

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

**Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2):  
Strukturniveau und psychiatrische Diagnose**

**Inaugural- Dissertation**

**zur**

**Erlangung des doctor rerum medicinalium**

der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Bernhardine Katharina Maria Menke

aus Münster

2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms  
Universität Münster

**Dekan:** Univ.-Prof. Dr. med. W. Schmitz

**1. Berichtstatter:** Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering

**2. Berichtstatter:** Univ.-Prof. Dr. Dr. med. F. A. Muthny

**Tag der mündlichen Prüfung:** 09.02.2011

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. L. Figgner  
1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering  
2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. F.A.Muthny

### Zusammenfassung

## **Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2): Strukturniveau und psychiatrische Diagnose**

Bernhardine Katharina Maria Menke

**Theoretischer Hintergrund:** Zur theoretischen Einführung in das Thema werden die Konzepte von Kernberg und Rudolf vorgestellt. Diese beiden Konzepte sind die direkten Vorläufer der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2), welche in dieser Untersuchung zur Strukturmessung eingesetzt wird.

**Fragestellung:** Es wird ein Zusammenhang des Strukturniveaus – gemessen mit der OPD-2 Strukturachse – mit spezifischen psychiatrischen Diagnosen untersucht.

**Methode:** Anhand einer Stichprobe mit 125 klinischen Patienten wurden Gruppenvergleiche von Achse I- und Achse II-Störungen bezüglich der Mittelwerte des OPD-2-Strukturniveaus und der OPD-2-Strukturdimensionen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hatten ein hochsignifikant schlechteres Strukturniveau als Patienten mit Achse I-Störungen, unabhängig von der Art der Achse I-Störung. Bei Aufteilung der Persönlichkeitsstörungen in die Cluster A, B und C konnte gezeigt werden, dass Cluster B ein signifikant schlechteres Strukturniveau im Vergleich zu Cluster C hat. Cluster A scheint ein besseres Strukturniveau als Cluster B und C zu haben. Das Strukturniveau differiert nicht signifikant zwischen Patienten mit einer und Patienten mit mehr als einer Persönlichkeitsstörung.

**Diskussion:** Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Strukturniveau nach OPD-2 und verschiedenen psychiatrischen Diagnosen. Es gibt ansatzweise Bestätigungen für Kernbergs Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen (Kernberg, 2000, S.51).

**Tag der mündlichen Prüfung:** 09.02.2011

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	9
2.	Theoretische Einbettung .....	9
2.1.	Das Strukturkonzept von Otto F. Kernberg.....	10
2.2.	Das Strukturkonzept von Gerd Rudolf .....	15
2.2.1.	Struktur als Ganzes .....	15
	Differenzierende strukturelle Funktionen.....	16
	Integrierende strukturelle Funktionen .....	17
	Regulierende strukturelle Funktionen .....	18
	Wertmaßstäbe bei unterschiedlichen Strukturniveaus.....	19
	Reifung von Struktur .....	19
	Strukturelle Folgen der Traumatisierung.....	20
	Struktur und Konflikt .....	20
	Rudolfs Überlegungen zur sozialen Verträglichkeit von strukturellen Störungen .....	21
2.2.2.	Strukturelle Aspekte im Einzelnen .....	21
	Aspekte des Selbsterlebens: .....	22
	Aspekte des Objekterlebens: .....	24
2.3.	Das Strukturkonzept in der OPD-2.....	24
	Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung.....	25
	Steuerung des Selbst und der Beziehungen.....	25
	Emotionale Kommunikation nach innen und außen .....	25
	Kognitive Fähigkeiten: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung.....	25
	Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs.....	25
	Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen und nach außen.....	26
	Fähigkeit zur Bindung: Innere Objekte und äußere Objekte.....	26
	Abwehr und ihre strukturelle Funktion .....	27
	Einschätzung der Struktur und Messskala.....	27
2.4.	Erfahrungen und empirische Befunde mit der OPD-1 und OPD-2.....	30
2.5.	Zusammenhang von Struktur und Diagnose .....	31
3.	Hypothesen .....	33

Hypothese I:.....	33
Hypothese II: .....	33
Hypothese III: .....	33
Hypothese IV:.....	33
4. Methode.....	34
4.1. Design der Untersuchung .....	34
4.2. Die Stichprobe .....	35
4.3. Erfassung der Struktur mit der OPD-2 .....	36
Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen.....	36
Achse II: Beziehung .....	37
Achse III: Konflikt .....	38
Achse IV: Struktur.....	38
Interviewtechnik zur Erfassung der Struktur:.....	38
Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen.....	40
4.4. Erfassung der Diagnosen mit dem strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID- I und - II) .....	40
4.5. Statistische Analysen.....	41
Zu Hypothese I: .....	41
Zu Hypothese II:.....	41
Zu Hypothese III: .....	41
Zu Hypothese IV: .....	41
5. Ergebnisse.....	42
5.1. Deskriptive Ergebnisse zur Stichprobe .....	42
5.1.1. Verteilung der OPD-2 Struktur.....	42
5.1.2. Verteilung der psychiatrischen Diagnosen .....	43
5.2. Ergebnisse zu den Hypothesen .....	46
Ergebnis zu Hypothese I:.....	46
Ergebnis zu Hypothese II: .....	47
Ergebnis zu Hypothese III: .....	48
Ergebnis zu Hypothese IV:.....	50
6. Diskussion .....	53
7. Literaturverzeichnis .....	59

8. Anhang ..... 67

Ich widme diese Arbeit Theo, Fabian und Johann!



## **1. Einleitung**

Als psychische Struktur wird eine zeitlich überdauernde Disposition eines Menschen, bezogen auf sein Erleben und sein Verhalten, verstanden. Die Erfassung der Struktur eines Menschen, auch Persönlichkeitsorganisation genannt, ist deshalb relevant, weil sie über die rein deskriptiven Diagnosen auf Symptomebene hinausgeht sowie wertvolle Befunde für die Therapie liefert. Der Arbeitskreis OPD hat 2006 die zweite Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) herausgebracht, wobei die Achse Struktur in vier Bereichen mit jeweils zwei Unterbereichen (bezogen auf das Selbst sowie auf die Objekte) das Konstrukt Struktur erfasst.

Im 2. Kapitel dieser Arbeit geht es um den theoretischen Hintergrund zum Strukturkonzept; besondere Beachtung finden hier die Konzepte von Otto F. Kernberg und Gerd Rudolf. Das Konzept von Rudolf ist als Grundlage für die Operationalisierung von Struktur in der OPD-2 verwendet worden. Danach wird kurz der bisher postulierte Zusammenhang der psychischen Struktur mit psychiatrischen Diagnosen dargestellt. Daraus wird die Fragestellung der hier vorliegenden Arbeit in Kapitel 3 entwickelt. Im 4. Kapitel wird die Methode der Studie beschrieben; im 5. Kapitel werden die Ergebnisse, sowohl deskriptiv bezogen auf die Stichprobe als auch bezogen auf die im 3. Kapitel erarbeitete Fragestellung, dargestellt. Die Diskussion der Ergebnisse und deren Bedeutung für die Fragestellung finden sich im 6. Kapitel.

## **2. Theoretische Einbettung**

Alle überdauernden Dispositionen im Erleben und Verhalten eines Menschen können als seine Struktur zusammengefasst werden. Zum einfacheren Verständnis kann die Struktur auch als das „Betriebssystem“ eines Menschen verstanden werden, wenn man das Gehirn als die „hardware“ und das aktuelle Verhalten in einer bestimmten Situation als „software“ bezeichnet. Es besteht Konsens darüber, dass die Struktur nicht unveränderbar festgelegt ist, sondern sich in gewissem Rahmen unter bestimmten Bedingungen entwickeln und verändern kann. Im Folgenden werden die Strukturkonzepte von Kernberg und Rudolf vorgestellt, wobei sich die Strukturmessung nach OPD an das Rudolfsche Konzept anlehnt das somit eine Hinführung zur Operationalisierung der Struktur in der OPD darstellt.

## **2.1. Das Strukturkonzept von Otto F. Kernberg**

Kernberg sieht ein Problem in den bisherigen phänomenologischen Klassifikationssystemen der Persönlichkeitsstörungen, da sowohl das kategoriale als auch das dimensionale System zu sehr an den oberflächlichen Verhaltensweisen orientiert ist (vgl. Kernberg, 2000, S. 46). Weiter ist Kernberg der Auffassung, dass unsere diagnostischen Mittel der Überarbeitung und Weiterentwicklung bedürfen, um Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen optimieren zu können. Sein Anliegen ist es, die tiefer liegenden Wurzeln der Verhaltensauffälligkeiten und Symptome zu ergründen, zu diagnostizieren und schließlich auch zu therapieren.

Die Persönlichkeit setzt sich nach Kernbergs Ansicht unter anderem aus dem **Temperament** und dem **Charakter** zusammen. **Temperament** versteht er als genetisch festgelegte Verhaltensweise auf bestimmte Reizsituationen; dabei hebt er besonders die angeborene Schwelle für die Aktivierung von Affekten hervor: *„Das Voraussetzen angeborener Schwellen für die Aktivierung sowohl positiver, angenehmer, belohnender als auch negativer, schmerzhafter, aggressiver Affekte stellt meiner Meinung nach die wesentliche Brücke zwischen biologischen und psychologischen Determinanten der Persönlichkeit dar (Kernberg, 1994a).[...] Bezogen auf die Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen kommt den affektiven Anteilen des Temperaments eine fundamentale Bedeutung zu“* (Kernberg, 2000, S.46f).

**Charakter** ist ebenfalls ein entscheidender Aspekt von Persönlichkeit, er bestimmt die Organisation der Verhaltensmuster. *„Aus einer psychoanalytischen Perspektive schlage ich vor, daß mit Charakter die Verhaltensmanifestationen der Ich- Identität gemeint sind, während die subjektiven Aspekte der Ich- Identität, das heißt die Integration des Selbst- Konzepts und des Konzepts von bedeutenden Bezugspersonen, jene innerpsychische Strukturen darstellen, die diesen Charakter determinieren. [...] Von einem psychoanalytischen Standpunkt aus konstituiert sich die Persönlichkeit gemeinsam aus Temperament und Charakter ebenso wie aus einer weiteren innerpsychischen Struktur, dem Über- Ich.“* (Kernberg, 2000, S 47) Kernberg versteht also unter Persönlichkeit eine Integration von drei Komponenten: Temperament, Charakter sowie ein verinnerlichtes Werte- System.

In diese Definition von Persönlichkeit flicht Kernberg triebtheoretische Komponenten ein. Er ist der Ansicht, dass die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie nicht ohne Triebtheorie auskommt, da die Affekte und später Triebe maßgeblich die Beziehungen zu den Objekten bestimmen. Ausgehend von den Affekten, die Kernberg als den Menschen gemeinsam angeboren sieht, erklärt er die Entstehung von ersten Trieben der frühen Entwicklung, wenn die Affekte in den ersten Objektbeziehungen aktiviert werden. *„Befriedigende, belohnende und lustvolle Affekte werden hierbei zu Libido als einem übergeordneten Trieb, während schmerzhaft, unlustvoll und negative Affekte zur Aggression als übergeordnetem Trieb integriert werden. [...] 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 die Struktur der Psyche dar.“* (Kernberg, 2000, S 48) So ist Kernberg der Ansicht, dass die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie ohne die triebtheoretischen Anteile nicht ausreichend ist; besonders da die zahlreichen positiven sowie negativen Affekte, die während der Säuglings- und Kleinkindzeit ein und derselben Bezugsperson entgegengebracht werden, nicht einem Motiv zugeordnet werden können. Eine Objektbeziehungstheorie, in die die Triebtheorie integriert wird, wird nach Ansicht Kernbergs *„der Feststellung Freuds (1915) gerecht, dass die Triebe eine eigenes Reich zwischen dem der Physis und dem der Psyche besetzen“* (Kernberg, 2000, S. 48).

Kernberg hat das Bestreben, dem Kliniker mehr systematische Informationen über die Charakterpathologie (später Persönlichkeitsorganisation), ihren Schweregrad und deren deskriptiven, strukturellen und genetisch-dynamischen Merkmale zu liefern (vgl. Kernberg, 1997, S. 139). Um eine sinnvolle Einteilung vornehmen zu können, orientiert er sich an drei pathologischen Entwicklungssträngen: 1. Pathologie der Ich- und Überich-Strukturen, 2. Pathologie der internalisierten Objektbeziehungen und 3. Pathologie der Entwicklung libidinöser und aggressiver Triebderivate.

Entlang dieser drei Entwicklungsstränge beschreibt Kernberg drei Strukturebenen der Charakterpathologie: die höhere, die mittlere und die niedere Strukturebene.

- **Die höhere Strukturebene der Charakterpathologie:** Der Patient hat ein gut integriertes, aber strenges und strafendes Überich. Das Ich ist ebenfalls gut integriert, es existiert ein stabiles Selbstkonzept sowie eine stabile Vorstellungswelt. Als Abwehrmechanismus fungiert vorwiegend Verdrängung. Insgesamt ist die allgemeine soziale Anpassung nicht gefährdet; teilweise können die sexuellen und/oder aggressiven Triebderivate gehemmt oder konflikthaft ausgeprägt sein.
- **Die mittlere Strukturebene der Charakterpathologie:** Hier ist das Überich stärker strafend und weniger gut integriert. Gegensätzliche Ansprüche stehen nebeneinander: großartig, mächtig und attraktiv sein gegenüber der Forderung nach strenger moralischer Perfektion. Die schlechte Überich-Integration kann man auch an der verminderten Fähigkeit, Schuld zu empfinden, zu erkennen sowie an paranoiden Zügen, Widersprüchen im Wertesystem und schweren Stimmungsschwankungen; letztere entstehen durch die primitive Steuerungsqualität des Überichs dem Ich gegenüber. Der Patient zeigt weniger hemmende Abwehrformen und sein Verhalten ist durchsetzt von Triebstreben, wie man sie in dissoziierten Äußerungen sexueller oder aggressiver Bedürfnisse in bestimmten Bereichen beobachten kann. Verdrängung ist allerdings immer noch der hauptsächliche Abwehrmechanismus neben gelegentlicher Neigung zu Dissoziation und Spaltung. *„Die Objektbeziehungen sind auf dieser Ebene immer noch stabil im Sinne der Fähigkeit zu dauerhaften, engen Beziehungen mit anderen und der Toleranz der deutlichen ambivalenten und konflikthaften Natur solcher Beziehungen.“* (Kernberg, 1997, S 146)
- **Die niedere Strukturebene der Charakterpathologie:** Diese Stufe ist durch eine minimale Überich- Integration ausgezeichnet. Die Grenze zwischen Ich und Überich ist vollkommen verwischt. Abwehrmechanismen sind Projektion, projektive Identifizierung, primitive Dissoziation und Spaltung. *„Der Mechanismus der Spaltung äußert sich in Form gegensätzlicher, einander abwechselnder Ichzustände, und diese Dissoziation wird verstärkt durch Leugnung, projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung und Omnipotenz. [...] Seine pathologische Charakterabwehr ist von vorwiegend*

*impulsiver, triebdurchsetzter Art; kontradiktorische, sich wiederholende Verhaltensmuster werden voneinander dissoziiert und erlauben damit eine direkte Freisetzung von Triebderivaten und zugleich Reaktionsbildung gegen diese Triebe. [...] Die Fähigkeit dieser Patienten zur Vereinigung kontradiktorischer („guter“ und „böser“) Selbst- und Objektbilder ist beeinträchtigt, ...[...] Die Unfähigkeit dieser Patienten, libidinös und aggressiv determinierte Selbst- und Objektbilder zu integrieren, zeigt sich darin, daß sie Objektbeziehungen entweder bedürfnisbefriedigender oder bedrohlicher Natur aufrechterhalten. Sie sind nicht fähig, sich in Objekte in ihrer Ganzheit einzufühlen.“* (Kernberg, 1997, S. 147f) Die Patienten haben weder das Stadium von Objekt Konstanz erreicht, noch verfügen sie über ein integriertes Selbstkonzept; beides führt zu dem Syndrom der Identitätsdiffusion als herausragendes Merkmal der Charakterpathologie.

Die nächste Stufe auf dieser Skala führt zu den Psychosen, die differentialdiagnostisch dadurch abgegrenzt werden können, dass den psychotischen Patienten die Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung fehlt.

Kernberg (1985) beschreibt drei nach dem Schweregrad eingeteilte Persönlichkeitsorganisationen, die psychotische, die Borderline- sowie die neurotische Persönlichkeitsorganisation und stellt damit sein eigenes Nosologie-Modell von Persönlichkeitsstruktur vor:

- **Psychotische Persönlichkeitsorganisation:** Ihr liegt eine Identitätsdiffusion zugrunde. Selbst- und Objekt-Repräsentanzen sind nicht integriert, Abwehrmechanismen der Spaltung und eine fehlende Realitätsprüfung prägen das Bild dieser Persönlichkeitsorganisation. Diese Kombination soll eine Abhängigkeit von guten Objekten und gleichzeitig eine Flucht vor Aggressionen ermöglichen, welches eine basale Aufgabe der Abwehrmechanismen ist. Unter besonders belastenden affektiven Zuständen gelingt die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht mehr, *„was einem strukturellen Persistieren des symbiotischen Entwicklungsstadiums [...] gleichkommt.“* (Kernberg, 2000, S. 51)

- **Borderline-Persönlichkeitsorganisation:** Auch bei dieser Organisation liegt eine Identitätsdiffusion mit Abwehr in Form von Spaltung u. a. vor, aber – im Gegensatz zu der psychotischen Persönlichkeitsorganisation – eine gute Realitätsprüfung. *„Alle diese Patienten leiden an einer Identitätsdiffusion, an den Manifestationsformen primitiver Abwehrmechanismen und in einem unterschiedlichen Ausmaß an einer Über-Ich-Degeneration (antisozialem Verhalten), die bei einer spezifischen Untergruppe dieser Patienten besonders ausgeprägt ist, nämlich bei der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, bei dem Syndrom des malignen Narzissmus und bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung.*

*Bei allen diesen Persönlichkeitsstörungen des Borderlinespektrums finden sich aufgrund der Identitätsdiffusion schwere Verzerrungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen – insbesondere Probleme in intimen Beziehungen – ebenso wie ein Mangel hinsichtlich der Fähigkeit, konstant an einem beruflichen Ziel festzuhalten, eine Unsicherheit und Richtungslosigkeit in vielen Lebensbereichen sowie ein unterschiedliches Ausmaß an Pathologie in ihrem Sexualleben.“ (Kernberg, 2000, S. 52)*

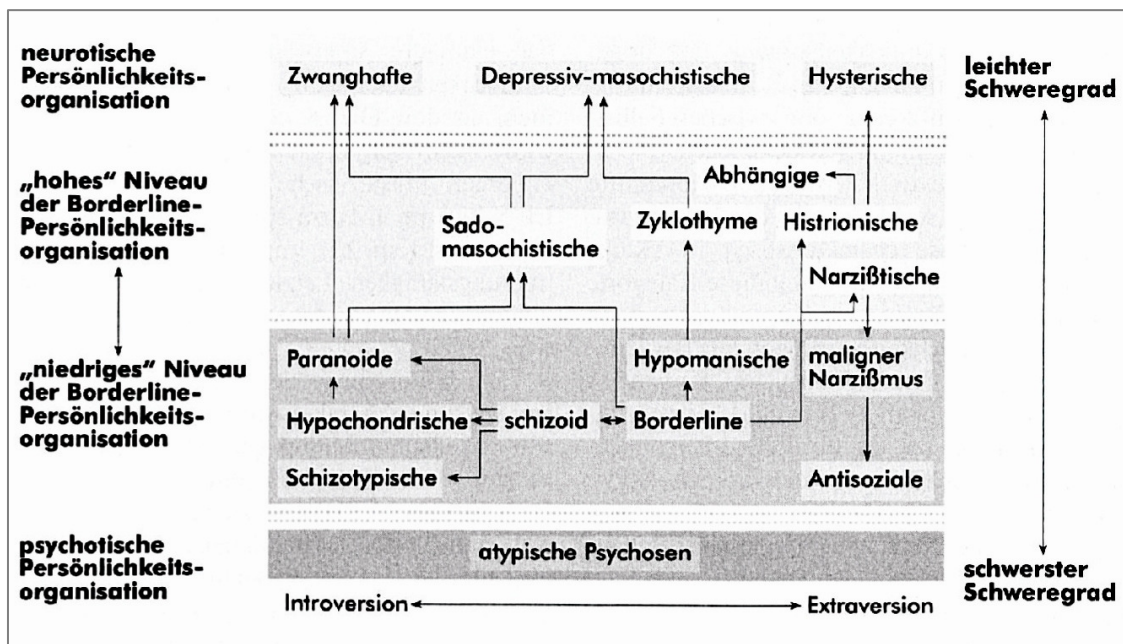
Kernberg findet weiter, dass es innerhalb dieser Borderline-Persönlichkeitsorganisation eine „höhere Stufe“ gibt; die Patienten erreichen eine befriedigende Form von sozialer Anpassung und eine gewisse Intimität in Objektbeziehungen; ihnen gelingt trotz Identitätsdiffusion teilweise die Ausbildung von Ich-Funktionen. Kernberg meint, dass man diese *„als Zwischenstufe der Persönlichkeitsstörungen bezeichnen könnte. Hierunter fallen die zylothyme Persönlichkeit, die sadomasochistische Persönlichkeit, die infantile oder histrionische Persönlichkeit, die abhängigen Persönlichkeitstypen und schließlich einige der besser funktionierenden narzisstischen Persönlichkeitsstörungen.“ (Kernberg, 2000, S. 52)*

- **Neurotische Persönlichkeitsorganisation:** Diese Persönlichkeitsorganisation ist ausgezeichnet durch Ich-Stärke sowie eine normale Ich-Identität. Beeinträchtigt werden diese Menschen durch unbewusste Schuldgefühle in Bezug auf sexuelle Intimität, die dann in spezifischen pathologischen Interaktionsmustern auftritt. Hierher gehören die hysterische, die depressiv-

masochistische, die zwanghafte sowie die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeit.

Zum besseren Verständnis hat Kernberg seine Einteilung der Persönlichkeitsorganisation nach dem Schweregrad in einer Abbildung verdeutlicht:

Abb.1: „Die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander“ (Kernberg, 2000, S.51) und ihre Klassifikation nach dem Niveau der Persönlichkeitsorganisation bzw. nach ihrem Schweregrad.



## 2.2. Das Strukturkonzept von Gerd Rudolf

Rudolf (2002) nimmt eine funktional psychodynamische Beschreibung von Struktur vor, wobei er sich zunächst auf ‚Struktur als Ganzes‘ bezieht, um darauf aufbauend differenzierte „strukturelle Aspekte im Einzelnen“ skizzieren zu können.

### 2.2.1. Struktur als Ganzes

Ausgehend von den Aufgaben, die die Struktur einer Persönlichkeit im Laufe eines Menschenlebens leisten können sollte, beschreibt Rudolf differenzierende, integrierende und regulierende Funktionen. Die Struktur als Ganzes betrachtet hat nach Rudolf die

Aufgabe ein „gewisses Wohlbefinden und Selbstwertgefühl“ herzustellen, wobei zu deren Gelingen die Beziehungen zu wichtigen Anderen in ausreichendem Maße notwendigerweise zufrieden stellend gestaltet werden müssen. Dies geschieht auf zwei Weisen, man könnte die beiden Formen „aktive“ und „passive“ Beziehungsgestaltung nennen, wobei die aktive die intentional auf die Objekte ausgerichtete und gestalterische Art meint und die passive diejenige, die die auf das Selbst wirkenden Einflüsse der Objekte verarbeitet. Dabei geht es um die von Rudolf als „toxisch“ bezeichneten Einflüsse: Verlassen-Sein, narzisstische Kränkungen, Angstüberflutung und weitere. Weiterhin ist Rudolf der Ansicht, dass sich die meisten der strukturellen Subfunktionen in drei Gruppen einordnen lassen, und zwar in solche, die **differenzierende**, **integrierende** und **regulierende** Aufgaben übernehmen.

### **Differenzierende strukturelle Funktionen**

Rudolf unterscheidet hier fünf verschiedene Bereiche, in denen die strukturelle Fähigkeit der Differenzierung notwendig ist, um dem Anspruch von Wohlbefinden und Selbstwertgefühl gerecht zu werden. Zum einen geht es um die wichtige Differenzierung der Wahrnehmung des **Selbst in Abgrenzung zu den Objekten**. Diese Differenzierung ist einerseits ein wichtiger Schritt in der Persönlichkeitsentwicklung und sollte somit in der Kindheit schon erfolgen, andererseits ist auch fortlaufende Differenzierungsarbeit vonnöten, um Selbst und Objektwelt jeweils aktuell auseinander halten zu können. Als zweiten Bereich hebt Rudolf den der **Affektdifferenzierung** hervor, der notwendig wird, um die unterschiedlichen Affekte in der Selbstwahrnehmung wahrnehmen, differenzieren und sprachlich benennen zu können. Der dritte Aspekt, die **Selbstdifferenzierung bzw. -reflexion**, beschreibt die Fähigkeit, das eigene psychische Innenleben erkennen, verstehen und von denen der anderen unterscheiden zu können. Ergebnis dieser Fähigkeit ist auch, sich selbst in Abgrenzung zu anderen beschreiben zu können. **Variable Bindungen** zu verschiedenen Objekten aufzubauen stellt die vierte differenzierende strukturelle Funktion dar, wobei es bei der letzten, der fünften Funktion darum geht, solche **Bindungen wieder zu lösen**. Dabei muss differenziert wahrgenommen werden können, dass das verlorene Objekt nicht mehr da ist und mit einer gelungenen Trennung ein „inneres Loslassen des bis dahin emotional hoch besetzten Anderen“ impliziert ist.



Die nun folgenden integrierenden strukturellen Funktionen sind im Wechselspiel mit den differenzierenden zu verstehen; sie arbeiten weitestgehend gegengleich.

### **Integrierende strukturelle Funktionen**

In der Integration sollen unterschiedlich bewertete Wahrnehmungen (die eine gelungene Differenzierung voraussetzen) zu einem Ganzen zusammengefügt werden. Dazu kristallisiert Rudolf beispielhaft vier Fähigkeiten zur Integration heraus: ganzheitliche Objektwahrnehmung, Aufbau von Selbstbild und Identität, Internalisierung anderer und Herausbildung objektbezogener Affekte und schließlich gelungene Kommunikation mit Anderen bezüglich der eigenen Affekte und mit der des wichtigen Anderen (Reziprozität), womit ein „Wir“ - System mit Integration über die eigene Person hinaus entstehen kann.

Ist die Selbst-Objekt-Differenzierung vollzogen, gilt es bei der **ganzheitlichen Objektwahrnehmung** sowohl positive als auch negative Objektaspekte in einer Person zu erkennen und als von dieser einen Person ausgehend zu akzeptieren. Das vorgestellte Konzept geht davon aus, dass dieser Prozess der Integration in der frühen Entwicklung der Persönlichkeit stattfindet und bei Nichterreichen der ganzheitlichen Objektwahrnehmung Störungen wie beispielsweise Spaltung und Dissoziation folgen.

Nach der Selbstdifferenzierung und -reflexion, die bei den differenzierenden strukturellen Funktionen beschrieben wurden, ist es für die Entwicklung eines konstanten und **stabilen Selbstbildes und einer kohärenten Identität** (Selbstbild über die Zeit) unbedingt notwendig, die vielen „Puzzleteile“ des Selbst – wie beispielsweise soziale, kulturelle und sexuelle – zu einem Ganzen zusammenzufügen. Neben der ganzheitlichen Wahrnehmung des anderen inklusive der Ausbildung von **objektbezogenen Affekten**, kann er zusätzlich noch in das eigene System aufgenommen werden. Das ist die strukturelle Fähigkeit der **Internalisierung**.

Sind beide zuvor beschriebenen strukturellen Fähigkeiten der Integration von Selbst und Objekten erfolgreich, gelingt eine vielschichtige ausgestaltete Abbildung, die sowohl vom Selbst gut verstanden, als auch an andere gut vermittelt werden kann. Zur Vermittlung sind weitere strukturelle Fähigkeiten unabdingbar: Angemessene Kommunikation der eigenen Affekte (möglich nach der Differenzierung der Affekte), Verstehen der Affekte des wichtigen Anderen sowie Reziprozität; bei der Reziprozität

erfolgt die Integration über die Grenzen des Selbst hinaus, so dass ein Zusammenschluss zu einem Wir-System möglich werden kann.

Rudolf stellt die Integration als wichtigste Fähigkeit zur Heranreifung dar mit der Begründung, dass im lebensgeschichtlichen Verlauf nur Integration zur förderlichen Verarbeitung von Erfahrungen führt. Daher ist es nicht erstaunlich, dass Rudolf die Integration als Maß für das Funktionsniveau seiner Strukturmessung ansetzt; er unterscheidet zwischen gutem, mäßigem sowie geringem Integrationsniveau und der Desintegration. Wie später noch gezeigt wird, übernimmt die OPD-2 diese von Rudolf postulierten Messstufen von Struktur.

### **Regulierende strukturelle Funktionen**

Neben den differenzierenden und integrierenden Funktionen, die weitestgehend gegensätzlich wirken und gerade dadurch ein gewisses Gleichgewicht im Zusammenspiel liefern, gibt es weitere Aspekte, die – wenn die Persönlichkeitsstruktur zufrieden stellend arbeiten soll – im dynamischen Gleichgewicht gehalten werden müssen. Die dazu notwendigen Fähigkeiten fasst Rudolf unter den regulierenden Funktionen von Struktur zusammen, die nun stichpunktartig erläutert werden:

- Impulssteuerung: Steuerung von Bedürfnissen und Triebimpulsen
- Affekttoleranz: Befriedigung oder Frustration von Bedürfnissen und Trieben löst Affekte aus, die auszuhalten oder zu regulieren sind
- Abwehr als traditionelles Regulationssystem von Spannungszuständen
- Regulation von Nähe und Distanz über Kontaktaufnahme und emotionale Kommunikation
- Selbstwertregulierung
- Antizipation der Reaktionen anderer (Berechnung von Folgen eines Verhaltens)

Rudolf nimmt an, dass die genannten Regulierungsprozesse gewissen Einflussgrößen unterliegen:

- der Steuerungsaufwand von z.B. Impulsen, Affekten sowie dem Selbstwert richtet sich maßgeblich nach der **Intensität der Auslenkung aus dem Gleichgewicht.**

- Eine interindividuelle **Reaktionsschwelle** für die Auslösung eines empfundenen Ungleichgewichts
- Intensität der Reaktion auf das Ungleichgewicht
- Dauer des instabilen Zustandes
- Qualität der Regulierungsmaßnahmen

Regulierende und integrierende strukturelle Funktionen werden in einer wechselspielartigen Verknüpfung wirksam. Das kann am Beispiel eines aggressiven Handlungsimpulses aufgezeigt werden: Dieser steht nicht ungebunden im Raum, sondern wird im Hinblick auf seine Folgen für das soziale Beziehungsgefüge sowie für die eigenen Wertmaßstäbe antizipierend analysiert. So zeigt Rudolf auf, wie es bei strukturellen Störungen mit mangelnder Impulskontrolle zu impulsiven Handlungen ohne Rücksicht auf deren Konsequenzen kommt.

### **Wertmaßstäbe bei unterschiedlichen Strukturniveaus**

In der traditionellen psychoanalytischen Theorie zu Bewertungsinstanzen gilt das Über-Ich als Norm für einen Ist- Soll- Vergleich ebenso wie das Ich- Ideal. Aus Sicht des Strukturkonstrukts werden von Rudolf bei verschiedenen strukturellen Funktionsniveaus unterschiedliche Qualitäten von Wertmaßstäben postuliert. Folgende Zuordnungen werden von ihm vorgenommen:

Mäßiges Strukturniveau      => strenges Über-Ich

Geringes Strukturniveau      => kein handlungsleitendes Wertsystem im affektiven Handeln

### **Reifung von Struktur**

Die individuelle Biographie ist maßgebend für die Entwicklung und den letztendlichen Reifegrad der Struktur. Das Fundament für die Strukturentwicklung wird im Kleinkindalter gelegt: Bei fördernden Bedingungen durch nahe Bezugspersonen indem z. B. Nähe und Kommunikation, Bindung und Autonomie sowie Identität ausgestaltet werden. Bei bestimmter genetischer Ausstattung (Disposition) zuzüglich pathogener Umweltfaktoren jedoch kann es zu mangelhafter Reifung bestimmter struktureller Elemente einhergehend mit Einschränkungen in der Integrationsleistung kommen.

Daraus folgert in Rudolfs Sinne dann ein mäßiges, geringes oder sogar desintegriertes Integrationsniveau. Die Struktur „arbeitet“ dysfunktional oder ist für die Ausbildung von Symptomen verantwortlich.

Pathogen wirkende Umweltfaktoren können durch genetische Stabilität in gewissem Maße ausgeglichen werden und umgekehrt können förderliche Umweltbedingungen in gewissem Maß eine genetische Vulnerabilität ausgleichen. Diese Wechselwirkung wird von Rudolf mit dem Begriff der **Passung** belegt.

### **Strukturelle Folgen der Traumatisierung**

Traumatisierung wird hier als Sonderform pathogener Umweltfaktoren speziell hervorgehoben, da traumatische Erlebnisse in einem bestimmten Strukturentwicklungsstand massive negative Folgen nach sich ziehen. Hierbei sind folgende Traumatisierungen gemeint: Vernachlässigung, aggressive Misshandlung, sexueller Missbrauch usw.

Rudolf postuliert, dass derartige Traumata Lücken, er nennt sie „Ausfälle“, in der Struktur hinterlassen, die in traumaassoziierten Situationen zu einem kompletten Nicht-Funktionieren struktureller Fähigkeiten führen und somit zu Symptomen, wie beispielsweise Dissoziation.

### **Struktur und Konflikt**

Rudolf greift hier eine alte psychodynamische Diskussion um ein Struktur- oder Konfliktmodell auf, indem er behauptet, dass in den meisten Fällen beide Ebenen bedacht werden müssten und so verstehbar die Zusammenhänge dargestellt werden. Dazu Grande et al. (1998a): *„Es zeigt sich auf dem gut integrierten Niveau eine ansteigende Reihe von dem seltenen Autonomie-Abhängigkeitskonflikt bis zu dem häufigen ödipalen Konflikt und auf dem gering integrierten Niveau die umgekehrte Rangreihe mit häufigen Autonomie-Abhängigkeits- und Selbstwertkonflikten, abfallend bis zum ödipalen Konflikt. Selbstwert- und Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt stellen offenbar am ehesten die Schnittstelle zwischen Konflikten und eingeschränktem strukturellem Funktionsniveau dar, d.h. die für die Patienten bedeutsamen Themen müssen sowohl auf der einen wie auf der anderen Ebene beschrieben werden.“* (Rudolf, 2002, S.15f)

Rudolf erklärt „die strukturellen Bedingungen dafür verantwortlich, dass die Konflikte auf einer vergleichsweise unreifen Ebene ausgetragen werden müssen und daraus ihre außerordentliche Brisanz beziehen“ (Rudolf et al., 2002, S. 16).

### **Rudolfs Überlegungen zur sozialen Verträglichkeit von strukturellen Störungen**

In seinen Ausführungen zu Struktur und Ethik stellt Rudolf die forensisch und auch philosophisch relevante Frage der Verantwortungsübernahme und Schuldfähigkeit von Tätern mit schlecht integrierter Persönlichkeitsstruktur. Damit wird die zunächst nur psychiatrisch relevante Betrachtung der Struktur in das Licht öffentlichen bzw. gesellschaftspolitischen Interesses gestellt. Nach Rudolf sind alle Verhaltensideale oder Tugenden unserer Gesellschaft nur erreichbar bei einem ausreichenden Strukturniveau.

*„Was in früheren Zeiten als „moral insanity“ gewertet wurde, können wir heute psychodynamisch als Ausdruck unreifer Beziehungsstrukturen verstehen. Mit seinem erwachsenen Repertoire von Verhaltensmöglichkeiten verhält sich der Patient auf niedrigem Strukturniveau wie ein Säugling, dem die lebensnotwendige primäre Liebe (im Sinne Balints) verweigert wurde und der dadurch in einen Erregungssturm von Frustration und Enttäuschung gestürzt wird oder allmählich lernt, sich präventiv-aggressiv oder abschottend auf solche Enttäuschungen oder Angriffe einzustellen.*

*Aus unserer psychotherapeutischen Perspektive würden wir annehmen, dass sich jemand nur „ethisch“ verhalten kann, wenn mit ihm im Verlaufe seines Lebens auch ethisch umgegangen wurde. „ (Rudolf, 2002, S.19)*

#### 2.2.2. Strukturelle Aspekte im Einzelnen

Rudolf unterscheidet hier zwischen Aspekten des Selbsterlebens und des Objekterlebens mit jeweils 13 Unterpunkten. Als Aspekte des Selbsterlebens beschreibt er folgende: 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 sowie Bewusstsein.

Aspekte des Objekterlebens sind: Selbst-Objekt-Differenzierung, die basale Objektbezogenheit – Intentionalität, berufliche und sexuelle sowie Wert-Orientierung,

Empathie, ganzheitliche Objektwahrnehmung, Internalisierung, Loslösung, Variabilität der Bindung, objektbezogene Affekte, Kontaktaufnahme, Fähigkeit zum Affektausdruck, Fähigkeit fremde Affekte zu verstehen sowie Fähigkeit zur Reziprozität.

Die OPD-2 Strukturachse ist eng angelehnt an das hier vorgestellte Strukturkonzept von Rudolf und es ergäben sich somit redundante Beschreibungen einiger Aspekte. Deshalb sollen an dieser Stelle nur die strukturellen Aspekte näher beschrieben werden, die in der OPD-2 nicht enthalten sind.

#### Aspekte des Selbsterlebens:

- der psychische Binnenraum: Rudolf vergleicht den psychischen bzw. seelischen Binnenraum mit der reflexiven Form im Sinne von Fonagys Theorie der Mentalisierung. Der Binnenraum soll wie eine innere Bühne sein, auf der Erinnerungen, Fantasien, Gedanken, Affekte, Objektbilder etc. „spielen“ und introspektiv wahrgenommen werden können.
- Psychisches Selbst und Selbstrepräsentanzen: *„Das psychische Selbst umfasst die geistigen, moralischen und sozialen Aspekte der Person und ihrer Autonomie im Umgang mit der Objektwelt.“* (Rudolf, 2002, S. 21). Neben dem psychischen Selbst gibt es aufgrund der psychosomatischen Doppelnatur des Menschen noch das Körper-Selbst. Mit der strukturellen Fähigkeit zur Integration gelingt es, die psychischen und körperlichen Aspekte in einem Ganzen „Ich“ oder „Selbst“ zu versammeln. *„Unter gegebenen kulturellen Bedingungen kann das individuelle Selbst auf Teile seiner Autonomie verzichten und sich dem kollektiven Gruppen-Selbst einer Familie oder ethnischen Gruppe unterordnen. Der für abendländische Menschen selbstverständliche Anspruch auf eine individuelles Selbst findet sich keineswegs in allen Kulturen, bereits bei einem Teil der Migranten wird ein „Familien-Selbst“ als vorrangig handlungssteuernd erkennbar.“* (Rudolf, 2002, S. 21).
- Ideal-Selbst und Selbstverwirklichung: Durch die Selbstreflexion entsteht ein Selbstbild. Dieses Selbstbild kann hinterfragt werden, ob es den eigenen

Wünschen, denen der wichtigen Anderen oder dem erwünschten kulturellen oder sozialen Bild entspricht. Aus dem Abgleich der Bilder entwickelt sich dann in Abgrenzung zu dem Real-Selbst ein Ideal-Selbst, welchem sich das Real-Selbst durch adaptive Vorgänge annähern möchte. Bei zu großer Diskrepanz, Spannung oder störenden Vorgängen kann ein verstelltes „Falsches Selbst“ entstehen.

- Unbewusste Selbstaspekte und Selbstentfaltung: Rudolf vertritt wie C.G. Jung die Ansicht, dass dem Selbst eine Fähigkeit eingepflanzt ist, die es lebenslang wachsen und reifen lässt. Er versteht die Selbstentfaltung als Reifungsprozess entlang von Entwicklungsaufgaben und Lebensthemen; dieser Aspekt erinnert an die Entwicklungstheorie von E. Erikson. Die Selbstverwirklichung dagegen ist eine aktive und damit bewusste Leistung und grenzt sich somit von der hier beschriebenen Selbstentfaltung ab.
- Selbst als Akteur: Das Bewusstsein eines Selbst beinhaltet auch das Konzept Selbstwirksamkeit, eine intentionale vitale Kraft. Ist die Struktur in Mitleidenschaft gezogen, fehlt die Selbstwirksamkeit und anstelle der vitalen Kraft tritt ein Gefühl von Leere (Abwesenheit eines handlungsleitenden Gefühls) und Willkür ein; „die Dinge geschehen einfach“ oder „werden von äußeren Mächten gelenkt“.
- Denken und Erinnern: Denken und Erinnern laufen auf der inneren Bühne, also im psychischen Binnenraum ab, der weiter vorn schon beschrieben wurde. Bei emotional stark besetzten Assoziationen mit Abwehrprozessen kann der Betreffende nicht mehr „richtig“ denken; *das deklarative Gedächtnis mit seinen sprachlich begrifflichen Bezeichnungen von Ereignissen steht ihm nicht mehr zuverlässig zur Verfügung. [...] Als ein weiterer Störmodus ist es vorstellbar, dass hochgradig affektiv belastende Erfahrungen gar nicht psychisiert und mentalisiert werden konnten; sie sind dann nur in einem szenischen, körpernahen prozeduralen Gedächtnis gespeichert und äußern sich als körpernahe Erregungsspannung und heftige diffuse Affekte, ohne klare kognitive*

*Vorstellung. Diese Vorgänge spielen im Zusammenhang mit der Trauma-Erfahrung eine besondere Rolle.“ (Rudolf, 2002, S. 26)*

- Bewusstsein: Rudolf versteht das Bewusstsein als eine Funktion von Struktur, obwohl viele Aspekte von Struktur unbewusst ablaufen. Bewusstsein geht in der hier beschriebenen Funktion eigentlich im Prozess der Selbstreflexion auf, die eine gewisse Form der Doppelung impliziert: *„Indem das Ich sich selbst zum Objekt seiner Wahrnehmung macht und dadurch sein Selbst erfährt, wird es sich zugleich dieses Vorgangs bewusst. [...] Das Descartische cogito ergo sum kann in diesem Sinne verstanden werden, [...].“ (Rudolf, 2002, S. 26f).*

#### Aspekte des Objekterlebens:

- Die basale Objektbezogenheit: Intentionalität. Intentionalität kann als Neugier oder Interesse auf die Welt, auf die Objekte verstanden werden. Rudolf meint, dass damit ein Spannungsbogen zwischen dem Ich und der Welt errichtet wird. *„Intentionales Interesse imponiert als eine strukturelle Funktion, die in besonderer Weise aus der erfolgreichen frühen Beziehungsaufnahme, dem gelungenen Attunement resultiert. Der Säugling, der in seiner neugierigen Aufmerksamkeit für die Objektwelt die adäquate Spiegelung erfährt, entwickelt eine freudige Wachheit, die den Vorläufer jenes späteren ambitionierten Engagements bildet.“ (Rudolf, 2002, S. 27)*

### **2.3. Das Strukturkonzept in der OPD-2**

Die OPD-2 hat sich in ihrer Konzeptualisierung der Struktur an Gerd Rudolfs Ausführungen angelehnt, der eine Integration der unterschiedlichen Strukturkonzepte anstrebt. Auch die OPD-2 ist bemüht, das Verhalten und Erleben des Patienten sowohl direkt in der Interaktion als auch indirekt über die Schilderung des Patienten im Interview beobachten zu können. Alle Funktionen, die die Struktur übernimmt, sollten sich auf das „psychische Innen“ sowie das „soziale Außen“ beziehen (Arbeitskreis OPD, 2006, S.117)



Die OPD fasst die Struktur in vier Dimensionen, die jeweils den Bezug zum Selbst und den Bezug zu den Objekten beschreiben:

### **Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung**

Fähigkeit, sich selbstreflexiv wahrzunehmen

Fähigkeit, andere ganzheitlich und realistisch wahrzunehmen

### **Steuerung des Selbst und der Beziehungen**

Fähigkeit, eigene Impulse, Affekte und den Selbstwert zu regulieren

Fähigkeit, den Bezug zum anderen regulieren zu können

### **Emotionale Kommunikation nach innen und außen**

Fähigkeit zur inneren Kommunikation mittels Affekten und Phantasien

Fähigkeit, zur Kommunikation mit anderen

### **Innere Bindung und äußere Beziehung**

Fähigkeit, gute innere Objekte zur Selbstregulierung zu nutzen

Fähigkeit, sich zu binden und sich zu lösen

Folgende Operationalisierungen gehören nun zu den Beurteilungsdimensionen der OPD-2, die zuvor vorgestellt wurden:

#### Kognitive Fähigkeiten: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung

Gemeint ist mit der Selbstwahrnehmung die Fähigkeit, ein Bild des Selbst und des seelischen Innenlebens über die Zeit konstant und kohärent erleben zu können. Dabei sollten alle Aspekte des Selbst, auch die sexuellen, affektiven und sozialen, berücksichtigt sein.

Die Objektwahrnehmung ist definiert als realistische Wahrnehmung des Gegenübers mit seinen Fähigkeiten und Eigenschaften. Dazu ist eine Selbst-Objekt-Differenzierung notwendig.

#### Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs

Selbstregulierung ist eine integrierende strukturelle Funktion, die das Konzept Selbstwirksamkeit und damit einhergehend Selbstwert, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein mit einschließt. Gemeint ist der aktive regulative Prozess bezüglich Affekten oder Impulsen. Das Konzept ist bipolar zu verstehen: es kann zu viel Steuerung vorhanden sein (Übersteuerung) oder eben zu wenig (Untersteuerung), logischerweise kommt es bei letzterem dann zu Impuls- oder Affektdurchbrüchen (Triebdurchbrüchen).

Die Regulierung des Objektbezugs steht im Dienste des Schutzes der Beziehungen einerseits und der balancierten Wahrnehmung der Eigeninteressen andererseits. Für die Regulation der eigenen Handlungen bezogen auf das Objekt ist die Fähigkeit zur Antizipation wichtig, ebenso wie der regulative Umgang mit Affekten, Impulsen und Kränkungen. Die regulativen Fähigkeiten machen es möglich, aus einer Metaperspektive auf die Interaktion blicken zu können und zu neuen Entscheidungen, Handlungsweisen oder Einstellungen zu kommen.

#### Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen und nach außen

Bezogen auf das Selbst ist damit die Fähigkeit gemeint, innere Dialoge zu führen, sich zu verstehen und Affekte entstehen zu lassen und erleben zu können. Phantasie sollte genutzt werden, um z.B. zu neuen Handlungs- und Lösungsstrategien gelangen zu können. Auch das emotionale Erleben-Können der eigenen Leiblichkeit ist hier enthalten.

Bezogen auf das Objekt ist der emotionale Austausch gemeint, das Mitteilen eigener Gefühle, die Erreichbarkeit für die Gefühle und das Verstehen der Gefühle anderer (Reziprozität). Empathie gilt als Voraussetzung dafür.

#### Fähigkeit zur Bindung: Innere Objekte und äußere Objekte

Die Bindung an innere Objekte ist nur möglich, wenn zuvor Objektrepräsentanzen (innere Vorstellungsbilder) von wichtigen Menschen entworfen wurden, diese emotional positiv besetzt und aufrechterhalten wurden. Damit wurden diese wichtigen Anderen internalisiert. Im Idealfall stehen dann unterschiedliche innere Objekte mit variablen Beziehungsqualitäten zur Verfügung.

In realen Beziehungen ist die emotionale Bindung nur mit der Fähigkeit zur Objektinternalisierung möglich (das Gegenteil wäre Abschied nehmen und die Bindung zu lösen). Ein Hinweis für die gelungene Bindung an andere wäre das Empfinden von Verbundenheit, Dankbarkeit, Verantwortungsgefühl, Fürsorge, aber auch Schuld und Trauer. Als Folge von innerer und äußerer Bindung kann der Mensch gute Objekte nutzen und z.B. Hilfe annehmen.

### Abwehr und ihre strukturelle Funktion

Das OPD-2 Manual nimmt hier einen Exkurs zum Thema Abwehr vor, da sie nicht als einzelne Kategorie eingeschätzt werden soll, sondern in alle Subdimensionen von Struktur in die Beurteilung mit einfließen soll.

Bei einem guten Strukturniveau ist die Abwehr derart intrapsychisch gegen Triebwünsche und Affekte gerichtet, dass Selbst- und Objektrepräsentanzen dadurch nicht wesentlich beeinflusst werden. Typische Abwehrmechanismen sind Verdrängung, Rationalisierung und Verschiebung.

Bei mäßigem Strukturniveau ist die Abwehr zunehmend ausgeprägt und starrer und damit in verschiedenen Situationen nicht variabel einsetzbar. Verleugnung, Reaktionsbildung und Projektion sind einige typische Mechanismen; zeitweise krisenhaftes Einbrechen der Abwehr führt auch zu Spaltung, Entwertung sowie Idealisierung (eigentlich Abwehrmechanismen der geringen Integration).

Neben den soeben genannten Abwehrmechanismen bei gering integriertem Strukturniveau kommt z.B. noch die projektive Identifizierung hinzu. Außerdem wird die Abwehr über die intrapersonelle Ausrichtung hinaus auch interpersonell wirksam, z.B. im Zusammenhang mit Impulsdurchbrüchen ausgeweitet; die Selbst- und Objektrepräsentanzen werden verzerrt.

Bei der Desintegration schließlich wahrt die Abwehr ein inneres Gleichgewicht, kann aber bei kleinsten Irritationen in psychotisches oder dissoziatives Erleben münden. Die Verantwortung für Verhalten in diesen Entgleisungen wird nicht übernommen.

### **Einschätzung der Struktur und Messkala**

Angelehnt an Rudolfs Vorschlag wird die Einschätzung der Struktur in Form des strukturellen Funktionsniveaus auf vier Stufen vorgenommen: gutes, mäßiges und

geringes strukturelles Integrationsniveau sowie desintegriertes Strukturniveau. Eine Kurzfassung der Operationalisierung findet sich in der Struktur-Checkliste (Rudolf et al., 1998), die auch im Manual der OPD-2 enthalten ist. Hier die Charakteristik der Integrationsniveaus (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 256ff):

**„Niveau: Gute Integration**

*Die gut integrierte psychische Struktur stellt einen psychischen Innenraum zur Verfügung, in dem psychisches Erleben (Kognitionen, Affekte, Phantasien, 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 gut 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 Gegenübertragung 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 Entwicklungsdefizit) oder immer wieder im Zusammenhang mit Belastungssituationen (strukturelle Vulnerabilität). Im Gegensatz zu den vorgenannten Strukturniveaus 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 objektiv erscheinen, ferner der Angst vor dem Ich-Verlust und der Selbstaflösung.*

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

#### **2.4. Erfahrungen und empirische Befunde mit der OPD-1 und OPD-2**

Im OPD-2 Manual werden Studienergebnisse zur OPD-1 und auch bereits zur OPD-2 vorgestellt. Zur Strukturachse werden folgende Ergebnisse referiert:

Das mit der OPD-1 gemessene Strukturniveau zeigte Zusammenhänge zur Diagnostik psychiatrischer Störungen: *„Es zeigte sich, dass mit zunehmend geringerem Strukturniveau die Diagnosen schwerer Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) sehr viel häufiger gestellt wird ...“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S.57) Eine Arbeit von Nitzgen und Brünger (2000) zeigte, dass suchtmittelabhängige Patienten in der Subdimension der Selbststeuerung schlechte Werte aufwiesen. In der Untersuchung konnte auch gezeigt werden, dass Patienten, die ICD-Diagnosen aus dem neurotischen Formenkreis (Mittelwert = 1,97) erhalten hatten, sich nach OPD-Diagnostik als besser strukturiert erwiesen als Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Mittelwert = 2,37,  $p > 0,01$ ). Auch Reymann und Kollegen (2000), die ebenfalls suchtmittelabhängige Patienten untersuchten, konnten bestätigen, dass es bei den Patienten strukturelle Defizite im Bereich der Selbststeuerung gibt. Eine Studie von Rudolf und Kollegen (1996) zeigte allerdings keine signifikanten Zusammenhänge des Strukturniveaus mit ICD-Diagnosen, es konnte lediglich festgestellt werden, dass ein geringeres Strukturniveau mit einer längeren psychiatrischen Erkrankungsdauer einherging. Eine sichere Bindung (ermittelt mit der Bindungsdiagnostik nach Pilkonis) erwies sich in einer Studie von Schauenburg (2000) als Prädiktor für ein besseres Strukturniveau, während Borderline-Züge, übersteigertes Autonomiebestreben und antisoziale Züge mit einem schlechteren Strukturniveau einhergingen.

Rudolf et al. (1996) konnten zeigen: *„Die Struktureinschätzung am Anfang der stationären Behandlung erwies sich sowohl für die Erfolgsbeurteilung des Patienten [...] als auch die Erfolgsbeurteilung des Therapeuten [...] als sehr guter Prädiktor. Die Ansicht der einzelnen Strukturdimensionen erweist die Bindungsfähigkeit als besonders relevant für die Prädiktion. Offensichtlich ist die Fähigkeit, andere dauerhaft mit positivem Affekt zu besetzen, ein guter Garant für das Gelingen des interpersonellen Therapieunterfangens.“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 58)

Patienten, die für ambulante Therapie vorgeschlagen werden, unterscheiden sich hinsichtlich des Strukturniveaus von solchen, die zur stationären Therapie vorgeschlagen werden (Schneider et al., 2002).

Strauß und Kollegen (1997) konnten zeigen, dass gut strukturierte Patienten eher dazu in der Lage sind, von therapeutischen Angeboten zu profitieren.

Die Ergebnisse einer unveröffentlichten Heidelberger Studie weisen darauf hin, *„dass es sich bei der „Struktur“ um ein im Wesentlichen eindimensionales Konstrukt handelt und die verschiedenen Teilfunktionen der Struktur interdependent wirken. Da die strukturelle Verfasstheit nach theoretischem und klinischem Verständnis eine dauerhafte und stabile Charakteristik von Personen darstellt, spricht zudem für die Konstruktvalidität der Strukturachse, dass im Prä-Post Vergleich einer zwölfwöchigen stationären Psychotherapie zeitstabile Strukturwerte (für die Strukturgesamteinschätzung eine Prä-Post-Übereinstimmung von 84,4%) gefunden wurden (Grande et al., 2000). Zusammenfassend scheint sich nach den bisherigen Erfahrungen die OPD-Strukturachse zur Beschreibung einer psychodynamisch konzeptionalisierten Persönlichkeitsstruktur gut zu eignen.“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 59)

Benecke et al. (2009) nahmen eine Untersuchung mit der OPD-2 vor und konnten zeigen, dass es hochsignifikante Zusammenhänge aller Struktur-Subdimensionen mit der Anzahl der Achse I- und Achse II-Diagnosen des DSM-IV gibt.

## **2.5. Zusammenhang von Struktur und Diagnose**

Im Unterschied zur Arbeit von Rudolf et al. (1996) berichteten Grande et al. (1998b; auch enthalten in Rudolf, 2002) Zusammenhänge von Strukturniveau und Diagnosen bzw. Diagnosegruppen. Es zeigte sich, dass die Achse-I-Diagnosen Depression,

Angststörung, Somatoforme Störung und Essstörung eine ähnliche Verteilung des Strukturniveaus zeigten: 54% dieser Patienten wiesen ein mäßig integriertes Strukturniveau auf. Die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wiesen zu 61% ein mäßiges Strukturniveau auf. Die Untersuchung differenzierte die Persönlichkeitsstörung in leichte und schwere Persönlichkeitsstörungen. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Strukturniveaus: Bei den leichten Persönlichkeitsstörungen gab es 64% mäßig integrierte und 13% gering integrierte Strukturniveaus, bei den schweren dagegen 45% mäßig integrierte sowie 48% gering integrierte.

Benecke et al. (2009) unternahm eine Untersuchung zur Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse, in der sich befriedigende bis sehr gute Interraterreliabilitäten zeigten. Außerdem konnte gezeigt werden, dass die OPD-2 Struktureinschätzungen deutliche Zusammenhänge mit Diagnosen nach DSM-IV haben: so gab es z. B. hoch signifikante Korrelationen zwischen der Diagnoseanzahl nach DSM-IV und den Strukturdimensionen sowie dem Struktur-Gesamtrating. Die Korrelationen fielen für die Achse II-Störungen durchweg höher aus als für die Achse I-Störungen. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen dem Strukturrating und der Ausprägung auf den drei Fragebögen Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), Inventory of Personality Organisation (IPO; Clarkin et al., 2000; Dammann et al., 2000) und dem Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI; Leichsenring, 1997).

Die zuvor beschriebenen Ergebnisse (s. 2.4.) zeigen bereits empirisch einen Zusammenhang von Struktur, gemessen mit der OPD und psychiatrischen Diagnosen. Bezogen auf die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen hat Kernberg Hypothesen zu deren unterschiedlicher Persönlichkeitsstruktur geliefert (Abb. 1 in dieser Arbeit). Die Operationalisierung und Messung von Struktur mit der OPD-2 und der Vergleich mit psychiatrischen Diagnosen (nach DSM IV) bietet die Möglichkeit, Kernbergs Annahme zu überprüfen und darüber hinaus die bereits vorliegenden Ergebnisse zu replizieren.



### **3. Hypothesen**

Ziel dieser Untersuchung ist die Überprüfung der Validität der OPD-2 Strukturachse. Als Kriterien fungieren Diagnosen auf den Achsen I und II nach DSM IV (Fremdeinschätzung mittels SKID-I und SKID-II). Aufbauend auf den theoretischen Vorüberlegungen ergeben sich folgende Fragestellungen:

#### **Hypothese I:**

Patienten ohne Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Strukturniveaus von Patienten mit einer oder mehreren Persönlichkeitsstörungen.

#### **Hypothese II:**

Patienten mit zwei oder mehr nach DSM IV diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen haben ein niedrigeres Strukturniveau nach OPD-2 als diejenigen Patienten, die nur eine Persönlichkeitsstörung haben.

#### **Hypothese III:**

Die Achse II Störungen sind in die Cluster A (paranoide, schizoide und schizotype Persönlichkeitsstörung), Cluster B (Borderline, antisoziale, narzisstische und histrionische Persönlichkeitsstörung) und Cluster C (selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung) aufgeteilt. Zwischen den Clustern wird ein signifikanter Unterschied im Strukturniveau erwartet, und zwar derart, dass Cluster B das niedrigste und Cluster C das höchst integrierte Strukturniveau vorweist.

#### **Hypothese IV:**

Patienten mit einer Störung auf Achse I haben ein höher integriertes Strukturniveau als Patienten mit der Achse I-Störung und zusätzlich einer komorbiden Persönlichkeitsstörung.

## **4. Methode**

### **4.1. Design der Untersuchung**

In einem Zeitraum von 27 Monaten wurde eine Stichprobe von 125 Patienten aus verschiedenen offen geführten allgemeinspsychiatrischen Stationen des Alexianer-Krankenhauses Münster Amelsbüren sowie einer psychiatrischen Praxis in Senden/Coesfeld untersucht. Die Patienten nahmen alle freiwillig nach ausführlicher Aufklärung an der Studie teil, die Teilnahme hatte keinen Einfluss auf die Behandlung bzw. Psychotherapie der Patienten. Keinen Eingang in die Studie fanden Patienten mit organischen, psychotischen Störungen und Intelligenzminderung sowie aktueller Substanzmissbrauch oder solche, die nicht gut genug deutsch sprachen. Der hier untersuchte Aspekt des Zusammenhangs von Struktur, gemessen mit der OPD-2, und psychiatrischen Diagnosen, gemessen mit dem SKID-I und -II, ist nur ein Teilaspekt der breiter angelegten Studie, in der es neben der Validierung der OPD-2 Strukturachse auch um Validierung des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D, Doering et al., 2004) ging. Das STIPO-D ist die deutsche Übersetzung des von Clarkin et al. (2004) entwickelten Structured Interview of Personality Organisation (STIPO). Die Patienten nahmen zunächst an einem etwa 60minütigen OPD-2-Interview teil, welches auf Video aufgezeichnet wurde. Zwei zertifizierte Rater beurteilten unabhängig voneinander das videografierte Interview und erstellten schließlich ein Konsensrating. Die Inter-Rater-Reliabilität für „Struktur gesamt“ betrug .68 (intra-class-correlation [ICC]), für die acht Subdimensionen der Strukturachse  $ICC = .61$ . Dies entspricht in etwa den Werten für die Strukturachse der OPD-1 (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 49). Das etwa 2-3stündige STIPO-Interview wurde durch einen geschulten Interviewer vorgenommen, der in Bezug auf die Ergebnisse der OPD-2 blind war. Es schlossen sich die SKID-I und SKID-II Interviews an. Als externe Validierungskriterien waren 16 Fragebögen ausgewählt worden, die die Patienten in der Zeit nach den Interviews ausfüllten. Die Datenerhebung pro Patient war auf einen Zeitraum von 7-10 Tagen verteilt; insgesamt waren vier Untersucher mit der Erfassung der Daten beschäftigt. Das Ethikvotum (Aktenzeichen 2007-344-f-S) der Studie kann im Anhang (Punkt 8.1.) eingesehen werden.

Folgende Fragebögen wurden in der Gesamtstudie eingesetzt, wurden allerdings zur Beantwortung der Fragestellung dieser vorliegenden Untersuchung nicht benötigt:

- Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI, Leichsenring, 1997)
- Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D, Horowitz et al., 2000)
- Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO-2000, Dammann et al., 2000)
- Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS, Hentschel et al., 1998)
- Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120, Janke und Erdmann, 1997)
- State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI, Schwenkmezger et al., 1992)
- Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS, Freyberger et al., 2005)
- Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE, Behr und Becker, 2004)
- Toronto- Alexithymie- Skala- 26 (TAS-26, Kupfer et al., 2001)
- Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986)
- Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS, Deusinger, 1998)
- Test of Self-Conscious Affect (TOSCA-3, Rüscher et al., 2007)
- Saarbrücker Persönlichkeits- Fragebogen (SPF, Paulus, 2006)
- Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi, Neumann et al., 2007)
- Rosenbergkala (Badura et al., 1987)
- Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV, Doering et al., 2007)

#### **4.2. Die Stichprobe**

Soziodemographische Merkmale der Stichprobe von insgesamt 125 Patienten sind in Tabelle 1 dargestellt: Davon haben 124 am OPD-Interview teilgenommen und gehen in die Berechnungen mit ein.

<b>Alter</b>	M = 40,78 (SD = 14,61)			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	86	68,8		
männlich	39	31,2		
<b>Familienstand</b>				
ledig/ohne Partner	38	30,4		
ledig/mit Partner	16	12,8		
verheiratet/Lebensgemeinschaft	44	35,2		
geschieden/getrennt/lebend	18	14,4		
verwitwet	3	2,4		
keine Angaben	6	4,8		
<b>Lebensform</b>				
mit Partner/eigene Familie/Kinder	63	50,4		
allein lebend	36	28,8		
Herkunftsfamilie (Eltern)	11	8,8		
Wohngemeinschaft	4	3,2		
Institution	1	0,8		
sonstiges	3	2,4		
keine Angaben	7	5,6		
			<b>Bildungsstand</b>	
			Hauptschule (ohne Lehre)	9 7,2
			Hauptschule (mit Lehre)	36 28,8
			Realschule	30 24,0
			(Fach-)Abitur	33 26,4
			Hochschulabschluss	9 7,2
			Sonstiges	3 2,4
			Schule noch nicht abgeschlossen	1 0,8
			kein Schulabschluss	1 0,8
			keine Angaben	3 2,4
			<b>Berufstätigkeit</b>	
			voll erwerbstätig	34 27,2
			teilzeitbeschäftigt	19 15,2
			arbeitslos	31 24,8
			noch in Ausbildung	13 10,4
			Hausfrau/-mann	7 5,6
			berentet / pensioniert	17 13,6
			lfd. Rentenverfahren	5 4,0

Tab.1: Soziodemographische Variablen der Gesamtstichprobe (n = 125)

#### 4.3. Erfassung der Struktur mit der OPD-2

Es erfolgt zunächst der Vollständigkeit halber eine knappe Beschreibung aller OPD-2 Achsen. Anschließend wird die Technik genauer beschrieben, mit der die Struktur in den Interviews erhoben wurde.

##### **Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen**

Diese Achse erfasst das faktische Krankheitserleben, einen Teil der Krankheitsverarbeitung, sowie die Behandlungsvoraussetzungen. Es werden mit 19 Items emotionale, kognitive und behaviorale Elemente erfasst. Auf einer fünfstufigen Skala sollen nach dem Interview eingeschätzt werden können: Schwere der Symptomatik; Leidensdruck; Darstellung körperlicher, psychischer sowie sozialer Beschwerden und Probleme; ob und inwieweit das Krankheitskonzept des Patienten an somatischen, psychischen oder sozialen Faktoren orientiert ist; körperliche, psychotherapeutische oder soziale Behandlungsform; persönliche Veränderungsressourcen des Patienten und Unterstützung; äußere und innere Veränderungshemmnisse. Dann gehören noch die Skala zur Globalen Erfassung des

Funktionsniveaus (GAF) und eine eindimensionale Maßzahl zur Lebensqualität aus dem Gesundheitsfragebogen EuroQuol-Gruppe (EQ-5D, Rabin et al., 2001) dazu sowie die Einschätzung der Dauer der Störung und des Alters bei Erstmanifestation der Störung.

## **Achse II: Beziehung**

*„Die Beziehungsdiagnostik in der OPD 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 folgt man damit der Tradition interpersoneller Kreismodelle (Leary, 1957). *Das Kreismodell der OPD besteht ebenfalls aus einer Affiliationsachse und einer Kontrollachse. Insgesamt 30 Items, die interpersonelles Verhalten beschreiben, sind zur Hälfte auf einem aktiven und zur anderen Hälfte auf einem reaktiven Kreis angeordnet.*

Der Untersucher hat die Möglichkeit, zwischen zwei Formen der Diagnostik des pathologischen Beziehungsverhaltens zu wählen. In der ersten Form geht es darum, repetitive dysfunktionale Beziehungsmuster zu identifizieren. Die zweite Form, das Themen- und Ressourcenrating, ermöglicht es, problematische und zusätzlich kompetente Beziehungsstrategien zu erkennen. Beide Formen brauchen als Voraussetzung ein klinisches Interview, in dem der Untersucher sich verschiedene Beziehungsepisoden detailliert schildern lässt und parallel das Beziehungsverhalten des Patienten in der Interaktion beobachtet und einschätzt sowie seine Gegenübertragung als Diagnostikinstrument nutzt. Der Untersucher kann das pathologische Beziehungsmuster auf einem zirkulären Modell (*„maladaptiv zyklisches Geschehen“* Arbeitskreis OPD, 2006, S. 189) mit bis zu drei Items auf den folgenden Dimensionen festhalten:

„der Patient erlebt sich“,  
„der Patient erlebt andere“,  
„andere erleben den Patienten“ und  
„andere erleben sich“.

*„Das Ziel der Diagnostik ist eine beziehungs-dynamische Formulierung, die die vier interpersonellen Positionen miteinander verknüpft.“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S.197);

die OPD-2 verspricht sich davon über die reine Deskription hinaus zu einem tieferen psychodynamischen Verständnis des Beziehungsgeschehens zu gelangen.

### **Achse III: Konflikt**

Die OPD hat zeitlich überdauernde (dysfunktional repetitive) Konflikte ausgewählt und gibt daneben die Möglichkeit, Konfliktschemata sowie eine aktuelle konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) und eine abgewehrte Konfliktwahrnehmung zu raten. Folgende sieben Konflikte können auf einer Skala von 0 bis 4 mit den Abstufungen „nicht vorhanden“, „wenig bedeutsam“, „bedeutsam“ und „sehr bedeutsam“ eingeschätzt werden:

1. Individuation versus Abhängigkeit
2. Unterwerfung versus Kontrolle
3. Versorgung versus Autarkie
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt

Die OPD sieht dann noch vor, einen Hauptkonflikt und den zweitwichtigsten Konflikt zu definieren, wobei der Hauptkonflikt darüber hinaus bezüglich seines Verarbeitungsmodus in den Abstufungen „vorwiegend aktiv“, „gemischt, eher aktiv“, „gemischt, eher passiv“ und „vorwiegend passiv“ geratet werden soll.

### **Achse IV: Struktur**

Die Strukturachse wurde schon ausführlich in Abschnitt 2.3. beschrieben, daher folgt hier nur eine kurze Darstellung, die sich auf die Interviewtechnik zur Erfassung der Struktur bezieht.

#### **Interviewtechnik zur Erfassung der Struktur:**

*„Das OPD-Interview ist multiaxial und multimodal, da Material für die Einschätzung der fünf Achsen gesammelt wird und hierfür verschiedene Interviewmodi zum Einsatz kommen...“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S.287 ff). Das OPD-2 Manual bietet hier

ausführlich Hilfestellung an, deshalb sollen hier nur einige der Prinzipien der Interviewführung kurz erwähnt werden: Die primäre Grundeinstellung des Interviewers sollte die eines psychodynamischen Erstinterviews sein, so dass Raum für szenische Entwicklung der Beziehung frei ist. Diese Grundeinstellung wird in den Phasen der strukturierteren Interviewpassagen vorübergehend verlassen, um danach wieder zu ihr zurückzukehren. *„Dieses Vorgehen lässt sich am ehesten als ein Oszillieren zwischen beziehungs-dynamischer und explorativer Interviewhaltung beschreiben, wobei verschiedene Grade der Strukturiertheit eingesetzt werden:*

- *Eine offene, unstrukturierte Gesprächsführung, die der spontanen Entfaltung des inneren Erlebens und der Beziehungsangebote des Patienten dient.*
- *Ein mäßig strukturiertes Vorgehen, das einzelne Themenbereiche im Interview fokussiert und durch zurückhaltende Interventionen dem Patienten Anstöße in bestimmte Richtungen gibt, zum Beispiel bei der Erhebung der biographischen Anamnese oder der Untersuchung von Beziehungsepisoden, Selbst- und Fremdwahrnehmung.*
- *Ein strukturiertes Vorgehen, das spezifische Details erfragt, zum Beispiel bei der Exploration des psychopathologischen Befundes und der Symptomatik zur Ermittlung der syndromalen ICD-10 Diagnose.“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 289)

Die bekannten psychodynamischen Interventionsstrategien Klärung, Konfrontation und Deutung lassen sich in den unstrukturierten Interviewpassagen anwenden.

Das Selbsterleben und eine Selbstbeschreibung des Patienten wird explizit erfragt, dabei geht es im Wesentlichen um Merkmale der Struktur. Da das Selbsterleben häufig auch im Kontext des Objekterlebens geschildert wird kann sich hier die Erfassung desselben anschließen. Es sollte unbedingt deutlich werden, wie der Patient wichtige andere aktuell und in der Vergangenheit sieht. Der Interviewer sollte daran denken, dass es um das subjektive Erleben des Patienten geht, welches erhoben werden sollte.

Das Rating erfolgte auf den schon definierten Stufen: gut, mäßig, gering und desintegriert. Die OPD-2 sieht Halbschritte zwischen den operationalisierten Stufen vor (1,5; 2,5; 3,5) sowie die Kategorie „nicht beurteilbar“, so dass dem Rater eine 7-stufige

Skala zur Verfügung steht. Zum besseren Verständnis wird ein Erhebungsbogen abgebildet:

		gut	1,5	mäßig	2,5	gering	3,5	des-integriert	nicht beurteilbar
1a	Selbstwahrnehmung	1	•	2	•	3	•	4	9
1b	Objektwahrnehmung	1	•	2	•	3	•	4	9
2a	Selbstregulierung	1	•	2	•	3	•	4	9
2b	Regulierung d. Objektbezugs	1	•	2	•	3	•	4	9
3a	Kommunikation nach innen	1	•	2	•	3	•	4	9
3b	Kommunikation nach außen	1	•	2	•	3	•	4	9
4a	Bindung an innere Objekte	1	•	2	•	3	•	4	9
4b	Bindung an äußere Objekte	1	•	2	•	3	•	4	9
	<b>Struktur gesamt</b>	1	•	2	•	3	•	4	9

Abb.2: OPD-2 Erhebungsbogen: Achse IV - Struktur

### Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen

In dieser letzten Achse der OPD-2 werden die üblichen ICD 10 bzw. DSM IV Diagnosen festgehalten.

#### **4.4. Erfassung der Diagnosen mit dem strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID- I und - II)**

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) liegt in zwei Teilen vor, das SKID-I (Wittchen et al. 1997) für die psychischen Syndrome und Störungen der Achse I und das SKID-II (Fydrich et al., 2007) für die Persönlichkeitsstörungen, wie sie auf der Achse II der DSM- IV beschrieben werden.



Die SKID-Interviews erlauben eine relativ schnelle und reliable Erfassung der DSM-IV Diagnosen. Die SKID-Interviews wurden von vier klinisch erfahrenen und geübten Untersuchern durchgeführt.

#### **4.5. Statistische Analysen**

##### **Zu Hypothese I:**

In dieser Hypothese geht es darum, die Mittelwerte des Strukturniveaus und der Subdimensionen von Struktur zu vergleichen. Demzufolge wurden **t-Tests** gerechnet.

##### **Zu Hypothese II:**

Um diese Hypothese zu belegen, wurde ein **t-Test** gerechnet zwischen den Mittelwerten des Strukturniveaus nach OPD-2 von Patienten, die eine Persönlichkeitsstörung haben im Gegensatz zu denen, die keine Persönlichkeitsstörung haben.

##### **Zu Hypothese III:**

Auch zu dieser Hypothese wurde ein **t-Test** gerechnet bezüglich des Strukturniveaus zwischen folgenden Gruppen: Patienten mit einer Achse II-Diagnose aus dem Cluster A wurden solchen aus dem Cluster B und C gegenübergestellt.

Da sich herausstellte, dass die Patientenzahlen innerhalb der Cluster gering waren, da sie häufig komorbid eine und mehr weitere Achse II-Diagnosen hatten, wurde in einem ergänzenden Schritt eine **Varianzanalyse** zur Struktur und ihren Subdimensionen gerechnet mit den Clusterkombinationen: A+B, A+C, B+C und A+B+C

##### **Zu Hypothese IV:**

Um herauszufinden, ob das Strukturniveau von Patienten nur mit Achse I-Störungen und von Patienten mit Achse I-Störung und zusätzlich komorbid einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen sich unterscheidet, wurden **t-Tests** gerechnet.

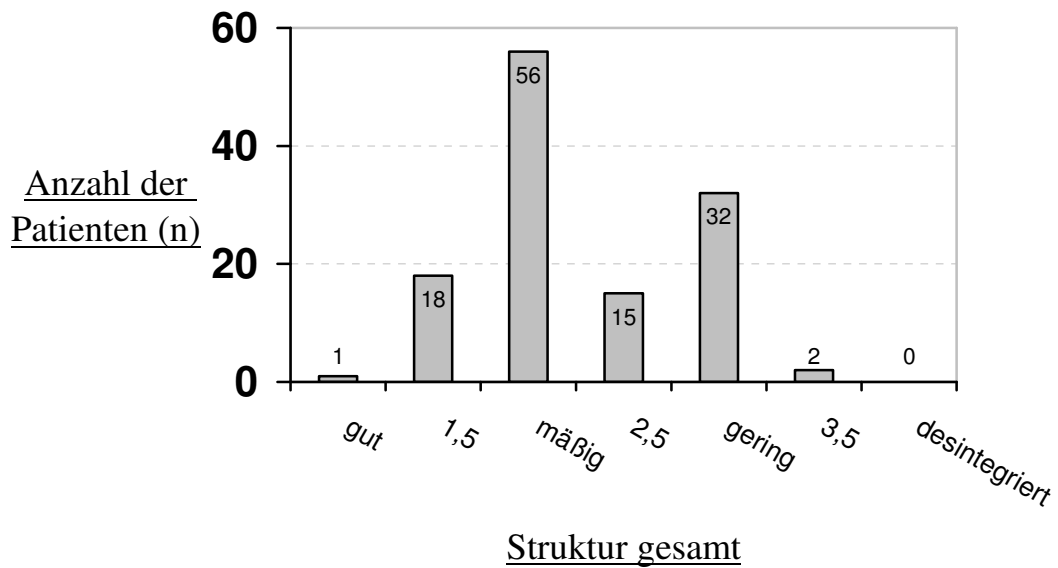
## 5. Ergebnisse

### 5.1. Deskriptive Ergebnisse zur Stichprobe

#### 5.1.1. Verteilung der OPD-2 Struktur

Die Verteilungen der OPD-Strukturratings und der Diagnosen sind in Abbildung 3 und den Tabellen 2-5 dargestellt.

**Abb. 3: Verteilung des OPD-Strukturratings  
"Struktur gesamt" innerhalb der Stichprobe (n=124)**



	Gut		1,5		Mäßig		2,5		Gering		3,5		Desintegriert	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Selbstwahrnehmung	1	0,8	22	17,7	52	41,9	20	16,1	28	22,6	1	0,8	0	0
Objektwahrnehmung	1	0,8	24	19,4	47	37,9	20	16,1	30	24,2	2	1,6	0	0
Selbstregulierung	1	0,8	10	8,1	55	44,4	26	21,0	30	24,2	2	1,6	0	0
Objektregulierung	2	1,6	15	12,1	47	37,9	24	19,4	35	28,2	1	0,8	0	0
Kommunikation innen	0	0	17	13,7	56	45,2	18	14,5	31	25,0	2	1,6	0	0
Kommunikation außen	1	0,8	20	16,1	53	42,7	17	13,7	32	25,8	1	0,8	0	0
Innere Objekte	2	1,6	20	16,1	56	45,2	20	16,1	25	20,2	1	0,8	0	0
Äußere Objekte	2	1,6	24	19,4	52	41,9	17	13,7	29	23,4	0	0	0	0
<b>Struktur gesamt</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>18</b>	<b>14,5</b>	<b>56</b>	<b>45,2</b>	<b>15</b>	<b>12,1</b>	<b>32</b>	<b>25,8</b>	<b>2</b>	<b>1,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tab.2: Verteilung der OPD-Strukturratings innerhalb der Stichprobe (n=124)

### 5.1.2. Verteilung der psychiatrischen Diagnosen

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen, wobei 1,6% (n = 2) der Patienten keine Diagnose auf Achse I hatten, 43,2% (n = 54) eine Diagnose auf Achse I und somit 55,2% (n = 69) mehr als eine Diagnose auf Achse I hatten.

Achse I Diagnose (DSM IV)	n	%
Major Depression, Einzelne Episode, leicht	5	2,1
Major Depression, Einzelne Episode, mittelschwer	27	11,2
Major Depression, Einzelne Episode, schwer	7	2,9
Major Depression, Einzelne Episode, teilremittiert	2	0,8
Major Depression, Einzelne Episode, vollremittiert	3	1,2
Major Depression, rezidivierend, leicht	7	2,9
Major Depression, rezidivierend, mittelschwer	29	12,0
Major Depression, rezidivierend, schwer	12	5,0
Major Depression, rezidivierend, teilremittiert	3	1,2
Major Depression, rezidivierend, vollremittiert	6	2,5
Bipolar I Störung, letzte Episode depressiv, leicht	1	0,4
Bipolar I Störung, letzte Episode depressiv, schwer, o. psychot. Symptome	3	1,2
Kurze psychotische Störung, mit deutlichen Belastungsfaktoren	1	0,4

Panikstörung ohne Agoraphobie	11	4,6
Panikstörung mit Agoraphobie	7	2,9
Agoraphobie ohne Panikstörung i. d. VG	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
Undifferenzierte Somatoforme Störung	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
NNB Essstörung	1	0,4
Schmerzstörung in Vbdg. mit psychischen Faktoren	4	1,7
Schmerzstörung in Vbdg. mit psychischen und medizinischen Faktoren	1	0,4
Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt	5	2,1
Anpassungsstörung mit Angst	1	0,4
Posttraumatische Belastungsstörung	16	6,6
Aufmerksamkeitsdefizit vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus	3	1,2
<b>Gesamt</b>	<b>241</b>	

Tab. 3: Häufigkeiten der Achse I Diagnosen (DSM IV) innerhalb der Stichprobe (n = 125)

Um überschaubarer Gruppenunterschiede für die Achse I-Störungen erkennen und berechnen zu können, wurden diese in folgende Diagnosegruppen zusammengefasst: Depressive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Somatoforme Störungen, Suchtstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen. Achse I-Störungen mit

einem kleinen *n* (z.B. Essstörungen) wurden bei dieser Zusammenfassung nicht berücksichtigt. Tabelle 4 zeigt die Verteilung nach der Zusammenfassung

<b>Achse I Störungen nach Diagnosegruppen</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Depressive Störungen	106	53,0
Angststörungen	30	15,0
Zwangsstörungen	9	4,5
Somatoforme Störungen	12	6,0
Suchtstörungen	27	13,5
Posttraumatische Belastungsstörungen	16	8,0
<b>Gesamt</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Tab.4: Häufigkeiten der Achse I Störungen nach Zusammenfassung in Diagnosegruppen

Die Verteilung der Achse II-Störungen und deren Zusammenfassung in die Cluster A, B und C ist in Tabelle 5 zu sehen, wobei 37,6% (*n* = 47) der Patienten keine Diagnose auf Achse II hatten, 29,6% (*n* = 37) eine Diagnose auf Achse II und somit 32,8% (*n* = 41) mehr als eine Diagnose hatten. Das *n* der Cluster ist geringer als die Summe der Anzahl der zugehörigen Persönlichkeitsstörungen, da ein Teil der Patienten mehrere Diagnosen aus einem Cluster hatte.

Achse II Störung	n	%	Cluster	n	%
paranoid	14	8,9	A	17	14,9
schizoid	4	2,5			
schizotyp	1	0,6			
borderline	36	22,9	B	53	46,5
antisozial	13	8,3			
narzisstisch	15	9,6			
histrionisch	4	2,5			
selbstunsicher	25	15,9	C	44	38,6
dependent	14	8,9			
zwanghaft	20	12,7			
depressiv	8	5,1			
negativistisch	3	1,9			
<b>Gesamt</b>	<b>157</b>			<b>114</b>	<b>100</b>

Tab.5: Häufigkeiten der Achse II Diagnosen (DSM IV) und der Gruppierung in Cluster innerhalb der Stichprobe (n = 125)

## **5.2. Ergebnisse zu den Hypothesen**

### **Ergebnis zu Hypothese I:**

Patienten, die keine Persönlichkeitsstörung haben, haben ein hoch signifikant besseres Strukturniveau als Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Das gilt sowohl für das Gesamtrating als auch für alle Dimensionen der OPD-2 Strukturachse (siehe Tabelle 6).

	Keine PS <i>n</i> = 46		PS <i>n</i> = 78		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Selbstwahrnehmung	1.90	.39	2.41	.53	-5.68	122	.000
Objektwahrnehmung	1.91	.45	2.44	.54	-5.55	122	.000
Selbstregulierung	2.02	.43	2.50	.46	-5.78	122	.000
Regulierung des Objektbezugs	1.95	.45	2.53	.48	-6.73	122	.000
Kommunikation nach innen	1.97	.39	2.46	.52	-5.59	122	.000
Kommunikation nach außen	1.90	.40	2.46	.52	-6.22	122	.000
Bindung an innere Objekte	1.85	.39	2.40	.49	-6.54	122	.000
Bindung an äußere Objekte	1.81	.41	2.41	.50	-6.86	122	.000
<b>Strukturniveau gesamt</b>	<b>1.88</b>	<b>.40</b>	<b>2.49</b>	<b>.50</b>	<b>-6.99</b>	<b>122</b>	<b>.000</b>

Tab. 6: Ergebnisse des *t*- Tests

PS = Persönlichkeitsstörung, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = T- Wert, *df* = Freiheitsgrad, *p* = Signifikanzwert

### Ergebnis zu Hypothese II:

Entgegen der Hypothese II zeigt es sich, dass es keinen signifikanten Unterschied im Strukturniveau zwischen Patienten mit einer und mit zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen gibt (Tabelle 7).

	eine PS <i>n</i> = 37		Zwei und mehr PS <i>n</i> = 41		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Selbstwahrnehmung	2.32	.53	2.49	.52	1.38	76	.173
Objektwahrnehmung	2.35	.55	2.51	.52	1.33	76	.188
Selbstregulierung	2.43	.46	2.56	.46	1.23	76	.223
Regulierung des Objektbezugs	2.50	.49	2.56	.48	.56	76	.578
Kommunikation nach innen	2.41	.52	2.51	.52	.90	76	.369
Kommunikation nach außen	2.41	.52	2.50	.51	.81	76	.423
Bindung an innere Objekte	2.35	.50	2.45	.48	.90	76	.373
Bindung an äußere Objekte	2.34	.50	2.48	.49	1.23	76	.222
<b>Strukturniveau gesamt</b>	<b>2.43</b>	<b>.52</b>	<b>2.54</b>	<b>.49</b>	<b>.91</b>	<b>76</b>	<b>.104</b>

Tab. 7: Ergebnisse des t- Tests

### **Ergebnis zu Hypothese III:**

Patienten, die hinsichtlich der Achse II Diagnose ausschließlich dem Cluster B oder C zuzuordnen sind, unterscheiden sich hinsichtlich ihres Strukturniveaus signifikant (Tabelle 8). Es gab nur einen Patienten, der ausschließlich eine Achse II Diagnose im Cluster A hatte.



	Cluster B <i>n</i> = 30		Cluster C <i>n</i> = 20		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Selbstwahrnehmung	2.60	.48	2.20	.44	4.27	48	.000
Objektwahrnehmung	2.62	.49	2.10	.53	3.56	48	.001
Selbstregulierung	2.68	.45	2.20	.34	4.12	48	.000
Regulierung des Objektbezugs	2.72	.45	2.28	.44	3.43	48	.001
Kommunikation nach innen	2.68	.44	2.10	.45	4.53	48	.000
Kommunikation nach außen	2.67	.46	2.15	.46	3.88	48	.000
Bindung an innere Objekte	2.60	.48	2.10	.38	3.89	48	.000
Bindung an äußere Objekte	2.60	.42	2.10	.48	3.89	48	.000
<b>Strukturniveau gesamt</b>	<b>2.70</b>	<b>.48</b>	<b>2.18</b>	<b>.41</b>	<b>4.00</b>	<b>48</b>	<b>.000</b>

Tab. 8: Ergebnisse des *t*- Tests zwischen Cluster B und Cluster C

Eine Ergänzung zur Hypothese ergibt sich daraus, dass es 41 Patienten gibt, die zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert bekommen haben und somit zwei oder sogar alle drei Cluster belegen. Um herauszufinden, ob es einen Unterschied zwischen den möglichen Cluster- Kombinationen hinsichtlich des Strukturniveaus gibt, wurden die möglichen Kombinationen der Cluster (A+B, A+C, B+C und A+B+C) in einer Varianzanalyse miteinander verglichen. Das Strukturniveau gesamt zwischen den gebildeten Gruppen unterscheidet sich signifikant, wobei Patienten ohne Cluster B Diagnose die bessere Struktur aufweisen; das gilt ebenso für die Subdimensionen Selbstwahrnehmung, Selbstregulierung, Bindung an innere Objekte sowie Bindung an äußere Objekte. Die Ergebnisse der Varianzanalyse können in Tabelle 9 eingesehen werden.

	Cluster A+B. <i>M</i> ( <i>SD</i> ) <i>n</i> = 4	Cluster A+C <i>M</i> ( <i>SD</i> ) <i>n</i> = 4	Cluster B+C <i>M</i> ( <i>SD</i> ) <i>n</i> = 12	Cluster A+B+C <i>M</i> ( <i>SD</i> ) <i>n</i> = 8	<i>F</i> ( <i>df</i> )	<i>p</i>
Selbstwahrnehmung	2.38 (.75)	2.00 (.00)	2.79 (.33)	2.31 (.50)	4.30 (27)	.015
Objektwahrnehmung	2.38 (.75)	2.14 (.25)	2.75 (.40)	2.38 (.44)	2.40 (27)	.093
Selbstregulierung	2.38 (.75)	2.13 (.25)	2.79 (.26)	2.44 (.42)	3.44 (27)	.033
Regulierung des Objektbezugs	2.50 (.71)	2.13 (.25)	2.75 (.34)	2.38 (.44)	2.65 (27)	.072
Kommunikation nach innen	2.50 (.71)	2.00 (.00)	2.75 (.45)	2.38 (.44)	2.93 (27)	.054
Kommunikation nach außen	2.50 (.71)	2.13 (.25)	2.71 (.40)	2.25 (.53)	2.29 (27)	.104
Bindung an innere Objekte	2.50 (.71)	2.00 (.00)	2.67 (.33)	2.25 (.46)	3.25 (27)	.040
Bindung an äußere Objekte	2.50 (.71)	2.13 (.25)	2.71 (.40)	2.19 (.37)	3.26 (27)	.039
<b>Strukturniveau gesamt</b>	<b>2.50</b> <b>(.71)</b>	<b>2.00</b> <b>(.00)</b>	<b>2.75</b> <b>(.34)</b>	<b>2.38</b> <b>(.44)</b>	<b>3.64</b> <b>(27)</b>	<b>.027</b>

Tab. 9: Ergebnisse der Varianzanalyse: Vergleich von Patienten mit zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen aus verschiedenen Cluster-Kombinationen

#### Ergebnis zu Hypothese IV:

Vergleicht man die Mittelwerte der Gesamtstruktur von depressiven Patienten ( $M = 1.93$ ;  $SD = .40$ ;  $n = 36$ ) so zeigt sich im t-Test ein hoch signifikanter Unterschied ( $t = -5.70$ ;  $df = 103$ ;  $p = .000$ ) zu depressiven Patienten, die komorbid eine Persönlichkeitsstörung haben ( $M = 2.49$ ;  $SD = .51$ ;  $n = 69$ ).

Patienten mit Angststörungen ( $M = 1.86$ ;  $SD = .24$ ;  $n = 7$ ) unterscheiden sich von Patienten die eine Angststörung und zudem komorbid eine Persönlichkeitsstörung haben ( $M = 2.46$ ;  $SD = .58$ ;  $n = 23$ ) ebenfalls signifikant im t-Test ( $t = -2.63$ ;  $df = 28$ ;  $p = .014$ ).

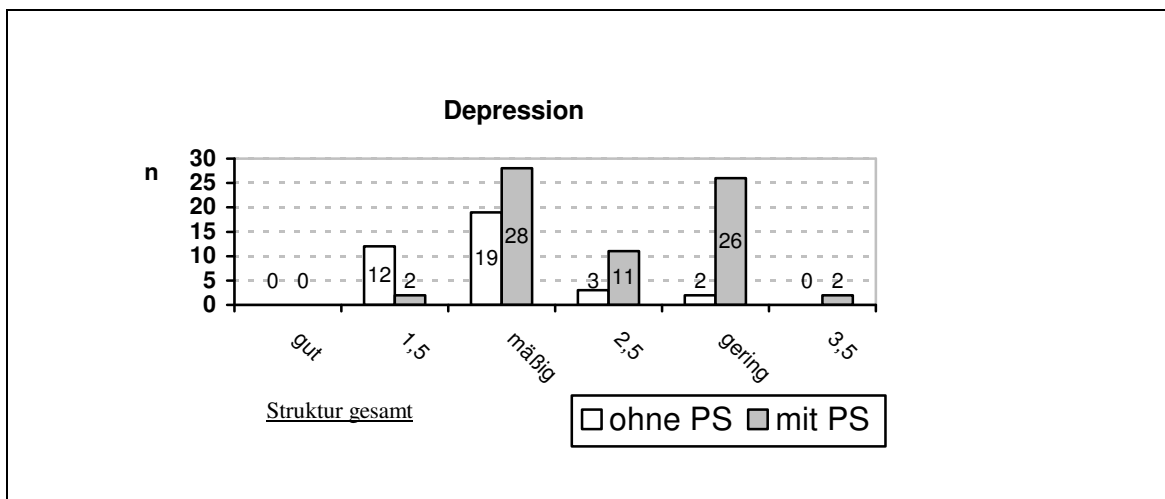
Ein weiterer Mittelwertsvergleich zwischen Patienten mit Zwangsstörung ( $M = 1.67$ ;  $SD = .29$ ;  $n = 3$ ) und solchen, die zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung haben ( $M = 2.42$ ;  $SD = .49$ ;  $n = 6$ ) zeigt ebenso einen signifikanten Unterschied ( $t = -2.39$ ;  $df = 7$ ;  $p = .048$ ).

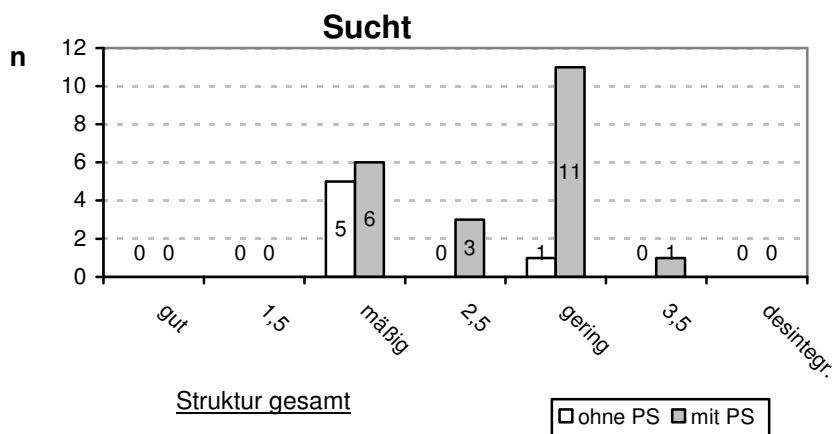
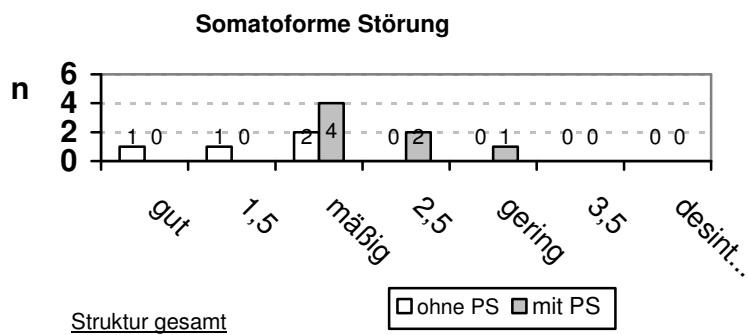
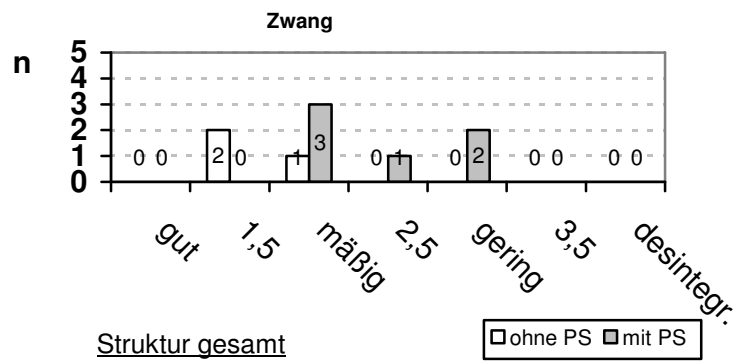
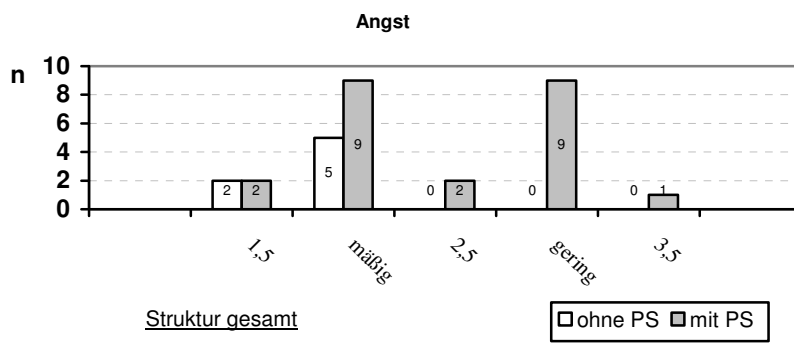
An somatoformen Störungen erkrankte Patienten ( $M = 1.63$ ;  $SD = .48$ ;  $n = 4$ ) unterscheiden sich signifikant ( $t = -2.49$ ;  $df = 9$ ;  $p = .035$ ) hinsichtlich ihres Strukturniveaus von ebenfalls an somatoformen Störungen Erkrankte, die komorbid eine Persönlichkeitsstörung aufweisen ( $M = 2.29$ ;  $SD = .39$ ;  $n = 7$ ).

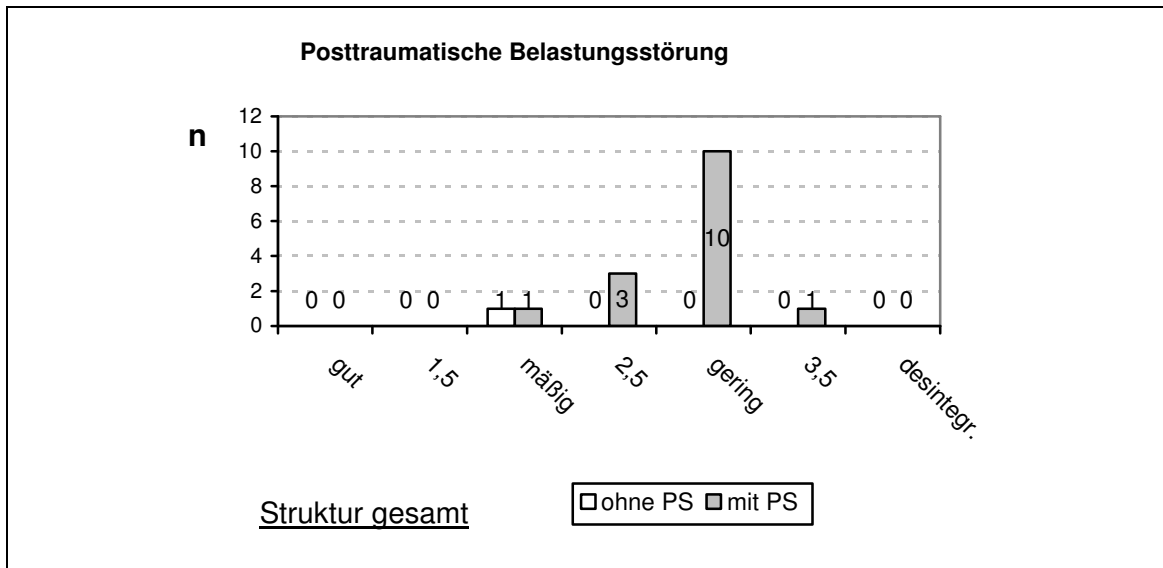
Süchtige Patienten ( $M = 2.17$ ;  $SD = .41$ ;  $n = 6$ ) und Süchtige mit Persönlichkeitsstörung ( $M = 2.67$ ;  $SD = .48$ ;  $n = 21$ ) unterscheiden sich signifikant bezüglich ihres Strukturniveaus ( $t = -2.30$ ;  $df = 25$ ;  $p = .030$ ).

Vergleicht man die Mittelwerte von Patienten, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden ( $M = 2.00$ ;  $SD = /$ ;  $n = 1$ ) und solchen, die zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung haben ( $M = 2.87$ ;  $SD = .35$ ;  $n = 15$ ), so zeigt sich ein signifikanter Unterschied im Strukturniveau ( $t = -2.39$ ;  $df = 14$ ;  $p = .032$ ).

In der folgenden Abbildung zeigen sich die Strukturniveaus (Struktur gesamt) bei sechs verschiedenen Achse-I-Diagnosegruppen jeweils ohne und mit komorbider Persönlichkeitsstörung. Es ist zu erkennen, dass Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung ein deutlich geringeres Strukturniveau aufweisen als die Patienten, die ohne Persönlichkeitsstörung die jeweilige Achse-I Störung haben.







**Abb. 4:** Struktur gesamt bei verschiedenen Achse-I-Störungen ohne und mit komorbider Persönlichkeitsstörung (PS)

## **6. Diskussion**

Ziel der hier vorgelegten Studie war es, den Zusammenhang der OPD-2 Strukturratings mit psychiatrischen Diagnosen zu untersuchen. Dieser Zusammenhang konnte anhand der Ergebnisse zu den Hypothesen vielfältig gezeigt werden. Bei detaillierter Betrachtung der Ergebnisse kristallisieren sich einige diskussionswürdige Aspekte heraus:

1. In Abbildung 3 können die Verteilungen der Strukturratings eingesehen werden. Es fällt auf, dass die Zwischenratings (1,5; 2,5) der OPD-Ratingskala weniger besetzt sind als die ganzzahligen Ratings. Dies zeigt sich ebenfalls in der Abbildung 4 bei den beiden Achse I-Störungen Angst und Sucht. Auf der einen Seite könnte das zufällig an der Auswahl der Stichprobe liegen. Das ist sehr unwahrscheinlich, da zunächst davon auszugehen ist, dass auch bei einer klinischen Stichprobe die Struktur der Patienten mit einer Verschiebung in den pathologischen Bereich annähernd normalverteilt ist und nicht – wie die Ergebnisse hier zeigen – zweigipflig verteilt ist. Dagegen spricht auch die Strukturhebung mittels STIPO-D (Doering, 2004), die im Rahmen der größer

angelegten Studie an der gleichen Stichprobe vorgenommen wurde. Die Verteilung der STIPO-D Strukturratings kann in Abbildung 5 betrachtet werden: Sie folgt der erwarteten Normalverteilung.

### Verteilung der Struktur der gleichen Stichprobe gemessen mit dem STIPO-D

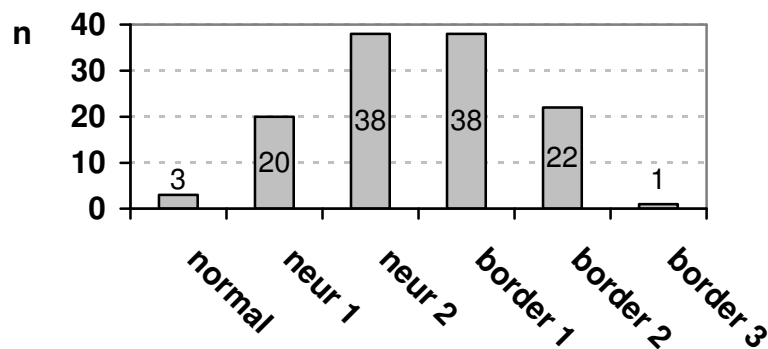


Abb.5: Verteilung der Struktur gemessen mit dem STIPO-D (neur = neurotisch, border = borderline)

Die Abstufungen „gut“, „mäßig integriert“, „gering integriert“ sowie „desintegriert“ wurden differenziert operationalisiert, während die Zwischenstufen „1,5“, „2,5“ und „3,5“ keinerlei differenzierende Operationalisierung und keine Ankerbeispiele erhalten haben. So liegt der Verdacht nahe, dass wegen der fehlenden Operationalisierung der Zwischenstufen der Strukturdimensionen die Rater zu den ganzzahligen Ratings tendieren. Ein solcher Effekt fand sich allerdings nicht bei Benecke et al. (2009).

2. Die Betrachtung der Ergebnisse zu Hypothese I zeigt eine Bestätigung der Hypothese. Bemerkenswert ist, dass nicht nur die Gesamtstruktur sondern auch alle Subdimensionen hochsignifikante Unterschiede aufweisen im Vergleich von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung. Dieses Ergebnis bestätigt theoretische Annahmen (z.B. Kernberg, 1985, 1997, 2000) sowie frühere Untersuchungen, die einen Zusammenhang von Persönlichkeitsstörung und schlechterem Strukturniveau beschreiben (z.B. Nitzgen und Brünger, 2000).

3. Anders als in Hypothese II gezeigt, kann das Strukturrating nach OPD-2 nicht mehr unterscheiden zwischen Patienten, die „nur“ eine Persönlichkeitsstörung haben und denen, die zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert bekommen haben. Hier zeigt auch keine der Subdimensionen signifikante Unterschiede. Dieses Ergebnis widerspricht der Arbeit von Hörz et al. (2010), die ein schlechteres Strukturniveau bei Borderline Patientinnen in Abhängigkeit von der Anzahl der komorbiden Persönlichkeitsstörungen fanden. Die Unterschiede in den Ergebnissen dürften sich auf die Zusammensetzung der Stichproben zurückführen lassen: Hörz et al. (2010) untersuchten ausschließlich Borderline Patientinnen (mit unterschiedlicher Komorbidität), während in dieser Studie eine Reihe von Patienten mit mehreren Persönlichkeitsstörungen enthalten waren, die keine Cluster B Persönlichkeitsstörung hatten. Es ist davon auszugehen, dass ein Patient mit einer monomorbidem Borderline Störung ein schlechteres Strukturniveau hat als ein Patient mit zwei oder drei Cluster C Störungen. Diese strukturell besseren Patienten mit mehreren Persönlichkeitsstörungen dürften den Mittelwert der multimorbiden Gruppen angehoben haben.
  
4. Diese Annahme wird durch das Ergebnis der Cluster-Vergleiche gestützt. Es zeigt sich, dass die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster B ein deutlich weniger integriertes Strukturniveau haben als die des Clusters C. Die Unterschiede sind auch für alle Subdimensionen signifikant. Damit kann belegt werden, dass es innerhalb der Persönlichkeitsstörungen erhebliche Unterschiede im Strukturniveau gibt und man somit von schwereren und leichteren Persönlichkeitsstörungen sprechen kann. Kernberg hat in seiner Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen diese Behauptung aufgestellt, die in der theoretischen Abhandlung und in der Abbildung 1 genauer betrachtet werden kann.  
  
Die Betrachtung der Vergleiche der Cluster-Kombinationen zeigt zunächst bezüglich der Gesamtstruktur signifikante Unterschiede. Betrachtet man auf der Ebene der Gesamtstruktur die einzelnen Mittelwerte der Kombinationen, so

zeigt sich, dass Patienten mit Störungen aus Cluster A + C das am besten integrierte Strukturniveau aufweisen. Es folgen nach Strukturniveau sortiert A+B+C, dann A+B und schließlich B+C. Alle Kombinationen, die auch Störungen aus dem Cluster B enthalten, sind eher schlechter strukturiert. Kombinationen mit dem Cluster A sind eher besser strukturiert, so dass angenommen werden könnte, dass Cluster A die Strukturniveaus vertritt, die am höchsten integriert sind. Dies stünde im Widerspruch zu Kernbergs Auffassung, dass die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung deutlich schlechter strukturiert sind als die dependente, zwanghafte und selbstunsicher- vermeidende (z.B. Kernberg, 2000). Da die Anzahl der Cluster A Patienten bei dieser Analyse gering ist, sind diese Aussagen sicher mit Vorbehalt zu treffen. Es wäre wünschenswert, sie in einer Studie mit einer größeren Stichprobe oder einer anderen Verteilung der Persönlichkeitsstörungen zu überprüfen.

5. Die Ergebnisse zu Hypothese IV könnten dahingehend interpretiert werden, dass das Strukturniveau von Patienten mit einer Achse I-Störung sich immer dann signifikant verschlechtert, wenn zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vorliegt; bei depressiven Störungen ist dieser Unterschied sogar hochsignifikant. Das Strukturniveau eines Patienten kann also teilweise dadurch prädiziert werden, ob eine komorbide Persönlichkeitsstörung vorliegt. Die Art der Achse I-Störung scheint dabei keine Rolle zu spielen. Mit diesen Ergebnissen und den Ergebnissen zu den Clustern und Cluster-Kombinationen können die Ergebnisse von Grande et al. (1998) bestätigt werden, der in seiner Studie eine Gleichverteilung des Strukturniveaus unter den Achse I-Störungen findet und Unterschiede im Strukturniveau zwischen schweren und leichten Persönlichkeitsstörungen. Leider machen Grande und Kollegen nur zum Teil deutlich, welche Persönlichkeitsstörungen sie den beiden Gruppen zugeordnet haben. Zu den schweren Persönlichkeitsstörungen zählten sie: emotional- instabile, schizoide, paranoide und narzisstische. Eventuell sind die restlichen Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe der leichten Persönlichkeitsstörungen eingeordnet worden. Es wäre bei einer größeren Stichprobe interessant, die



Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich ihres Strukturniveaus zu vergleichen und anhand dessen eine Klassifizierung vorzunehmen.

6. Diskussionswürdig sind auch die Interraterreliabilitäten von  $ICC = .61$  bzw.  $.68$ . Diese entsprechen annähernd den für die OPD-1 berichteten (Arbeitskreis OPD, 2006). Diese Werte liegen etwas unter dem Wert eines anderen teilstrukturierten Fremdrating Instruments zur Strukturdiagnostik, den Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK; Huber et al., 2006), für die eine mittlere ICC von  $.82$  berichtet wurde. Noch höher fallen die ICC für das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO; Clarkin et al. 2004) aus, das in seiner deutschen Übersetzung (Doering, 2004) in einer Parallelstudie zu der hier referierten validiert wurde. Hier fand sich eine mittlerer ICC von  $.90$ .

Die Unterschiede dürften primär dadurch zu erklären sein, dass teilstrukturierte Interviews schwerer zu raten sind als strukturierte. Es kommt daher stark auf die Erfahrung der Rater an. Dies konnten Benecke et al. (2009) zeigen, die für das OPD-2 Gesamtstrukturrating ein gewichtetes Kappa von  $0.679$  bzw.  $0.648$  zwischen je einem erfahrenen und einem unerfahrenen zertifizierten OPD-Rater fanden, während zwei erfahrene OPD-Rater ein gewichtetes Kappa von  $.826$  erreichten. Derselbe Effekt zeigt sich auch in dieser Studie: Die Interviews wurden jeweils von einem relativ unerfahrenen zertifizierten Rater und einem langjährigen Mitglied des Arbeitskreises OPD durchgeführt. Vermutlich hätte auch in dieser Studie die Interrater-Reliabilität höher gelegen, wenn zwei erfahrene Rater die Beurteilungen angefertigt hätten.

Abschließend lässt sich festhalten, dass diese Studie einen Beitrag zur Konstruktvalidierung der OPD-2 Strukturachse geleistet hat, indem sie das Strukturrating der OPD-2 hypothesengeleitet in Beziehung zu DSM-IV Diagnosen gesetzt hat und zeigen konnte, dass Persönlichkeitsstörungen mit einem niedrigeren Strukturniveau einhergehen, bzw. dieses bei Achse I Störungen senken. Darüber hinaus konnte belegt werden, dass im Einklang mit theoretischen Modellen Cluster B Persönlichkeitsstörungen mit einem besonders niedrigen Strukturniveau einhergehen.

Die Strukturachse der OPD-2 eignet sich also für eine klinische Diagnostik und für die Therapieplanung insbesondere, wenn es darum geht die Differenzialindikation zwischen einer eher konfliktbezogenen und einer mehr strukturorientierten Psychotherapie zu stellen.

## 7. Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis OPD (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD (2006). ODP-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber Verlag, 2006.
- Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T., Waltz, M. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin: Springer Verlag.
- Behr, M. & Becker, M. (2004). Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE). Göttingen, Hogrefe.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R.W., Biebl, W., Doering, S. (2009). Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. *Z Psychosom Med Psychother* 55/2009, 84-96
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3.überarb. Auflage. Berlin: Springer.
- Caligor E, Stern B, Buchheim A, Doering S, Clarkin JF. (2004). Strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation (STIPO) – wie verhalten sich Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie zueinander? *Persönlichkeitsstörungen*. 8:209-216.
- 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)
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Kernberg, O.F. (2000): Inventory of Personality Organisation. New York: Weill Medical College of Cornell University.
- 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, I.M.(1986). *Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Deusinger, I. M. (1998). *Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Doering, S. (2004): Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation, deutsche Version, STIPO-D. Download: <http://zmkweb.uni-muenster.de/einrichtungen/proth/dienstleistungen/psycho/diag/index.html>

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

Fonagy, P. (2005). Psychoanalytic development theory. In: E. Person, A. Cooper, G. Babbard (Eds.): *Textbook of psychoanalysis*. APA, Washington.

Franke, G.H. (1995): *SCL-90-R*. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.

Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD (2005). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)*. 2. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

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. Göttingen: Hogrefe.

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. Bern, Huber.1998, S. 121-138.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1998b): Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Forschungsergebnisse und 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: W. Schneider, H. Freyberger (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern.
- Henschel, U., Kießling, M. & Wiemers, M. (1998): *Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS). Manual*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- 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. Auflage. Göttingen: Beltz Test.
- Huber D, Klug G, Wallerstein RS. (2006). Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Stuttgart: Kohlhammer.
- Janke W, Erdmann G. (1997). Streßverarbeitungsfragebogen (SVF-120). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kernberg, O. F. (2000). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg, Dulz, Sachsse (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer.
- Kernberg, O.F. (1976). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 6. Aufl. 1997.

- Kernberg OF. (1985). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krause, R. (1998). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd. 2: Modelle, Kohlhammer, Stuttgart.
- Kupfer J, Brosig B, Brähler A. (2001). Toronto-Alexithymie-Skala-26. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Leary, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. Ronald Press, New York.
- Leichsenring F. (1997). Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lienert, G.A. & Ratz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim. Psychologie Verlags Union. 6. Auflage.
- Neumann E, Rohmann E, Bierhoff HW. Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften – Der Bochumer Bindungsfragebogen. Diagnostica, 53(1):33-47.
- Nitzgen, D., Brünger, M. (2000). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In: W. Schneider, H. Freyberger (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern.
- Paulus C. Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF). Saarbrücken: Universität des Saarlandes, 2006. (online unter:<http://www.uni-saarland.de/fak5/ezw/personal/paulus/welcome.htm>).
- Rabin, R., de Charro, F. (2001): EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals of Medicine, 33(5):337-343.
- Reymann, G., Zbikowski, A., Martin, K., Tetzlaff, M., Janssen, P.L (2000). Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken. In: W. Schneider, H. Freyberger (Hrsg.): Was leistet die OPD?

- Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern.
- Rudolf, G. (2006). Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 2006.
- Rudolf, G., Grande, T. & Henningsen, P. (Hrsg.). (2002). Die Struktur der Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Grande, T., Oberbracht, C. (2002): Strukturelle Aspekte der Persönlichkeitsstörungen. In: Rudolf, G., Grande, T. & Henningsen, P. (Hrsg.): Die Struktur der Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart.
- Rudolf, G. (2002): Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In: Rudolf, G., Grande, T. & Henningsen, P. (Hrsg.): Die Struktur der Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart 2002.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C., Jakobsen, T. (1996). Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 42 4: 343-357.
- Rüsch N, Corrigan PW, Bohus M, Jacob GA, Brueck R, Lieb K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. Psychiatry Research. 150: 313-325.
- Schauenburg, H. (2000). Zum Verhältnis zwischen Bindungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik. In: W. Schneider, H. Freyberger (Hrsg.) (2000). 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 an differential therapy indication in routine diagnostics at a psychosomatic outpatient department. Psychotherapy Research 12. 2: 159-178.
- Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD. (1992). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar. Bern: Hans Huber Verlag.

Strauß, B., Hüttmann, B., Schulz, N.: Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Erste Erfahrungen mit der ‚OPD-1‘ im stationären Rahmen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 47 (1997) 2: 58- 63.

Weinryb, R.M., Rössel, R.J. (1991). Karolinska Psychodynamic Profile KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 83, 1-23.

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







## 8. 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: [ethikom@uni-muenster.de](mailto:ethikom@uni-muenster.de)  
Website: [www.klinikum.uni-muenster.de/ethikkommission](http://www.klinikum.uni-muenster.de/ethikkommission)

gedruckt: 20. September 2007

nachrichtlich: /

**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](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:**

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