigmund Freud</i>	8
1.1.2. <i>Das Strukturkonzept von Otto F. Kernberg</i>	10
1.1.3. <i>Die Struktur der Persönlichkeit nach Gerd Rudolf</i>	14
1.2. INSTRUMENTE ZUR STRUKTURDIAGNOSTIK.....	21
1.2.1. <i>Das strukturelle Interview nach Kernberg</i>	24
1.2.2. <i>Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) nach Wallerstein</i>	26
1.2.3. <i>Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)</i>	29
1.2.4. <i>Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO)</i>	31
1.2.5. <i>Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D)</i>	32
1.2.6. <i>Die Strukturachse der OPD-2</i>	39
2. HYPOTHESEN	44
3. METHODE	46
3.1. UNTERSUCHUNGSDESIGN	46
3.2. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	49
3.3. BESCHREIBUNG DER VERWENDETEN INSTRUMENTE	52
3.3.1. <i>Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2)</i>	52
3.3.2. <i>Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I (SKID-I)</i>	66
3.3.3. <i>Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II (SKID-II)</i>	68
3.3.4. <i>Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI)</i>	70
3.3.5. <i>Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)</i>	71
3.3.6. <i>State-Trait-Ärgerausdruck-Inventar (STAXI)</i>	73
3.3.7. <i>Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)</i>	74
3.3.8. <i>Rosenbergskala</i>	75
3.3.9. <i>Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS)</i>	76
3.3.10. <i>Toronto Alexithymie Skala-26 (TAS-26)</i>	77
3.3.11. <i>Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)</i>	79
3.3.12. <i>Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi)</i>	80
4. ERGEBNISSE	82
4.1. INTERRATER-RELIABILITÄT	82
4.2. RELIABILITÄT DER OPD-2 STRUKTURACHSE	82
4.3. FAKTORIELLE VALIDITÄT	82
4.4. VERTEILUNG DER OPD-STRUKTURRATINGS	82
4.5. ERGEBNISSE ZU DEN HYPOTHESEN	84
5. DISKUSSION	87
LITERATURVERZEICHNIS	96
ANHANG	I

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander und ihre Einstufung nach dem Niveau der Persönlichkeitsorganisationen (aus: Kernberg, 2000).	14
Abb. 2: Ablauf des Strukturellen Interviews nach Kernberg.....	26
Abb. 3: Skalen Psychischer Kompetenzen mit 35 Subdimensionen (aus: Huber et al., 2006).....	27
Abb. 4: Kriterien für die Einstufung in die erste Unterskala der Skala 3: Zuweisung von Verantwortlichkeit (aus Huber et al., 2006, S. 111 ff).....	28
Abb. 5: Kriterien für die Einstufung in die zweite Unterskala der Skala 3: Zuweisung von Verantwortlichkeit (aus Huber et al., 2006, S. 111 ff).....	29
Abb. 6: Item 67. Selbstbeschuldigung des STIPO-D	38
Abb. 7: Interventionsmöglichkeiten zur Erfassung der Strukturdimensionen im OPD-2-Interview (aus: Rudolf & Doering, 2011, S.12f.)	64
Abb. 8: Strukturcheckliste – Kognitive Fähigkeit: Selbstwahrnehmung (aus Arbeitskreis OPD, 2006, S. 432f)	65
Abb. 9: OPD-2 Erhebungsbogen: Achse IV – Struktur (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 473)	66
Abb. 10: Verteilung der Gesamtstruktur der OPD-2 innerhalb der Stichprobe	83
Abb. 11: Stichprobenverteilung auf die ersten vier Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse	83
Abb. 12: Stichprobenverteilung auf die zweiten vier Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse... ..	83
Abb. 13: Verteilung der Strukturturniveaus unserer Stichprobe erhoben durch STIPO-D	93

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Dimensionen und ihre Subdimensionen des STIPO-D.....	34
Tab. 2: Erwartete Korrelationen zwischen den acht Strukturdimensionen der OPD-2 und den Fragebögen	46
Tab. 3: Soziodemographische Variablen der Stichprobe.....	50
Tab. 4: Verteilung der Achse I-Störungen nach DSM-IV in der Stichprobe	51
Tab.5: Verteilung der Achse II-Störungen nach DSM-IV in der Stichprobe	51
Tab. 6: Sektionen der psychischen Störungen und Syndrome nach SKID-I.....	67
Tab. 7: Itemanzahl und Cutoff-Wert der Persönlichkeitsstörungen im SKID-II.....	69
Tab. 8: Korrelationen zwischen den acht Strukturdimensionen der OPD 2 und den korrespondierenden Fragebogenskalen	85
Tab. 9: Vergleich der BPI-Werte in Abhängigkeit vom Strukturturniveau	86

1. Einleitung

Mit Gründung des Arbeitskreises Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in Deutschland 1992 wurde das Ziel formuliert, die rein deskriptiv-phänomenologischen Klassifikationen der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991) und des amerikanischen DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) um psychodynamische Dimensionen zu erweitern. Bislang verwendete psychoanalytische Konzepte mit ihren tradierten, zum Teil sehr individuell und unterschiedlich benutzten Begriffen wurden zugunsten einer verhaltensnahen Operationalisierung psychischen Erlebens und interpersonellen Verhaltens zurückgestellt.

Die OPD bildet die Befunde auf den folgenden fünf Achsen ab: Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Achse II: Beziehung, Achse III: Konflikt, Achse IV: Struktur und Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen (nach ICD-10 bzw. DSM-IV).

Die Strukturdiagnostik hat innerhalb der umfassenden Gesamtdiagnostik durch die OPD eine erhebliche Bedeutung, denn durch sie kann die Indikation zur Durchführung einer psychodynamischen Psychotherapie differenzierter gestellt werden.

Der Begriff Struktur kommt in vielen Fachgebieten zur Anwendung und meint im Allgemeinen ein zusammengefügt Ganzes, das sich allenfalls nur sehr langsam verändert und aus abgrenzbaren Untereinheiten, die wiederum wechselseitig voneinander abhängen, besteht. Das Zusammenwirken der einzelnen Teile innerhalb der Struktur spricht darüber hinaus ihre Eigenschaft der Funktionalität an.

Der Begriff der psychischen Struktur im Sinne der OPD meint dabei alle zeitlich überdauernden Erlebens- und Verhaltensweisen eines Menschen, die sich im interaktionellen Handeln manifestieren. Die Gestaltung als auch die Funktionsweisen des Selbst in den Beziehungen zu den Anderen werden dabei berücksichtigt.

In einem teilstrukturierten Interview erfasst die OPD die Struktur eines Menschen, unter anderem durch ausführliche Selbst- und Objektbeschreibungen, darüber hinaus aber auch unter Einbeziehung des gesamten diagnostischen Materials einschließlich der Beziehungsgestaltung des Patienten mit dem Interviewer. Auf acht Subdimensionen wird das Konstrukt der Struktur bezogen auf das Selbst und die Objekte abgebildet. Durch diese Strukturdiagnostik berücksichtigt die OPD wichtige Dimensionen jenseits der

Symptomebene und liefert dadurch hochrelevante Informationen für die Therapieplanung.

In der vorliegenden Arbeit wird die externe Validität der Strukturachse der OPD-2 anhand neun bereits validierter Selbstbeurteilungsfragebögen als Außenkriterien untersucht. Einleitend wird der Strukturbegriff in seiner historischen Entwicklung bei Freud, Kernberg und Rudolf dargestellt. Danach werden einzelne Instrumente zur Strukturdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der zweiten Version der OPD von 2006 vorgestellt. Es schließt sich nach der Formulierung der Hypothesen der Methodenteil mit Beschreibungen der neun Selbstbeurteilungsfragebögen und einer ausführlichen Darstellung der fünf Achsen sowie der Interviewführung und des Ratings der OPD-2 an. Die Ergebnisse dieser Studie werden dargestellt und im Lichte früherer Studien kritisch diskutiert.

1.1. Der Strukturbegriff bei Sigmund Freud, Otto Kernberg und Gerd Rudolf

Der Strukturbegriff entzieht sich einer allgemein verbindlichen, gültigen Definition, wird aber – so Rudolf – „immer dann herangezogen, wenn es gilt, den inneren Aufbau eines Ganzen, seine Regelmäßigkeiten und funktionalen Zusammenhänge, so wie die Geschichte seiner Entstehung zu kennzeichnen“ (Rudolf, 2008, S. 2).

In dem folgenden Abschnitt soll entlang der Strukturbegriffe bei Freud, Kernberg und Rudolf die Entwicklung als auch die unterschiedliche Verwendungsart des Begriffs Struktur nachgezeichnet werden.

1.1.1. Das topographische Strukturmodell von Sigmund Freud

In seinem ersten Modell, das seelisches Geschehen räumlich, topographisch darstellt, prägte Sigmund Freud die Begriffe „das Bewusste“, „das Vorbewusste“ und „das Unbewusste“ (Freud, 1900).

In seiner Schrift „Das Ich und das Es“ von 1923 erfährt dieses erste Modell eine umfassende Veränderung. Dieses zweite topische Modell, welches auch als „Strukturmodell

des psychischen Apparates“ bezeichnet wird, beinhaltet die psychischen Instanzen „Es“, „Ich“ und „Über-Ich“.

Nach Rudolf bildet dieses „psychische System mit seinen Substrukturen Ich, Es und Über-Ich, seiner Unterscheidung von bewusst und unbewusst, seinen dynamischen, genetischen und adaptiven Aspekten das klassische analytische Strukturmodell“ (Rudolf, 2002 S. 2).

Dabei stellt das Es die Triebe, Affekte und Wünsche des Menschen dar. In den ersten drei Lebensjahren des Menschen folgt das Es dem Lustprinzip. Die Triebregungen sind unbewusst und streben nach unmittelbarer Befriedigung. Der junge Mensch erlebt dann in seinen ersten Lebensjahren zunehmend bewusst eigene Körpergrenzen und Gefühle. Zur Entwicklung dieses „frühen Ichs“ tragen Freud zufolge, auch die Gefühle und Bedürfnisse, die aus den Trieben des Es durch den Sozialisationsprozess geformt worden sind, bei. Das Ich repräsentiert das bewusste Denken, Wahrnehmen und Erinnern und dient der Selbstbehauptung. Im ständigen Lernprozess lernt das Ich zwischen den Triebregungen des Es und der Außenwelt immer besser zu vermitteln. Nach diesem Realitätsprinzip kann das Ich die Befriedigung dieser Triebregungen zulassen, unter Wahrnehmung der Außenwelt auch verschieben oder auch ganz unterdrücken. „Die Wahrnehmung spielt für das Ich die Rolle, welche im Es dem Trieb zufällt. Das Ich repräsentiert, was man Vernunft und Besonnenheit nennen kann, im Gegensatz zum Es, welches die Leidenschaften enthält. Die funktionelle Wichtigkeit des Ichs kommt darin zum Ausdruck, dass ihm normaler Weise die Herrschaft über die Zugänge der Motilität eingeräumt ist“ (Freud, 1923, S. 253).

Dem Es sind die beiden Triebarten zugehörig: Sexualtrieb, auch Eros genannt und Destruktionstrieb, auch als Todestrieb bzw. Thanatos beschrieben, als auch alle vom Ich verdrängten und damit getrennten Inhalte.

Innerhalb des Ichs differenziert Freud eine Stufe, die er als Ich-Ideal oder Über-Ich bezeichnet und eine weniger feste Beziehung zum Bewusstsein hat. In der psychischen Struktur des Über-Ichs sind sozialen Normen und Werte verankert. Das Über-Ich versteht Freud als Ergebnis aus der langen kindlichen Hilflosigkeit und Abhängigkeit des Menschen und aus der Verdrängung des Ödipuskomplexes. „Das Ich-Ideal ist also der Erbe des Ödipuskomplexes und somit Ausdruck der mächtigsten Regungen und wichtigsten Libidoschicksale des Es“ (Freud, 1923, S. 264). Freud führte weiter aus, dass das

Über-Ich allen Ansprüchen, die an das höhere Wesen des Menschen gestellt werden, genüge. „Gebote und Verbote sind im Ideal-Ich mächtig geblieben und üben jetzt als Gewissen die moralische Zensur aus. Die Spannung zwischen den Ansprüchen des Gewissens und den Leistungen des Ichs wird als Schuldgefühl empfunden.“ (Freud, 1923, S. 265).

Dieses von Freud ausgearbeitete strukturelle Persönlichkeitsmodell bildet die Grundlage für die nachfolgende Forschung und Entwicklung weiterer Konzepte zur Erfassung von Persönlichkeit und Struktur.

1.1.2. Das Strukturkonzept von Otto F. Kernberg

Als Basis für die Persönlichkeitsentwicklung sieht Otto F. Kernberg in seiner Objektbeziehungstheorie die Qualität früher Beziehungen und Bindungen an. Sein Modell der Objektbeziehungen beinhaltet diese drei Elemente:

- die Selbstrepräsentanzen (S)
- die Objektrepräsentanzen (O) und
- spezifische Affektzustände (A).

Die spezifischen Affektzustände verbinden die Selbst- und Objektrepräsentanzen und aktivieren auch die Triebe, die dann am Objekt nach Befriedigung suchen. Affekte und Triebe beeinflussen also wesentlich die Beziehungen zu den Objekten. Bereits in den ersten Objektbeziehungen werden die angeborenen Affekte aktiviert. Libido ist der übergeordnete Trieb für befriedigende, belohnende und lustvolle Affekte, Aggression der für schmerzhaft, unlustvoll und negative Affekte (Kernberg, 2000). „Die affektiv besetzte Entwicklung von Objektbeziehungen – mit anderen Worten reale und phantasierte zwischenmenschliche Interaktionen, die zu einer komplexen Welt von Selbst- und Objektrepräsentanzen im Kontext mit affektiven Interaktionen internalisiert werden – stellt nach meinem Verständnis das Grundmuster für die Entwicklung des unbewussten Geisteslebens und für die Struktur der Psyche dar“ (Kernberg, 2000, S. 48).

Er versteht die Persönlichkeit eines Menschen als ein Zusammenwirken von Temperament, Charakter und von einer weiteren innerpsychischen Struktur, dem Über-Ich. Als Temperament definiert er die in weiten Teilen genetisch determinierten Verhaltensweisen auf Reizsituationen unter besonderer Berücksichtigung der angeborenen Schwellen

für die Aktivierung positiver und negativer Affekte. Mit Charakter sind nach Kernberg die Verhaltensmanifestationen der Ich-Identität gemeint (Kernberg, 2000). Für ihn determinieren die subjektiven Aspekte der Ich-Identität, bestehend aus der Integration des Selbst-Konzeptes und des Konzeptes von bedeutenden Bezugspersonen den Charakter. Das Über-Ich, als weitere innerpsychische Struktur, hat Wertsysteme, Moral und ethische Dimensionen verinnerlicht.

Unter Berücksichtigung der Pathologie der Ich- und Über-Ich-Strukturen, der Pathologie der internalisierten Objektbeziehungen und der Pathologie der Entwicklung libidinöser und aggressiver Triebderivate differenziert Kernberg drei Strukturebenen der Charakterpathologie (Kernberg, 1997).

Die **höhere Strukturebene der Charakterpathologie** zeichnet sich durch ein relativ gut integriertes Ich und Über-Ich, ein stabiles Selbstkonzept und eine stabile Vorstellungswelt aus. Die allgemeine soziale Anpassung ist nicht ernsthaft gefährdet, Verdrängung ist der hauptsächliche Abwehrmechanismus. Der Patient hat enge, stabile Objektbeziehungen und kann Schuld, Trauer und vielfältige affektive Reaktionen erleben. Das Über-Ich kann streng und strafend sein, sexuelle bzw. auch aggressive Triebe können gehemmt oder konflikthaft ausgestaltet sein.

Das Über-Ich ist auf der **mittleren Strukturebene der Charakterpathologie** mehr strafend und weniger gut integriert. Widersprüche im Wertsystem des Ichs und schwere Stimmungsschwankungen weisen auch auf eine teilweise mangelhafte Über-Ich-Integration hin. Der Patient hat weniger hemmende Abwehrmechanismen, seine Reaktionsbildungen sind ausgeprägter und seine Charakterzüge sind mit Triebstreben durchsetzt. Die Verdrängung ist auch auf dieser Strukturebene der Haupt-Abwehrmechanismus. Auch sind die Objektbeziehungen mit der Fähigkeit zu dauerhaften und engen Beziehungen mit anderen und der Toleranz der deutlich ambivalenten und konflikthaften Natur solcher Beziehungen, noch stabil. Neigungen zur Dissoziation und Spaltung des Ichs im Dienste der Abwehr können in begrenzten Bereichen vorkommen. Eine nur sehr geringe Über-Ich-Integration, eine aufgelöste Grenze zwischen Ich und Über-Ich sowie frühe Abwehrmechanismen wie Projektion, projektive Identifizierung, Spaltung und primitive Dissoziation prägen die **niedere Strukturebene der Charakterpathologie**. Die Dissoziation wird durch Leugnung, primitive Idealisierung, Entwertung und Omnipotenz verstärkt. „Die Fähigkeit dieser Patienten zur Vereinigung

kontradiktorischer („guter“ und „böser“) Selbst- und Objektbilder ist beeinträchtigt“ (Kernberg, 1997, S. 148). Weiter sind sie unfähig, libidinös und aggressiv determinierte Selbst- und Objektbilder zu integrieren. In den Objektbeziehungen dominiert entweder die bedürfnisbefriedigende oder die bedrohliche Natur, die Fähigkeit sich in die Ganzheit der Objekte einzufühlen fehlt. Das Fehlen eines integrierten Selbstkonzeptes und einer Objekt Konstanz führen zum Syndrom der Identitätsdiffusion. Die Ich-Schwäche wird in mangelnder Angsttoleranz, mangelhafter Impulskontrolle und mangelhaft entwickelter Sublimierung deutlich.

Die nächste niedrigere Stufe führt nach Kernberg zu dem Bereich der Psychosen.

In seinem **Nosologie-Modell** von der Persönlichkeitsstruktur differenziert Kernberg von der normalen Persönlichkeitsorganisation ausgehend die neurotische, die Borderline-Persönlichkeitsorganisation, nochmals aufgeteilt in ein hohes und ein niedriges Niveau, und die psychotische Persönlichkeitsorganisation.

Der Entwicklungsprozess der **normalen Persönlichkeitsorganisation** weist integrierte Konzepte des Selbst und bedeutender Bezugspersonen einerseits und eine gelungene Integration aggressiver und libidinöser Affektzustände andererseits auf. Eine Objekt Konstanz mit einer abgemilderten, diskreten, differenzierten und komplexen Affektdisposition ist charakteristisch (Kernberg, 2000).

Bei der **psychotischen Persönlichkeitsorganisation** liegen eine Identitätsdiffusion und ein Verlust der Realitätsprüfung vor. Neben der mangelnden Integration der Konzepte des Selbst und bedeutsamer Anderer kommen primitive Abwehrmechanismen der Spaltung, der projektiven Identifizierung, Verleugnung, der primitiven Identifizierung, Omnipotenz und Entwertung vor. In besonders intensiven Beziehungen mit anderen verliert der Patient seine Ich-Grenzen und benötigt diese primitiven Abwehrmechanismen um sich vor einem drohenden Chaos zu schützen.

Mit dem Feststellen einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation kann nach Kernberg die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht mehr gestellt werden.

Von der psychotischen Persönlichkeitsorganisation unterscheidet sich die **Borderline-Persönlichkeitsorganisation**, die ebenfalls eine Identitätsdiffusion und primitive Abwehrmechanismen aufweist, dadurch, dass die Realitätsprüfung erhalten ist. Impulsive Handlungen, Verzerrungen in den Beziehungen zu anderen, Unsicherheit und Orientie-

lungsschwierigkeiten in vielen Lebensbereichen zeichnen hingegen diese Persönlichkeitsorganisation aus. In diese Gruppe gehören neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch die schizoide, schizotypische, paranoide, hypomanische, narzisstische und die antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie die Hypochondrie. Von der narzisstischen Persönlichkeitsstörung über das Syndrom des malignen Narzissmus bis hin zur antisozialen Persönlichkeitsstörung findet sich eine zunehmende Über-Ich-Degeneration mit dem Auftreten antisozialen Verhaltens.

Trotz der Identitätsdiffusion kann ein hohes Niveau innerhalb der Borderline-Persönlichkeitsstruktur durch eine ausreichend konfliktfreie Entwicklung der Ich-Funktionen und einer stabilen Über-Ich-Integration vorhanden sein. Dann sind eine gute soziale Anpassung und auch intime Beziehungen möglich. In diese Gruppe fasst Kernberg die zyklotyme, die sadomasochistische, die histrionische, die abhängige und die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung sowie einige besser funktionierende narzisstische Persönlichkeitsstörungen zusammen.

In der **neurotischen Persönlichkeitsorganisation** herrschen eine normale Ich-Identität, verbunden mit der Fähigkeit zu tieferen Objektbeziehungen und eine Ich-Stärke, einhergehend mit einer erhaltenen Angsttoleranz, Impulskontrolle, Fähigkeit zu Sublimierung vor. Effizienz und Kreativität lassen sich bei der Arbeit finden. Sexuelle Liebe und emotionale Intimität können durch unbewusste Schuldgefühle beeinflusst sein. Die hysterische, die depressiv-masochistische und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung gruppiert Kernberg hier hinein.

In der nachfolgenden Abbildung stellt Kernberg die Einteilung der Persönlichkeitsorganisationen nach dem Organisationsniveau, verbunden mit den Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander dar (Kernberg, 2000).

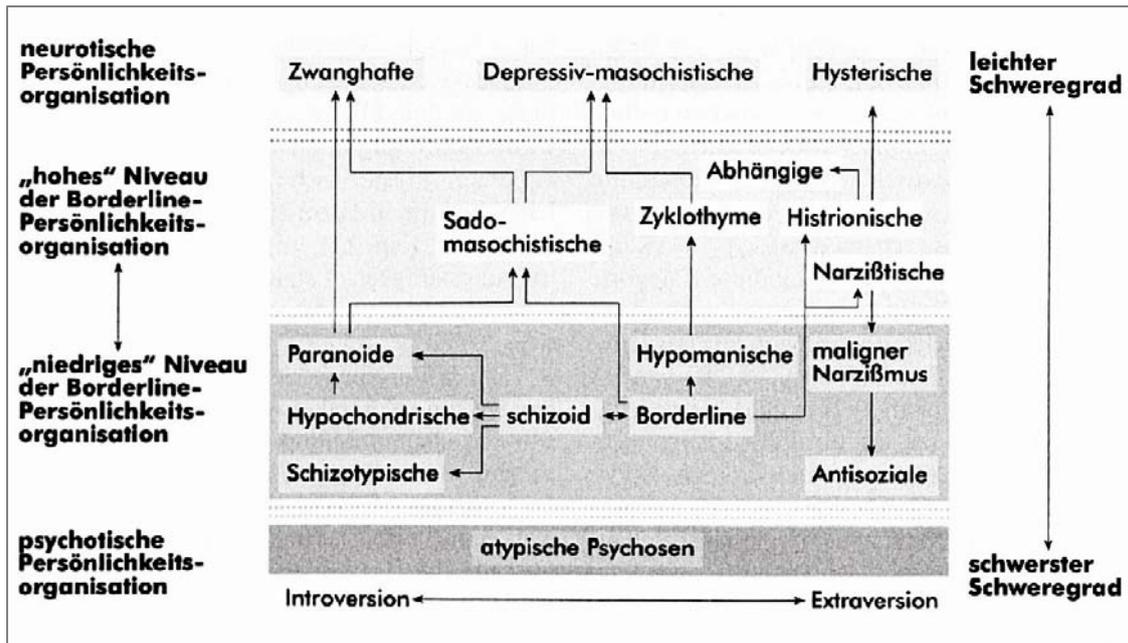


Abb. 1: Die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander und ihre Einstufung nach dem Niveau der Persönlichkeitsorganisationen (aus: Kernberg, 2000).

1.1.3. Die Struktur der Persönlichkeit nach Gerd Rudolf

Die OPD-Strukturachse beruht im Wesentlichen auf den Strukturkonzepten Gerd Rudolfs, so dass auf seine Konzepte hier ausführlicher eingegangen wird.

Rudolf versteht unter **Struktur als Ganzem** ein System, im dem einzelne Elemente eng miteinander verknüpft sind und sich zum Teil gleichsinnig, zum Teil aber auch gegensinnig auswirken. Für ihn besteht die Funktion der Struktur als Ganzem darin, „die intrapsychische und psychosomatische Organisation und Regulation so zu leisten, dass ein gewisses Wohlbefinden und Selbstwertgefühl sichergestellt ist und interpersonell die Beziehungen zu den wichtigen Anderen auf eine individuell befriedigende Weise aufrecht erhalten werden“ (Rudolf, 2002, S. 6). Dabei werden eine intentionale Richtung und eine pathische Ausrichtung unterschieden. Einmal steht die aktive, produktive, konfliktlösende und gestaltende Handlung vom Ich ausgehend auf die Objekte gerichtet im Vordergrund, im zweiten Fall wirkt die Welt auf das Selbst, das diese dann bewältigen oder auch ertragen muss. Ähnlich wie der Körper eine Entgiftungsfunktion hat, muss die psychische Struktur „toxische Zustände wie zum Beispiel das Verlassen-Sein, narzisstische Kränkung, Bedürfnisfrustration, Enttäuschungsaggression oder Angstäuberflu-

tung“ (Rudolf, 2002, S. 6), die das Selbst im Kontakt mit der Objektwelt erfährt, abbauen, um das innere Gleichgewicht und das Gleichgewicht in den Beziehungen wieder herzustellen.

Bezogen auf die Gesamtpersönlichkeit stellen alle strukturelle Elemente „Fähigkeiten zu“ (Rudolf, 2002, S. 6) dar und diese strukturellen Funktionen können handlungs- bzw. erlebnisnah operationalisiert und empirisch untersucht werden. Unter Berücksichtigung ihrer Zielrichtung unterscheidet Rudolf diese in differenzierende, integrierende und regulierende strukturelle Funktionen. Diese drei wesentlichen strukturellen Funktionen werden nachfolgend näher beschrieben.

Fünf unterschiedliche Differenzierungsaufgaben leistet das Selbst zur Ausbildung **differenzierender struktureller Funktionen**. Schon in der frühen Persönlichkeitsentwicklung besteht in der Grenzziehung zwischen dem Selbst und den Objekten eine **Selbst-Objekt-Differenzierung**. Um eine realitätsgerechte Wahrnehmung ständig zu gewährleisten muss die Unterscheidung zwischen Selbst und Objekt immer wieder von neuem geleistet werden. Für eine gelungene **Affektdifferenzierung** müssen die verschiedenen Affekte differenziert und präzise wahrgenommen und sprachlich eindeutig benannt werden können. Die dritte differenzierende strukturelle Funktion umfasst den Begriff der **Selbstreflexion**. Darunter versteht Rudolf die Wahrnehmung und das Verstehen unterschiedlicher psychischer Innenbewegungen sowie die Fähigkeit, sich selbst mit seinen Eigenheiten im Unterschied zu anderen beschreiben zu können. Der Aufbau **variabler Bindungen** an verschiedene Objekte und deren **Loslösung** vervollständigen die Aufgaben der differenzierenden strukturellen Funktionen. Das Selbst kann dabei für verschiedene Objekte wie Eltern, Kinder, Partner und Freunde unterschiedliche innere Objektrepräsentanzen entwickeln und entsprechende äußere Beziehungsformen wählen. Emotional hoch besetzte Beziehungen wieder zu lösen beinhaltet auch die Fähigkeit der differenzierenden Wahrnehmung, in der Regel unter schmerzlichen Traueraffekten, dass der andere nicht mehr da ist.

Für Rudolf sind die **integrierenden strukturellen Funktionen** die wichtigste Voraussetzung dafür, dass eine Person in ihrer individuellen Entwicklungsgeschichte Erfahrungen überhaupt machen und in sich einfügen kann und damit dann auch erst die Möglichkeit gewinnt heranzureifen. Im Wechselspiel mit den differenzierenden fügen die

integrierenden strukturellen Funktionen „Verschiedenes zu Ganzheiten“ (Rudolf, 2002, S. 8) zusammen.

Nachdem die kognitive Differenzierung zwischen Selbst und Objekt gelungen ist, ist für eine **ganzheitliche Objektwahrnehmung** die Fähigkeit des Individuums, positive Objekterfahrungen und negative Objektaspekte in dieselbe Person zu integrieren, erforderlich. Gelingt dieser Vorgang nicht, können Dissoziierung und Spaltung später die Folge sein. Das Selbst mit seinen vielen, zum Teil widersprüchlichen psychischen, sexuellen, biographischen, sozialen und kulturellen Teilaspekten und seiner „Potentialität“ (Rudolf, 2002, S. 8) zu einem **Selbstbild** zu integrieren und über die Zeit hinweg zu erhalten (**Identität**), sind weitere wichtige integrierende strukturelle Funktionen. In den Fähigkeiten, den anderen mit seinen Eigenschaften, Affekten und der verbindenden Kommunikation wahrzunehmen und in sich hineinzunehmen sieht Rudolf die integrierenden Funktionen der **Internalisierung**, der **Ausbildung objektbezogene Affekte** und des **Verstehens von Affekten**. Gleichwertige Wahrnehmung und emotionaler Austausch zwischen dem Selbst und den anderen nennt Rudolf **Reziprozität**. Dieser Austausch zwischen zwei Personen kann bis zu „einem System des Wir“ (Rudolf, 2002, S. 9) fortgesetzt werden.

Regulierende strukturelle Funktionen, namentlich **Impulssteuerung** und **Affekttoleranz** sind für das Wiederherstellen von Gleichgewichten zwischen dem Drängen von Bedürfnissen und Triebimpulsen und deren Befriedigung oder Frustration notwendig. In diesem Zusammenhang nennt Rudolf (2002) auch die **Abwehr**, die innere Spannungszustände reguliert. Das Selbst reguliert Nähe und Distanz zu den Objekten durch **Kontaktaufnahme** und **emotionale Mitteilung**. Auch der Selbstwert muss in diesem veränderlichen System immer wieder von Neuem in ein Gleichgewicht gebracht werden (**Selbstwertregulation**).

Der Regulierungsprozess enthält die fünf Einflussgrößen (Determinanten) **Intensität des zu Steuernden, Reaktionsschwelle, Intensität, Dauer** und **Qualität der Reaktion**.

Besonders bei einer konfliktneurotischen Entwicklung und bei einer strukturellen Störung können die Bedürfnisse und Triebimpulse eine so hohe Intensität erreichen, dass Affekte heftig erlebt und der Selbstwert erheblich beeinträchtigt werden. Die Reaktionsschwelle zur Auslösung solcher Affekte ist herabgesetzt, die Intensität der Reaktion

kann sich in einer Über- oder Untersteuerung mit entsprechender Entdifferenzierung der bedrohlichen Affekte, Kränkungen und Impulsausbrüche zeigen. Bei reduziertem strukturellem Niveau ist auch die Dauer der Reaktion, ausgedrückt zum Beispiel in Wut oder Trauer, verlängert. Ebenso ist die Qualität der Reaktion, das Erlebte zuzulassen und auszuhalten, zum Pol unerträglicher Spannungen hin verschoben.

Bei strukturellen Störungen sind die Affekte nicht nur stärker negativ ausgeprägt, sondern auch weniger differenziert. Diese inhaltlich anhedonischen Affekte wie Enttäuschung, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Leere werden als maladaptiv bezeichnet, weil sie kaum geeignet sind, konflikthafte Beziehungssituationen positiv zu beeinflussen.

Des Weiteren fehlt bei einer strukturellen Störung eine „regulierende und integrierende GesamtAbstimmung“ (Rudolf, 2002, S. 12), da die psychischen und interpersonellen Konsequenzen einer beispielsweise impulsiven Handlung nicht ausreichend berücksichtigt werden können.

Für ein gering integriertes Strukturniveau ist das Fehlen eines „handlungsleitenden Wertesystems“ (Rudolf, 2002 S. 12), wie aus der traditionellen psychoanalytischen Theorie mit dem Über-Ich als internalisiertes Sollensnorm und dem Ideal-Ich als Seinsnorm bekannt, charakterisierend. Unerträgliche Affekte und Impulse können in der Konfliktsituation dann nur durch unreife Abwehrmechanismen gelöst werden. Ein solch reduziertes Strukturniveau ist folglich gut von einem neurotischen Konflikt unterscheidbar.

Das mäßige Strukturniveau beinhaltet unter anderem Züge eines strengen Über-Ichs, schon geringe Übertretungen werden stark kritisiert, zudem ist das Über-Ich nicht immer verfügbar.

Das **strukturelle Funktionsniveau** teilt Rudolf in Abhängigkeit des Ausmaßes der Verfügbarkeit der strukturellen Funktionen und der Qualität des Selbst- und Objekterlebens in die vier Stufen **gut integriert, mäßig integriert, gering integriert und desintegriert** ein.

Die **Reifung der Struktur** setzt bereits im Kleinkindalter mit Entwicklung des Systems der Nähe / Kommunikation, des Systems der Bindung, des Systems Autonomie und des Systems der Identität ein. Fördernde Bedingungen in der Familie und bei den wichtigen

Bezugspersonen sind zur Ausreifung der genannten Systeme notwendig. Fehlt diese Förderung und liegt zudem eine ungünstige genetische Ausstattung vor, werden die Reifungsprozesse gestört und unterschiedliche Grundkonflikte mit Aspekten der strukturellen Störung und der Disposition zu neurotischen Konflikten können die Folge sein. Den wechselseitigen Einfluss der genetischen Dispositionen des Kindes und der äußerlich gegebenen Entwicklungsbedingungen auf die Reifung des Kindes nennt Rudolf **Passung**.

Im Kindesalter stattgefundene **Traumatisierungen** wie Vernachlässigung, physische Misshandlung und sexueller Missbrauch können zur Beschädigung oder gar zur Zerstörung bestimmter Bereiche der Struktur führen. In Situationen, die in einem assoziativen Zusammenhang mit der Traumatisierung stehen, können einzelne regulierende Strukturen zusammenbrechen und zu Panik, Verzweiflung und „zu notfallmäßigen Reaktionen des Dissoziierens der Agierens“ (Rudolf, 2002, S. 15) führen.

Die strukturellen Aspekte im Einzelnen fasst Rudolf in die beiden Gruppen **Aspekte des Selbsterlebens** und **Aspekte des Objekterlebens** mit jeweils dreizehn Unterpunkten zusammen.

Zu den **Aspekten des Selbsterlebens** gehören:

- Selbst als reflexives Bewusstsein vom Ich
- Der psychische Binnenraum
- Psychisches Selbst und Selbstrepräsentanzen
- Das Körper-Selbst
- Selbstreflexion und Selbsterkenntnis
- Introspektion und Affektdifferenzierung
- Ideal-Selbst und Selbstverwirklichung
- Unbewusste Selbstaspekte und Selbstentfaltung
- Selbst als Akteur
- Abwehr
- Identität
- Denken und Erinnern und
- Bewusstsein.

Mehrere Unterpunkte der Aspekte des Selbsterlebens sind in dem Konzept der OPD-2 aufgegriffen worden, so dass hier nur die „darüber hinausgehenden“ Aspekte ergänzt werden, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden.

Den psychischen Binnenraum versteht Rudolf als „innere Bühne, auf der eigene Gedanken, Fantasien, Erinnerungen, Gefühle, Objektbilde, Selbstaspekte etc. interagieren und von einem introspektiven Ich differenziert wahrgenommen werden können“ (Rudolf, 2002, S. 20). Dieser eigene Binnenraum erfüllt sowohl eine regulative Funktion, in dem Konflikte intrapsychisch ausgetragen werden als auch eine reflexive Funktion, weil die eigenen psychischen Vorgänge auf dieser inneren Bühne wahrgenommen werden.

Die geistigen, moralischen und sozialen Aspekte der Person sowie ihre Autonomie in den Interaktionen mit der Objektwelt machen das **Psychische Selbst** aus. Indem eigene Handlungsmöglichkeiten und Erlebnisweisen erfahren und bewertet werden, bilden sich **Selbstrepräsentanzen** (Vorstellungsbilder des Selbst) aus. Je nach den kulturellen Begebenheiten kann das individuelle Selbst sich auch einem kollektiven Gruppen-Selbst, zum Beispiel einem „Familien-Selbst“ (Rudolf, 2002, S. 21) unterordnen, wie es zum Beispiel bei Migranten vorkommen kann.

Im Rahmen von strukturellen Störungen kann das psychische Selbst die Urheberschaft eigener Intentionen und Handlungen nicht erkennen. Es erlebt sich nicht als Träger der eigenen Identität.

Das Selbst befindet sich dem Spannungsfeld zwischen dem Selbst, wie es gegenwärtig ist (Real-Selbst), dem Selbst, das es gerne sein möchte (**Ideal-Selbst**) und den Bedingungen, wie es sein soll und sein muss. **Selbstverwirklichung** kann dann gelingen, wenn es dem Selbst gelingt, in diesem Spannungsfeld seinen eigenen virtuellen Zielen näher zu kommen. Ist der Anpassungsdruck zu hoch, kann das Selbst nur verstellt überleben, dann kann ein „Falsches Selbst“ entstehen (Rudolf, 2002, S. 23).

Vor allem in der analytischen Psychotherapie von C. G. Jung wird auf die „dem Selbst innewohnende Bereitschaft zu Wachstum und Reifung [...] als zentrale Ressource für die therapeutische Entwicklung“ hingewiesen (Rudolf, 2002, S. 23). In Träumen, Fantasien, Imaginationen und anderen psychischen Produktionen werden **unbewusste Selbstaspekte** als unfertige, vorläufige Selbstentwürfe deutlich. Unter **Selbstentfaltung** versteht Rudolf ein lebenslanges Reifungsgeschehen entlang der verschiedenen Entwicklungsaufgaben und Lebensthemen. Diese sich daraus formende alters- und situati-

onsangemessene Selbstwahrnehmung kann bei strukturellen Störungen durch kindliche Anteile des Selbst- und Objekterlebens beeinträchtigt sein.

Das **Selbst als Akteur** erlebt sich wirkmächtig und ist sich seiner Gedanken, Gefühle, Entscheidungen und Handlungen bewusst. Das Selbst empfindet auch, dass „etwas in mir am Werke ist“ (Rudolf, 2002, S. 24), als Hinweis auf vorbewusste und unbewusste Stufen zu deuten. Fühlt das Selbst diese vitale Kraft nicht, spürt es sich selbst nicht als Akteur, dann handelt es auch nicht selbst, sondern sucht – bei strukturellen Störungen – nach Stimuli oder reagiert lediglich auf äußere Situationen oder Bedrohungen.

Denken und Erinnern als strukturelle Funktionen spielen sich auf der inneren Bühne, im psychischen Binnenraum ab und sind mit Bedeutungssetzungen und Bewertungen verknüpft. Denken und Erinnern können konfliktfrei ablaufen, können aber auch durch heftige Affekte und Konflikte so beeinträchtigt sein, dass die Person nicht mehr richtig denken kann. Erreichen affektiv belastende Erfahrungen ein solches Ausmaß, dass sie gar nicht mehr psychisiert und mentalisiert werden, dann stellen sie sich ohne klare kognitive Vorstellung nur noch in körpernahen Erregungszuständen und heftigen diffusen Affekten dar. Diese Abläufe kommen vor allem im Kontext von Traumatisierungen vor.

Als Funktion der Struktur erklärt Rudolf **Bewusstsein** als „das Bewusstwerden des eigenen Ich als erlebender, denkender, fühlender Struktur“, entstehend durch Selbstreflexion über „das Dasein eines Selbst“ und „das Sosein des Anderen“ (Rudolf, 2002, S. 26). Nur ein Lebewesen, das einen Begriff und ein Wort für das Ich besitzt, kann das „gedoppelte Ich“ (Rudolf, 2002, S. 27), das sich selbst zum Objekt seiner Wahrnehmung macht und so sein Selbst erfährt, entwickeln. Dies kann durch die Selbstreflexion gelingen, in der der Begriff des Bewusstseins dann weitgehend aufgeht.

Zu den **Aspekten des Objekterlebens** zählt Rudolf:

- Selbst-Objekt-Differenzierung
- Die basale Objektbezogenheit: Intentionalität
- Orientierung
- Empathie
- Ganzheitliche Objektwahrnehmung
- Internalisierung

- Loslösung
- Variabilität der Bindung
- Objektbezogene Affekte
- Kontaktaufnahme
- Fähigkeit zum Affektausdruck
- Fähigkeit, fremde Affekte zu verstehen und
- Fähigkeit zur Reziprozität

Da die Gesichtspunkte der Aspekte des Objekterlebens sich in der OPD-2 im Wesentlichen wiederfinden, wird hier nur auf den dort nicht aufgeführten Unterpunkt **Die basale Objektbezogenheit: Intentionalität** näher eingegangen. Diese verkörpert nach Rudolf „die Vitalität des Ichs“ (Rudolf, 2002, S. 27), welches sich neugierig, offen und interessiert der Objektwelt zuwendet. Aus der erfolgreichen frühen Beziehungsaufnahme, in der der Säugling einst eine adäquate Spiegelung seiner neugierigen Aufmerksamkeit durch die Objektwelt erfuhr, entwickelt der Mensch „eine freudige Wachheit, die den Vorläufer jenes späteren ambitionierten Engagements bildet“ (Rudolf, 2002, S. 27). Bei einer strukturellen Störung dieses Aspektes ist die emotionale Kommunikation betroffen. Der emotionale Kontakt zur Objektwelt bleibt farblos und vage.

1.2. Instrumente zur Strukturdiagnostik

In den letzten 100 Jahren wurden diagnostische Interviews zwischen den beiden Polen eines explorativen Ansatzes, der mit spezifischem Erfragen das Sammeln von Fakten verfolgt, und eines beziehungs-dynamischen Ansatzes, der mittels einer psychoanalytischen Grundhaltung „seine Informationen aus der Wiederherstellung infantiler Objektbeziehungen in der Übertragung-Gegenübertragung zwischen Psychotherapeut und Patient gewinnt“, entwickelt (Arbeitskreis der OPD, 2006, S. 281 ff. und Janssen et al., 1996).

In seiner sog. „Associative Anamnese“ gab Deutsch (1939) an, dass der Interviewer zurückhaltend und zuhörend dem Patienten zur Entfaltung seiner inneren Konfliktwelt verhelfen solle. Sullivan (1954) betonte den interpersonellen Prozesscharakter seines

„Psychiatric Interview“ und sah den Interviewer mehr als teilnehmenden Beobachter. Hans Kind übertrug diese Ansätze in seiner Monographie „Leitfäden für die psychiatrische Untersuchung“ in den 1970er Jahren für den deutschsprachigen Raum.

Paula Heimann erkannte die große „Bedeutung der Gegenübertragung als psychoanalytisches Diagnostikum“ (Arbeitskreis der OPD, 2006, S. 283) und wies darauf hin, dass gerade die emotionale Reaktion des Therapeuten auf seinen Patienten zur Erforschung des Unbewussten hilfreich ist. Diesen Gedanken, die Gegenübertragung für den diagnostischen Prozess zu nutzen griffen dann Balint und Balint in ihrem „Diagnostischen Interview“ 1961 wieder auf.

Argelander unterschied in seinem „Erstinterview in der Psychotherapie“ die objektive, die subjektive und die szenische Ebene der Informationserhebung. Dabei war für ihn die szenische Ebene, die nonverbale Mitteilungen in Form von Inszenierungen, wie sich der Patient verhält oder etwas ausdrückt, beinhaltet, für die Informationsgewinnung die entscheidende.

Dieser wechselseitige Prozess zwischen Patient und Therapeut bedeutete für letzteren – so Sandler (1976) – die Bereitschaft zur Rollenübernahme, um in diesem ihm noch nicht bekannten „Zwei-Personen-Stück“ als adäquater Mitspieler seine aktuelle Gegenübertragung zuzulassen und zu erkennen (Arbeitskreis der OPD 2006, S. 284).

Laimböck (2000) war jedoch der Ansicht, dass das Erheben biographischer Daten lediglich die Beziehungsdiagnose unterstützt.

Bereits in den 1940er Jahren entwickelte Schultz-Hencke eine tiefenpsychologisch biographische Anamnese, die später von Dührssen (1981) weiterentwickelt wurde. Dieser diagnostische Ansatz fußt auf der Annahme, dass eine psychiatrische Erkrankung Folge einer Reaktualisierung eines lebensgeschichtlich begründeten abgewehrten Konflikts ist und berücksichtigt dabei sowohl die früh erworbene neurotische Veranlagung als auch die „passende Auslösesituation“ „nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip“ (Doering, 2003). Die Anamneserhebung umfasst alle wesentlichen Lebensbereiche wie familiäres und berufliches Umfeld, aber auch Arbeits- und Lernstörungen sowie Besitzerleben und –verhalten. Nach Dührssen dienen alle diese Informationen dann der Bildung einer Hypothese über das Zusammenwirken früherer Erfahrungen und gegenwärtiger Auslösesituation und lassen so eine Psychodynamik entstehen.

Unter den Bedingungen der klinischen Behandlung folgten integrative Interviewmodelle, in denen die differenzielle Therapieindikation eine wesentliche Rolle spielte.

Janssen (1994) integrierte in der „Psychoanalytischen Erstuntersuchungstechnik“ sowohl die biographische Anamnese als auch psychoanalytische Gesprächs- und Diagnostikelemente. Einen ähnlichen Ansatz verfolgten Doering und Schüßler (2004) mit ihrer „Psychodynamischen Erstuntersuchung“, in der sie auch eine explorative psychopathologische Untersuchung mit einbezogen.

In den 1960er und 70er Jahren stellte Kernberg in seiner klinischen Arbeit fest, dass das übliche psychoanalytische Erstinterview für strukturell schwer beeinträchtigte Borderline-Patienten schwer anzuwenden war und entwickelte daraufhin sein „Strukturelles Interview“. Die Besonderheiten dieses Interviews liegen zum Einen in den Möglichkeiten, eine strukturelle Störung explizit zu erfassen, und zum Anderen in seinem zyklischen Ablauf mit einem Wechsel von umstrukturierten Anteilen und stark explorativen Interviewstil.

Der evidenzbasierten medizinischen Wissenschaft folgend erfasst das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV“ (SKID-I und -II) die phänomenologisch-deskriptiven Diagnosen der amerikanischen DSM-IV. Hierbei werden die einzelnen Diagnosekriterien der DSM-IV in Form von gezielten Fragen im Interview mit dem Patienten genutzt. Als weitere bedeutende Interviewverfahren sind das „Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation“ (STIPO, Caligor et al. und Clarkin et al., 2004) und die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD, 1996) zu nennen. Auf beide Interviewverfahren als auch auf das „Strukturierte Interview“ von Kernberg wird in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich eingegangen. Auch auf das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I und II wird noch näher eingegangen.

Darüber hinaus werden in dieser Arbeit auch zwei bedeutsame Fragebögen, nämlich das „Borderline Persönlichkeits-Inventar“ von Leichsenring (1996) und das „Inventar zur Persönlichkeitsorganisation“ (IPO) von (Dammann, 2000) vorgestellt. Beide Fragebögen sind als Selbstbeurteilungsinstrumente konzipiert und lassen Rückschlüsse auf strukturelle Gegebenheiten der Patienten zu.

1.2.1. Das strukturelle Interview nach Kernberg

Das von Kernberg erarbeitete Strukturelle Interview versucht anhand der Erhebung von Symptomen, Konflikten und Schwierigkeiten beim Patienten die Strukturmerkmale der einzelnen Schweregrade der Persönlichkeitsorganisation herauszuarbeiten. Wie aus seinem Konzept der Persönlichkeitsorganisation und des Strukturniveaus zu entnehmen, sind diese Schweregrade neben der normalen die neurotische, die Borderline und die psychotische Persönlichkeitsorganisation.

Das Interview wird vom Diagnostiker offen, individuell und mit einer respektvollen Grundhaltung gegenüber dem Patienten geführt. Durch die Mittel der Klärung, Konfrontation, Interpretation und Übertragung kann dem Diagnostiker die Abbildung der Psychopathologie, der Psychodynamik und auch der Persönlichkeitsstruktur gelingen. Als nicht provozierendes, kognitives Mittel hilft **Klärung** bei der Aufdeckung von Grenzen im Hinblick auf bestimmtes Material beim Patienten. Mittels der **Konfrontation** versucht der Diagnostiker konflikthafte und inkongruente Anteile des Materials bewusst zu machen und mittels der **Interpretation** das Konflikthafte des Materials zu lösen. Die **Übertragung** übersetzt diese Aspekte und Inhalte auf die präsenste Interaktion zwischen Patienten und Interviewer.

Das Interview lässt sich in Initialphase, mittlere Phase und Terminationsphase unterteilen und kann im Verlauf diese Konstrukte abbilden:

- Symptome und Verhalten in Vergangenheit und Gegenwart
- Selbstkonzept und das Konzept von wichtigen anderen
- Objektbeziehungen
- Abwehrmechanismen
- Wertvorstellungen
- Fähigkeit zur Realitätsprüfung
- Interaktionen zwischen dem Patienten und dem Diagnostiker unter Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung

„Kurz, das strukturelle Interview stellt eine experimentelle Situation her, in der erforscht und getestet werden kann, wie weit das Selbst und die Wahrnehmung von Objekten integriert ist“ (Kernberg, 2006, S. 30).

Die **Initialphase** dient zunächst einmal dazu, den Patienten über Inhalte und Ablauf des Interviews zu informieren und im Weiteren anhand offener Fragen zu seinen Beschwerden, seinen Erwartungen an die Behandlung und seiner aktuellen Situation seine kognitiven und störungsbedingten Funktionen erstmalig einzuschätzen. Aufforderungen nach einer Selbstbeschreibung und nach einer Beschreibung wichtiger Bezugspersonen schließen sich an. In dieser Phase gelingt es dem Diagnostiker dann auch, die Fähigkeit zur Realitätsprüfung beim Patienten einzuschätzen.

Das vertiefte Nachfragen des Interviewers nach Schilderungen seiner wichtigen Bezugspersonen und seinen Beziehungen zu den anderen durch den Patienten in der **mittleren Phase** lässt das Ziehen von Rückschlüssen auf pathologische Charakterzüge, das Ausmaß der Identitätsintegration bzw. -diffusion und auf die Objektbeziehungen zu.

In der **Terminationsphase** hat der Patient die Möglichkeit, Themen selbst anzusprechen. Darüber hinaus kann der Interviewer die Behandlungsindikation und die Motivation des Patienten überprüfen.

Die innere Welt, das Verhalten, die Interaktionen und die aktivierten Objektbeziehungen des Patienten werden durch das strukturelle Interview erhellt. Dabei kommen auch affektive Reaktionen des Diagnostikers auf den Patienten zum Tragen und eine erste Interpretation der Abwehrmechanismen soll erarbeitet werden. Die im Gespräch aufgebaute Abwehrhaltung kann darüber hinaus genutzt werden, der Pathologie in der Organisation der Ich-Funktion und damit auch der strukturellen Organisation der Krankheit näher zu kommen.

Die Abbildung 2 beinhaltet eine schematische Darstellung, wie sich Kernberg den Ablauf seines strukturellen Interviews, nach Inhalten geordnet vorstellt (Kernberg, 2006, S. 50).

Die Skalen und ihre Subdimensionen sind in der Abbildung 3 aufgeführt (Huber et al., 2006, S. 21).

Skalen	Subdimensionen
1. Hoffnung	übertriebener Optimismus übertriebener Pessimismus
2. Lebensfreude	Übererregbarkeit Apathie
3. Zuweisung von Verantwortlichkeit	übermäßige Externalisierung übermäßige Internalisierung
4. Flexibilität	Engstirnigkeit Verwirrung und Selbstzweifel
5. Beharrlichkeit	„Verbohrtheit“ Aufgeben
6. Bindung an Normen und Werte	exzessives Moralisieren Abwesenheit von Prinzipien
7. Bindung in Beziehungen	zwanghaftes Verwickeltsein begrenzte, dünne Beziehungen
8. Gegenseitigkeit	Ausnutzen anderer Selbstaufgabe
9. Vertrauen	extremes Misstrauen extreme Leichtgläubigkeit
10. Empathie	emotionale Einverleibung emotionale Abgestumpftheit Egozentrik
11. Affektregulation	unkontrollierte „Affektstürme“ übermäßige Kontrolle
12. Impulsregulation	Zügellosigkeit übermäßige Hemmung
13. Umgang mit sexueller Erfahrung	impulsive und dranghafte Äußerung übermäßige Hemmung
14. Selbstbehauptung	Herumkommandieren Schüchternheit
15. Sich auf sich und andere verlassen können	sich kaum auf andere verlassen können sich kaum selbst vertrauen können kaum jemand sein, auf den man sich verlassen kann
16. Selbstachtung	Grandiosität Selbstentwertung
17. Selbstkohärenz	Unbeständigkeit im Verhalten und Erleben

Abb. 3: Skalen Psychischer Kompetenzen mit 35 Subdimensionen (aus: Huber et al., 2006)

Das halbstrukturierte SPK-Interview arbeitet dafür mit vorgegebenen spezifischen inhaltlichen Fragen, um jede Subdimension berücksichtigen zu können.

Ein ausführliches Manual mit detaillierten Beschreibungen für jede Subdimension und klinischen Vignetten als Ankerbeispiele hilft dem Interviewer, jede Subdimension auf einer 7-Punkte-Likert-Skala von 0 für normal bis 3 für schwer gestört mit jeweils halben Punkten zur weiteren Abstufung einzuschätzen (Huber et al., 2006, S. 19ff).

Um die Einstufung, die vom Interviewer in den jeweiligen Skalen und deren Subdimensionen vorgenommen werden muss, zu veranschaulichen, dient als Beispiel die Skala 3: „Zuweisung von Verantwortlichkeit“ mit ihren beiden Subdimensionen „übermäßige Externalisierung“ und „übermäßige Internalisierung“ in der Abbildung 4. Dabei wird auf die Darstellung der einzelnen Ankerbeispiele verzichtet (Huber et al., 2006, S. 111 ff).

A. Von Verantwortung übernehmen bis zu übermäßiger Externalisierung

0. Fähig, den eigenen Beitrag an Geschehnissen zu sehen und die Verantwortung für unangenehme Folgen des eigenen Verhaltens zu übernehmen. Kann die Verantwortung für Fehler anerkennen.

1. Gelegentliche oder milde Fehler, wenn Verantwortung für eigenes unerwünschtes Verhalten, Gedanken und Gefühle übernommen werden sollte. Zuerst wird die Schuld dafür anderen Personen oder Sachzwängen zugeschoben. Kann aber darüber reflektieren und rasch mehr Verantwortung übernehmen als im ersten Moment.

2. Definitive Tendenz, die Verantwortung für unangenehmes Verhalten, Denken und Fühlen nicht zu übernehmen. Meist werden andere Personen oder Sachzwänge außerhalb der eigenen Kontrolle dafür verantwortlich gemacht. Durch äußeren Druck oder erhebliche innere Anstrengung kann die eigene Verantwortung wahrgenommen werden.

3. Unwillig, die Verantwortung für eigenes unerwünschtes Verhalten, Denken und Fühlen zu übernehmen. Beschuldigt immer andere Personen oder Sachzwänge außerhalb der eigenen Kontrolle. Sogar bei einer Konfrontation durch andere wird die Verantwortung nicht übernommen.

Abb. 4: Kriterien für die Einstufung in die erste Unterskala der Skala 3: Zuweisung von Verantwortlichkeit (aus Huber et al., 2006, S. 111 ff)

B. Von Verantwortung ablehnen bis zu übermäßigen Internalisierung

0. Fähig, den Anteil anderer Personen oder unvorhersehbarer Ereignisse auf die eigenen unerwünschten Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu sehen. Übernimmt keine Verantwortung für Ereignisse, die außerhalb der eigenen Kontrolle liegen.

1. Gelegentliche oder milde Fehler, bei denen die Person die Einsicht darüber verliert, welchen Anteil andere oder äußere Umstände auf unerwünschte Ereignisse ihres Lebens hatten, so dass sie sich selbst mehr dafür verantwortlich macht, als es in dieser Situation berechtigt erscheint. Beim Nachfragen fähig, diesen äußeren Anteil wieder besser zu erkennen.

2. Auffällige Tendenz, sich selbst übermäßig die Schuld für negative Ereignisse zu geben. Kann diese Gefühle mit einem erheblichen Aufwand verändern, wenn sie mit Beweisen und Argumenten für das Gegenteil konfrontiert wird.

3. Deutliche und vorherrschende Überzeugung, alle Widrigkeiten des Lebens ohne Berücksichtigung äußerer Ereignisse selbst verursacht zu haben. Kann einfach nicht sehen, wie andere Menschen und äußere Umstände zu dem Ereignis beigetragen haben, selbst, wenn andere sie damit konfrontieren und beruhigen wollen.

Abb. 5: Kriterien für die Einstufung in die zweite Unterskala der Skala 3: Zuweisung von Verantwortlichkeit (aus Huber et al., 2006, S. 111 ff)

In mehreren Studien konnten eine ausreichende hohe Reliabilität und inhaltliche, diskriminante sowie konvergente Validität gezeigt werden (Huber, 2006 S. 23 ff). Die Vorteile der SPK werden unter anderem in den klaren und standardisierten Anweisungen für die Anwendung und Auswertung mit einem halbstrukturierten Interviewleitfaden und einem ausführlichen Manual, in der Möglichkeit ein formalisiertes Rater-Training durchführen zu können, in der Einschätzung der Skalen durch unabhängige Rater und in der Möglichkeit dieses Rating vor, während und nach der Behandlung zum Messen von Veränderungen einsetzen zu können, gesehen.

1.2.3. Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)

Das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), entwickelt von Leichsenring 1996, stellt einen deutschsprachigen Selbstbeurteilungs-Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Störung und insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach dem Strukturkonzept von Kernberg dar.

Für die Auswahl der Items bezog der Autor sowohl den psychoanalytisch-strukturellen Ansatz von Kernbergs Borderline Persönlichkeitsorganisation (1967, 1988) als auch den deskriptiv-phänomenologischen Ansatz von Gunderson (1975, 1978, 1980), der diese Störung als überdauernde Persönlichkeitsstörung auffasst, mit ein.

Der Ansatz der Persönlichkeitsorganisation von Kernberg, unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Identitätsintegration, der Reife der verwendeten Abwehrmechanismen, der Fähigkeit zur Realitätsprüfung und der Form verinnerlichter Objektbeziehungen wurde in dieser Arbeit bereits ausführlich abgehandelt.

Gunderson sieht in dieser Störung eine spezifische Persönlichkeitsstörung mit mangelhafter Impulskontrolle, intensiven Affekten wie Wut, Angst, Depression, Leere oder Langeweile, einhergehend mit vorübergehenden psychotischen Episoden und mit erheblichen Störungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Die betroffenen Patienten – so Gunderson – sind oberflächlich noch ausreichend sozial integriert und begabt, haben jedoch weder schulischen noch beruflichen Erfolg.

Der Fragebogen umfasst demnach sowohl Items zur Erfassung von Entfremdungserlebnissen und **Identitätsdiffusion** als auch von **primitiven Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen** sowie Items zur Erfassung der **Realitätsprüfung**. Dabei folgte Leichsenring der von Kernberg vorgenommenen Unterteilung der Realitätsprüfung in die spezifische Fähigkeit der Überprüfung der eigenen Wahrnehmung durch Beobachtung und logisches Denken, in die Fähigkeit des Urteilens und in die Fähigkeit, die innere wie die äußere Realität wahrnehmen zu können. Darüber hinaus fügte der Autor zusätzliche Items, die auf die Probleme der **Regulierung von Nähe und Distanz** zielen, hinzu. Diese vier Kriterien der Borderline-Persönlichkeit werden in den vier Skalen mit insgesamt 53 Items des BPI abgebildet.

Dieses Selbstbeurteilungs-Instrument hat nach Leichsenring im Vergleich der Interview-Verfahren die Vorteile, dass Befunde ökonomischer zu erheben und auszuwerten sind und dass auch der erhebliche Mehraufwand bedingt durch Rater-Schulungen und das Erarbeiten eines Konsensus-Ratings entfallen.

1.2.4. Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Neben dem BPI ist das Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO) als Instrument zur Strukturdiagnostik besonders hervorzuheben. Die deutsche Version wurde von Dammann, Smole-Lindinger und Buchheim im Jahre 2000 herausgegeben und bezieht sich auf den gleichnamigen englischen Fragebogen, der von Clarkin, Foelsch und Kernberg in den Jahren 1995 bis 2000 konzipiert worden ist.

Das IPO ist ein psychodynamisches Selbstbeurteilungsinstrument, das vor allem zur Ergänzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Exploration von Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden kann. Darüber hinaus findet das IPO Anwendung zur Verlaufsmessung und bei Psychotherapiestudien.

Ausgehend von dem Modell Kernbergs über Persönlichkeitsorganisation und Strukturniveau sollen Struktur und Persönlichkeitsorganisation im IPO qualitativ und quantitativ in fünf Aspekten ermittelt werden. Diese Aspekte sind im Einzelnen: „Das Vorhandensein einer stabilen Identität bzw. das Fehlen von Identitätsdiffusion“, „das Vorherrschen von reiferen oder von primitiveren Abwehrmechanismen“, „die Fähigkeit zur Realitätsprüfung“, „die Qualität der Objektbeziehungen“ und „das Vorherrschen von (nicht-integrierter) Aggression und Über-Ich-Pathologie (Moral)“. Unter Berücksichtigung dieser fünf Aspekte kann dann eine Einschätzung der Patienten in ihr strukturelles Niveau, das Kernberg in normale und neurotische Persönlichkeitsorganisation, in die Borderline-Persönlichkeitsorganisation und in die psychotische Persönlichkeitsorganisation vornahm, erfolgen. Neben dem Schweregrad der strukturellen Störung können die vorherrschenden Objektbeziehungsstile der Patienten erfasst werden. Diese Erfassung gewinnt ihre Bedeutung auch daher, dass nach Kernberg bei den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen wie „schizoid“, „anankastisch“ oder „narzisstisch“ auch jeweils unterschiedliche Objektbeziehungsstile dominieren.

Ausgehend von diesem strukturtheoretischen Ansatz werden mit insgesamt 222 Items (Kurzform: 102 Items) relevante Aspekte der Persönlichkeitspathologie erfasst.

Durch die sechs zentralen Skalen „Primitive Abwehr“, „Identitätsdiffusion“, „Realitätsprüfung“, „Pathologische Objektbeziehungen“, „Wertvorstellungen“ und „Aggression“ wird die Persönlichkeitsorganisation erfragt. Die neun zusätzlichen Skalen bilden die

jeweiligen Objektbeziehungstypen „antisozial“, „depressiv-masochistisch“, „hysterisch“, „infantil“, „narzisstisch“, „paranoid“, „schizoid“ und „zwanghaft“ ab.

Mit der Auswertung dieses Fragebogens kann dann anhand des festgestellten Schweregrads der strukturellen Störung und der dominierenden Objektbeziehungsstile die entsprechende Therapieform, beispielsweise mehr supportiv oder mehr konfrontativ-expressiv, gezielt ausgewählt werden.

1.2.5. Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D)

Basierend auf dem Strukturellen Interview von Kernberg und seinen Konzepten zur Persönlichkeitsstruktur entwickelten Clarkin und Mitarbeiter 2003 das „Structured Interview of Personality Organisation“ (STIPO), das seit 2004 in einer deutschen Übersetzung von Doering vorliegt (STIPO-D).

Im Rahmen unserer breit angelegten Untersuchung wurden in einer eigenen Studie die Subdimensionen des STIPO-D mit den psychiatrischen Diagnosen auf den Achsen I und II des DSM-IV in Beziehung gesetzt. Anhand der Daten dieser 125 Patienten wiesen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ein signifikant niedrigeres Strukturniveau auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Darüber hinaus lag das Strukturniveau bei Patienten mit einer Achse I-Störung höher als bei den Patienten, die komorbid noch eine Achse II-Störung zeigten (Lübking, 2011, S.4).

In einer weiteren Studie wurde die konvergente Validität des strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation anhand schon etablierter Selbstbeurteilungsfragebögen untersucht. Dabei lag die mittlere ICC als Maß für die Interraterreliabilität bei .948. Es fanden sich ausschließlich signifikante Korrelationen mit den Außenkriterien bei Werten zwischen $r = .226$ und $r = .540$ (Bäumer, 2011, im Druck).

Dieses halbstrukturierte Interview zur Diagnostik struktureller Störungen ist vor allem zur Therapieforschung konzipiert und für den Anwender sowohl gut trainierbar als auch reproduzierbar und quantifizierbar. Das STIPO ermöglicht eine strukturelle und dimensionale Einschätzung der Persönlichkeit und fokussiert dabei insbesondere auf Objekt-

beziehungen, um repetitive und somit strukturgebundene Merkmale der Selbst- und Objektwahrnehmung zu erfassen (Handbuch des STIPO-D, 2004, S. II bis III).

Das STIPO-D schätzt die Persönlichkeitsorganisation in sechs abgestufte Strukturniveaus ein:

- „normal“
- „neurotisch 1“
- „neurotisch 2“
- „Borderline 1“
- „Borderline 2“ und
- „Borderline 3“.

Das STIPO folgt damit der Abstufung Kernbergs, der in seinem schon beschriebenen Strukturkonzept Patienten mit einer „hohen Borderline-Struktur“, entsprechend im STIPO-D „Borderline“ 1 bzw. „Borderline 2“ von einer „niedrigen Borderline-Struktur“, entsprechend im STIPO-D „Borderline 3“ abgrenzt.

Patienten auf normalem und auf neurotischem Strukturniveau haben eine integrierte Identität, eine erhaltene Realitätsprüfung und verwenden reife Abwehrmechanismen. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation haben hingegen keine integrierte Identität („Identitätsdiffusion“), haben eine wechselnde Realitätsprüfung und benutzen primitive Abwehrmechanismen. Darüber hinaus zeigen Patienten auf dem Strukturniveau der psychotischen Persönlichkeitsorganisation eine dauerhafte Beeinträchtigung der Realitätsprüfung.

Anhand von insgesamt 100 Items werden im STIPO-D repetitive und damit strukturgebundene Merkmale der Selbst- und Objektwahrnehmung in sieben Dimensionen und mehreren Subdimensionen abgebildet (Tabelle 1).

Identität	
	Engagements
	Selbstwahrnehmung
	Kohärenz und Kontinuität
	Selbstbeurteilung
	Objektwahrnehmung
Objektbeziehungen	
	Zwischenmenschliche Beziehungen
	Partnerschaften und Sexualität
	Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen
Primitive Abwehr	
Coping/ Rigidität	
Aggression Gesamtrating	
	Selbstgerichtete Aggression
	Fremdgerichtete Aggression
Wertvorstellungen	
Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrungen	

Tab. 1: Dimensionen und ihre Subdimensionen des STIPO-D

Als zentrales Konstrukt der Dimensionen der Persönlichkeit im STIPO-D beschreibt die **Identität** sowohl die Organisation als auch die Inhalte der inneren Welt einer Person (Handbuch des STIPO-D, 2004, S. IV). Eine integrierte Identität liegt dann vor, wenn sowohl das Selbst als auch andere mit Tiefe und Differenziertheit wahrgenommen werden können. Die Repräsentanzen erreichen dann die Qualität „ganzer Objekte“ und sind über die Zeit relativ stabil. Hinweisend auf eine Identitätsdiffusion ist hingegen eine innere Welt, in der das Selbst und andere nur einseitig, widersprüchlich und oberflächlich wahrgenommen werden. Die Repräsentanzen haben dann lediglich die Qualität von „Teilobjekten“ und sind über die Zeit instabil. Eine nur gering integrierte Identität unterscheidet die Borderline-Persönlichkeitsorganisation vom neurotischen Organisationsniveau.

Das STIPO-D prüft das Niveau der Identität durch die Teilbereiche Engagements einer Person in Arbeit, Lernen und Freizeitaktivitäten sowie Selbstwahrnehmung, Selbstwertregulation und Objektwahrnehmung.

Unter Abwehrmechanismen werden habituelle Reaktionen, die eine Person einsetzt, um sich vor Angst zu schützen, verstanden. Diese zu erfassen und in ihrer Reife bzw. Unreife zu differenzieren ist die zentrale Aufgabe der Dimensionen **Primitive Abwehr** und **Coping und Rigidität**.

Personen mit einer normal-neurotischen Persönlichkeitsorganisation setzen in der Regel reife Abwehrmechanismen wie Unterdrückung, und Antizipation, aber auch neurotische Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Intellektualisierung, Reaktionsbildung und Verschiebung ein. Bei einem psychisch Gesunden werden diese Abwehrmechanismen flexiblerer und in adaptiverer Weise als beim neurotischen Menschen verwendet. Beim neurotischen Menschen kommt es dann infolge der neurotischen Abwehr öfter zu psychischen Belastungen.

Erfolgreiches **Coping** ist also die Fähigkeit, auf belastende Situationen flexibel und adaptiv zu reagieren, sich den äußeren Umständen angemessen und konstruktiv gegenüber zu verhalten und damit den Distress zu verringern.

Als **Rigidität** wird hingegen die Neigung, belastenden Situationen immer wieder in einer stereotypen und automatisierten Weise zu begegnen, bezeichnet. Diese maladaptive Reaktion wird als Hinweis auf eine charakterliche Rigidität gewertet und für das Auslösen von Distress verantwortlich gemacht.

Das STIPO-D untersucht Coping und Rigidität, in dem es nach den Möglichkeiten, wie die Person mit herausfordernden und enttäuschenden Situationen als auch mit unkontrollierbaren Situationen umgeht, fragt.

Typisch für die Borderline-Persönlichkeitsorganisation sind primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Idealisierung / Entwertung, primitive Verleugnung, projektive Identifizierung, Somatisierung und Phantasiebildung, die das STIPO-D durch das Erfragen von bewussten, subjektiv affektiven, kognitiven und verhaltensmäßigen Korrelaten erfasst.

Eine unbeeinträchtigte **Realitätsprüfung** ist durch die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität sicher differenzieren zu können, charakterisiert. Sie beschreibt das Verhältnis des Selbst zur äußeren Welt und wird im STIPO-D durch das Erfragen von Depersonalisation, Wahrnehmung von Körpersensationen, Erfahrung innerer und äußerer Realität und des Verstehens der eigenen sozialen Bedeutung für andere erfasst.

Eine ausgeprägte Einschränkung der Realitätsprüfung mit halluzinatorischem und wahnhaftem Erleben, einer übermäßigen Beschäftigung mit magischen und übernatürlichen Erfahrungen und einer Fixierung auf hypochondrische Inhalte von wahnhafter Qualität trägt maßgeblich zur Unterscheidung zwischen Patienten mit einer atypischen Psychose und solchen mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation bei. Bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation können vorübergehende Einschränkungen der Realitätsprüfung vorliegen und dienen dann der Abgrenzung von Patienten mit einem neurotischen und normalen Organisationsniveau, bei denen eine solche Einschränkung nicht mehr vorkommt.

In die **Qualität der Objektbeziehungen** werden sowohl die interpersonellen Beziehungen einer Person als auch das innere Erleben der Person von Interaktionen zwischen sich und anderen eingeschlossen. Diese Dimension wird im STIPO-D anhand der Natur und Stabilität zwischenmenschlicher und intimer Beziehungen, dem Vermögen, Zärtlichkeit mit Erotik zu verbinden, der Tendenz, Beziehungen unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung zu sehen und der Fähigkeit, sich dauerhaft auf andere einzulassen, gemessen.

Die Dimension **Aggression** untersucht das Ausmaß mit dem das innere Erleben und das äußere Verhalten einer Person von Aggression bzw. der dagegen gerichteten Abwehrmechanismen beherrscht werden. Ein hohes Maß von Aggression geht oft mit primitiven Abwehrmechanismen und geringer Qualität der Objektbeziehungen einher. Durch das Explorieren von selbstzerstörerischem Verhalten, Sadismus, omnipotenter Kontrolle anderer und Hass wird im STIPO-D Aggression festgehalten.

Das Ausmaß des inneren Erlebens und des Verhaltens einer Person in Abhängigkeit von internalisierten stabilen Werten und Moralvorstellungen erfasst die Dimension **Wert-**

vorstellungen im STIPO-D, in dem nach dem Verhalten der Person in ethischen Entscheidungen und nach ihrer Fähigkeit zum Schulterleben gefragt wird.

Die **Auswertung der Einzelitems** erfolgt durch den Interviewer schon während des Interviews. Auf einer Skala von „0“ für das Fehlen einer Pathologie über „1“ für eine mittlere Ausprägung der Pathologie bis „2“ für ein starkes Ausmaß des dysfunktionalen Erlebens oder Verhaltens trägt der Interviewer für jedes Item seine Einschätzung ein. Um die Einschätzung für den Interviewer zu erleichtern, werden für jedes Item Ankerbeispiele mit einer Liste von entsprechenden Charakteristika genannt. Für die Unterscheidung eines Scores von „1“ gegenüber „2“ sollen dann „Häufigkeit, Intensität oder Schwere und das Vorhandensein in verschiedenen Bereichen eines bestimmten Gefühls oder Verhaltens“ (STIPO-D, 2004 Handbuch, S. VIII) herangezogen werden.

Ein Score von „3“ wird vom Interviewer vergeben, wenn die Person die Frage nicht verstanden hat oder nach mehreren Erklärungen diese nur sehr inkohärent, oberflächlich oder in inhaltlich inkonsistenter Weise beantwortet. Ein Score von „9“ signalisiert, dass dieses Item bei der Person keine Anwendung gefunden hat und damit nicht zur Auswertung beitragen kann.

Um die vom Rater vorzunehmende Einstufung anschaulich darzustellen soll nachfolgende Abbildung des Items 67 des STIPO-D dienen:

67. Sind Sie ein Mensch, der dazu neigt, sich selbst die Schuld zu geben, wenn Sie einen Fehler machen oder etwas schief geht?
- Selbstbeschuldigung*
- Wenn nein:
Gab es schon einmal eine Situation, in der die Dinge nicht nach Ihren Vorstellungen gelaufen sind, und Sie sich dann gefragt haben, was Sie hätten tun sollen und was Sie hätten tun können?
- Wenn ja:
Wie ist es mit Situationen, die außerhalb Ihrer Kontrolle liegen? Manchmal geschehen Dinge einfach, oder nicht? Sind Sie in solchen Situationen immer noch sehr hart mit sich selbst?
Wie stark wird Ihre Selbstkritik in solchen Situationen? Können Sie aufhören, sich selbst zu kritisieren, wenn Sie wissen, dass Ihre Kritik unvernünftig ist?
- 0= *Kann Selbstbeschuldigungen gut relativieren; dies ist insbesondere in den Fällen möglich, in denen die/ der Untersuchte merkt, dass es nichts oder fast nichts gegeben hätte, was sie/ er hätte tun können*
- 1= *Gewisse Probleme, die eigene Selbstkritik zu begrenzen; ein gewisses Bewusstsein davon, dass die Selbst-Geißelung übermäßig ist*
- 2= *Deutliches bis ausgeprägtes selbstkritisches Grübeln, Selbst-Geißelung eventuell ohne Bewusstsein von deren Übermäßigkeit und wenig bis keiner Fähigkeit, die Selbstkritik einzugrenzen*
- 3= *Sehr oberflächliche Antwort; die Antwort ist eindeutig inhaltlich inkonsistent und schlecht integriert; kann die Frage nicht verstehen bzw. sie reflektieren, beantwortet die Frage nicht oder inkohärent*

Abb. 6: Item 67. Selbstbeschuldigung des STIPO-D

Zur weiteren Auswertung wird zunächst ein Rating für jede Subdimension und danach für die entsprechende übergeordnete Dimension auf einer 5-Punkt-Skala vorgenommen, so dass sich dann das jeweilige **Gesamtrating** darstellt.

Die Werte werden in die Tabelle zur Erstellung des Persönlichkeitsprofils eingetragen. Darüber hinaus können auch arithmetische Werte durch die Bildung der Mittelwerte der entsprechenden Ergebnisse einer Subdimension bzw. Dimension gebildet werden.

Um schließlich das **Strukturturniveau** einer Person zu erfassen werden die dimensional Scores aller sieben Dimensionen (Identität, Objektbeziehungen, primitive Abwehr, Coping / Rigidität, Aggression, Wertvorstellungen und Realitätsprüfung) zur Einstufung auf das normale, neurotische bzw. Borderline-Strukturturniveau verwendet. Im Handbuch des STIPO-D sind hierfür ausführliche Beschreibungen für jedes der sechs Organisationsniveaus aufgeführt.

1.2.6. Die Strukturachse der OPD-2

Vor dem Hintergrund der analytischen Theoriebildung stellt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) ein operationalisiertes, multiaxiales, psychodynamisches Diagnosesystem zur Anwendung in der psychotherapeutischen Praxis, Lehre und Forschung dar. Neben den vier psychodynamischen Achsen „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ (Achse I), „Beziehung“ (Achse II), „Konflikt“ (Achse III) und „Struktur“ (Achse IV) werden darüber hinaus psychiatrische, psychosomatische und körperliche Erkrankungen nach ICD-10 bzw. nach DSM-IV optional auf einer fünften Achse festgehalten.

Als halbstrukturiertes diagnostisches Instrument veröffentlichte der Arbeitskreis der OPD 1996 das Manual der OPD-1, zehn Jahre später folgte das überarbeitete Manual der OPD-2.

Der OPD-Arbeitskreis folgt in seinem Strukturkonzept wesentlich den Ausführungen Gerd Rudolfs. Auf die Verwendung tradierter psychoanalytischer Begriffe wird weitestgehend verzichtet und stattdessen die beobachtungsnahe funktionale Beschreibung der Struktur als Selbst in seiner Beziehung zu den Objekten in den Mittelpunkt gestellt. Alle strukturellen Funktionen lassen sich demnach auf das psychische Innen und auf das soziale Außen beziehen (Arbeitskreis der OPD, 2006).

Die Struktur des Selbst umfasst die Selbstreflexion, die das Erstellen eines Selbstbildes und das Erleben von Identität ermöglicht, den Selbstwert, in dem das Selbst sich selbst bewertet und von anderen bewertet wird, als auch die Integration aller psychischer Funktion und die Regulation der Innenvorgänge wie Affektregulation, Impulssteuerung und Selbstwertregulation. In den Beziehungserfahrungen finden Internalisierungsprozesse statt, die wiederum den Aufbau von Objekt- und Selbstrepräsentanzen ermöglichen. Beziehungserfahrungen sind ebenfalls notwendig, um die Regulierung des Selbst zu entwickeln, aber auch um zu lernen, eigene und fremde Interessen sicher unterscheiden und angemessen berücksichtigen zu können. Weiterhin sind die Fähigkeiten, sich emotional verständlich zu machen und Empathie für andere zu empfinden für die Entwicklung einer adäquaten Kommunikation als strukturelles Element von Bedeutung.

Die OPD-2 bildet die Strukturachse auf vier Dimensionen, jede noch einmal in den Bezug zum Selbst und in den Bezug zu den Objekten unterschieden, ab. Diese Dimensio-

nen sind: Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs, Kommunikation nach innen und nach außen sowie Bindung an innere und äußere Objekte.

Ursprünglich beinhaltete die Strukturdiagnostik der OPD-1 die sechs Dimensionen: „Selbstwahrnehmung“, „Selbststeuerung“, „Abwehr“, jeweils bezogen auf das Selbst und „Objektwahrnehmung“, „Kommunikation“ und „Bindung“, jeweils bezogen auf die Objekte. Die strukturelle Funktion der „Abwehr“, die mehr theoriegeleitet und weniger gut verhaltensnah beobachtet werden kann, ist in der Strukturachse der OPD-2 nicht mehr als eigene Strukturdimension enthalten, sondern fließt vielmehr in den Beschreibungen der unterschiedlichen Strukturniveaus aller acht Subdimensionen mit ein. So ist die Abwehr bei einem guten Strukturniveau mehr intrapsychisch gegen Triebwünsche und Affekte gerichtet. Die typischen Abwehrmechanismen sind Verdrängung, Rationalisierung und Verschiebung. Die Abwehr wird beim mäßigen Strukturniveau zunehmend starrer und ausgeprägter. Neben Verleugnung, Reaktionsbildung und Projektion kommt es in krisenhaften Zuspitzungen auch vorübergehend zu Spaltung, Entwertung und Idealisierung. Diese zuletzt genannten Abwehrmechanismen sind zusammen mit der projektiven Identifizierung charakteristisch für das gering integrierte Strukturniveau. Die Abwehr wird jetzt auch interpersonell mit Impulsdurchbrüchen spürbar. Verzerrungen der Selbst- und Objektrepräsentanzen kommen hinzu. Bei einem desintegrierten Strukturniveau dient die Abwehr nur noch dem Erhalt eines inneren Gleichgewichtes, welches sehr störanfällig ist und schnell zu psychotischem oder dissoziativem Erleben führen kann.

In dem teilstrukturierten Interview werden gezielt Beschreibungen des Selbst und seiner Objekte sowie auch Beziehungsepisoden erfragt und die Struktur wird für alle acht Subdimensionen anhand von Ankerbeispielen in die vier Stufen „gutes (1)“, „mäßiges (2)“, „geringes (3)“ strukturelles Integrationsniveau und „desintegriertes (4)“ Strukturniveau geratet. Dabei können auch Zwischenstufen gebildet werden, so dass die Messskala zusätzlich die Werte „1,5“, „2,5“ und „3,5“ enthält. Hierfür liegen jedoch keine Ankerbeispiele vor.

Eine ausführliche Beschreibung der fünf Achsen der OPD-2 als auch eine Darstellung der Interviewtechnik und des Ratings erfolgt im Methodenteil dieser Arbeit.

1.2.6.1. Empirische Befunde zur Strukturachse der OPD

Im Rahmen mehrerer Studien sind sowohl die Praktikabilität als auch die Reliabilität und die Validität des diagnostischen Instruments als auch einzelner Achsen der OPD-1 überprüft worden (Rudolf et al., 1996; Grande et al., 1998; Freyberger et al., 1998; Cierpka, 2000; Cierpka et al. 2001; Schneider et al., 2002 und Spitzer et al, 2002).

Für die Strukturachse der OPD-1 zeigten Cierpka et al. 2001 eine gute Reliabilität. Für die Einschätzung der Gesamtstruktur fand sich unter klinischen Bedingungen ein mittlerer Wert von .69 (gewichtetes Kappa). Dieser Wert ließ sich mit Hilfe videographierter OPD-Interviews, angefertigt für Forschungszwecke, für Einschätzung der Gesamtstruktur auf .70 (gewichtetes Kappa) noch leicht verbessern.

Grande et al. (1998) überprüften die Validität in mehreren Studien durch Korrelation der OPD-Dimensionen mit entsprechenden Außenkriterien. So konnten sie in ihrer Untersuchung an 48 psychosomatisch-psychotherapeutischen Patienten signifikante Korrelationen zwischen verwandten Dimensionen der Skalen Psychischer Kompetenz (SPK, Huber et al., 2006) und der OPD-1 finden. Unter anderem zeigten sich diese Zusammenhänge zwischen „Beharrlichkeit“ der SPK und „Selbststeuerung“ der OPD, „Beziehungsabbrüche“ der SPK und „Selbststeuerung“ der OPD, „Wenig emotionale Resonanz“ der SPK und „Affektdifferenzierung“ der OPD sowie zwischen „Sich nicht selbst Vertrauen“ der SPK und „Selbstwertregulation“ der OPD. Nach Oberbracht zeigt sich ein zunehmend geringeres Strukturniveau häufiger mit der Diagnosestellung schwerer Persönlichkeitsstörungen einhergehend. In einer Untersuchung von Nitzgen und Brün-ger (2000), in der 171 männliche Patienten eingeschlossen worden sind, wird darauf hingewiesen, dass suchtmittelabhängige Patienten für die Strukturdimension „Selbststeuerung“ die schlechtesten Werte aufwiesen. Darüber hinaus konnten sie zeigen, dass Patienten mit Diagnosen aus dem neurotischen Formenkreis ein besseres Strukturniveau als Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erreichten (Mittelwerte: 1.97 und 2.37, $p < .01$). Reymann und Kollegen (2000) konnten in ihrer Studie mit alkoholkranken Männern ebenfalls strukturelle Schwächen für die Selbststeuerung aber auch für die Objektwahrnehmung finden.

Rudolf und Kollegen fanden in ihrer Studie von 1996 keinen signifikanten Zusammenhang zwischen ICD-Diagnose und Strukturniveau. Sie konnten jedoch belegen, dass ein

geringeres Strukturniveau mit einer längeren Erkrankungsdauer verbunden ist. Sie konnten zudem zeigen, dass sich die Struktureinschätzung zu Beginn der stationären Behandlung für die Erfolgsbeurteilung sowohl durch den Patienten als auch durch den Behandler als sehr guter Prädiktor herausstellte. Besondere Bedeutung fand dabei die Strukturdimension „Bindungsfähigkeit“.

Anhand von 49 konsekutiv erfassten Patienten einer Psychotherapiestation wiesen Grütering und Schauenburg (2000) nach, dass eine sichere Bindung und übermäßige Abhängigkeitsbestrebungen mit einem besseren Strukturniveau einhergehen und andererseits Borderline-Züge, übermäßige Autonomiebestrebungen und antisoziale Züge auf ein schlechteres Strukturniveau hinweisen. So korrelierten unter anderem die korrespondierenden Skalen Frustrationstoleranz des Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP, Weinryp u. Rössel, 1991) mit Selbststeuerung, Frustrationstoleranz und Bindung (OPD) sowie Alexithymie (KAPP) mit Selbst- und Objektwahrnehmung (OPD).

Schneider und Kollegen (2002) fanden heraus, dass sich Patienten, die zur ambulanten Therapie vorgeschlagen wurden, von denen, die zu einer stationären Behandlung eingewiesen werden, in ihrem Strukturniveau unterscheiden. Zu dem Ergebnis, dass gut strukturierte Patienten auch besser von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren können, kamen Strauß und Kollegen (1997) in ihrer Untersuchung an 30 Patienten in stationärer Therapie.

Eine nicht veröffentlichte Heidelberger Studie weist darauf hin, dass es sich anhand der Ergebnisse mit einer inneren Konsistenz für die Strukturdimensionen von .87 und für die Strukturfaktoren von .96 bei der Struktur „um ein im Wesentlichen eindimensionales Konstrukt handelt und die verschiedenen Teilfunktionen der Struktur interdependent wirken“ (Arbeitskreis der OPD, 2006, S. 59).

Das Strukturniveau von 132 stationären Psychiatriepatienten wurde in einer Studie von Spitzer und Mitarbeiter (2002) mit den Werten im Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI) und der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) in Beziehung gesetzt. In varianzanalytischen Vergleichen fand sich, dass Patienten mit einem guten Strukturniveau nach OPD-1 die niedrigsten Werte in den BPI-Subskalen aufwiesen und andererseits die Patienten mit einem niedrigerem Strukturniveau die höchsten Werte in den BPI-Subskalen zeigten. Hingegen konnten sie zwischen der OPD-1-Strukturachse und der TAS-20 keine signifikanten Zusammenhänge belegen. Aus einer zweiten Teilstudie berichteten

Spitzer und Mitarbeiter (2004), dass sich zwischen dem Gesamtstrukturniveau der OPD-1 und Skalen der Symptom-Checkliste-90 (SCL-90-R; Franke, 1995) einige signifikante Zusammenhänge herstellen ließen. So hatten Patienten mit einem niedrigeren Strukturniveau höhere Werte in den Skalen Aggressivität, Unsicherheit im Sozialkontakt, paranoides Denken und Psychotizismus. Beim Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al., 2000) konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Strukturniveau der OPD-1 und dem IIP-Gesamtwert und zudem mit den Skalen „Streitsüchtig“ und „Abweisend“ gefunden werden.

Mestel et al. (2004) setzen in ihrer Studie mit 145 stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Patienten die Ergebnisse der OPD-Gesamtstruktur mit mehreren Fragebögen in Beziehung. Patienten mit einem geringeren Strukturniveau fielen in ihrer Beschreibung im Gießen-Test (GT; Beckmann et al., 1991) durch eine geringe soziale Resonanz, depressive Grundstimmung, starke Verslossenheit und einer mangelnden sozialen Potenz auf. Diese gering strukturierten Patienten beurteilten sich im IIP auch signifikant als kälter und ausnutzbarer. Im Beck Depression Inventory (BDI; Hautzinger et al., 1995) als auch in der SCL-90-R (Franke, 1995) wiesen diese Patienten eine höhere Depressivität bzw. eine höhere Symptombelastung auf.

In der Studie von Benecke et al. (2009) mit 139 Personen konnten sowohl hochsignifikante Zusammenhänge aller acht Strukturdimensionen der OPD-2 mit der Anzahl der Achse I- und Achse II-Diagnosen nach DSM-IV als auch hohe korrelative Zusammenhänge der OPD-2-Strukturratings mit der Gesamtstrukturskala des IPO sowie dem Gesamtscore des BPI gezeigt werden.

Aus der hier erhobenen Stichprobe mit 125 Patienten konnte in der Studie zum Strukturniveau der OPD-2 und psychiatrischer Diagnose gezeigt werden, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ein hochsignifikant schlechteres Strukturniveau als Patienten mit einer Achse I-Störung haben (Menke, S. 4, 2011). Darüber hinaus hatten Patienten mit einer Cluster-B Persönlichkeitsstörung eine signifikante schlechtere Gesamtstruktur als Patienten mit einer Cluster C Persönlichkeitsstörung. Der Vergleich der acht Strukturdimensionen und den einzelnen Dimensionen des STIPO zeigte ausnahmslos signifikante Übereinstimmungen (Rudolf & Doering, S. 16, 2011). Die einzelnen Korrelationen ergaben Werte zwischen $r = .403$ und $r = .701$ im mittleren Bereich. Die Ge-

samtscores der beiden Strukturinstrumente korrelierten mit einem Wert $r = .677$ ($p < .01$).

2. Hypothesen

Zur besseren Übersicht der einzelnen Hypothesen fasst die Tabelle 2 die erwarteten positiven (+) und negativen (-) Korrelationen zwischen den einzelnen Subdimensionen der OPD-2-Strukturachse und den jeweiligen Fragebögen als Außenkriterien zusammen.

Da das Borderline Persönlichkeits-Inventars (BPI, Leichsenring) mit seinen vier Subskalen die Strukturaspekte Identitätsintegration, Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen, Angst vor Nähe und Realitätsprüfung enthält und ein gebräuchliches Selbstbefragungs-Instrument zur Erfassung persönlichkeitsstruktureller Merkmale darstellt wird zudem die Hypothese aufgestellt, dass sich das jeweilige Gesamtstrukturniveau der OPD-2 in den einzelnen vier Subskalen sowie dem BPI-Gesamtscore widerspiegelt.

OPD-2 Dimension	Außenkriterium	Erwartete Korrelation
Selbstwahrnehmung	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“	+
Objektwahrnehmung	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Sk.: „Primitive Abwehrmechanismen u. Objektbeziehungen“ Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Gefühle und Beziehungen zu anderen“	+ -
Selbstregulierung	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI) „Trait-Anger - Skala „Nach außen gerichteter Ärger“ Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) Skala „Erleben von Emotionsüberflutung“ Rosenbergskala Skala „Wertlosigkeit“	+ - -
Regulierung des Objektbezugs	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“ State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI) Skala „Nach außen gerichteter Ärger“ Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS) Skala „Wendung gegen das Objekt“	+ + +
Kommunikation nach innen	Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) Skala „Erleben von Emotionsmangel“ Toronto Alexithymie Skala Skala „Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen“ Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) Skala „Aspekte der körperlichen Erscheinung“	+ + -
Kommunikation nach außen	Toronto Alexithymie Skala Skala „Schwierigkeiten bei d. Beschreibung von Gefühlen“ Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi) Skala „Vermeidung in Partnerschaften“	+ - +
Bindung an innere Objekte	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“ Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Wertschätzung durch andere“ Skala „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“	- - -
Bindung an Äußere Objekte	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Angst vor Nähe“ Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi) Skala „Vermeidung in Partnerschaften“ Skala „Angst in Partnerschaften“ Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Gefühle und Beziehungen zu anderen“	+ + + -

Tab. 2: Erwartete Korrelationen zwischen den acht Strukturdimensionen der OPD-2 und den Fragebögen

3. Methode

3.1. Untersuchungsdesign

In einem Zeitraum von Oktober 2007 bis Januar 2010 nahmen insgesamt 125 Probanden an dieser Studie teil. Die Probanden befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt entweder auf einer offen geführten Psychotherapiestation in Behandlung oder in einer ambulanten Psychotherapie.

Die Untersuchung verfolgte mehrere Ziele. Neben der Überprüfung der Validität der Strukturachse der OPD-2 mittels bereits validierter Fragebögen als Außenkriterien, mit der sich die hier vorliegende Arbeit beschäftigt, ging es in dieser breit angelegten Studie darüber hinaus auch um das Strukturniveau und psychiatrische Diagnose, den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsorganisation und verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern und um die konvergente Validität der deutschsprachigen Version des STIPO-D (Strukturiertes Interview zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation).

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster erklärte die Studie am 20. September 2007 unter dem Aktenzeichen 2007-344-f-S für unbedenklich (Ethikvotum siehe Anhang).

Die vier Untersucher, jeweils zwei für die Untersuchung der Probanden mittels des STIPO-D-Interviews bzw. mittels OPD-Interview, wurden vor Beginn der Studie in die jeweilige Interview-Technik eingeführt und darin ausgebildet. Dafür unterzogen sich die beiden OPD-Interviewer einem OPD-2-Grund- und zwei OPD-2-Aufbaukursen über insgesamt 60 Stunden mit abschließender Prüfung und Erhalt des OPD-2-Rater-Zertifikates.

Die beiden STIPO-Interviewer unterzogen sich einem intensiven Training in der Durchführung ihres Interviews. Somit konnte eine hohe Interrater-Reliabilität dargestellt werden.

Von den vier Untersuchern sind zwei Diplom-Psychologinnen, die psychotherapeutisch tätig sind, und zwei Fachärzte, die beide ihren Beruf psychiatrisch-psychotherapeutisch ausüben.

In einem Vorgespräch wurden die Probanden, die der jeweilige Untersucher zuvor nicht kannte, über den Ablauf, Umfang und Ziel der Untersuchung sorgfältig aufgeklärt. Danach konnten die Probanden die Teilnahme an der Studie überdenken und gaben dann nach wenigen Tagen ihr schriftlich verfasstes Einverständnis sowohl für ihre Teilnahme an dieser Studie als auch für die Verarbeitung ihrer von den Untersuchern erhobenen Daten per Unterschrift. Der Einverständnisbogen wurde mit Datum dann auch vom Untersucher gegengezeichnet (siehe Anhang).

Von den 125 Probanden, die in die Studie eingeschlossen wurden, unterzogen sich 124 dem videogestützten OPD-Interview, alle 125 Probanden nahmen an dem STIPO-D-Interview als auch den Untersuchungen mittels SKID-I und SKID-II (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV) teil und füllten die Fragebögen aus.

Jeder der vier Untersucher rekrutierte Verlauf der Studie mindestens dreißig Probanden. In Absprache mit dem jeweiligen Behandler im Krankenhaus bzw. der psychotherapeutischen Praxis wurden die Probanden in die Studie eingeschlossen.

Der Untersucher, der den Probanden in die Studie eingeschlossen hatte, führte sodann das OPD-2- oder das STIPO-Interview bei dem Probanden durch, anschließend erfolgte in einer zweiten Sitzung die Durchführung der SKID-I und -II-Interviews. Gelegentlich wurde auch ein weiterer Termin für das SKID-II Interview benötigt. Die SKID Interviews wurden zur validen Feststellung der psychiatrischen Diagnosen nach dem amerikanischen DSM-IV eingesetzt.

Der zweite Untersucher führte nach dem ersten Interview zeitnah dann das noch fehlende Interview, also entweder das STIPO- oder das OPD-2 Interview durch.

Somit wurde jeder Proband an drei bis vier verschiedenen Zeitpunkten untersucht, die an mehreren Tagen stattfanden, um Überforderungssituationen und Interferenzen zu verhindern.

Der zeitliche Aufwand für die vollständige Durchführung der Interviews betrug für das OPD-2 Interview ca. 90 bis 120 Minuten, für das STIPO-D Interview ca. zwei bis drei Stunden und für die SKID-I und SKID-II Interviews zusammen ca. eine bis zwei Stunden. Die Auswertung von STIPO-D, SKID-I und SKID-II Interview erfolgte durch den jeweiligen Untersucher direkt während und unmittelbar nach dem Interview. Alle OPD-2 Interviews wurden videographiert und von mindestens zwei zertifizierten OPD-Ratern in einem Konsensus-Rating beurteilt.

Alle Probanden erhielten zudem ihre Fragebögen, die sie in demselben Zeitraum, in denen auch die Interviews stattfanden, bearbeiteten. Dafür wurden sie durch den jeweiligen Untersucher ausführlich in die Bearbeitung der jeweiligen Fragebögen eingeführt. Für Rückfragen und weitere Erläuterungen waren die Untersucher ansprechbar. Die Bearbeitung der Fragebögen fand in einer ruhigen, störungsfreien Atmosphäre statt. Explizit wurde jeder Proband darauf hingewiesen, sich für die Bearbeitung der Fragebögen Zeit zu nehmen und sie frei von äußeren Einflüssen zu beantworten. Alle Probanden waren der deutschen Sprache mächtig, mit dem hiesigen Kulturraum vertraut und konnten die Fragebögen sicher und ohne übermäßige Belastung durcharbeiten.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an dieser Studie waren schwere psychische Erkrankungen, die mit Wahrnehmungsverzerrungen wie beispielsweise akut psychotischen Erleben, oder mit kognitiv-mnestischen Einschränkungen oder mit einer aktuellen Suchtproblematik behaftet waren.

Im Einzelnen betraf dies nach der ICD-10 (Dilling et al., 2005) diese Diagnosegruppen:

- ICD-10: F 0: Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
- ICD-10: F 2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- ICD-10: F 7: Intelligenzminderungen

Darüber hinaus konnten Patienten mit anderen Diagnosen aus der psychiatrischen Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10, die aufgrund der Schwere ihrer psychiatrischen Erkrankung nicht in der Lage waren, den Umfang der Studie zu bewältigen, nicht eingeschlossen werden. Des Weiteren wurden auch Patienten, die an einer aktuell behandlungsbedürftigen schweren Suchterkrankung nach ICD-10: F1 litten nicht in diese Studie aufgenommen. Auch Patienten, bei denen aufgrund der aktuellen pharmakologi-

schen Behandlung die kognitiv-mnestischen Fähigkeiten beispielsweise infolge sedierender Eigenschaften der Medikamente beeinträchtigt erschienen, nahmen an dieser Studie nicht teil.

Die Datenerhebung konnte nach 27 Monaten abgeschlossen werden. Die dabei gewonnenen Ergebnisse über den einzelnen Probanden konnten in Absprache mit dem Probanden dem Behandler bereitgestellt werden und in die aktuelle Behandlung mit einfließen.

3.2. Beschreibung der Stichprobe

An der Studie nahmen in der Zeit von Oktober 2007 bis Januar 2010 insgesamt 125 Probanden teil. Davon waren 86 Frauen (68,8%) und 39 Männer (31,2%). 124 Probanden absolvierten das videografierte OPD-2 Interview, alle 125 Probanden beantworteten die Fragebögen.

Die Probanden waren zwischen 18 und 70 Jahre alt, das durchschnittliche Alter lag bei 40,78 Jahren (SD = 14,61).

Die soziodemographischen Daten für diese Stichprobe sind in Tabelle 3 aufgeführt (n = 125).

	n	%		n	%
<u>Geschlecht</u>			<u>Bildungsstand</u>		
Weiblich	86	68,8	Hauptschule (ohne Lehre)	9	7,2
Männlich	39	31,2	Hauptschule (mit Lehre)	36	28,8
<u>Familienstand</u>			<u>Berufstätigkeit</u>		
Ledig / ohne Partner	38	30,4	Realschule	30	24,0
Ledig / mit Partner	16	12,8	(Fach-)Abitur	33	26,4
verheiratet/Lebensgemeinschaft	44	35,2	Hochschulabschluss	9	7,2
geschieden / getrennt / lebend	18	14,4	Sonstiges	3	2,4
Verwitwet	3	2,4	Schule noch nicht abgeschl.	1	0,8
Keine Angaben	6	4,8	kein Schulabschluss	1	0,8
<u>Lebensform</u>			<u>keine Angaben</u>		
mit Partner / eigene Familie / Kinder	63	50,4	voll erwerbstätig	34	27,2
Allein lebend	36	28,8	Teilzeitbeschäftigt	19	15,2
Herkunftsfamilie (Eltern)	11	8,8	Arbeitslos	31	24,8
Wohngemeinschaft	4	3,2	noch in Ausbildung	13	10,4
Institution	1	0,8	Hausfrau/-mann	7	5,6
Sonstiges	3	2,4	berentet / pensioniert	17	13,6
Keine Angaben	7	5,6	lfd. Rentenverfahren	5	4,0

Tab. 3: Soziodemographische Variablen der Stichprobe

Aus der Tabelle 4 ist die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen nach DSM-IV zu entnehmen.

Achse I-Störungen nach DSM-IV	n	%
Major Depression, einzelne Episode (leicht bis schwer)	44	18,2
Major Depression, rezidivierend (leicht bis schwer)	57	23,6
Bipolar I Störung, letzte Episode depressiv (leicht bis schwer)	4	1,6
Kurze psychotische Störung, mit deutlichen Belastungsfaktoren	1	0,4
Panikstörung ohne Agoraphobie	11	4,6
Panikstörung mit Agoraphobie	7	2,9
Agoraphobie	1	0,4
Generalisierte Angststörung	7	2,9
Soziale Phobie	3	1,2
Spezifische Phobie	9	3,7
Zwangsstörung	8	3,3
Dysthyme Störung	4	1,7
Hypochondrische Neurose	1	0,4
Somatoforme Störung, undifferenziert	4	1,7
Somatisierungsstörung	3	1,2
Alkoholabhängigkeit	3	1,2
Alkoholmissbrauch	18	7,5
Cannabissmissbrauch	7	2,9
Halluzinogenmissbrauch	1	0,4
Kokainmissbrauch	2	0,8
Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikamissbrauch	1	0,4
Amphetaminmissbrauch	3	1,2
Primäre Insomnie	1	0,4
Bulimia nervosa	8	3,3
Anorexia nervosa	2	0,8
Essstörung	1	0,4
Schmerzstörung	5	2,3
Anpassungsstörung	6	2,5
Posttraumatische Belastungsstörung	16	6,6
Aufmerksamkeitsdefizit vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ	3	1,2
Gesamt	241	

Tab. 4: Verteilung der Achse I-Störungen nach DSM-IV in der Stichprobe
 Bei zwei Patienten (1,6%) wurde keine Achse I-Erkrankung diagnostiziert, 54 Patienten (43,2%) wiesen eine Diagnose und 69 Patienten (55,2%) wiesen mehr als eine Diagnose auf der Achse I auf.

Die Häufigkeit des Auftretens von Achse II-Störungen nach DSM-IV innerhalb der Stichprobe zeigt Tabelle 5.

37 Patienten (29,6%) erhielten eine, 41 Patienten (32,8%) erhielten mehr als eine Diagnose auf der Achse II. Bei 47 Patienten (37,6%) wurde keine Achse II-Störung diagnostiziert.

Achse II-Störungen (DSM-IV)	N	%
Selbstunsichere	25	15,9
Dependente	14	8,9
Zwanghafte	20	12,7
Negativistische	3	1,9
depressive	8	5,1
paranoide	14	8,9
Schizotypische	1	0,6
Schizoide	4	2,5
Histrionische	4	2,5
Narzisstische	15	9,6
Borderline	36	22,9
Antisoziale	13	8,3
Gesamt	157	

Tab.5: Verteilung der Achse II-Störungen nach DSM-IV in der Stichprobe

3.3. Beschreibung der verwendeten Instrumente

3.3.1. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2)

Zunächst werden die Achsen I, II, III und V kurz vorgestellt. Danach wird auf die Achse IV zur Strukturdiagnostik ausführlicher und anschließend auf die spezielle Interview-Technik der OPD-2 näher eingegangen.

3.3.1.1. Darstellung Achsen I-III und V der OPD-2

Achse I - Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen:

Die Achse I erfasst neben einer objektivierenden Bewertung der Erkrankung auch Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte sowie die Veränderungsressourcen und Veränderungshemmnisse des Patienten. Mit insgesamt zwanzig Items werden emotionale, kognitive und behaviorale Elemente abgebildet.

Auf einer fünfstufigen Skala können sowohl die Schwere der Symptomatik, der Leidensdruck, die Darstellung körperlicher, psychischer und sozialer Beschwerden und Probleme sowie die Frage, ob und inwieweit das Krankheitskonzept des Patienten an körperlichen, psychischen oder bzw. und an sozialen Faktoren orientiert ist, eingestuft werden. Ebenfalls werden die Veränderungskonzepte bezogen auf eine körperliche, eine psychotherapeutische Behandlung, spezifiziert in Symptomreduktion, reflektierend-motivklärendes / konfliktorientiertes, emotional-supportives und aktiv anleitendes Vorgehen, sowie eine soziale Behandlung als auch abschließend die Veränderungsressourcen und äußere / innere Veränderungshemmnisse des Patienten auf der ersten Achse erfasst. Darüber hinaus werden unter der Achse I auch der Wert aus der Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) des DSM-IV und die eindimensionale Maßzahl zur Lebensqualität aus dem Gesundheitsfragebogen EQ-5D (Rabin et al., 2001) sowie

die Einschätzung der Dauer der Störung und des Lebensalters bei Erstmanifestation der Störung festgehalten.

Achse II – Beziehung:

Die Achse II erfasst durch gezieltes Erfragen von möglichst drei rezenten Beziehungsepisoden des Patienten dysfunktionales habituelles Beziehungsverhalten. Hier werden detailliert geschilderte Beziehungsgestaltungen aus verschiedenen sozialen Bereichen und typische Reaktionsweisen seiner Sozialpartner erfragt. Der Untersucher beobachtet dabei parallel das Beziehungsverhalten des Patienten in der aktuellen Interaktion und gebraucht seine Gegenübertragung ebenfalls zur genaueren Einschätzung.

„Die Beziehungsdiagnostik in der OPD-2 bezieht sich sowohl auf das vom Patienten selbst wahrgenommene problematische Beziehungsverhalten als auch auf jene Beziehungsaspekte, die andere (auch der Untersucher) in der Begegnung mit dem Patienten erleben“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 82).

Konzeptuell wird damit die Tradition interpersoneller Kreismodelle (Leary, 1957) wieder aufgegriffen. Die Kategorisierung dieses dysfunktionalen Beziehungsverhaltens bezieht sich auf zirkumplexe Modelle des interpersonalen Verhaltens (Benjamin, 1974), wobei Aspekte des Beziehungsverhaltens in einem Koordinatensystem mit einer Affiliationsachse und einer senkrecht dazu stehenden Interdependenzachse verortet werden.

Insgesamt 30 Items werden zur Beschreibung des interpersonellen Verhaltens angeboten. Diese Items sind je zur Hälfte auf zwei verschiedenen Kreisen lokalisiert: Einem, der Verhalten auf die eigene Person bezogen beschreibt, und einem, der Verhalten bezogen auf das Gegenüber zum Inhalt hat.

Die Beziehungsachse der OPD-2 enthält dabei sowohl die Formulierungen des Patienten, wie er sich selbst und wie er andere immer wieder erlebt als auch die Formulierungen wie Andere und der Untersucher den Betroffenen immer wieder erleben und wie sie sich selbst gegenüber dem Betroffenen erleben. Die pathologischen Beziehungsmuster kann der Untersucher in einer zirkulären beziehungsdynamischen Formulierung („maladaptiv zyklisches Geschehen“, Arbeitskreis OPD-2, 2006, S. 189) mit bis zu drei Items in jeder dieser vier Dimensionen darstellen.

Diesen beziehungs-dynamischen Formulierungen stellen gleichzeitig behandlungsrelevante Beziehungsfoki dar.

„Das Ziel der Diagnostik ist eine beziehungs-dynamische Formulierung, die die vier interpersonellen Positionen miteinander verknüpft“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 197). Neben der reinen Deskription erfasst die OPD-2 damit ein tieferes psychodynamisches Verständnis der Beziehungsgestaltung und der Beziehungsthemen.

Achse III – Konflikt:

In der OPD-2 werden sieben zeitlich überdauernde, dysfunktional repetitive Konflikte von Konfliktschemata, von einem Aktualkonflikt und von einer abgewehrten Konflikt- und Gefühlswahrnehmung abgegrenzt.

Bei den sieben Konflikten, die auf einer Skala von „0 – nicht vorhanden“ über „1 - wenig bedeutsam“ und „2 - bedeutsam“ bis „3 - sehr bedeutsam“ und „9 - nicht beurteilbar“ geratet werden, handelt es sich um:

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikt
- Schuldkonflikt
- Ödipaler Konflikt und
- Identitätskonflikt.

Sowohl der Hauptkonflikt als auch der zweitwichtigste Konflikt werden nach dem Modus der Verarbeitung auf einer Skala in „1 – vorwiegend aktiv“, „2 – gemischt, eher aktiv“, „3 – gemischt, eher passiv“, „4 – vorwiegend passiv“ und „9 – nicht beurteilbar“ weiter differenziert.

Diese Konflikte sind Ausdruck auch unbewusster Gegensätzlichkeiten und Probleme des Erleben und Handelns, die im Leben des Patienten immer wieder eine bedeutende Rolle beanspruchen ohne bisher in einer zufriedenstellender Weise gelöst worden zu sein. In dem diagnostischen Interview werden dafür die wesentlichen Lebensbereiche des Probanden wie Herkunftsfamilie, Partnerschaft und Familie, Beruf und Arbeitswelt, Besitz und Geld, soziales Umfeld, körperliches Erleben sowie Sexualität und Krankheitserleben thematisiert.

Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung wird ebenso erfasst wie ein Aktualkonflikt. Bei einem Aktualkonflikt handelt es sich um eine aktuelle, konflikthafte Lebensbelastung ohne dass ein zeitlich überdauerndes Ausmaß erreicht wird.

Achse V – psychische und psychosomatische Störungen:

Auf der Achse V der OPD werden die psychischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen als auch die körperlichen Erkrankungen, kodiert nach der ICD-10 bzw. nach dem DSM-IV angegeben.

3.3.1.2. Darstellung der Achse IV der OPD-2

Achse IV – Struktur:

Die OPD-2 bildet die Struktur in vier Dimensionen, davon jede Dimension noch einmal unterteilt in Bezug zum Selbst und zum Objekt, ab. Es werden dabei kognitive Fähigkeiten (Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung), Steuerungsfähigkeit (Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs), emotionale Fähigkeit (emotionale Kommunikation nach innen und außen) und die Fähigkeit zur Bindung (innere und äußere Objekte) operationalisiert.

Selbstwahrnehmung

Die kognitive Fähigkeit der Selbstwahrnehmung wird in der Strukturachse der OPD-2 in die drei Bereiche „Selbstreflexion“, „Affektdifferenzierung“ und „Identität“ aufgeteilt. Ein gut integriertes Niveau erreicht der Patient, wenn er über die Fähigkeiten verfügt, sich selbst realitätsgerecht wahrzunehmen und dies auch mit sprachlichen Begriffen auszudrücken. Ebenso kann er seine Affekte auch unter Druck differenziert wahrnehmen und ein konstantes, kohärentes Selbstbild entwerfen.

Objektwahrnehmung

Die kognitive Fähigkeit zur „Objektwahrnehmung“ setzt sich aus den drei Bereichen „Selbst-Objekt-Differenzierung“, „ganzheitliche Objektwahrnehmung“ und „realistische Objektwahrnehmung“ zusammen. Eine gelungene, gut integrierte Objektwahrnehmung setzt demnach voraus, dass der Betroffene eigene und fremde Affekte, Impul-

se und Gedanken realistisch wahrnehmen und sicher auseinander halten kann. Er kann andere mit ihren Interessen, Bedürfnissen, Rechten und Geschichte zu einem lebendigen und realistischen Bild differenzieren und integrieren.

Selbstregulation

Die OPD-2 Strukturachse unterteilt die Steuerungsfähigkeit „Selbstregulation“ in die Bereiche „Impulssteuerung“, „Affekttoleranz“ und „Selbstwertregulierung“. Es handelt sich um einen integrierenden Aspekt des psychischen Erlebens, aus der die Fähigkeit, sich selbst als verantwortlicher Urheber eigenen kompetenten Handelns erleben zu können entsteht. Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein leiten sich von dieser Fähigkeit ab. In diesem bipolaren Konzept der Steuerungsfähigkeit kann es einerseits zu Übersteuerung, andererseits zu Untersteuerung mit ungewolltem oder impulsivem Agieren von Affekten und Triebregungen kommen. Eine gute Integration beinhaltet sowohl die Fähigkeit, aggressive, sexuelle und orale Impulse zu erleben, zu integrieren und je nach Situation aufzuschieben oder auch zu befriedigen. Heftige, negative oder ambivalente Affekte können ebenso erlebt und ausgedrückt werden wie das Selbstwertgefühl bei unterschiedlichen eigenen und äußeren Wünschen geschützt werden kann.

Regulierung des Objektbezugs

In der Steuerungsfähigkeit „Regulierung des Objektbezugs“ grenzt die OPD-2 die Bereiche „Beziehungen schützen“, „Interessenausgleich“ und „Antizipation“ voneinander ab. Gemeint sind sowohl die Fähigkeit, die Beziehung vor den eigenen Impulsen zu schützen als auch die eigenen Interessen zu wahren. Das eigene Handeln wird dabei durch die Fähigkeit der Antizipation, also die Reaktionen anderer vorherzusehen, mitbestimmt. Die regulativen Fähigkeiten ermöglichen es den Betroffenen, anhand der distanzierten Betrachtung der eigenen Interaktionen seine Einstellungen, Entscheidungen und Handlungen zu überprüfen und auch ggf. zu verändern oder zu verbessern. Eine gute Integration beim Patienten wird dann geratet, wenn es ihm gelingt, störende Impulse intrapsychisch zu bewältigen, eigene und fremde Interessen angemessen zu berücksichtigen sowie Reaktionen des anderen handlungssteuernd zu antizipieren.

Kommunikation nach innen

Das Rating der emotionalen Fähigkeit der Kommunikation nach innen der OPD-2 Strukturachse berücksichtigt die drei Bereiche „Affekte erleben“, „Fantasien nutzen“ und „Körperselbst“. Durch das Erleben von Affekten und Fantasien wird die Fähigkeit zur Kommunikation nach innen hergestellt. Die Fähigkeit, innere Dialoge zu führen, sich selbst zu verstehen, Affekte entstehen zu lassen und zu erleben, helfen dabei unter Vermittlung des emotionalen Zustands neue Handlungsentwürfe zu erarbeiten. Dabei spielt auch das emotionale Erleben der eigenen Körperlichkeit als subjektives Erleben der eigenen Leiblichkeit und körperlichen Lebendigkeit eine Rolle. Eine gute Integration dieser Subdimension kann geratet werden, wenn der Patient seine Affekte vielfältig erleben, seine Fantasien und Träume zu Erarbeitung kreativer Lösungen nutzen und seinen Körper realitätsgerecht beschreiben und lebendig wahrnehmen kann.

Kommunikation nach außen

Die Kommunikation nach außen als zweite emotionale Fähigkeit beinhaltet die drei Bereiche „Kontaktaufnahme“, „Affektmitteilung“ und „Empathie“. Sie stellt die Fähigkeit des Selbst zur Kommunikation, vor allem des emotionalen Austausches mit anderen dar. Berücksichtigung finden dabei „die zwischenmenschlich-emotionale Kontaktaufnahme, die Mitteilung eigener Affekte an andere, die Fähigkeit, sich von den Affekten anderer emotional erreichen zu lassen sowie das wechselseitige Verstehen und Wir-Gefühl der Reziprozität“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 266). Um sich in die Innenwelt des anderen vorübergehend hineinversetzen zu können ist die Fähigkeit zur Empathie Voraussetzung. Eine lebendige Kontaktaufnahme mit einer affektiven Beteiligung und einem empathischen Verständnis zeichnet das gute Integrationsniveau in dieser Subdimension aus.

Bindung an innere Objekte

Die Fähigkeit zur Bindung an innere Objekte setzt sich aus den drei Teilen „Internalisierung“, „Introjekte nutzen“ und „Variable Bindungen“ zusammen. Voraussetzung für die Fähigkeit, gute innere Objekte zur Selbstregulation nutzen zu können, ist die vorherige Bildung innerer Vorstellungsbilder von den wichtigen Menschen (Objektrepräsentanzen), deren positive emotionale Verknüpfung und Aufbewahrung. Diese Internalisie-

rung und die Verfügbarkeit dieser stabilen positiven inneren Objekte ermöglichen es den Patienten, sich selbst zu beruhigen, zu trösten und zu schützen. Bei einer positiven Entwicklung dieser Internalisierungsfunktion kann das Selbst dann auf unterschiedliche innere Objekte mit variablen Beziehungsqualitäten zurückgreifen. Ein gutes Strukturniveau in dieser Subdimension bedeutet mit Hilfe stabiler innerer Bilder und guter Beziehungserfahrungen für sich sorgen zu können. Die inneren Bilder sind vielfältig, der Patient kann triadische Beziehungen führen. Seine zentrale Angst beinhaltet, die Liebe des Objekts zu verlieren.

Bindung an äußere Objekte

Die „Bindungsfähigkeit“, „Hilfe annehmen“ und „Bindung lösen“ sind die Unterthemen der Fähigkeit zur Bindung an äußere Objekte. Das Erleben pro-sozialer Affekte gegenüber den inneren Objektrepräsentanzen als auch gegenüber den äußeren Realobjekten beinhaltet Verbundenheit, Dankbarkeit, Verantwortungsgefühl, Fürsorglichkeit, aber auch die Fähigkeit, Schuld und Trauer beim Lösen solcher Bindungen zu erleben. Beziehungen schützen und Menschen als gute Objekte in Anspruch nehmen sowie Trennungen mit einem angemessenem Gefühl der Trauer bewältigen zu können, charakterisieren eine gute Integration in diesem Bereich. Eine Objektabhängigkeit besteht in dieser Einstufung nicht.

Dem Vorschlag Rudolfs folgend unterscheidet die OPD in der Einschätzung der Struktur vier strukturelle Funktionsniveaus. Diese vier Strukturniveaus werden als gutes,mäßiges und gering strukturelles Integrationsniveau und als desintegriertes Strukturniveau bezeichnet.

Aus dem Manual der OPD-2 ist die genaue allgemeine Charakteristik der einzelnen Integrationsniveaus zu entnehmen (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 256 ff):

„Niveau: Gute Integration

Die gute integrierte psychische Struktur stellt einen psychischen Innenraum zur Verfügung, in dem psychisches Erleben (Kognitionen, Affekte, Fantasien, Erinnerungen, Entscheidungen etc.) differenziert wahrgenommen werden kann. Ebenso können Konflikte

intrapsychisch ausgetragen werden; diese ereignen sich zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen sowie zwischen Bedürfnisregungen einerseits und internalisierten Normen (in Gestalt eines ausgereiften Über-Ichs) und Idealen andererseits.

Das gute integrierte Strukturniveau ist dadurch gekennzeichnet, dass die regulierenden Funktionen dem Patienten prinzipiell verfügbar sind und dass sie über längere Lebensperioden hinweg auch bei inneren und äußeren Belastungssituationen erhalten oder wieder gewonnen werden können.

Die zentrale Angst gilt dem Verlust der Liebe des Objekts.

Die Gegenübertagung solchen Patientinnen und Patienten gegenüber ist gekennzeichnet durch das Gewährwerden von Gefühlsregungen, die sich auf die Wiederbelebung biographisch relevanter Erfahrungen mit historisch erlebten Personen beziehen.

Niveau: Mäßige Integration

Zur Charakteristik des mäßig integrierten Niveaus gehört es, dass die Verfügbarkeit über die beschriebenen Fähigkeiten und Funktionen prinzipiell erhalten, aber herabgesetzt ist. Auch hier herrschen intrapsychische Konflikte vor, die nun aber eine andere Ausgestaltung und einen anderen Umgang damit als beim gut integrierten Niveau aufweisen: Auf der Wunschseite stehen unbewusste Regungen der gierigen Bedürftigkeit, der Bemächtigung, der Unterwerfung; auf der deutlich übersteuernden Gegenseite finden sich strenge rigide und strafende Normen („unreifes Über-Ich“) sowie überzogene Ideale.

Die zentrale Angst gilt dem Verlust des Objekts oder der Trennung vom wichtigen Objekt und der Angst vor den eigenen heftigen Impulsen.

Dem entspricht in der Gegenübertragung ein punktuell schwer aushaltbares Erleben, das aber durch konsequente therapeutische Selbstreflexion immer wieder auf die für den Patienten relevanten Beziehungserfahrungen zurückgeführt werden kann.

Niveau: Geringe Integration

Im Gegensatz zu den vorher beschriebenen Strukturniveaus ist hier die Verfügbarkeit über die regulierenden Funktionen deutlich reduziert, und zwar entweder dauerhaft (im Sinne eines Entwicklungsdefizits) oder immer wieder im Zusammenhang mit Belastungssituationen (strukturelle Vulnerabilität). Im Gegensatz zu den vorgenannten Struk-

turniveaus ist der seelische Binnenraum wenig entwickelt. Das Selbst ist sehr bedürftig, sehr kränkbar, sehr impulsiv, die Bilder der Objekte sind bedrohend, verfolgend oder sehnsüchtig idealisiert. Die normative Struktur (im Sinne des Über- Ichs) ist dissoziiert. Unbewusste Wunschregungen werden nicht intrapsychisch gebunden, sondern richten sich direkt nach außen. So kommt es weniger zu intrapsychischen Konflikten als zu einem Vorherrschen interpersoneller Konflikte (in der Partnerschaft, Beruf und sozialem Umfeld).

Die zentrale Angst gilt der Vernichtung des Selbst durch das böse Objekt oder durch den Verlust des guten Objekts.

Die Gegenübertragung ist durch Heftigkeit gekennzeichnet, durch Abruptheit des Erlebens und durch die Tatsache, dass die Gefühlsreaktionen über die Realpräsenz des Patienten nachwirken. Diese Patienten wiederholen nicht an ihrem Gegenüber biographisch relevante Konflikte, sondern mobilisieren über projektive Identifizierungen im anderen psychisches Erleben, das ihnen selbst nicht bewusst ist.

Niveau: Desintegration

Desintegriert ist nicht gleichbedeutend mit desorganisiert. Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden im Sinne einer Restitution durch postpsychotische, posttraumatische, perverse etc. Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder scheinen konfundiert, emphatische Objektwahrnehmungen sind so gut wie unmöglich, Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (die Dinge geschehen einfach). Im Rahmen vorübergehender psychotischer Dekompensation kann es zu projektiven Verarbeitungen kommen.

Der Begriff „desintegriert“ bezieht sich auf die überdauernde Einschränkung struktureller Funktionen, nicht auf Ausnahmezustände und auch nicht auf bestimmte psychotische Krankheitsbilder oder deren Residuen.

Die zentrale Angst gilt den unheimlichen Objekten, die eher medial als objektal erscheinen, ferner der Angst vor dem Ich- Verlust und der Selbstaflösung.

Die Gegenübertragung ist durch das Erleben des Unverständlichen, Befremdlichen, bedrohlich Unheimlichen geprägt.“

3.3.1.3. Das OPD-Interview

Das OPD-Interview ist eine Synthese aus einem psychodynamischen Interview und mehreren strukturierten Interviewstrategien, um die erforderlichen Informationen für die Einschätzung in den fünf OPD-Achsen zu gewinnen. Von Bedeutung ist zunächst eine psychoanalytische Grundhaltung, mit deren Hilfe die „Wiederherstellung infantiler Objektbeziehungen in der Übertragung-Gegenübertragung zwischen Psychotherapeut und Patient“ (Janssen et al., 1996) zugelassen werden kann. „Das OPD-Interview ist multi-axial und multimodal, da Material für die Einschätzung der auf fünf Achsen gesammelt wird und hierfür verschiedene Interviewmodi zum Einsatz kommen“ (Arbeitskreis OPD 2006, S. 281ff.).

Das Manual der OPD-2 stellt ausführlich und anschaulich die Durchführung des OPD-Interviews anhand von Fallbeispielen dar. So werden Voraussetzungen, Prinzipien, des Interviewablaufes, die Eröffnungsphase, die Phase der Ermittlung von Beziehungsepisoden, des Selbsterlebens und der Lebensbereiche, des Objekterlebens und der Lebensgestaltung als auch die Erfassung von Psychotherapiemotivation, Behandlungsvoraussetzungen, Einsichtsfähigkeit sowie der psychischen und psychosomatische Störungen beschrieben. Für die Struktureinschätzung gibt die OPD-2 ein Zeitfenster von den zurückliegenden zwei Jahren vor.

Die primäre Grundeinstellung des Untersuchers entspricht der eines sensiblen psychodynamischen Erstinterviews, in dem dann genügend Raum für eine spontane Entfaltung des inneren Erlebens und der Beziehungsangeboten des Patienten entsteht.

Dabei wird zwischen einer offenen, unstrukturierten, einer mäßig strukturierten und einer strukturierten Gesprächsführung gewechselt. Vor allem um einzelne Themenbereiche wie die Erhebung der biographischen Anamnese, Untersuchung von Beziehungsepisoden, Selbst- und Fremdwahrnehmung und spezifische Details gezielt zu explorieren, wird auf das strukturierte Vorgehen zurückgegriffen. Diese Technik wird von der OPD auch „als ein Oszillieren zwischen beziehungs-dynamischer und explorativer Interviewhaltung beschrieben“ (Arbeitskreis OPD, 2006).

In den offenen, unstrukturierten Interviewpassagen können dann vermehrt psychodynamische Interventionsstrategien wie Klärung, Konfrontation und Deutung zugelassen werden.

Der Patient wird im Verlauf auch direkt aufgefordert, sich selbst näher zu beschreiben, so dass sich der Untersucher ein möglichst genaues und umfassendes Bild von ihm machen kann. Genauso soll er dann auch eine ihm nahestehende Person detailliert beschreiben. Gezieltes Nachfragen und Bitten um Erklärungen bei möglichen Widersprüchen in den Beschreibungen ermöglichen dem Untersucher eine genauere Erfassung des Selbst- und Objekterlebens.

Zum Überblick der Interventionsmöglichkeiten für den Interviewer zur Erfassung der einzelnen Subdimensionen der Strukturachse dient die nachfolgende Abbildung.

A. Wie erlebt der Patient sich selbst?

„Was glauben Sie, sind Sie für ein Mensch?“

„Was kriegen Sie von sich selbst innerlich mit?“

„Können Sie unterscheiden, welche Gefühle Sie gerade bewegen?“

Eingeschätzt werden:

- 1.1 Selbstreflexion
- 1.2 Affektdifferenzierung
- 1.3 Identität

B. Wie erlebt der Patient andere Menschen?

„Können Sie andere Menschen realistisch einschätzen?“

„Können Sie aushalten, dass andere Menschen anders sind als Sie es möchten?“

„Können Sie sich gut von anderen Menschen abgrenzen?“

Eingeschätzt werden:

- 1.4 Selbst-Objekt-Differenzierung
- 1.5 Ganzheitliche Wahrnehmung
- 1.6 Realistisches Objekterleben

C. Selbststeuerung: Können Impulse und Affekte reguliert werden?

„Werden Sie häufig von Handlungsimpulsen überrollt?“

„Können Sie bestimmte Gefühle schwer aushalten?“

„Sind Sie ziemlich kränkbar?“

Eingeschätzt werden:

- 2.1 Impulssteuerung
- 2.2 Affekttoleranz
- 2.3 Selbstwertregulierung

D. Beziehungssteuerung: Wie können Beziehungen gestaltet und geschützt werden?

„Können Sie in Beziehung zu anderen Ihre eigenen Interessen beachten und gleichzeitig die Interessen der anderen berücksichtigen?“

„Wie wichtig ist es Ihnen, brauchbare Beziehungen zu anderen nicht zu gefährden?“

„Können Sie sich vorstellen, wie andere reagieren werden, wenn Sie etwas Bestimmtes sagen oder tun?“

Eingeschätzt werden:

- 2.4 Beziehung schützen
- 2.5 Interessenausgleich
- 2.6 Antizipation

E. Kommunikation nach innen: Werden emotionale und körperliche Lebendigkeit erlebt?

„Fällt Ihnen auf, dass sie in wichtigen Situationen ‚gar kein Gefühl‘ haben?“

„Können Sie wichtige Ereignisse in der Phantasie durchspielen?“

„Haben Sie ein gutes, lebendiges Gefühl für den eigenen Körper?“

Eingeschätzt werden:

- 3.1 Affekterleben
- 3.2 Phantasie nutzen
- 3.3 Körperselbst

F. Kommunikation nach außen: Wie gelingt es, sich zu verständigen und sich einzufühlen?

„Wie schwer fällt es Ihnen, emotionalen Kontakt zu anderen aufzunehmen und sich verständlich zu machen?“

„Können Sie sich gut in andere hineinversetzen?“

Eingeschätzt werden:

- 3.4 Emotionaler Kontakt
- 3.5 Affektausdruck
- 3.6 Empathie

G. Innere Bindung: Was bleibt von guten Erfahrungen?

„Bleiben gute Erfahrungen, die Sie mit anderen gemacht haben, innerlich erhalten oder gehen sie schnell verloren?“

„Können Sie sich in schwierigen Situationen selbst beruhigen, indem Sie an wichtige Menschen denken?“

„Sind Ihre Beziehungen zu verschiedenen Menschen sehr verschieden oder immer nach dem gleichen Muster?“

Eingeschätzt werden:

- 4.1 Internalisierung
- 4.2 Introjekte nutzen
- 4.3 Variable Bindungen

H. Äußere Beziehungen: Kann der Patient andere als gute Objekte erleben?

„Gelingt es Ihnen, mit anderen Menschen warm zu werden und sich an sie gefühlsmäßig zu binden?“

„Können Sie andere um Hilfe bitten und ihre Hilfe annehmen?“

„Wie gut gelingt es Ihnen, Abschied zu nehmen und Verluste auszuhalten?“

Eingeschätzt werden:

- 4.4 Bindungsfähigkeit
 - 4.5 Hilfe annehmen
 - 4.6 Bindungen lösen
-

Abb. 7: Interventionsmöglichkeiten zur Erfassung der Strukturdimensionen im OPD-2-Interview (aus: Rudolf & Doering, 2011, S.12f.)

Für jede der acht Strukturdimensionen der OPD-2 gibt es eine Strukturcheckliste, in der alle Strukturitems stichwortartig für die unterschiedlichen Strukturniveaus manualisiert sind und so die Einschätzung der einzelnen Merkmale und Dimensionen erleichtern. Beispielhaft wird dies in der Abbildung 8 für die Strukturdimension: Kognitive Fähigkeit: Selbstwahrnehmung (Rudolf et al., 1998; Arbeitskreis OPD, 2006) veranschaulicht.

	Gut integriert	Mäßig integriert	Gering integriert	Desintegriert
1.1 Selbstreflexion	Die Fähigkeit, den Blick auf die eigene Person und die eigene Innenwelt zu richten, ist vorhanden. Es kann realitätsgerecht wahrgenommen werden, was für ein Mensch man ist und was in einem vorgeht. Dies kann in sprachliche Begriffe gefasst werden.	Es ist wenig Interesse vorhanden, über sich nachzudenken. Selbstreflexion richtet sich vor allem auf das handelnde Selbst (was Patient selbst gesagt und getan hat); Selbstbild wirkt vergrößert. Es fällt schwer, treffende sprachliche Begriffe zu finden.	Selbstreflexive Wahrnehmung ist kaum möglich; es kann auch mit Unterstützung kein kohärentes Bild von sich und der inneren Situation entworfen werden; widersprüchliche Selbstaspekte stehen nebeneinander. Keine Begriffssprache für innere Vorgänge.	Selbstschilderung erzeugt das Gefühl der Beliebigkeit, fehlende Realitätsbezogenheit, Unverständlichkeit; Selbstbild wirkt wenig authentisch, u. U. entliehen, abwegig. Sprachlich befremdliche, widersprüchliche Formulierungen
1.2 Affektdifferenzierung	Affekte können trotz konflikthafter Einschränkungen differenziert wahrgenommen werden und sind handlungssteuernd. Im Erleben überwiegen positive Affekte wie Freude, Neugier und Stolz. Negative Affekte wie Angst, Verachtung, Ärger, Ekel, Trauer, Schuld und Scham haben große Variabilität.	Affekte werden nur eingeschränkt wahrgenommen und in schwierigen Situationen zur Wahrung der Stabilität auch vermieden. Sie sind daher auch nur begrenzt handlungssteuernd. Im affektiven Erleben überwiegen negative Affekte wie Wut, Angst, Enttäuschung, Selbstentwertung und Depression.	Affekte können nicht differenziert wahrgenommen oder nachvollziehbar geschildert werden. Sie äußern sich entweder in Erregung oder in Entfremdung, Affektleere, Depression und manischer Gestimmtheit. Sie können von daher auch nicht zur gezielten Verhaltenssteuerung eingesetzt werden. Im affektiven Ausdruck dominieren chronische Verachtung, Ekel und Wut.	Kein innerer Abstand zu den eigenen Gefühlen und keine introspektive Wahrnehmung von Affekten. Zwischen Handlungen und Affekterleben ist nur sehr wenig steuernde Instanz geschaltet. Ausgeliefertsein an heftige, nicht ausgestaltete emotionale Zustände, die nicht in Worten benannt werden können.
1.3 Identität	Das Selbstbild erscheint über die Zeit hinweg konstant und kohärent erscheint und lässt eine eindeutige psychosexuelle Identität erkennen.	Situations- und stimmungabhängige Einbrüche und Wechsel im Selbstbild	In unterschiedlichen Zeiten und Situationen treten unterschiedliche Selbstaspekte in den Vordergrund; das Gefühl einer konstanten psychosexuellen und sozialen Ausrichtung im Sinne einer Identität ist nicht verfügbar.	Weitgehendes Fehlen einer differenzierten psychosozialen und sexuellen Identität zugunsten verzerrter oder klischeehafter Eigenschaftszuschreibungen, u. U. wahnhafte Identitätsaspekte.

Abb. 8: Strukturcheckliste – Kognitive Fähigkeit: Selbstwahrnehmung (aus Arbeitskreis OPD, 2006, S. 432f)

Das Rating der Strukturachse erfolgt auf einer siebenstufigen Skala mit den Stufen „1 – gut“, „2 – mäßig“, „3 – gering“ und „4 – desintegriert“ (sowie „9 – nicht beurteilbar“), wobei der Rater zwischen den Stufen 1 bis 4 auch in Halbschritten seine Einschätzung vornehmen kann. Aus den drei Themen jeder der acht Struktursubdimensionen wird jeweils eine Einstufung vorgenommen und aus den acht Subdimensionen dann eine Gesamtbeurteilung der Struktur ermittelt.

Die nachfolgende Abbildung stellt den Erhebungsbogen für die Strukturachse (Arbeitskreis OPD, 2006) dar.

Achse IV Struktur		Gut ①	1,5	mäßig ②	2,5	Gering ③	3,5	desintegriert ④	Nicht Beurteilbar ⑤
1a	Selbstwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
1b	Objektwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
2a	Selbstregulierung	①		②		③		④	⑤
2b	Regulierung d. Objektbezugs	①		②		③		④	⑤
3a	Kommunikation nach innen	①		②		③		④	⑤
3b	Kommunikation nach außen	①		②		③		④	⑤
4a	Bindung an innere Objekte	①		②		③		④	⑤
4b	Bindung an äußere Objekte	①		②		③		④	⑤
5	Struktur gesamt	①		②		③		④	⑤

Abb. 9: OPD-2 Erhebungsbogen: Achse IV – Struktur (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 473)

3.3.2. Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I (SKID-I)

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I und II wurde in unserer Studie zur Erfassung der psychiatrischen Diagnosen und Persönlichkeitsstörungen angewendet. Die deutschen Versionen von SKID-I und -II wurden von Wittchen et al. und Fydrich et al. 1997 entwickelt.

Mit Hilfe des SKID-I können psychische Syndrome und Störungen wie sie im DSM-IV auf der Achse I beschrieben werden, differenziert und diagnostiziert werden. Zusätzlich bietet das SKID-I die Erfassung und Kodierung der medizinischen Krankheitsfaktoren (DSM-IV Achse III), der psychosozialen und umweltbedingten Faktoren (DSM-IV Achse IV) der globalen Beurteilung der Leistungsfähigkeit (DSM-IV Achse V) an.

Anhand des kurzen Explorationsleitfadens erhält der Interviewer zunächst Informationen über die persönlichen Daten und einen Überblick über die derzeitigen Hauptprobleme des Patienten. Anschließend wird die Sektion A (affektive Syndrome) anhand von differenzierenden Fragen immer detailliert exploriert. Unterschieden werden eine aktuelle, eine frühere Major Depression Episode, eine manische bzw. eine hypomanische Episode sowie eine Dysthymie. Die Sektionen B bis H werden nur dann genauer exploriert, wenn die entsprechende Screening-Frage zuvor vom Patienten „positiv“, also bejaht bzw. mit „unklar“ beantwortet wurde. Werden bei der Bearbeitung einer Sektion wichtige Fragen oder die erforderliche Anzahl von Fragen nicht positiv beantwortet wechselt der Interviewer zur nächsten Sektion.

Das SKID-I berücksichtigt bei den einzelnen Sektionen sowohl die aktuelle Symptomatik und deren Schwere bezogen auf die vom Zeitpunkt des Interviews gesehenen zurückliegenden vier Wochen als auch Angaben über den zeitlichen Verlauf und früheren Symptomen der Erkrankung.

Zur Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird eine eigene Liste „PTSD“ abgefragt. Die Sektionen I und J (Anpassungsstörungen und optionale Störungen wie Stresstörungen, Minor Depression, Störung mit gemischten affektiven Merkmalen und manische Episode) werden nur dann bearbeitet, wenn eine aktuelle psychische Störung besteht, die Kriterien für eine andere Achse-I Störung jedoch nicht erfüllt sind. Jedes Kriterium wird im SKID-I nachfolgend so kodiert:

? = Information ist unzureichend oder zusätzliche Informationen erforderlich

1 = nicht vorhanden oder falsch

2 = unterschwellig vorhanden

3 = vorhanden oder richtig

4 = nur bei einer Frage der Sektion Manie, um eine reizbare Stimmung zu kodieren

Die Tabelle 6 umfasst alle psychischen Störungen und Syndrome, die durch die Anwendung des SKID-I nach den Kriterien des DSM-IV auf der Achse I abgebildet werden können.

Sektion (SKID-I)	Psychische Störungen und Syndrome
Sektion A	Affektive Syndrome
Sektion B	Psychotische u. assoziierte Symptome (allgemeine Symptome)
Sektion C	Psychotische Störungen (nach Differentialdiagnosen)
Sektion D	Affektive Störungen (differenziert nach Schwere und Zeitverlauf)
Sektion E	Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
Sektion F	Angststörungen
Sektion G	Somatoforme Störungen
Sektion H	Essstörungen
Sektion I	Anpassungsstörungen
Sektion J	Optionale Störungen

Tab. 6: Sektionen der psychischen Störungen und Syndrome nach SKID-I

3.3.3. Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II (SKID-II)

Das Strukturierte Interview für DSM-IV – Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II; deutsche Version von Fydrich et al. 1997) ist eines der am häufigsten verwendeten Fremdeinschätzungsinstrumente zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Das von der American Psychiatric Association 1994 entwickelte Instrument berücksichtigt alle 12 Persönlichkeitsstörungen mit ihren Diagnostikkriterien, wie sie im DSM-IV enthalten sind.

Ein Screening-Fragebogen mit 117 Items vorab kann die Durchführung des SKID-II erleichtern, in dem in dem anschließenden halbstrukturiertem Interview lediglich auf die dort zuvor bejahten Items näher eingegangen wird.

Für unsere Studie haben wir jedoch für alle Patienten das SKID-II mit insgesamt 131 Items vollständig durchgeführt, um eine mögliche hohe diagnostische Sicherheit erzielen zu können. Dabei hat der Interviewer auch die Möglichkeit für gezielte Nachfragen bzw. er kann den Patienten auch auffordern, Situationen bzw. Konflikte genauer zu schildern (Zusatzfragen). Berücksichtigt wird dabei ein Zeitraum von den letzten fünf bis zehn Jahren. Anhand der hierdurch gewonnenen Antworten muss der Interviewer dann entscheiden, ob ein Kriterium ganz, teilweise oder gar nicht erfüllt ist.

Die Einstufung jedes Items erfolgt auf dieser Skala:

? = Information nicht ausreichend

1 = Kriterium nicht erfüllt

2 = Kriterium teilweise (oder unterschwellig) erfüllt

3 = Kriterium erfüllt.

Die Auswertung erfolgt sowohl kategorial, in dem die Anzahl der eindeutig bejahten Items addiert wird („Cutoff-Wert“) und auch dimensional durch das Addieren der Itemscores („D-Score“) für jede einzelne Persönlichkeitsstörung.

Die Tabelle 7 stellt die Persönlichkeitsstörungen, die Anzahl der Interview-Items und die Cutoff-Werte, wie sie im SKID-II enthalten sind, dar.

Persönlichkeitsstörung nach SKID-II	Itemanzahl	Cutoff-Wert
Selbstunsichere	7	4/7
Dependente	8	5/8
Zwanghafte	8	4/8
Negativistische	7	4/7
Depressive	7	5/7
Paranoide	7	4/7
Schizotypische	9	5/9
Schizoide	7	4/7
Histrionische	8	5/8
Narzisstische	9	5/9
Borderline	9	5/9
Antisoziale (vor dem 15. Lebensjahr)	15	3/15
Antisoziale (nach dem 15. Lebensjahr)	7	3/7

Tab. 7: Itemanzahl und Cutoff-Wert der Persönlichkeitsstörungen im SKID-II

Die zur Validierung der Strukturachse der OPD-2 als Außenkriterien herangezogenen neun Fragebögen waren diese:

- Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI, Leichsenring 1997)
- Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger 1986)
- State-Trait-Ärgerausdruck-Inventar (STAXI, Schwenkmezger et al. 1992)
- Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE, Behr und Becker 2004)
- Rosenbergkala (Badura et al. 1987)
- Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS, Hentschel et al. 1998)
- Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26, Kupfer et al. 2001)
- Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS, Deusinger 1998)
- Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi, Neumann et al. 2007)

3.3.4. Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI)

Leichsenring entwickelte 1997 diesen ersten deutschsprachigen Test zur Erfassung der Borderline-Störung bei Erwachsenen. Er berücksichtigte dabei das psychoanalytisch-strukturell orientierte Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (1967/1988). Darüber hinaus berücksichtigte er deskriptiv-phänomenologisch ausgerichtete Kriterien, entwickelt Gunderson und Singer (1975) und integrierte Items, die Probleme in der Regulierung von Nähe und Distanz darstellen (schizoide Persönlichkeit z. B. nach König, 1992).

Der Selbstbeurteilungs-Fragebogen besteht vier Skalen mit insgesamt 53 Items:

- Entfremdungserlebnisse und Identitäts-Diffusion (ID)
- Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen (AB)
- Angst vor Nähe (N)
- Mangelhafte Realitätsprüfung (R)

Für unsere Studie zogen wir alle vier Skalen als Außenkriterien heran, die daher nachfolgend noch kurz näher erläutert werden.

Die Subskala „Identitätsdiffusion und Entfremdungserlebnisse“ des BPI beinhaltet zwölf Aussagen, die auf bejahende oder verneinende Antworten zur eigenen Wahrnehmung und zur eigenen Körperwahrnehmung abzielen. Die Subskala Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen des BPI umfasst acht Items und fragt die Wahrnehmung und Gefühle des Probanden gegenüber den anderen mit Aussagen wie „Ich fühle mich oft wertlos oder hoffnungslos“ oder „Die anderen erscheinen mir oft feindselig“ näher ab. Mit Hilfe von acht Items wird die Subskala „Angst vor Nähe“ mit Aussagen wie „Ich fühle mich eingeengt, wenn andere sich viel um mich kümmern“ oder „In engen Beziehungen werde ich immer wieder verletzt“ genauer geprüft. Die vierte Subskala untersucht mit fünf Aussagen wie „Ich habe schon einmal seltsame Gestalten oder Visionen gesehen, obwohl niemand da war“ und „Ich habe schon einmal Stimmen gehört, obwohl niemand da war“ die Realitätsprüfung durch den Patienten.

Zur Unterscheidung der Borderline-Störung von Schizophrenien einerseits und von Neurosen andererseits hat sich ein Cut-Off-Wert ≥ 10 bewährt. Ein Cut-Off-Wert < 10 spricht mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen das Vorliegen einer Borderline-Störung. Es

liegen Prozenträge und T-Normen für den Gesamtwert, für den Cut-Off-Wert und für die einzelnen Skalen auf der Basis der Gesamtstichprobe (n = 538) vor.

Reliabilität: Die innere Konsistenz liegt für die Skalen zwischen $r = .68$ und $r = .91$, die Re-Test-Reliabilität aller Skalen und Variablen mit Ausnahme der Psychose-Skala (mangelhafte Realitätsprüfung, psychotisch) lag bei einer Teilstichprobe von stationär behandelten Psychotherapie-Patienten (n = 101) nach 1 Woche bei über $r = .80$.

Zusammenhänge mit verschiedenen anderen diagnostischen Verfahren verdeutlichen die Konstrukt-Validität des BPI.

3.3.5. Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)

Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN; Deusinger, 1986) bilden in zehn eindimensionalen Skalen („Quasiskalen“) Selbstkonzepte, die der Patient in wichtigen Bereichen des eigenen Selbst entwickelt hat, ab. Dabei wird versucht, die Struktur des Selbst individuell und multidimensional mit insgesamt 78 Items zu erfassen. Nach Deusinger gehört ein System von Einstellungen zur Persönlichkeit.

Das Gesamtinventar gibt sechs Antwortmöglichkeiten, aus denen der Patient eine auswählen muss, vor: „trifft sehr zu = 1“, „trifft zu = 2“, „trifft etwas zu = 3“, „trifft eher nicht zu = 4“, „trifft nicht zu = 5“ und „trifft gar nicht zu = 6“. Die Fragen verteilen sich auf die zehn verschiedenen Selbstkonzepte, die obwohl numerisch unabhängig voneinander zugeordnet werden, doch in einem engeren oder weiteren Zusammenhang zueinander stehen sollen. Die zehn Subskalen werden in die vier Bereiche des Selbst „Leistungsbereich“, „allgemeine Wertschätzung“, „Stimmung und Sensibilität“ und „psycho-sozialer Bereich“ eingeteilt.

- Leistungsbereich:
 - Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit (Skala FSAL)
 - Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung (Skala FSAP)
 - Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (Skala FSVE)
- Allgemeine Wertschätzung:
 - Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes (Skala FSSW)

- Stimmung und Sensibilität:
 - Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (Skala FSEG)
- Psychosozialer Bereich:
 - Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (Skala FSST)
 - Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (Skala FSKU)
 - Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere (Skala FSWA)
 - Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere (Skala FSIA)
 - Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (Skala FSGA)

Für unsere Studie wurden die Subskalen „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)“, „Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU)“, „Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere (FSWA)“ und „Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA)“ herangezogen. Für die Subskala „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)“ kommen unter anderem Aussagen wie „Ich habe öfters das Bedürfnis, mich für mein Verhalten zu entschuldigen“ und „Ich habe Schwierigkeiten, das zu tun, was richtig ist“, für die Subskala „Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ (FSKU) „Ich sollte höflicher zu anderen sein“ und „Ich bin ziemlich scheu und unsicher im Kontakt mit anderen Menschen“ zur Anwendung. Die Selbstkonzept-Subskala „Wertschätzung durch andere“ (FSWA) beinhaltet Items wie „Meine Familie vertraut mir wenig“ und „Ich habe oft das Gefühl, dass Fremde mich kritisch betrachten“. Die Subskala „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ (FSGA) enthält Items wie „Ich fühle mich als Person meinen Freunden unterlegen“ und „Ich wünschte, ich wäre vertrauenswürdiger“.

Ein hoher Skalenmittelwert in den jeweiligen Subskalen spricht für eine hohe negative Ausprägung des jeweiligen Merkmals. So zeigt z.B. ein hoher Skalenmittelwert für die Subskala „FSGA“ belastete und problematische Gefühle und Beziehungen zu anderen an.

Die interne Konsistenz (Reliabilität) der zehn Skalen zeigte mit $r = .93$ bis $r = .97$ gute Werte ($n = 1794$). Die Subskalen FSSW, FSST, FSAL und FSAP zeigten besonders hohe Reliabilitätskoeffizienten. Die Retest-Reliabilität lag bei $r = .82$ (nach vier bis fünf Monaten). Die Validität konnte anhand vieler Ergebnisse über Korrelationen der FSKN

mit anderen Persönlichkeitsvariablen, z.B. mit Testwerten des Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI) gezeigt werden. Weitere Validierungsstudien zu verschiedenen klinischen Gruppen (depressive und schizophrene Patienten, Alkoholiker und Delinquente) liegen vor.

3.3.6. State-Trait-Ärgerausdruck-Inventar (STAXI)

Der STAXI (Schwenkmezger et al., 1992) ist ein etabliertes Messinstrument zur Erfassung der Intensität von situationsbezogenem Ärger („Zustandsärger“ als State-Merkmal) und vier dispositionellen Ärgerdimensionen („Eigenschaftsärger“, „nach innen gerichtetem Ärger“, „nach außen gerichtetem Ärger“ und „Ärgerkontrolle“) als Trait-Merkmale. Ärger bezeichnet einen emotionalen Zustand, in dem Gefühle der Spannung, Störung, Irritation oder Wut zum Vorschein kommen, was eine Aktivierung des autonomen Nervensystems zur Folge hat. Insbesondere ist die kognitive Bewertung einer Situation für das Ausmaß des Ärgererlebens bedeutsam, weniger hingegen die äußere Situation selbst.

Der Test differenziert vor dem Hintergrund der Annahme eines „individuellen Ärgerniveaus“ bei der Interpretation einer Frustrationssituation als Ärger auslösend zwischen einer Ärgerd disposition und einem Ärgerzustand.

Schwenkmezger et al. entwickelten 1992 die deutsche Form des STAXI in Anlehnung an die amerikanische Originalversion von Spielberger (State-Trait-Anger-Expression-Inventory, 1988). Weitere Items, besonders solche für die Erfassung spezifischer Beschreibungen von Ärger und Ärgerausdruck wurden in deutsche Version zusätzlich hinzugenommen. Darüber hinaus wurde eine bevölkerungsrepräsentative Normierung vorgenommen.

Der STAXI besteht aus drei Teilen mit insgesamt 44 Items, die fünf Skalen und zwei Unterskalen zuzuordnen sind. Zehn Items bilden den ersten Teil, die Ärgerzustandsskala (state anger: S-A). Sie beziehen sich auf die Ausprägung des momentanen, subjektiv empfundenen Ärgers. Die anschließend folgende Ärgerd dispositionsskala (trait anger: T-A) mit zehn Items zur jeweiligen Bereitschaft, in bestimmten Situationen mit verstärktem Zustandsärger zu reagieren, ist in zwei Unterskalen aufgeteilt, die mit je fünf Aus-

sagen einerseits die Ausprägung des Temperamentanteils (TA/T), andererseits die Ausprägung des Reaktionsanteils (TA/R) erfassen.

Der dritte Teil enthält drei Skalen, in denen mit jeweils acht Aussagen Formen des Ärgerausdrucks eingeschlossen werden. Darunter fallen die Skala zur Erfassung des nach innen gerichteten Ärgers, d. h. die Unterdrückung und das Nichtäußern erlebten Ärgers (anger in: AI), die Skala zur Erfassung des nach außen gerichteten Ärgers (anger out: AO) und die Ärger-Kontroll-Skala, um das Ausmaß des Bestrebens, den Ausdruck von Ärger zu kontrollieren (anger control: AC) abzubilden.

Im ersten Teil sind die Antworten auf einer vierstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (1), „ein wenig“ (2), „ziemlich“ (3) bis „sehr“ (4) verzeichnet, im zweiten und dritten Teil lauten die Antwortmöglichkeiten "fast nie" (1), "manchmal" (2), "oft" (3) und "fast immer" (4).

In unsere Studie floss die Skala „Nach außen gerichteter Ärger“ mit ihren acht Items wie „Ich stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen“ und „Ich verliere die Fassung“ mit ein. Ein niedriger Rohwert in dieser Skala spricht also für eine nur geringe Ausprägung des „Nach außen gerichteten Ärgers“.

Die Reliabilität als innere Konsistenz der einzelnen Teilskalen beträgt $r = .75$ bis $r = .95$ und die Validität ergab faktorenanalytisch eine gute Trennung zwischen der Ärgerzustands- und der Ärgerdispositionsskala, ebenso für die drei Skalen der Ärgerausdrucksdimensionen. Zusätzlich liegen zahlreiche Befunde zur konvergenten und diskriminanten Validität vor.

3.3.7. Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)

Die standardisierten Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) nach Behr und Becker (2004) messen mehrere Konstrukte aus der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie und den Konzepten der emotionalen Intelligenz auf sieben voneinander unabhängigen Faktoren. Dabei handelt es sich um:

- Akzeptanz eigener Emotionen
- Erleben von Emotionsüberflutung
- Erleben von Emotionsmangel
- Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen

- Imaginative Symbolisierung von Emotionen
- Erleben von Emotionsregulation
- Erleben von Selbstkontrolle.

Insgesamt werden 42 Items auf einer fünfstufigen Antwortskala mit den Antwortmöglichkeiten „stimmt gar nicht“, „stimmt kaum“, „stimmt mittelmäßig“, „stimmt ziemlich“ und „stimmt völlig“ von den Patienten bearbeitet. Die Skalen messen, wie der Patient seine Emotionen wahrnimmt, wie er sie bewertet und wie er mit ihnen umgeht bzw. diese reguliert.

Als Außenkriterien verwendeten wir die beiden Subskalen „Erleben von Emotionsüberflutung“ mit sieben Items und „Erleben von Emotionsmangel“ mit fünf Items. Darin finden sich Aussagen wie „Ich habe einige Gefühle, die ich lieber nicht hätte“ und „Zu oft werde ich von meinen Gefühlen überschwemmt“ bzw. „Mein inneres Erleben fühle ich oft nicht“ und „Die Signale meines Körpers spüre ich oft nicht“. Je höher der T-Wert, desto deutlicher liegen die Ausprägungen der Merkmale vor.

Für die Reliabilität findet sich eine interne Konsistenz der Skalen zwischen (Cronbachs Alpha) $r = .70$ und $r = .86$. Die Re-Test-Reliabilität (nach 2, 3, 4, 10 und 14 Wochen) für alle Skalen zeigt mit Werten zwischen $r = .60$ und $r = .90$. eine befriedigende bis gut Zuverlässigkeit. Für die Validität konnten Korrelationen in zufriedenstellendem Ausmaß anhand verschiedener anderer Verfahren sowohl hypothesen- als auch theoriekonform erreicht werden.

3.3.8. Rosenbergkala

Die Rosenbergkala, die Rosenberg 1965 entwickelte („Self-Esteem-Scale“), erfragt mit dem „Selbstwertgefühl“ einen wichtigen Aspekt des Selbstkonzepts. Die zehn Items bilden nach Faktorenanalysen zwei Faktoren, die eine positive und eine negative Dimension darstellen. Die positive Dimension wird „self-esteem“ („Selbstwertgefühl“), die negative als „self-derogation“, „self-denigration“ oder „low self-esteem“ („Wertlosigkeit“) benannt. Die Rosenbergkala (Badura et al., 1987) ist ein voll standardisiertes Instrument zur Selbstbeurteilung. Die zehn Items sind auf einer 4-Punkte-Skala von „trifft gar nicht zu (0)“ über „trifft etwas zu (1)“ und „trifft überwiegend zu (2)“ bis „trifft voll und ganz zu (3)“ zu beantworten.

Ein hohes Selbstwertgefühl stellt sich durch hohe Werte auf der positiven Skala und niedrige Werte auf der negativen Skala dar. Aussagen wie „Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden“ und „Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften“ bilden unter anderem die Skala „Selbstwertgefühl“ ab und Items wie „Hin wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge“ oder „Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben“ beziehen sich auf die Skala „Wertlosigkeit“.

Eine gute konvergente Validität der englischsprachigen Version der Rosenberg-Skala zeigte die Untersuchung an 117 Patienten mit Essstörungen im Vergleich zu einer anderen Selbstwertskala (Griffith et al., 1999). In Populationen von Kindern und Jugendlichen konnten ebenfalls positive Daten zu den Gütekriterien erhoben werden (Shevlin et al., 1995; Francis & Wilcox, 1995; Hagborg, 1993, Hoge & McCarthy, 1983). Die Zwei-Faktoren-Struktur konnte in einer Studie von Shahani et al. (1990) im Rahmen einer Untersuchung an 1726 Regierungsangestellten bestätigt werden. Bandura et al. konnte die 2-Faktoren-Struktur 1987 auch für die deutsche Version nachweisen. Für die Kriteriums- und konvergente Validität fanden sich in Validierungsstudien zufriedenstellende Werte. Die Skala wurde an Studenten, später auch an Herzinfarktpatienten normiert. Normwerte (Ferring & Philipp, 1996). Normwerte liegen auch für Populationen im höheren Lebensalter vor.

3.3.9. Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS)

Der Selbstbeurteilungsfragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS; Hentschel et al., 1998) orientiert sich an das Defense Mechanism Inventory (DMI, Juni, 1982) und bildet fünf Möglichkeiten der Konfliktbewältigung ab.

Anhand von zehn vorgegebenen Konflikten, eingebettet in Kurzgeschichten mit frustrierend-konflikthaften bzw. potentiell bedrohlichen Inhalt, werden die innerlichen und die verhaltensmäßigen Reaktionen („A- und B-Antworten“) vorgegeben. Der Proband muss dabei jeweils alle fünf Antworten, die für die Konfliktbewältigung im Sinne von Reaktionsbildung, Wendung gegen das Selbst, Wendung gegen das Objekt, Intellektualisierung / Rationalisierung und Projektion stehen bearbeiten und kann dabei die Möglichkeit, die Antworten von „3 = sicher“, „2 = vielleicht“, „1 = eher nicht“ bis „0 = keines-

falls“ abzustufen, nutzen. Der FKBS liegt in einer Form für Frauen (FKBS-F) und für Männer (FKBS-M) vor. Die fünf Skalen lauten:

- Reaktionsbildung (Reversal, REV)
- Wendung gegen das eigene Ich (Tuning Against Self, TAS)
- Wendung gegen das Objekt (Tuning Against Object, TAO)
- Intellektualisierung, Rationalisierung, Verniedlichung (INT)
- Projektion (PRO)

Für unsere Studie interessierte uns die Subskala „Wendung gegen das Objekt“. Um die Wendung gegen das Objekt darzustellen werden in den vorgegebenen Antworten Ärger, Wut und Aggression gegen andere speziell, beispielsweise gegen den Vater oder gegen den Vorgesetzten im Berufsleben oder generell „gegen die ganze Welt“ in der Vorstellung und auch in den Handlungsalternativen vorgestellt. Je höher der Rohwert und der T-Wert umso ausgeprägter wird die Wendung gegen das Objekt als Bewältigungsstrategie bei Konflikten vom Probanden verwendet.

Die Reliabilität zeigt sich mit Cronbachs Alpha-Werten der Subskalen zwischen $r = .78$ und $r = .90$. Die Retest-Korrelationen für ein 8-Wochen Intervall liegen zwischen $r = .71$ und $r = .84$. Für die Übereinstimmungsvalidität sprechen Untersuchungsergebnisse, die eine theoriegeleitete Differenzierbarkeit von psychosomatischen Patientengruppen mit verschiedenen Diagnosen stützen. Experimentelle Untersuchungen zeigten Hinweise zur Vorhersehbarkeit der FKBS-Skalen als Moderator-Variablen in mehreren Bereichen kognitiver Leistungen (Aufmerksamkeit, Kreativität, Konzeptbildungs- und Lernleistung).

3.3.10. Toronto Alexithymie Skala-26 (TAS-26)

Die Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26; Kupfer et al., 2001) misst mit 18 Items, verteilt auf drei Skalen, die subjektive Einschätzung der Konstrukte „Alexithymie“ und „pensée opératoire“. Die Probanden bearbeiten alle Items, die als Aussagen vorliegen, auf einer fünfstufigen Antwortskala von „1 = trifft gar nicht zu“, „2 = trifft eher nicht zu“, „3 = teils/teils“, „4 = trifft eher zu“ und „5 = trifft völlig zu“.

Die erste Skala beinhaltet die Dimension des Konstrukts „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“. Patienten mit hohen Werten auf dieser Skala haben entspre-

chend deutlichere Schwierigkeiten, Gefühle und deren körperliche Zusammenhänge in angemessener Art und Weise wahrzunehmen.

Skala 2 „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ bezieht sich auf die Kommunikation und auf den Ausdruckscharakter von Emotionen. Unter der Voraussetzung, dass Gefühle zunächst wahrgenommen werden müssen, um sie dann mitteilen zu können bedeutet dies dann auch, dass diese zweite Skala unmittelbar mit der ersten Skala in Zusammenhang steht. Hohe Werte auf dieser zweiten Skala deuten auf eine eingeschränkte oder sogar fehlende Kommunikation von Emotionen hin und bedeuten damit auch Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die Items der Skala 3 „Extern orientierter Denkstil“ untersuchen den „automatisch-mechanisch“ ablaufenden Denkstil mit einer vorwiegend eher oberflächlichen Betrachtungsweise. Hohe Werte auf dieser Skala weisen darauf hin, dass diese Patienten analytisches Denken oder Reflektieren von möglichen Lösungswegen in schwierigen Situationen kaum oder gar nicht benutzen. Die Schlussfolgerung wäre damit, dass solche Patienten einen gravierenden Mangel an Erfahrungen zu erwarteten bzw. vorgestellten Folgen eines bestimmten Verhaltens haben und sich somit auch in problematischen Situationen bzw. Ereignissen nur schlecht oder gar nicht anpassen können.

Für unsere Studie wählten wir die erste Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ aus. In den sieben Items kommen unter anderen Aussagen wie „Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle“ oder „Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen“ vor. Auch die zweite Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ mit fünf Items wie „Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden“ oder „Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen“ zogen wir für unsere Untersuchung heran.

Die Reliabilität mit der inneren Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt für die Skala 1 bei .84 für die Skala 2 bei .69 und für die Skala 3 bei .67. Die Gesamtskala hat eine innere Konsistenz (Cronbachs Alpha) von .81. Die Split-Half-Reliabilität hat Werte von $r = .65$ bis $r = .84$. Darüber hinaus korrelieren Skala 1 und 2 signifikant untereinander ($r = .57$), Skala 3 ist unabhängig von den beiden ersten. Befunde zur Konstruktvalidität liegen vor.

3.3.11. Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)

Deusinger hat die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) 1998 zur Darstellung des jeweiligen Bildes oder Selbstkonzeptes, das der Patient in dem wichtigen auf den Körper bezogenen Bereich des Selbst von der eigenen Person hat, entwickelt. Die Skalen beinhalten ein System von Einstellungen zum eigenen Körper, das als zur Persönlichkeit gehörend interpretiert wird. Die individuelle Selbststruktur der Person leitet sich von der individuellen Auffassung der Person von sich selbst ab.

Die FKKS bestehen aus neuen Skalen mit insgesamt 64 Items. Die Antwortmöglichkeit zu jedem einzelnen Item ist in „1 = trifft sehr zu“, „2 = trifft zu“, „3 = trifft etwas zu“, „4 = trifft eher nicht zu“, „5 = trifft nicht zu“ und „6 = trifft gar nicht zu“ abgestuft. Damit soll auch die Möglichkeit der Messung von Veränderungen besser dargestellt werden. Die 64 Items haben alltägliche Überlegungen, Gedanken, Bewertungen, Gefühle, Befindlichkeiten, Stimmungen und alltägliches Verhalten zum Inhalt.

Die FKKS hat diese neun Subskalen:

- Gesundheit – körperliches Befinden (SGKB)
- Pflege des Körpers und der äußeren Erscheinung, Beachtung der körperlichen Funktionsfähigkeit (SPKF)
- Körperliche Effizienz (SKEF)
- Körperkontakt (SKKO)
- Sexualität (SSEX)
- Selbstakzeptanz des Körpers (SSAK)
- Akzeptanz des Körpers durch andere (SAKA)
- Aspekte der körperlichen Erscheinung (SASE)
- Dissimilatorische Körperprozesse (SDIS)

Die Skalenbenennungen wurden vom semantischen Inhalt der Items abgeleitet und verstehen sich lediglich als Beschriftungen. Es wird vorausgesetzt, dass psychisch gesunde Individuen günstige oder positive Körperkonzepte entwickeln und vorweisen. „Negative Körperkonzepte“ kommen hingegen bei psychischen Probleme und Störungen zum Tragen. Es wird angenommen, dass diese neun Körperselbstkonzepte untereinander sowie mit anderen Selbstkonzepten korrelieren.

Für unsere Studie verwendeten wir die Skala „Aspekte der körperlichen Erscheinung (SASE)“, in der sich unter den 14 Items Aussagen wie „Meine Pfunde sind falsch verteilt“ oder „Die Farbe meiner Haare hat mich schon oft gestört“ finden.

Die Reliabilität mit der inneren Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Gesamtform wird mit $r = .88$, die einzelner Skalen mit $r = .46$ bis $r = .74$ angegeben. Die Retest-Reliabilität (4 Tage bis 3 Monate) der Gesamtform zeigt Werte zwischen $r = .62$ und $r = .93$, die einzelner Skalen zwischen $r = .28$ und $r = .97$. Das Manual enthält Studien zur Validität des Verfahrens, z.B. mit Patienten mit Essstörungen, Suchtpatienten, depressiven Patienten, Diabetikern und anderen sowie anderen Persönlichkeitsinventaren.

3.3.12. Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi)

Als deutsche Version der „Experiences in close Relationship“ (ECR; Brennan et al., 1998) zielt der Bochumer Bindungsfragebogen von Neumann et al. (BoBi; 2007) auf die dimensionale Messung partnerschaftlicher Bindung ab. Es wird davon ausgegangen, dass alle Bindungsstile auf den zwei Dimensionen „Vermeidung“ und „Angst“ basieren. Vermeidung meint die Tendenz, der Nähe zum Partner auszuweichen. Die Angst bezieht sich auf die Unsicherheit und das Gefühl von Unzulänglichkeiten in der Partnerschaft. Die zweifaktorielle Struktur des ECR konnte für die deutsche Version bestätigt werden. Diese dimensionale Betrachtung kann in das Vier-Kategorien-Modell (Bartholomew, 1990) überführt werden, ein sicherer Bindungsstil zeigt dabei eine geringe Vermeidung und Angst, ein verstrickter Bindungsstil eine geringe Vermeidung, aber eine hohe Angst, ein abweisender Bindungsstil eine hohe Vermeidung und eine geringe Angst und ein ängstlicher Bindungsstil geht mit hoher Angst und Vermeidung einher. Den Probanden werden 36 Aussagen über das Verhalten und Erleben in Liebesbeziehungen vorgestellt. Auf einer siebenstufigen Skala von „1 = stimmt überhaupt nicht“ bis „7 = stimmt voll und ganz“ können sie ihr allgemeines Fühlen und Verhalten in Beziehungen einstufen.

Beide Skalen „Vermeidung in Partnerschaften“ und „Angst in Partnerschaften“ gingen in unsere Studie ein und beinhalteten Aussagen wie „Ich zeige einem Partner nicht gern, wie es tief in mir aussieht“ oder „Ich mache mir kaum Gedanken darüber, dass ich verlassen werden könnte“.

Die Reliabilität mit einer internen Konsistenz der beiden Subskalen mit Werten zwischen $\alpha = .85$ (Faktor Vermeidung) und $\alpha = .91$ (Faktor Angst) ist sehr gut. Die zwei Skalen erwiesen sich als unabhängig voneinander und die Korrelation der beiden Skalen war nicht signifikant bei Werten zwischen $r = .05$ und $r = .08$. In der Studie von Neumann et al. (2007) wurde zur Validierung des BoBi unter anderem die Skala zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen (Grau, 1999) eingesetzt, die ebenfalls die beiden Dimensionen Angst und Vermeidung in der aktuell bestehenden Partnerschaft misst. Die Korrelationen der beiden Messinstrumente waren mit $r = .72$ für Vermeidung und $r = .74$ für Angst mit $p < .001$ hochsignifikant.

4. Ergebnisse

4.1. Interrater-Reliabilität

Jeweils zwei zertifizierte OPD-Rater beurteilten unabhängig voneinander die videografierten OPD-Interviews, anschließend folgte ein Expertenkonsensrating. Die Interrater-Reliabilität nach der Intra-Class-Correlation (ICC) ergab für die OPD-Gesamtstruktur .68 und für die acht Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse .61. Damit zeigte sich eine befriedigende Interrater-Reliabilität.

4.2. Reliabilität der OPD-2 Strukturachse

Als Maß für die interne Konsistenz der OPD-2-Strukturachse lag in unserer Stichprobe (n = 124) Cronbachs Alpha bei .983, welches als ein hohes Maß zu bewerten ist.

4.3. Faktorielle Validität

Unsere Studie ergab lediglich einen gemeinsamen Faktor, auf dem alle Dimensionen mit $> .90$ laden. Damit ließen sich 89,6% der Varianz erklären.

Diese Ergebnisse stützen die Annahme, dass die acht Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse nicht voneinander unabhängige Konstrukte darstellen, sondern vielmehr deutlich voneinander abhängen.

4.4. Verteilung der OPD-Strukturratings

Die Verteilungen der Ratings zur OPD-2 Gesamtstruktur und ihre Aufteilungen in den acht Subdimensionen sind in den Abbildungen 10-12 dargestellt. Dabei fällt die Unterrepräsentation der Zwischenratings auf.

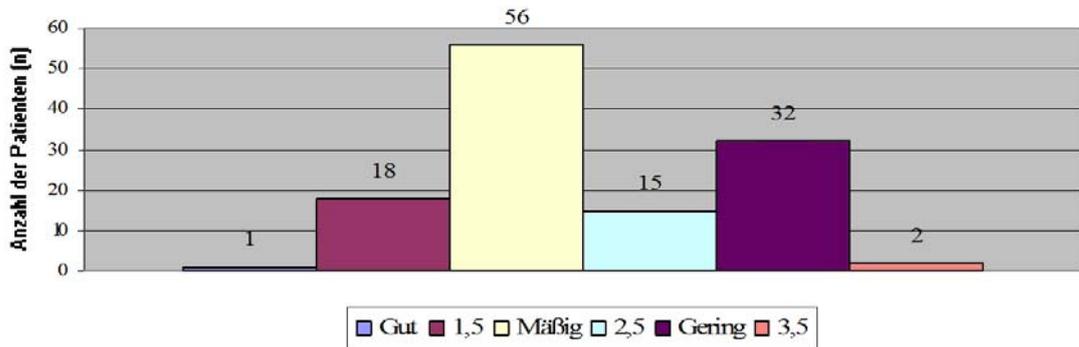


Abb. 10: Verteilung der Gesamtstruktur der OPD-2 innerhalb der Stichprobe

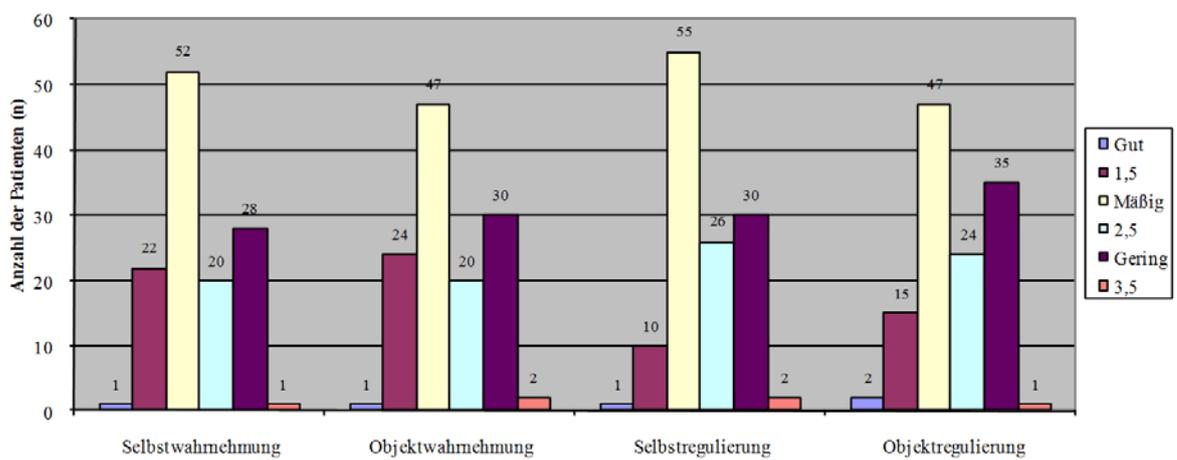


Abb. 11: Stichprobenverteilung auf die ersten vier Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse

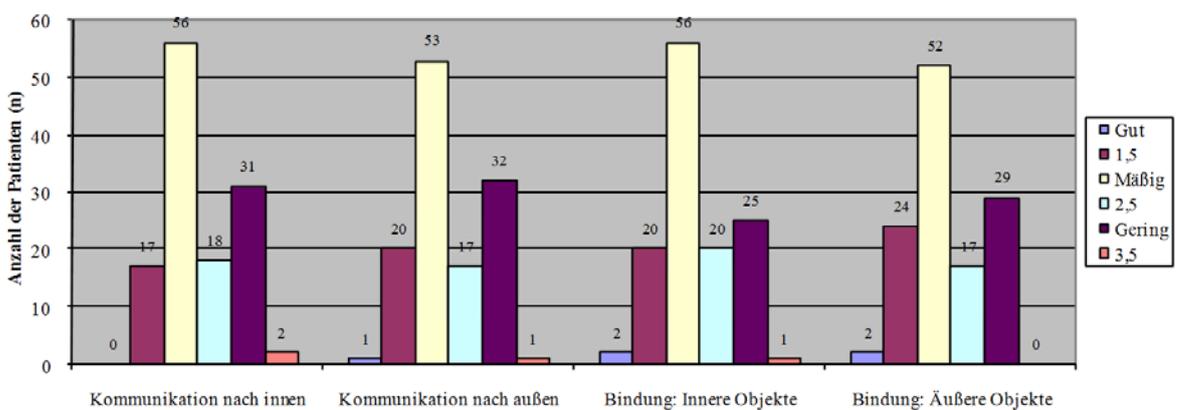


Abb. 12: Stichprobenverteilung auf die zweiten vier Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse

4.5. Ergebnisse zu den Hypothesen

Nachfolgend werden die einzelnen acht Subdimensionen der Strukturachse der OPD-2 mit den jeweils korrespondierenden Außenkriterien untersucht.

Nach Lienert ist die Angabe einer Maßzahl für den Grad der Validität eines Test „bei der kriterienbezogenen Validität dadurch möglich, dass man die Testergebnisse einer Stichprobe von Probanden mit einem sogenannten Außenkriterium korreliert, das vom Test unabhängig erhoben wird“ (Lienert & Raatz, 1998, S. 11). Von äußerer Validität wird gesprochen, wenn ein äußeres Kriterium, das schon als objektiv bewertet wurde, mit dem Testpunktwert korreliert (Lienert & Raatz, 1998, S. 222) Als zufriedenstellende Außenkriterien gelten die im Methodenteil ausführlich dargestellten Fragebögen, die bereits auf die Gütekriterien Reliabilität und Validität hinlänglich hin geprüft worden sind.

Demzufolge wird der Rechenweg mit Rangkorrelationen nach Spearman für jede einzelne Subdimension der Strukturachse der OPD-2 und den jeweiligen Außenkriterien besprochen. Die Befunde zur Übereinstimmung der einzelnen Strukturdimensionen der OPD-2 und den korrespondierenden Subskalen der jeweiligen Fragebögen entsprechend unserer zuvor aufgestellten Hypothesen sind in der Tabelle 4 wiedergegeben.

OPD-2 Dimension	Außenkriterium	R	P
Selbstwahrnehmung	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“	+ .385	< .001
Objektwahrnehmung	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Sk : „Primitive Abwehrmechanismen u. Objektbeziehungen“	.350	.006
	Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Gefühle und Beziehungen zu anderen“	-.335	< .001
Selbstregulierung	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI) „Trait-Änger“ - Skala „Nach außen gerichteter Ärger“	.348	< .001
	Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) Skala „Erleben von Emotionsüberflutung“	.454	< .001
	Rosenbergskala Skala „Wertlosigkeit“	.512	< .001
Regulierung des Objektbezugs	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“	.352	< .001
	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI) Skala „Nach außen gerichteter Ärger“	.349	< .001
	Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS) Skala „Wendung gegen das Objekt“	.400	< .001
Kommunikation nach innen	Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) Skala „Erleben von Emotionsmangel“	.359	< .001
	Toronto Alexithymie Skala (TAS-26) Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“	.452	< .001
	Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) Skala „Aspekte der körperlichen Erscheinung“	-.219	.018
Kommunikation nach außen	Toronto Alexithymie Skala (TAS-26) Skala „Schwierigkeiten bei d. Beschreibung von Gefühlen“	.251	.007
	Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit“	-.172	.066
	Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi) Skala „Vermeidung in Partnerschaften“	.354	.001
Bindung an Innere Objekte	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“	.415	< .001
	Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Wertschätzung durch andere“	-.346	< .001
	Skala „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“	-.264	.004
Bindung an äußere Objekte	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Skala „Angst vor Nähe“	.483	< .001
	Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi) Skala „Vermeidung in Partnerschaften“ Skala „Angst in Partnerschaften“	.390 .411	< .001 < .001
	Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Skala „Gefühle und Beziehungen zu anderen“	-.298	.001

Tab. 8: Korrelationen zwischen den acht Strukturdimensionen der OPD 2 und den korrespondierenden Fragebogenskalen

Wie aus Tabelle 8 zu entnehmen ist, fanden sich überwiegend hochsignifikante Zusammenhänge zwischen allen acht Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse und den korrespondierenden Subskalen der einzelnen Fragebögen.

Lediglich zwischen der OPD-Subdimension Kommunikation nach außen und der Skala „Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) fand sich keine signifikante Korrelation.

Aus der Tabelle 5 ist der varianzanalytische Vergleich des Borderline Persönlichkeitsinventars (BPI; alle Angaben in T-Werten) und seiner Subskalen mit dem OPD-2 Gesamtstrukturniveau zu entnehmen.

OPD2- Strukturniveau	gut <i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n=1</i>	1,5 <i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n=18</i>	mäßig <i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n=56</i>	2,5 <i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n=15</i>	gering <i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n=32</i>	3,5 <i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n=2</i>	<i>F</i> (<i>df</i>)	<i>P</i>
BPI-Gesamtscore	32.0 (-)	45.2 (9.6)	51.7 (11.3)	58.3 (12.6)	63.1 (6.5)	65.0 (-)	9.6 (115)	<.000
Abwehrmechanismen	43.0 (-)	51.1 (4.9)	54.2 (14.2)	55.1 (20.4)	62,9 (8.9)	63.0 (-)	2.66 (115)	.026
Identitäts- diffusion	41.0 (-)	48.3 (8.1)	51.9 (9.8)	55.9 (10.6)	59.6 (6.5)	62.0 (-)	4.72 (115)	.001
Angst vor Nähe	41.0 (-)	47.6 (7.4)	55.0 (10.4)	58.0 (10.8)	63.5 (7.7)	65.0 (-)	7.18 (115)	<.000
Realitätsprüfung	54.0 (-)	55.6 (3.1)	55.3 (8.9)	57.9 (4.8)	58.6 (5.5)	65.0 (-)	1.29 (115)	.271

Tab. 9: Vergleich der BPI-Werte in Abhängigkeit vom Strukturniveau

Patienten mit einem guten Strukturniveau wiesen im BPI-Gesamtscore und in den Subskalen Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen sowie Identitätsdiffusion und Angst vor Nähe signifikant niedrigere Werte auf. Umgekehrt zeigten Patienten mit einem nur geringen Gesamtstrukturniveau sowohl im BPI-Gesamtscore als auch in den drei genannten Subskalen die höchsten Werte auf.

Lediglich die Ergebnisse der Subskala „Mangelhafte Realitätskontrolle“ des BPI zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zum OPD-Gesamtstrukturniveau in unserer Studie.

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, umfassende Befunde zur Konstruktvalidität der OPD-2-Strukturachse zu erheben. Dafür untersuchten wir die Übereinstimmungen der acht Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse mit etablierten Verfahren zur Erfassung vergleichbarer bzw. verwandter Konstrukte.

Es fanden sich mit nur einer Ausnahme signifikante bis hochsignifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse und den korrespondierenden einzelnen Skalen der verwendeten neun Fragebögen.

So korrelierte die Dimension Selbstwahrnehmung der OPD-2 Strukturachse mit der Skala „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdifussion“ des Borderline-Persönlichkeits-Inventars (BPI) hochsignifikant. Die Selbstwahrnehmung der OPD-2 erfasst die Fähigkeit, sich selbstreflexiv wahrzunehmen und ganz ähnlich zielt die genannte Skala des BPI mit ihren elf Aussagen auf die eigene Wahrnehmung bzw. eigene Körperwahrnehmung, so dass hier eine hohe Übereinstimmung auch zu erwarten gewesen war ($r = .385$ und $p < .001$).

Die Dimension Objektwahrnehmung der OPD-2 Strukturachse, die die Fähigkeit, andere ganzheitlich und realistisch wahrzunehmen abbildet, korrelierte mit der Skala „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“ des BPI sowie mit der Skala „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Auch diese Ergebnisse ($r = .350$, $p = 0.06$ bzw. $r = -.335$, $p < .001$) lassen sich durch Ähnlichkeit der Konstrukte gut erklären. Denn die genannte Skala des BPI untersucht anhand von acht Items Wahrnehmung und Gefühle des Probanden gegenüber anderen und auch die Skala des FSKN untersucht durch sechs gezielte Aussagen die Selbsteinschätzung des Probanden zu seinen Emotionen gegenüber Freunden und anderen Personen.

Die gelungene Fähigkeit, eigene Impulse, Affekte und den Selbstwert zu regulieren kennzeichnet eine gute Integration in der Dimension Selbstregulation der OPD-2 Strukturachse. Der Zusammenhang dieser Dimension wurde mit der Skala „Nach außen ge-

richteter Ärger“ des State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventars (STAXI), der Skala „Erleben von Emotionsüberflutung“ der Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) und der Skala „Wertlosigkeit“ der Rosenbergkala untersucht. Dabei wird im STAXI eine nur geringe Ausprägung dieser Subskala dann angenommen, wenn die Häufigkeit des Auftretens des auf andere gerichteten Ärgers mit beispielsweise Verlust der Kontrolle über seinen Ärger nur selten ist. Die Subskala „Erleben von Emotionsüberflutung“ der SEE untersucht die Ausprägung der überschwemmenden Gefühle des Probanden gegenüber anderen. Schließlich spricht ein hoher Wert auf der Skala „Wertlosigkeit“ der Rosenbergkala, in der unter anderem auch nach der Selbstachtung gefragt wird, nur für ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl. Entsprechend der dargelegten Konstrukte ergab sich in unserer Studie für diese Strukturdimension und den genannten Außenkriterien hochsignifikante Korrelationen ($r = .348, p < .001$; $r = .454, p < .001$ bzw. $r = .512, p < .001$).

Nachdem bereits für die Strukturdimension Objektwahrnehmung signifikante Zusammenhänge mit der Skala „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“ des BPI und der Skala „Nach außen gerichteter Ärger“ des STAXI festgestellt werden konnten ließen sich für die Strukturdimension Regulierung des Objektbezugs, die durch die Fähigkeit, den Bezug zu anderen regulieren zu können charakterisiert ist, zu diesen beiden genannten Skalen ebenfalls signifikante Korrelationen nachweisen ($r = .352, p < .001$ u. $r = .349, p < .001$). Zusätzlich prüften wir einen Zusammenhang dieser Strukturdimension zur Skala „Wendung gegen das eigene Objekt“ des Fragebogens zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS). Diese Skala fragt nach dem Ausmaß und der Form des Ärgers und der Aggression des Probanden gegenüber anderen, so dass die hochsignifikante Korrelation der Objektregulation der OPD-2 Strukturachse zu diesem Außenkriterium ebenfalls gut nachzuvollziehen ist ($r = .400, p < .001$).

Die Fähigkeit zur inneren Kommunikation mittels Affekten und Fantasien beschreibt die OPD-2 Strukturdimension Kommunikation nach innen. Inhaltlich ähnlich zielen sowohl die Skala „Erleben von Emotionsmangel“ der SEE, die Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ der Toronto Alexithymie Skala und die Skala „Aspekte der körperlichen Erscheinung“ der Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) auf die Fähigkeit bzw. auf die Schwierigkeit einer inneren, differenzierten Wahrnehmung

von Gefühlen, Körpererleben und deren Zusammenhänge ab. Folglich konnte dann auch eine hohe Übereinstimmung zwischen dieser OPD-2 Strukturdimension und diesen drei Außenkriterien in unserer Studie gezeigt werden ($r = .352, p < .001$; $r = .349, p < .001$ und $r = .512, p = .018$).

Die Ergebnisse der OPD-2 Strukturdimension Kommunikation nach außen verglichen wir in der Auswertung mit den Ergebnissen der Außenkriterien: „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ der Toronto Alexithymie Skala, „Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit der FSKN und „Vermeidung in Partnerschaften“ des Bochumer Bindungsfragebogens (BoBi). Diese OPD-2 Strukturdimension erfasst die Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen. Sowohl die genannte Skala der Toronto Alexithymie Skala als auch die genannte Skala des BoBi beziehen sich ebenfalls auf die Fähigkeit des Probanden, mit anderen zu kommunizieren. Insbesondere bewertet die Skala der Toronto Alexithymie Skala auch die Fähigkeit Emotionen gegenüber anderen auszudrücken, die Skala des BoBi untersucht darüber hinaus auch die Tendenz, der Nähe zum Partner auszuweichen. Bezüglich der OPD-2 Strukturdimension Kommunikation nach außen und diesen beiden Außenkriterien ließen sich dann auch hohe Korrelationen feststellen ($r = .251, p = .007$ und $r = .354, p .001$).

Lediglich zwischen der Skala „Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU)“ der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) und der Kommunikation nach außen der OPD-2 Strukturachse fand sich mit einem Wert von $r = .172$ und $p = .066$ keine signifikante Korrelation.

Die Skala „Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ der FSKN soll mit vier weiteren Skalen den Bereich die psychosozialen Selbstkonzepte des Individuums näher erfassen. Diese Skala fragt nach den Einstellungen, besonders nach Kognitionen und Emotionen im Hinblick auf die Fähigkeit und Sicherheit in der Kontaktaufnahme mit anderen Personen und in der Regelung des Umgangs mit den anderen. Dabei wird besonderes Augenmerk auf das Anknüpfen und Fortführen von Gesprächen, das Machen von Bekanntschaften sowie auf die Geselligkeit im sozialen Umfeld gelegt.

Ein hoher Skalenwert spricht dafür, dass sich der Betroffene im Sozialkontakt mit anderen als geschickt, sicher und ungezwungen erlebt und bewertet. Ein niedriger Skalen-

wert hingegen ist gleichbedeutend mit dem Empfinden einer vermehrten Scheu, Angst und Unsicherheit des Probanden im Umgang mit anderen.

Die Subdimension der OPD-2 Strukturachse Kommunikation nach außen enthält die drei Unterbereiche „Kontaktaufnahme“, „Affektmitteilung“ und „Empathie“. Gut integrierte Probanden zeichnen sich durch eine lebendige Kontaktaufnahme mit adäquater affektiver Beteiligung und einem empathischen Verständnis aus. Der emotionale Austausch mit anderen gelingt, es entsteht in der Kommunikation ein wechselseitiges Verstehen. Andererseits ist der zwischenmenschliche Kontakt bei mäßig integrierten Probanden weniger persönlich und distanzierter, bei schlechter integrierten kommt ein einfühlsames Verstehen und eine wirkliche Kommunikation nicht mehr zustande.

Nach der inhaltlichen Charakterisierung der Skala „Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ der FSKN und der Kommunikation nach außen der OPD-2 Strukturachse liegt beiden Messinstrumenten ein zumindest sehr ähnliches Konstrukt zur Erfassung der Kontaktaufnahme und der Kommunikation im Hinblick auf den anderen zugrunde. Daher überrascht es, dass die Korrelation zwischen diesen beiden sich als nicht signifikant erwies, zumal weitere Skalen der FSKN sich in Bezug gesetzt zur Objektwahrnehmung, zur Bindung an innere und äußere Objekte als zum Teil hochsignifikant erwiesen.

Die OPD-2 Strukturdimension Bindung an innere Objekte beinhaltet die Fähigkeit, gute innere Objekte zur Selbstregulierung nutzen zu können. Die Ergebnisse dieser Strukturdimension korrelierten in einem hohen Ausmaß mit den Ergebnissen der Skala „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“ des BPI ($r = .415, p < .001$) sowie mit den Ergebnissen der Skalen „Wertschätzung durch andere“ und „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“ der FSKN ($r = -.346, p < .001$ und $r = -.264, p = .004$). Auch diese Ergebnisse weisen auf die inhaltliche Ähnlichkeit dieser OPD-2 Strukturdimension und diesen Außenkriterien hin. So bezieht die Skala des BPI insbesondere die Objektbeziehungen mit ein und die beiden Skalen der FSKN zielen ebenfalls auf Verhalten und Entscheidungen des Patienten im Bezug auf Objekte ab.

Schließlich charakterisiert die OPD-2 Strukturdimension Bindung an äußere Objekte die Fähigkeit, sich zu binden und sich auch wieder zu lösen. Zu den korrespondierenden Fragebogenskalen „Angst vor Nähe“ des BPI ($r = .483, p < .001$), „Vermeidung in Partnerschaften“ und „Angst in Partnerschaften“ des BoBi ($r = .390, p < .001$ bzw. $r = .411,$

$p < .001$) sowie „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ der FSKN ($r = -.298$, $p = .001$) ergaben sich ebenfalls sehr hohe Korrelationen. Die inhaltliche Nähe der Konstrukte zeigt sich dabei darin, dass die Skalen des BPI und des BoBi vor allem die Schwierigkeiten und die Ängste in den Beziehungen zu anderen prüfen, die Skala der FSKN untersucht vor allem belastete und problematische Gefühle und Beziehungen zu anderen. So überraschen diese dargestellten signifikanten Korrelationen nicht.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse unter anderem, dass die drei Subskalen „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“, „Identitätsdiffusion“ und „Angst vor Nähe“ des BPI auch mit den jeweiligen Subdimensionen der OPD-2-Strukturachse signifikant korrelieren.

Mittels der Varianzanalyse überprüften wir die Zusammenhänge zwischen dem Gesamtstrukturniveau der OPD-2 und den einzelnen Subskalen des BPI und dem BPI-Gesamtscore.

Dabei zeigten sich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen dem OPD-Gesamtstrukturniveau einerseits und dem BPI-Gesamtscore sowie seinen Subskalen „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“, „Identitätsdiffusion“ und „Angst vor Nähe“ andererseits (p -Werte zwischen $.026$ und $< .000$). Gut strukturierte Patienten nach OPD-2 erzielten die niedrigsten Werte sowohl im BPI-Gesamtscore als auch in den drei genannten Subskalen. Das könnte darauf hinweisen, dass besser strukturierte Patienten sich laut BPI emotional stabil, Gegensätze in sich gut aushaltend und integrierend sowie Nähe zulassen könnend erleben.

Patienten, die ein niedriges Strukturniveau aufwiesen, hatten hingegen die höchsten Werte im BPI-Gesamtscore und in den drei Subskalen. Nach der BPI-Einschätzung läge damit die Vermutung, dass Patienten mit einem niedrigen Strukturniveau anderen Menschen mehr misstrauen, schnell ins Gegenteil schlagende Gefühle haben, sich und die Welt als unwirklich erleben sowie mehr Angst vor engen Beziehungen haben, nahe.

Mit den dargelegten Zusammenhängen zwischen der OPD-2 Gesamtstruktur und dem BPI mittels der Varianzanalyse konnten wir die Resultate der Studie von Spitzer et al. (2002), der den BPI mit dem Strukturniveau der OPD-1 in Beziehung gebracht hatte, weitestgehend replizieren.

Lediglich die Subskala „Mangelnde Realitätsprüfung“ des BPI ergab in der Varianzanalyse mit dem Gesamtstrukturniveau der OPD-2 keine Signifikanz ($p = .271$). Das könnte sich möglicherweise auch durch die Auswahl unserer Stichprobe erklären lassen. Denn Patienten mit akuten psychotischen Symptomen wurden wegen ihrer hohen psychischen Belastung für unsere Studie nicht eingeschlossen. In der Subskala Mangelnde Realitätsprüfung des BPI wird explizit nach psychotischem Erleben gefragt, so dass die geringe Varianz in Bezug auf diese Stichprobe nicht überrascht. Darüber hinaus besteht hier auch ein konzeptioneller Unterschied zwischen der OPD-2 und dem BPI. Die OPD-2 beschreibt im desintegrierten Strukturniveau eher forensische, beispielsweise antisoziale Patienten. Für das Raten eines Patienten in das desintegrierte Strukturniveau ist die überdauernde Einschränkung struktureller Funktionen, nicht aber Ausnahmezustände, bestimmte psychotische Krankheitsbilder oder deren Residuen von entscheidender Relevanz. Das psychotische Erleben bzw. die psychotische Struktur werden daher im Gegensatz zum BPI in der OPD-2 weniger exakt abgebildet.

In der Studie von Spitzer und Mitarbeiter konnte bezüglich der Selbststeuerung der OPD-1 Strukturachse und der BPI-Skala Realität ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Auch hier wurde auf die sich nur zum Teil überschneidenden Konstrukte der Selbststeuerung der OPD-1 einerseits und der Realitätsprüfung des BPI andererseits hingewiesen.

Unsere Studie zeigte nur einen gemeinsamen Faktor, auf dem alle Dimensionen mit $> .90$ laden und der 89,6% der Varianz erklärt. Diese Ergebnisse stützen die Annahme aus einer unveröffentlichten Heidelberger Studie zur Konstruktvalidität (siehe Arbeitskreis OPD, 2006, S. 59), dass die acht Subdimensionen der OPD-2 Strukturachse nicht voneinander unabhängige Konstrukte darstellen, sondern dass es sich vielmehr um ein ein-dimensionales Konstrukt handelt und die einzelnen Teilfunktionen der Struktur deutlich voneinander abhängig wirken

Bezogen auf die Verteilung der Strukturratings ist zu erkennen, dass die Zwischenratings (1,5, 2,5 und 3,5) von den Ratern weniger oft berücksichtigt wurden als die ganzzahligen Ratings (1 = gut; 2 = mäßig und 3 = gering). Dabei könnte es sich einerseits um einen zufälligen Befund handeln. Andererseits ist jedoch eher davon auszuge-

hen, dass auch in einer klinischen Stichprobe von immerhin 125 psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Patienten sich die Gesamtstruktur annähernd normal verteilt, mit einer Verschiebung zum pathologischen Bereich hin. Wie aus der Abbildung 10 zu entnehmen zeigt unsere Stichprobe eine zweigipflige Verteilung der OPD-2-Gesamtstruktur.

In unserer breit angelegten Untersuchung wurde auch die externe Validität des STIPO-D an derselben Stichprobe untersucht. Die Verteilung des Strukturratings anhand des STIPO-D zeigt – wie aus Abbildung 13 ersichtlich – eine Normalverteilung (neurot. = neurotische und borderl. = Borderline Strukturniveau).

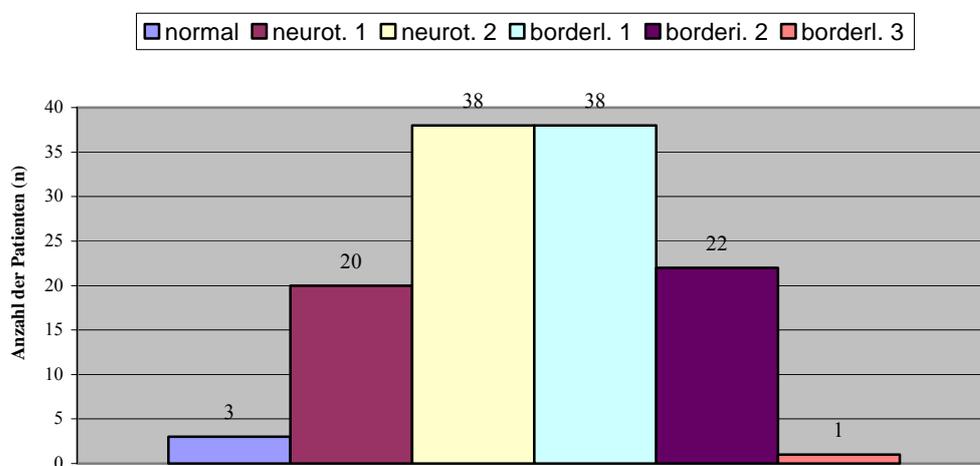


Abb. 13: Verteilung der Strukturniveaus unserer Stichprobe erhoben durch STIPO-D

Eine mögliche Erklärung wäre, dass im Gegensatz zum STIPO-D, bei dem alle Strukturniveaus exakt definiert und mit Beispielen näher erläutert werden, bei der OPD-2-Strukturachse diese exakte Operationalisierung für das Rating der Zwischenstufen „1,5“, „2,5“ und „3,5“ fehlt. So gibt es bislang für diese Zwischenratings keine Ankerbeispiele, an denen sich ein Rater orientieren könnte. Somit wäre eine Erklärung, dass die OPD-Rater im Rating tendenziell mehr die ganzzahligen Ratings berücksichtigen. In der Studie von Benecke und Kollegen (2009) fand sich jedoch eine solche Verteilung der Ratings nicht.

Des Weiteren ist für diese Studie der externen Validierung der OPD-2 Strukturachse kritisch anzumerken, dass einerseits die Einschätzung der videografierten OPD-Inter-

views mittels zertifizierter OPD-Rater und einem Expertenkonsensurating erfolgte, andererseits die Erhebung der Daten durch die Fragebögen lediglich mittels einer Selbsteinschätzung durch die Patienten selbst stattfand. Hier wäre zu überlegen, die von uns erhobenen Befunde durch weitere Instrumente wie zum Beispiel durch einen Selbsteinschätzungsbogen zur Struktur in Anlehnung der OPD-2 Strukturachse oder alternativ durch ein weiteres Instrument der Fremdeinschätzung zu überprüfen. Dadurch wäre ein möglicher Unterschied zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Persönlichkeitsstruktur unter Umständen besser aufzudecken und entsprechend im klinischen Alltag dann auch therapeutisch nutzbar zu machen.

In unserer Studie zeigen die Interraterreliabilitäten von $ICC = .61$ bzw. $= .68$ und entsprechen somit ungefähr den Interraterreliabilitäten wie sie vom Arbeitskreis OPD (2006) für die OPD-1 Strukturachse schon dargelegt worden sind.

Diese Werte sind im Vergleich zu den Interraterreliabilitäten der Skalen Psychischer Kompetenz (SPK, Huber et al., 2006) sowie des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO, Clarkin et al., 2004) eher niedrig. So weisen SPK eine mittlere $ICC = .82$ vor und in unserer Untersuchung des STIPO-D (Doering, 2004) konnte anhand dieser Stichprobe ein mittlerer $ICC = .901$ erzielt werden.

Sowohl SPK, als teilstrukturiertes Instrument zur Strukturdiagnostik also auch das STIPO, als strukturiertes Interview sind vermutlich leichter zu raten als das OPD-Interview, welches in Form und Inhalt vom Rater noch individueller geführt werden kann. In der Studie von Benecke und Kollegen (2009) fanden sich für das Rating der OPD-2-Strukturachse unterschiedliche Interraterreliabilitäten. So ergab sich zwischen einem erfahrenden und einem unerfahrenen zertifizierten OPD-Rater ein gewichtetes Kappa von $.679$ und $.648$ und zwischen zwei erfahrenen zertifizierten OPD-Ratern immerhin ein gewichtetes Kappa von $.826$. Für unsere Studie wurden die OPD-Interviews von zwei eher noch unerfahrenen zertifizierten OPD-Ratern durchgeführt, die Ratings wurden durch vier langjährige Mitglieder des Arbeitskreises OPD durchgeführt. Möglicherweise wäre die Interraterreliabilität in unserer Studie höher gewesen, wenn auch die Interviews von erfahrenen OPD-Ratern durchgeführt worden wären.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die vorliegende Studie deutlich zeigt, dass die Strukturachse der OPD-2 eine valide Interviewmethode zur Strukturmessung

im klinischen Alltag darstellt. Die Vorteile der OPD-2 liegen sicherlich auch darin begründet, dass der zu veranschlagende zeitliche Aufwand geringer als für ein strukturiertes Interview, z.B. das STIPO, ist.

Zur wissenschaftlichen Forschung und zur Erstellung von Studien muss jedoch der erhebliche Mehraufwand, bedingt durch das Erstellen von Konsensratings der videografierten OPD-Interviews, berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Hogrefe, Göttingen
- Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Huber, Bern
- Arbeitskreis OPD (2006) OPD-2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung Huber, Bern
- Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Badura B, Kaufhold G, Lehmann H, Pfaff H, Schott T, Waltz M (1987) Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozioepidemiologische Studie. Springer, Berlin
- Bäumer, BM (2011) Das strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STI-PO-D) – eine Studie zur konvergenten Validität. Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (im Druck, Stand 08.06.2011)
- Behr M & Becker M (2004) Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE). Hogrefe, Göttingen
- Benecke C, Koschier A, Peham D, Bock A, Dahlbender RW, Biebl W, Doering S (2009) Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. Z Psychosom Med Psychother 55: 84-96
- Benjamin LS (1974) Structural analysis of social behaviour. Psychol Rev 81: 392-425
- Bortz J, Döring N (2002) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. überarbeitete Auflage. Springer, Berlin
- Caligor E, Stern B, Buchheim A, Doering S, Clarkin J F. (2004) Strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation (STIPO) – wie verhalten sich

Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie zueinander? Persönlichkeitsstörungen 8:209-216.

Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF (2000) Inventory of Personality Organisation. New York: Weill Medical College of Cornell University

Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF (2004) Structured Interview of Personality Organization (STIPO). New York: Weill Medical College of Cornell University [Deutsche Übersetzung von Doering S 2004]

Dammann G, Smole-Lindinger S, Buchheim P (2000) Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO). Unveröffentlichtes Manuskript, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Technische Universität München

Deusinger IM (1986) Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Handanweisung. Hogrefe, Göttingen

Deusinger IM (1998) Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS). Handanweisung. Hogrefe, Göttingen

Deutsch F (1939) The associative amnesia. Psychoanal Q 8: 354-381

Doering S (2004) Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation, deutsche Version, STIPO-D URL: <http://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/STIPO-D.pdf> (Stand 08.06.2011).

Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, Schatz S, Schotte C, DeDoncker D, Schüßler G (2007) Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). Z Psychosom Med Psychother 53: 111-128, Vandenoek & Ruprecht, Göttingen

Dührssen A (1981) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. Vandenoek & Ruprecht, Göttingen

- Fonagy P (2005) Psychoanalytic development theory. In: E. Person, A. Cooper, G. Babbard (Eds.) Textbook of psychoanalysis. APA, Washington
- Franke GH (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Beltz, Göttingen
- Freyberger HJ, Spitzer C Stieglitz RD (2005) Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Huber, Bern, 2. Aufl.
- Freud S (1900) Die Traumdeutung. In: Gesammelte Werke, Bd. 2/3. Fischer, Frankfurt a. M.
- Freud S (1915) Das Unbewusste. In: Gesammelte Werke, Bd. 10. Fischer, Frankfurt a. M.
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Hogrefe, Göttingen
- Grande T, Oberbracht C, Rudolf G (1998a) Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“. In: Schauenburg, H. Buchheim P, Cierpka M, Freyberger H J (Hrsg.) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern S 121-138.
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1998b) Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung. Persönlichkeitsstörungen PTT 2: 173-182
- Grande T, Rudolf, G, Oberbracht C (2000) Veränderungsmessung auf der OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept. In: Schneider W, Freyberger H (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern S 148-161
- Grütering TB, Schauenburg H (2000) Die Erfassung psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale – Vergleich zweier klinischer Instrumente: Karolinska Psy-

- chodynamic Profile (KAPP) und OPD-Strukturachse. In: Bassler M (Hrsg.) Leitlinien in der stationären Psychotherapie: Pro und Kontra. Gießen: Psychosozial: 115-136
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) Beck Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch. 2. überarbeitete Aufl. Huber, Bern
- Heimann P (1959) On counter-transference. *Internat JPsychoanal* 31: 81-84.
- Hentschel U, Kießling M & Wiemers, M (1998) Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS). Manual. *Beltz*, Göttingen
- Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta N, Buchheim P, Doering S. (2010) Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Z Psychosom Med Psychother* 56: 136-159
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (2000) Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme. Deutsche Version. 2. Aufl. *Beltz*, Göttingen
- Huber D, Klug G, Wallerstein RS (2006) Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. *Kohlhammer*, Stuttgart
- Janke W, Erdmann G (1997) Streßverarbeitungsfragebogen (SVF-120). *Hogrefe*, Göttingen
- Janssen PL (1994) Zur psychoanalytischen Diagnostik. In: Janssen P. L., Schneider W. (Hrsg.) *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Fischer, Stuttgart
- Kernberg OF (1981) The structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 4: 169-195
- Kernberg OF (1985) *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kernberg OF (1996) A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Clarkin J F, Lenzenweger MF (Hrsg.) *Major theories of personality disorder*. Gilford Press, New York

- Kernberg OF (1997) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. 6. Auf. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kernberg OF (2000) Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg, Dulz, Sachsse (Hrsg.) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart
- Krause R (1998) Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd. 2 Kohlhammer, Stuttgart
- Kupfer J, Brosig B, Brähler A (2001) Toronto-Alexithymie-Skala-26. Hogrefe, Göttingen
- Laimböck A (2000) Das psychoanalytische Erstgespräch. Edition Diskord 2, Tübingen
- Leary T (1957) Interpersonal diagnosis of personality. Ronald Press, New York
- Leichsenring F (1997) Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI). Hogrefe, Göttingen
- Lienert GA & Raatz U (1998) Testaufbau und Testanalyse. 6. Aufl. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Lübking MR (2011) Persönlichkeitsorganisation bei verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern. Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster URL: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5906/diss_luebking.pdf.
- Menke BKM (2011) Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster URL: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5912/diss_menke.pdf
- Mestel R, Klingelhöfel J, Dahlbender RW, Schüßler G (2004) Validität der OPD-Achsen Konflikt und Struktur in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In Dahlbender RW, Bucheim P, Schüßler G (Hrsg.) Lernen an der Praxis. OPD und

- Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie. Huber, Bern: 229-244.
- Neumann E, Rohmann E, Bierhoff H W (2007) Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften – Der Bochumer Bindungsfragebogen (Bobi). *Diagnostica* 53: 33-47.
- Nitzgen D, Brünger M (2000) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In: W, Freyberger H (Hrsg.) Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern
- Paulus C (2006) Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF). Saarbrücken: Universität des Saarlandes URL: <http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/welcome.htm> . (Stand 08.06.2011).
- Rabin R, de Charro F (2001) EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 33: 337-343.
- Reymann G, Zbikowski A, Martin K, Tetzlaff M, Janssen PL (2000) Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken. In: Schneider W, Freyberger H (Hrsg.). Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zschr Psychosomat Med Psychoanal* 42: 343-357
- Rudolf G, Jakobsen T, Grande T, Oberbracht C (2002a) Strukturelle Aspekte der Persönlichkeitsstörungen. In: Rudolf G, Grande T & Henningsen P (Hrsg.) Die Struktur der Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart
- Rudolf G (2000b) Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In: Rudolf G, Grande T & Henningsen P (Hrsg.) Die Struktur der Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart

- Rudolf G (2006) Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2., neu bearbeitete und erweiterte Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Rudolf G, Doering S (2011) Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). In Doering S, Hörz S (Hrsg.) Handbuch Strukturdiagnostik. Schattauer, Stuttgart (im Druck)
- Rüsch N, Corrigan PW, Bohus M, Jacob GA, Brueck R, Lieb K (2007) Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiat Res* 150: 313-325
- Sandler J, Sandler AM (1978) On the development of object relationship and affects. *Int J Psychoanal* 39: 285-296
- Schauenburg H (2000) Zum Verhältnis zwischen Bindungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik. In: Schneider W, Freyberger H (Hrsg.) Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern
- Schneider G, Lange C, Heuft G (2002) Operationalized Psychodynamic Diagnostics and differential therapy indication in routine diagnostics at a psychosomatic outpatient department. *Psychother Res* 12(2): 159-178
- Schultz-Hencke H (1931) Schicksal und Neurose. Fischer, Jena
- Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD (1992) Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar. Huber, Bern
- Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ (2002a). Zur Konstruktvalidität der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. *Z Psychosom Med Psychother* 48: 299-312
- Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ (2002b) Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit

soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen. *Psychother Psych Med* 52: 392-397

Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger, HJ (2004) Zum Zusammenhang zwischen OPD-Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur und symptombezogenen sowie interpersonellen Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 50: 70-85

Strauß B, Hüttmann B, Schulz N (1997) Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Erste Erfahrungen mit der ‚OPD-1‘ im stationären Rahmen. *Psychother, Psychosom med Psychol* 47: 58- 63

Sullivan HS (1954) *The psychiatric interview*. Norton, New York

Weinryb RM, Rössel RJ (1991) Karolinska Psychodynamic Profile KAPP. *Acta Psychiatr Scand* 83 (Suppl 63), 1-23

Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung und Interviewheft*. Hogrefe, Göttingen

Danksagung

Für das Wecken der Neugierde an diesem Thema, für die viele Unterstützung und den stets bereichernden Gesprächen möchte ich Herrn Prof. Dr. S. Doering herzlichst danken.

Herrn Prof. Dr. G. Heuft danke ich für die Übernahme des Erstgutachtens.

Frau Prof. Dr. G. Schneider und Herrn Prof. Dr. M. Burgmer danke ich für die fleißige Übernahme der Zweitratings der videografierten OPD-Interviews.

Bedanken möchte ich mich darüber hinaus bei Herrn Dr. K. Telger, der als Chefarzt des Alexianer Krankenhauses Münster-Amelsbüren diese Studie bereitwillig unterstützte.

Danken möchte ich auch Herrn Dr. K. Schmidt, der mir als Chefarzt des Vinzenzhospitals Rhede den zeitlichen Rahmen gab, die Abfassung dieser Arbeit zu vollenden.

Allen Kollegen, besonders den drei Mit-Doktorandinnen Frau B. Bäumer, Frau M. Lübking und Frau B. Menke bin ich zu besonderem Dank verpflichtet, denn nur zusammen konnten wir diese Stichprobe erheben und auswerten.

Für seine Begleitung danke ich Herrn Dr. L. Lewandowski.

Für die EDV-Beratung danke ich Herrn Dr. N. Fazel und Herrn J. Graf.

Danken möchte ich auch meinen Eltern Christel und Edmund Feldmann, die mir durch ihre Unterstützung erst das Studium ermöglichten.

Ganz besonderer Dank gilt meiner Ehefrau und meinen Kindern, die mir Zeit und Raum gaben und mich immer wieder ermutigten, an dieser Studie weiterzuarbeiten und sie letztlich auch abzuschließen.

Danken möchte ich zudem allen Patientinnen und Patienten für ihr Einverständnis und Bereitschaft an dieser Studie teilzunehmen.

Anhang



Ethik-Kommission Münster • Von-Esmarch-Straße 62 • 48149 Münster

Herrn Prof. Dr. med. Stephan Doering
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
UK Münster
Waldeyerstr. 30
48149 Münster

ETHIK-KOMMISSION
der Ärztekammer Westfalen-Lippe
und der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Von-Esmarch-Str. 62
D-48149 Münster

Unser Zeichen: bo/bue

Telefon: +49 (0)251 83 - 5 52 90
Telefax: +49 (0)251 83 - 5 70 97
E-Mail: ethikkom@uni-muenster.de
Website: www.klinikum.uni-muenster.de/ethikkommission

nachrichtlich: /

gedruckt: 20. September 2007

Unser Aktenzeichen: 2007-344-f-S (bitte immer angeben!)

Titel der klinischen Prüfung:

“Validierung des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D) und der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)”

Sehr geehrter Herr Professor Doering,

für das oben genannte Forschungsvorhaben haben Sie die Beratung durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster („Ethik-Kommission“) beantragt.

Die Ethik-Kommission hat in ihrer Sitzung am 31.08.2007 ausführlich über Ihren Antrag beraten, ergänzend vorgelegte Unterlagen in einem Ausschuss nach § 5 Abs. 1 Satz 3 ihrer Satzung geprüft, und beschlossen:

Die Ethik-Kommission hat keine grundsätzlichen Bedenken ethischer oder rechtlicher Art gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens.

Die vorliegende Einschätzung gilt für das Forschungsvorhaben, wie es sich auf Grundlage der in Anhang 1 genannten Unterlagen darstellt.

Für die Entscheidung der Ethik-Kommission erhebt die Ärztekammer Westfalen-Lippe Gebühren nach Maßgabe ihrer Verwaltungsgebührenordnung. Über die auf 20 % der Regelgebühr ermäßigten Gebühren haben Sie von der Ärztekammer einen gesonderten Bescheid erhalten.

Allgemeine Hinweise:

Mit der vorliegenden Stellungnahme berät Sie die Ethik-Kommission zu den mit Ihrem Forschungsvorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 Berufsordnung Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Mitglieder: O. Schober (Vorsitzender), H.-W. Bothe (Stellv. Vorsitzender)
A. Autiero, B. Brinkmann, M. Föcking, P. Hucklenbroich, J. Ritter, G. Rudolf, W. Schmitz, H.-D. Steinmeyer, D. Voß, I. Wolf
Leiterin der Geschäftsstelle: B. Uebing

Die Einschätzung der Kommission ist als ergebnisoffene Beratung für den Antragsteller nicht bindend. Die Ethik-Kommission weist darauf hin, dass unabhängig von der vorliegenden Stellungnahme die medizinische, ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens bei dessen Leiter und bei allen an dem Vorhaben teilnehmenden Ärzten bzw. Forschern verbleibt.

An der Beratung und Beschlussfassung haben die in Anhang 2 aufgeführten Mitglieder der Ethik-Kommission teilgenommen. Es haben keine Kommissionsmitglieder teilgenommen, die selbst an dem Forschungsvorhaben mitwirken oder deren Interessen davon berührt werden.

Die Ethik-Kommission empfiehlt nachdrücklich die Registrierung klinischer Studien in einem öffentlich zugänglichen Register, das die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten Voraussetzungen erfüllt, insbesondere deren Mindestangaben enthält. In Betracht kommende Register sowie ausführliche weiterführende Informationen stehen im Internetangebot der WHO zur Verfügung:

<http://www.who.int/ictrp/en/>

Zu den von zahlreichen Fachzeitschriften aufgestellten Anforderungen wird hingewiesen auf:

http://www.icmje.org/clin_trialup.htm

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ist organisiert und arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den GCP-Richtlinien der ICH.

Die Kommission wünscht Ihrem Forschungsvorhaben gutes Gelingen und geht davon aus, dass Sie nach Abschluss des Vorhabens über die Ergebnisse berichten werden.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Werner Bothe M.A.
Stellv. Vorsitzender der Ethik-Kommission

Anhang 1

Folgende Unterlagen haben bei der Beschlussfassung vorgelegen:

Eingang am:	Datum des Schreibens:	Anlagenbezeichnung:	Version:
30.07.2007	25.07.2007	Anschreiben des Sponsors / Vertreters	
31.07.2007	30.07.2007	Anschreiben des Antragstellers	
31.07.2007	30.07.2007	CV Prof. Dr. Doering	
31.07.2007	30.07.2007	Antrag	30.07.2007
31.07.2007	30.07.2007	Patienteninformation und Einverständniserklärung	
31.07.2007	30.07.2007	Dokumentationsbögen	
19.09.2007	17.09.2007	Schreiben / Stellungnahme Prof. Doering	
19.09.2007	17.09.2007	Information und Einverständniserklärung	

Anhang 2

Folgende Mitglieder der Ethik-Kommission haben an der Beratung und Beschlussfassung in der Sitzung vom 31. August 2007 teilgenommen:

Frau Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert Geschäftsf. Direktorin des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin UK Münster	Prof. Dr. jur. Heinz-Dietrich Steinmeyer Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Wirtschaftsrecht (Abt. III) Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. med. Torsten Hausamen Facharzt für Innere Medizin	Prof. Dr. rer. nat. Ulrich Hoyer Philosophisches Seminar Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. med. Jörg Ritter Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde - Pädiatrische Hämatologie und Onkologie - UK Münster	Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Otmar Schober Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin UK Münster <i>(Vorsitz)</i>
Frau Mechthild Föcking Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe Behinderter e.V.	Prof. Dr. med. Hans-Werner Bothe Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie UK Münster
Frau Dr. Elvira Ahlke Apothekerin Apotheke des UK Münster	



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster

Information und Einverständniserklärung zu Studie „Validierung des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D) und der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)“



Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. F. Bollmann

Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering

Waldeyerstraße 30
48149 Münster
Telefon: (02 51) 83 – 47074
Fax: (02 51) 83 – 45730
E-Mail: stephan.doering@ukmuenster.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie befinden sich aufgrund einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung in stationärer Behandlung im Alexianer Krankenhaus Amelsbüren. Das Alexianer Krankenhaus führt in Kooperation mit der Universitätsklinik Münster (Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie und Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde), ein Forschungsprojekt durch, bei dem es um die Diagnostik von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen geht.

Wir möchten Sie bitten, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Wenn Sie nicht teilnehmen wollen, ergeben sich keine Nachteile für Ihre Behandlung in unserem Krankenhaus.

1. Zweck der Studie

Diese Studie dient dazu, die Zuverlässigkeit von zwei diagnostischen Interviewverfahren zu überprüfen. Dabei werden die mit psychischen Erkrankungen verbundenen Symptome und die zugrunde liegenden Probleme so genau wie möglich erfasst, um die bestmögliche Therapie zu planen. Wir erhoffen uns davon letztendlich eine Verbesserung der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten.

2. Ablauf der Studie

Sollten Sie sich zur Teilnahme an dieser Untersuchung entschließen, würde ein(e) Arzt/Ärztin oder eine Psychologin des Alexianer Krankenhauses mit Ihnen zunächst zwei diagnostische Interviews durchführen, anschließend würde ein(e) weitere(r) Arzt/Ärztin oder Psychologin mit Ihnen ein drittes Interview durchführen. Bei den drei Interviews geht es zum einen um die Symptome, unter denen Sie im Rahmen Ihrer Erkrankung leiden, und zum anderen um Sie als Person, wie Sie sich selbst sehen, wie Sie andere sehen, wie Sie Beziehungen erleben und wie Ihr Leben derzeit aussieht. Ziel dieser Interviews ist es, möglichst differenziert Ihre Erkrankung und deren Hintergründe zu erfassen. Die Interviews dauern jeweils ca. 90 Minuten bis drei Stunden und werden zu drei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt. Teilweise werden die Interviews für die wissenschaftliche Auswertung auf Video aufgezeichnet.

Darüber hinaus würden wir Sie bitten, insgesamt 16 Fragebögen auszufüllen, die ähnliche Inhalte abfragen wie die Interviews. Diese Fragebögen dienen unter wissenschaftlichem Aspekt dazu, die Zuverlässigkeit der Interviews zu belegen. Das Ausfüllen aller

Fragebögen dauert ca. vier Stunden, Sie können die Fragebögen problemlos in mehreren Etappen an mehreren Tagen ausfüllen.

3. Nutzen und Risiken:

Das einzig denkbare Risiko dieser Untersuchung liegt darin, dass Sie im Laufe der Befragung möglicherweise auf Dinge zu sprechen kommen, die Sie persönlich belasten. Sollten Sie sich hierdurch beeinträchtigt fühlen, könnten Sie dies jederzeit mit Ihrem behandelnden Arzt oder der/dem Interviewer/-in besprechen. Meist liegt in einer solchen Auseinandersetzung mit belastenden oder schmerzlichen Inhalten eine Chance zur Weiterentwicklung.

Die Ergebnisse der Interviews und der Fragebögen werden unmittelbar Ihrem behandelnden Arzt auf der Station zur Verfügung gestellt, der diese dann mit Ihnen bespricht. Auf diese Weise könnten auch Sie persönlich unmittelbar von den Untersuchungen profitieren.

4. Kosten

Durch die Teilnahme an der Untersuchung entstehen weder Ihnen noch Ihrer Krankenversicherung irgendwelche Kosten.

5. Freiwilligkeit

Ihre Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Durch Ihre Einwilligung gehen Sie keine Verpflichtungen ein. Sie können die Einwilligung in die Untersuchung jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen ein Nachteil entsteht. Sie können die Untersuchung auch jederzeit abbrechen, ohne dass Ihnen ein Nachteil entsteht.

6. Datenschutz

Die ärztliche Schweigepflicht und die Bestimmungen des Datenschutzes werden selbstverständlich gewahrt. Angaben zu Ihrer Person sowie die Videoaufzeichnungen werden nicht an Dritte weitergegeben oder veröffentlicht. Nur die autorisierten Mitarbeiter/innen der Klinik haben Zugang zu den erhobenen Daten. Die von Ihnen erhobenen Daten werden bei der Auswertung von den persönlichen Angaben getrennt. Nach Abschluss der Untersuchung werden alle persönlichen Informationen gelöscht.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den für Sie verantwortlichen Untersucher im Alexianer Krankenhaus (Frau Dipl.-Psych. B. Menke; Frau B. Bäumer, Fachärztin; Frau Dipl.-Psych. M. Lübking; Herrn M. Feldmann, Arzt) oder den Versuchsleiter (Prof. Dr. S. Doering, Universitätsklinikum Münster, Telefon: 0251-83 47074).

Ich bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit, alle weiteren mich interessierenden Fragen zu dem Forschungsprojekt und zur geplanten Durchführung zu stellen. Meine Fragen wurden im Aufklärungsgespräch erschöpfend beantwortet. Eine Kopie der Information und Einverständniserklärung zur Studie ist mir ausgehändigt worden.

Ich erkläre mich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden.

(Datum)

(Name des Untersuchers)

(Unterschrift des Patienten)

(Unterschrift des Untersuchers)

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen

Achse I (Basismodul) Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
	①	①	②	③	④	⑨

Objektivierende Bewertung der Erkrankung /des Problems

1. Gegenwärtige Schwere der Störung /des Problems						
1.1. Schwere der Symptomatik	①	①	②	③	④	⑨
1.2. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage	→ _____					⑨
1.3. EQ5 D Summe: _____ Itemwerte →	1.____	2.____	3.____	4.____	5.____	⑨
2. Dauer der Störung /des Problems						
2.1. Dauer der Störung	< 6 Monate	6-24 Monate	2-5 Jahre	5-10 Jahre	> 10 Jahre	⑨
2.2. Alter bei Erstmanifestation der Störung	in Jahren → _____					⑨

Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten

3. Krankheitserleben und -darstellung						
3.1. Leidensdruck	①	①	②	③	④	⑨
3.2. Darstellung körperlicher Beschwerden u. Probleme	①	①	②	③	④	⑨
3.3. Darstellung psychischer Beschwerden u. Probleme	①	①	②	③	④	⑨
3.4. Darstellung sozialer Probleme	①	①	②	③	④	⑨
4. Krankheitskonzepte des Patienten						
4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	⑨
4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	⑨
4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	⑨
5. Veränderungskonzepte des Patienten						
5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung	①	①	②	③	④	⑨
5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung	①	①	②	③	④	⑨
5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich	①	①	②	③	④	⑨

Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse

6. Veränderungsressourcen						
6.1. persönliche Ressourcen	①	①	②	③	④	⑨
6.2. (psycho)soziale Unterstützung	①	①	②	③	④	⑨
7. Veränderungshemmnisse						
7.1. äußere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	⑨
7.2. innere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	⑨

Achse I (Psychotherapiemodul)	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
(optional)	①	②	③	④	⑤	⑥

Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten

5. <i>Veränderungskonzepte des Patienten</i>						
5.P1. Symptomreduktion	①	②	③	④	⑤	⑥
5.P2. reflektierend-motivklärend /konfliktorientiert	①	②	③	④	⑤	⑥
5.P3. emotional-supportiv	①	②	③	④	⑤	⑥
5.P4. aktiv-anleitend	①	②	③	④	⑤	⑥

Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse

6. <i>Veränderungsressourcen</i>						
6.P1. Offenheit	①	②	③	④	⑤	⑥
7. <i>Veränderungshemmnisse</i>						
7.P1. sekundärer Krankheitsgewinn /problemaufrechterhaltende Bedingungen	①	②	③	④	⑤	⑥

Achse II Beziehung

Perspektive A: Das Erleben des Patienten					
<i>Patient erlebt sich</i>			<i>Patient erlebt andere</i>		
Item Nr.	Text		Item Nr.	Text	
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch des Untersuchers)					
<i>Andere erleben den Patient</i>			<i>Andere erleben sich</i>		
Item Nr.	Text		Item Nr.	Text	
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Beziehungsdynamische Formulierung:

Beschreiben Sie bitte,	
... wie der Pat. andere immer wieder erlebt: ↓
... wie er in seinem Erleben darauf reagiert: ↓
... welches Beziehungsangebot er anderen mit dieser Reaktion (unbewusst) macht: ↓
... welche Antwort er anderen damit (unbewusst) nahe legt: ↓
... wie es der Patient erlebt, wenn andere so wie ihnen nahe gelegt antworten:

Achse III Konflikt

Fragen zur Abklärung der Voraussetzungen der Konfliktbeurteilung

A) Konflikte sind <u>nicht</u> zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt.	ja = ① nein = ②
B) Aufgrund geringer struktureller Integration handelt es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte dysfunktionale Konfliktmuster als vielmehr um Konfliktschemata.	ja = ① nein = ②
C) Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar.	ja = ① nein = ②
D) Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster.	ja = ① nein = ②

repetitiv-dysfunktionale Konflikte	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Individuation versus Abhängigkeit	①	②	③	④	⑤
2. Unterwerfung versus Kontrolle	①	②	③	④	⑤
3. Versorgung versus Autarkie	①	②	③	④	⑤
4. Selbstwertkonflikt	①	②	③	④	⑤
5. Schuldkonflikt	①	②	③	④	⑤
6. Ödipaler Konflikt	①	②	③	④	⑤
7. Identitätskonflikt	①	②	③	④	⑤

Hauptkonflikt: _____

Zweitwichtigster Konflikt: _____

Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑤

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

