



Henning Schauenburg  
Inge Seiffge-Krenke  
(Hrsg.)

# OPD-3 Fallbuch

Falldarstellungen zur  
Diagnostik und Therapie

# OPD-3 Fallbuch

## **OPD-3 Fallbuch**

Henning Schauenburg, Inge Seiffge-Krenke (Hrsg.)

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

**Henning Schauenburg**  
**Inge Seiffge-Krenke**  
(Hrsg.)

# OPD-3 Fallbuch

Falldarstellungen zur Diagnostik und Therapie

Unter Mitarbeit von

Cord Benecke †  
Ulrike Dinger  
Stephan Doering  
Nanne Dominick  
Johannes C. Ehrenthal  
Eva Flemming  
Miriam Henkel  
Holger Himmighoffen  
Susanne Hörz-Sagstetter  
Thorsten Jakobsen  
Ole Karkov Østergård

Martin Lüdemann  
Alexander Niecke  
Claudia Oberbracht  
Silke Pless  
Isa Sammet  
Henning Schauenburg  
Inge Seiffge-Krenke  
Christian Sell  
Carsten Spitzer  
Claudia Subic-Wrana  
Philipp Wülfig

**Prof. Dr. med. Henning Schauenburg**  
Heidelberger Institut für Psychotherapie (HIP)  
Voßstraße 9  
D-69115 Heidelberg  
E-Mail: henning.schauenburg@gmail.de

**Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke**  
Kostheimer Landstraße 11  
D-55246 Mainz-Kostheim  
E-Mail: seiffge-krenke@uni-mainz.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, [info@hogrefe.de](mailto:info@hogrefe.de)

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG  
Lektorat Psychiatrie  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Susanne Ristea  
Redaktion: Dr. Antje Merz-Schönpflug, Eitelborn  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen  
Umschlag Layout: Hogrefe intern  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2026  
© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96462-1)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76462-7)  
ISBN 978-3-456-86462-4  
<https://doi.org/10.1024/86462-000>

## Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	13
<b>1 OPD-3: Entwicklungsgeschichte und Darstellung der vier psychodynamischen Achsen .....</b>	<b>17</b>
<i>Cord Benecke</i>	
1.1 Die Entwicklung der OPD .....	17
1.2 Die aktuelle OPD-3 .....	19
1.3 Schlussbemerkung .....	24
<b>2 „Handwerk hat goldenen Boden“ .....</b>	<b>25</b>
ICD-10: F32.1 Mittelschwere depressive Episode	
ICD-11: 6A70.1 Depressive Störung mit Einzelepisode, mittelgradig, ohne psychotische Symptome	
<i>Henning Schauenburg</i>	
2.1 Erstkontakt .....	25
2.2 Biografische Aspekte .....	25
2.3 Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	26
2.4 Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	28
2.5 Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	31
2.6 Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	31
2.7 Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	33
<b>3 „Mit dem falschen Fuß“ .....</b>	<b>35</b>
ICD-10: F33.1 Rezidivierende Depression	
ICD-11: 6A72 Dysthyme Störung	
<i>Ulrike Dinger</i>	
3.1 Erstkontakt .....	35
3.2 Biografische Aspekte .....	35
3.3 Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	36
3.4 Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	38

3.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	39
3.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	40
3.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise . . . . .	42
<b>4</b>	<b>„Eine distanzierte Beziehungssicherung“</b> . . . . .	<b>45</b>
	ICD-10: F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode	
	ICD-11: 6A71.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne psychotische Symptome; QE 50.7 Persönlichkeitsproblematik <i>Johannes C. Ehrenthal</i>	
4.1	Erstkontakt . . . . .	45
4.2	Biografische Aspekte . . . . .	46
4.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) . . . . .	48
4.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung) . . . . .	49
4.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	49
4.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	50
4.7	Psychodynamische und behandlungstechnische Überlegungen . . . . .	51
<b>5</b>	<b>„Selbstständigkeit um jeden Preis“</b> . . . . .	<b>53</b>
	ICD-10: F31.8 Sonstige bipolare affektive Störung (mit Rapid Cycling)	
	ICD-11: 6A60.Y Sonstige näher bezeichnete Bipolar-I-Störung (mit Rapid Cycling) <i>Holger Himmighoffen</i>	
5.1	Aktuelle Symptomatik und Vorgeschichte . . . . .	53
5.2	Biografische Aspekte . . . . .	54
5.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) . . . . .	55
5.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung) . . . . .	57
5.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	57
5.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	58
5.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise . . . . .	60
<b>6</b>	<b>„Eine Welt zerbricht“</b> . . . . .	<b>63</b>
	ICD-10: F10.2 und F63.0 Alkoholabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel	
	ICD-11: 6C42 und 6C50/51 Störungen durch synthetische Cannabinoide und 6C50/51 Glücksspielstörung (Gambling disorder) vorwiegend offline/ vowiegend online <i>Thorsten Jakobsen</i>	
6.1	Erstkontakt . . . . .	63
6.2	Biografische Aspekte . . . . .	63

6.3	Therapieverlauf .....	64
6.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	64
6.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	66
6.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	67
6.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	67
6.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	69
<b>7</b>	<b>„Nimm mich mit Liebe an“</b> .....	<b>71</b>
	ICD-10: F33.1 Rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelschwer	
	ICD-11: 6A71.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ohne psychotische Symptome)	
	<i>Claudia Oberbracht, Ole Karkov, Martin Lüdemann, Alexander Niecke, Silke Pless</i>	
7.1	Erstkontakt .....	71
7.2	Biografische Aspekte .....	72
7.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	73
7.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	74
7.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	75
7.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	76
7.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	78
<b>8</b>	<b>„Überfall mit Folgen“</b> .....	<b>81</b>
	ICD-10: F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	
	ICD-11: 6B40 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	
	<i>Johannes C. Ehrental</i>	
8.1	Erstkontakt .....	81
8.2	Biografische Aspekte .....	82
8.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	84
8.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	85
8.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	85
8.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	86
8.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	88
<b>9</b>	<b>„Zwischen Nähe und Verlust“</b> .....	<b>91</b>
	ICD-10: F60.31 Borderline-Persönlichkeitsstörung	
	ICD-11: 6D11.5 Borderline-Muster	
	<i>Susanne Hörz-Sagstetter</i>	
9.1	Erstkontakt .....	91

9.2	Biografische Aspekte . . . . .	92
9.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) . . . . .	92
9.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung) . . . . .	94
9.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	94
9.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	96
9.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise . . . . .	100
<b>10</b>	<b>„Der Körper als Bühne“ . . . . .</b>	<b>103</b>
	ICD-10: F50.01 Anorexia nervosa	
	ICD-11: 6B80.1 Anorexia nervosa mit kritisch erniedrigtem Körpergewicht	
	<i>Isa Sammet</i>	
10.1	Aktuelle Symptomatik . . . . .	103
10.2	Biografische Aspekte . . . . .	104
10.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) . . . . .	104
10.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung) . . . . .	106
10.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	107
10.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	108
10.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise . . . . .	110
<b>11</b>	<b>„Ein schweres Erbe“ . . . . .</b>	<b>113</b>
	ICD-10: F41.0 Panikstörung	
	ICD-11: 6B01 Panikstörung	
	<i>Claudia Subic-Wrana</i>	
11.1	Erstkontakt . . . . .	113
11.2	Biografische Aspekte . . . . .	114
11.3	Therapieverlauf . . . . .	115
11.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) . . . . .	115
11.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung) . . . . .	119
11.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	119
11.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	120
11.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise . . . . .	122

<b>12</b>	<b>„Gefährliche Freundschaften“</b> .....	<b>125</b>
	ICD-10: F40.2 Spezifische Phobie	
	ICD-11: 6B03 Spezifische Phobie	
	<i>Claudia Subic-Wrana</i>	
12.1	Erstkontakt .....	125
12.2	Biografische Aspekte .....	126
12.3	Therapieverlauf .....	127
12.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	127
12.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	129
12.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	130
12.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	130
12.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	132
<b>13</b>	<b>„Das kann doch nicht passieren, dass ich das wirklich mache, oder!?“</b> .....	<b>133</b>
	ICD-10: F42.0 Zwangsstörung	
	ICD-11: 6B20 Zwangsstörung	
	<i>Miriam Henkel</i>	
13.1	Erstkontakt .....	133
13.2	Symptomatik .....	134
13.3	Biografische Aspekte .....	134
13.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	136
13.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	137
13.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	137
13.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	139
13.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	141
<b>14</b>	<b>„Der Finanzberater“</b> .....	<b>143</b>
	ICD-10: F60.8 Narzisstische Persönlichkeitsstörung; F45.4 Somatoforme Schmerzstörung	
	ICD-11: 6D10.1 Mittelschwere Persönlichkeitsstörung mit 6D11.0 distanzierten und 6D11.2 dissozialen Zügen; 6C20.1 Mittelschwere somatische Belastungsstörung	
	<i>Stephan Doering</i>	
14.1	Fallgeschichte .....	143
14.2	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	145
14.3	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	146

14.4	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	146
14.5	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	147
14.6	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise . . . . .	149
<b>15</b>	<b>„Dann habe ich es allen gezeigt – aber was ist der Preis?“</b> . . . . .	<b>151</b>
	ICD-10: F33.8 Agitierte/abgewehrte Depression	
	ICD-11: 6A71 Rezidivierende depressive Störung	
	<i>Miriam Henkel</i>	
15.1	Erstkontakt . . . . .	151
15.2	Symptomatik . . . . .	151
15.3	Aktuelle Lebenssituation . . . . .	152
15.4	Weitere biografische Informationen . . . . .	152
15.5	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) . . . . .	154
15.6	Beurteilung von Achse II (Beziehung) . . . . .	155
15.7	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	156
15.8	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	157
15.9	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise . . . . .	159
<b>16</b>	<b>„Statt der Mutter nur Nebel im Kopf“</b> . . . . .	<b>161</b>
	ICD-10: F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung	
	ICD-11: 6C20 Somatische Belastungsstörung	
	<i>Eva Flemming, Carsten Spitzer</i>	
16.1	Einleitung . . . . .	161
16.2	Hintergrund . . . . .	161
16.3	Biografische Angaben und diagnostische Informationen . . . . .	162
16.4	Ergebnisse der Bindungs- und klinischen Diagnostik . . . . .	162
16.5	Szenische Informationen aus dem persönlichen Gespräch und Gegenübertragung der Interviewerin . . . . .	163
16.6	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) . . . . .	163
16.7	Beurteilung von Achse II (Beziehung) . . . . .	163
16.8	Beurteilung von Achse III (Konflikt) . . . . .	164
16.9	Beurteilung von Achse IV (Struktur) . . . . .	166
16.10	Abschließende Überlegungen . . . . .	169

<b>17</b>	<b>„Ein Indianer kennt keinen Schmerz – oder doch?“</b> .....	<b>171</b>
	ICD-10: F45.4 Somatoforme Schmerzstörung	
	ICD-11: 6C20 Somatische Belastungsstörung	
	<i>Philipp Wülfing, Carsten Spitzer</i>	
17.1	Erstkontakt .....	171
17.2	Biografische Aspekte .....	172
17.3	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	173
17.4	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	174
17.5	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	175
17.6	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	176
17.7	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	178
<b>18</b>	<b>„Ein ständiger Kampf mit der Welt“</b> .....	<b>181</b>
	ICD-10: F20.0 Paranoide Schizophrenie	
	ICD-11: 6A20 Schizophrenie	
	<i>Christian Sell</i>	
18.1	Einleitung .....	181
18.2	Lebenssituation, biografischer Hintergrund und erster klinischer Eindruck .....	181
18.3	Bisheriger Krankheitsverlauf und Behandlungen .....	182
18.4	Erleben des Patienten und Verhalten auf Station .....	183
18.5	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	183
18.6	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	185
18.7	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	188
18.8	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	189
18.9	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	191
<b>19</b>	<b>„Die gefährliche Begierde nach Mutterliebe“</b> .....	<b>193</b>
	ICD-10: F65.8 und F52.7 Paraphilie und Sexsucht	
	ICD-11: 6C72 Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung	
	<i>Nanne Dominick, Inge Seiffge-Krenke</i>	
19.1	Eröffnungsszene: Emotional bedürftig und grenzunsicher .....	193
19.2	Frühe biografische Einflüsse und sexuelle Fantasien .....	193
19.3	Pornografiekonsum und sexuelle Grenzverletzung .....	194
19.4	Beurteilung von Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) .....	194
19.5	Beurteilung von Achse II (Beziehung) .....	196
19.6	Beurteilung von Achse III (Konflikt) .....	197

19.7	Beurteilung von Achse IV (Struktur) .....	200
19.8	Psychodynamische Überlegungen und Epikrise .....	201
<b>20</b>	<b>Fazit und Ausblick</b> .....	<b>203</b>
	<i>Henning Schauenburg, Inge Seiffge-Krenke</i>	
20.1	Achse I .....	203
20.2	Achse II .....	204
20.3	Achse III .....	205
20.4	Achse IV .....	206
	Literatur .....	209
	Autorinnen und Autoren .....	211
	Sachwortverzeichnis .....	215

# Vorwort

Die OPD, ein komplexes psychodynamisches diagnostisches System mit vier Achsen, ist aus der intensiven über 30-jährigen Arbeit einer Gruppe psychodynamisch orientierter Psychotherapeut:innen und Forscher:innen aus den Gebieten der Psychoanalyse, der Psychodynamischen Psychotherapie, der Psychosomatischen Medizin und der Psychiatrie entstanden. Die OPD hat mehrere Revisionen erfahren. Die im Jahre 2023 herausgekommene OPD-3 ist die neueste von der Arbeitsgruppe erarbeitete Version, die auch diesem Fallbuch zugrunde liegt.

Warum ein Fallbuch? Die OPD wird seit Jahren intensiv in der ambulanten und stationären Praxis genutzt, zahlreiche Kolleg:innen haben an den OPD-Trainingskursen teilgenommen und die OPD wird auch in der Lehre im Masterstudiengang Psychotherapie eingesetzt. Das Bedürfnis, die praktische Anwendung der OPD an Fällen für einen breiten Adressatenkreis zu illustrieren, wurde immer wieder deutlich. Wir haben uns daher entschlossen, ein Fallbuch zusammenzustellen, das die praktische Arbeit der OPD verdeutlicht, und bedanken uns sehr herzlich bei den Kollegen und Kolleginnen, die mit uns so konstruktiv zusammengearbeitet haben. In dem vorliegenden Fallbuch wird die Arbeit mit der OPD-3 in verschiedenen Kontexten, vor allem der ambulanten und stationären Psychotherapie, aber auch in anderen diagnostischen Anwendungsbereichen illustriert. Die von den Autor:innen vorgestellten Patienten und Patien-

tinnen umgreifen ein breites psychopathologisches Diagnosespektrum mit unterschiedlichem Strukturniveau, unterschiedlichen intrapsychischen Konflikten und sehr verschiedenen Behandlungsvoraussetzungen. Auch ein Fall aus einem Forschungsprojekt mit dem Adult Attachment Interview und eine Patientin, die an einer Gruppentherapie teilgenommen hat, ergänzen das Spektrum und zeigen die breiten Anwendungsmöglichkeiten.

Bei den OPD-Beurteilungen der vorgestellten Fälle geht es nicht um einen Goldstandard. Wir haben unseren Autor:innen daher nur wenige Vorgaben gemacht, wie die Darstellung der Arbeit mit der OPD-3 genau aussehen soll. In den Fallschilderungen und im diagnostischen Vorgehen ist also die jeweils persönliche „Handschrift“ der Autor:innen spürbar, und dieses unterschiedliche Vorgehen spiegelt auch die breite klinische Praxis wider, in der die OPD angewendet wird. Die einheitliche Verwendung der vier Achsen zeichnet zwar alle Fallberichte aus, es bilden sich aber ganz unterschiedliche Stile der Verwendung der OPD ab. Zur Illustration wurden in einigen Kapiteln die ausgefüllten Ratingbögen abgebildet. Die Patienten und Patientinnen haben der verfremdeten Wiedergabe zugestimmt; einzelne Berichte stellen auch Verdichtungen mehrerer Patient:innen dar.

Inge Seiffge-Krenke und Henning Schauenburg  
Mainz und Heidelberg, im April 2026



**Dieses Buch ist unserem Freund und Kollegen Cord Benecke (1965-2025) gewidmet.**

*Cord Benecke, der Sprecher der OPD und Sprecher der Konfliktachse,  
leitet das Fallbuch mit einer Übersicht über die Geschichte der OPD  
und die Neuerungen der OPD-3 ein. Cords konzeptionelle, empirische und klinische Arbeit  
an der OPD-3 ist von unschätzbarem Wert.*

Wir verweisen auch auf die Lindauer OPD-3-Vorlesung von ihm, sie ist auf YouTube unter  
<https://www.youtube.com/@CordBenecke-1965/playlists> zu sehen.



# 1 OPD-3: Entwicklungsgeschichte und Darstellung der vier psychodynamischen Achsen

Cord Benecke

Die OPD ist ein komplexes psychodynamisches Diagnostiksystem, das über 30 Jahre entwickelt und verändert wurde. Diesem Fallbuch liegt die OPD-3 zugrunde (Arbeitskreis OPD, 2023). Im Folgenden wird die Entwicklungsgeschichte der OPD geschildert. Außerdem werden die vier Achsen dargestellt, die auch die Grundlage für die Einstufungen in den jeweiligen Fallgeschichten sind.<sup>1</sup>

## 1.1 Die Entwicklung der OPD

Psychoanalytische Diagnostik galt lange als auch aus empirischer Perspektive nicht besonders reliabel. Zwar ermöglicht die differenzierte Erfassung von Übertragung/Gegenübertragung, Konflikt- und Strukturmerkmalen eine Beschreibung individueller Muster, die für die differenzielle Indikation und vor allem das therapeutische Vorgehen bedeutsam sind. Aber das hohe Abstraktionsniveau und der Komplexitätsgrad psychoanalytischer Konzepte erschweren eine präzise Erfassung in der klinischen Situa-

on, wodurch auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung erschwert wurde.

Daher wurden in den letzten Jahren mehrere Instrumente entwickelt, um psychodynamische Konzepte in operationalisierter Weise zu erfassen, z. B. das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO) (Hörz-Sagstetter & Doering, 2020), die Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) (Huber et al., 2006; Wallerstein et al., 1989), die Reflective Function Scale (RF) als Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 1998; Taubner et al., 2013). Seit 1996 liegt das erste Manual zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) vom Arbeitskreis OPD vor (in zweiter Version – dann als OPD-2 – 2006), mittels dessen die zentralen psychodynamischen Dimensionen reliabel erfasst werden können.

Das OPD-System ermöglicht eine umfassende, klinisch relevante und zugleich präzise Diagnostik mit insgesamt befriedigenden Gütekriterien (ausführlich s. Arbeitskreis OPD, 2023). Die OPD versteht sich als Ergänzung zur klassifikatorischen Diagnostik, die das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) und die International Classification of Diseases (ICD) bereitstellen. Die deskriptive, symptomzentrierte Diagnose ist wichtig (und ist daher jetzt in der Achse I der OPD integriert), gibt den Kliniker:innen aber wenig Handlungsanweisungen für die Indikationsstellung und Behandlungsplanung. Psychodynamisch orientierte Psychotherapeut:innen verbinden die Symptomatik jedoch mit Hypothesen über intrapsychische Konflikte, über das Strukturniveau, über die daraus entstehenden dysfunktionalen Bezie-

<sup>1</sup> Die vorliegende Einführung ist eine leicht überarbeitete, gekürzte und an die Erfordernisse des Fallbuchs angepasste Version eines Beitrags, den Cord Benecke unter „30 Jahre Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Neuerungen in der OPD-3“ im Psychotherapeutenjournal 1/2024 veröffentlicht hat (Benecke, 2024). Wir bedanken uns bei dem Herausgeber (Psychotherapeutenkammer Bayern) und dem Verlag (medhochzwei) für die Abdruckgenehmigung.

lungsmuster und einer vor diesem Hintergrund verstandenen individuellen Bedeutung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen. Der Arbeitskreis OPD entwickelte daher ein diagnostisches Inventar und stellte ein Handbuch zum Training und zur klinischen Anwendung zur Verfügung.

**Vier Achsen:** Die multiaxiale psychodynamische Diagnostik in der neuesten Version der OPD-3 basiert auf vier Achsen:

- Achse I: Psychische Störungen, Krankheits-erleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse II: Beziehung
- Achse III: Konflikt
- Achse IV: Struktur

In der Achse Psychische Störungen, Krankheits-erleben und Behandlungsvoraussetzungen werden Kriterien für die Indikationsstellung (wie Leidensdruck, Ressourcen und Behandlungsmotivation) erhoben. Die Achse Beziehung erfasst anhand beobachtungsnaher dimensionaler Kategorien Muster der Beziehungsgestaltung aus der Sicht von Patient:in und Untersucher:in. Die Achse Konflikt erfasst sieben zeitlich überdauernde und verinnerlichte Konflikte, die das Erleben und Verhalten von Patient:innen prägen und ihre Interaktionen färben. Die Achse Struktur erfasst die Verfügbarkeit basaler psychischer Fähigkeiten.

Die OPD-Achsen versuchen, vorhandene zentrale psychodynamische Konzepte so zu operationalisieren, dass sie mit einem handhabbaren Instrument nach einer strukturierten Schulung reliabel erfassbar sind. Dazu wurden die zu diagnostizierenden Aspekte auf einem mittleren Abstraktionsniveaus beschrieben, zwischen reiner Verhaltensdeskription und reiner metapsychologischer Begriffsbildung. Zudem wurde von Beginn an, aber nochmals verstärkt in der OPD-3, eine verfahrensübergreifende und möglichst präzise Sprach- und Begriffskultur angestrebt, die so weit wie möglich auf eine „schulenspezifische“ metapsychologische Terminologie verzichtet.

**Interviewleitfaden:** Ein weiteres Anliegen war und ist, das klinische Material, welches die Basis der OPD-Diagnostik darstellt, möglichst gut in die therapeutische Praxis integrierbar zu machen: Nach einem ca. 90-minütigen Erstgespräch kann die Psychodynamik der Patient:in auf der Grundlage der OPD-Kategorien eingeschätzt werden. Ein Interviewleitfaden hilft, die für die OPD-Diagnostik relevanten Informationen zu gewinnen. Im Unterschied zu anderen Diagnostiksystemen, wie den oben bereits erwähnten STIPO, SPK und RF, die ein hochgradig strukturiertes und standardisiertes Interview voraussetzen, ist der OPD-Interviewleitfaden so flexibel gestaltet, dass das Interview weitgehend als normales, d.h. offenes psychodynamisches Interview geführt werden kann, um die OPD-Achsen reliabel einschätzen zu können.

**Ergänzende Schriften:** Die OPD-2 wurde in etliche Sprachen übersetzt: Englisch, Spanisch, Italienisch, Französisch, Portugiesisch, Türkisch, Tschechisch, Ungarisch, Rumänisch, Russisch und Chinesisch. Neben dem zentralen OPD-Manual und zahlreichen Forschungsarbeiten (u. a. zur empirischen Validierung) wurden weitere ergänzende Schriften publiziert, wie OPD bei Abhängigkeitserkrankungen (Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen, 2013) und OPD-3 im Psychotherapie-Antrag (Stasch et al., 2026), OPD-3 Manual zur Ereignis- und Traumaverarbeitung (Burgmer et al., 2024), ein Fallbuch mit Video-Beispielen (Schauenburg et al., 2020) sowie eine OPD-basierte Diagnostik im Coaching (Möller & Benecke, 2023).

Mittlerweile stellt die OPD einen im deutschen Sprachraum weithin akzeptierten Standard in der psychodynamischen Diagnostik für Klinik und Forschung dar. Auch in psychodynamischen/psychoanalytischen Ausbildungsinstituten hat die OPD einen festen Platz gefunden. Die OPD wird auch in den neuen Psychotherapie-Studiengängen gemäß der Reform des PsychThG vermittelt, da sie sich aufgrund der klaren Operationalisierungen bestens auch für universitäre Lehre eignet.

## 1.2 Die aktuelle OPD-3

Für das 2023 erschienene Manual zur OPD-3 wurden die OPD-Achsen erneut gründlich überarbeitet. Dabei wurden sowohl die Erfahrungen aus unzähligen Trainingskursen und der klinischen Anwendung als auch die Ergebnisse von Forschungsprojekten berücksichtigt (eine umfassende Übersicht zur empirischen Forschung mit der OPD findet sich im Manual der OPD-3; Arbeitskreis OPD, 2023).

Wie bei den vorherigen Versionen hat auch an der hier vorliegenden OPD-3 eine große Gruppe psychodynamisch orientierter Psychotherapeut:innen und Forscher:innen aus den Gebieten der Psychoanalyse und Psychodynamischen Psychotherapie, der Psychosomatischen Medizin und Psychiatrie zusammengearbeitet und in einem jahrelangen Prozess um die Neuerungen und das zumindest vorläufig „beste“ Ergebnis gerungen. Wir sind überzeugt, dass mit der OPD-3 ein weiterer großer Schritt nach vorne gelungen ist: Durch eine stärkere Dimensionalisierung (alle Items werden nun auf Skalen mit verschiedenen Ausprägungen eingeschätzt) ist das Instrument noch forschungstauglicher geworden und die stärkere Verknüpfung der Achsen ermöglicht eine verbesserte Abbildung der klinisch so bedeutsamen Komplexität psychischer Prozesse.

Die vier Achsen der OPD-3 entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Verständnis. Warum diese Achsen?

### 1.2.1 Achse I – Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Für Achse I zur Abbildung des Krankheitserlebens und der Behandlungsvoraussetzungen sprach die offensichtliche praktische Relevanz dieser (eher aus der kognitiven Psychologie entlehnten) Kategorien: Die Patient:innen müssen „dort abgeholt werden, wo sie stehen und wo

sie etwas erwarten“ – d. h. bei Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung.

#### Deskriptiv-phänomenologische Diagnostik:

In der Achse I wird nun die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik gemäß ICD oder DSM in die OPD hineingenommen, womit die Notwendigkeit einer genauen Erfassung von psychopathologischen Phänomenen, die auch in einer psychodynamischen Diagnostik ihren Platz haben muss, betont wird. Es werden die globale Schwere und der Verlauf der behandlungsbedürftigen Störung mit international üblichen Kriterien bewertet. Die Global Assessment of Functioning (GAF) wurde in die Bereiche Symptomatik, berufliche Funktion und soziale Funktion untergliedert. Es werden die subjektiven Krankheitskonzepte (z. B. somatisches, soziales, alternatives, intrapsychisches Krankheitskonzept) der Patient:innen erfasst, woraus sich meist auch die von den Patient:innen präferierten Veränderungs- bzw. Behandlungskonzepte ergeben. Zudem werden Veränderungshemmnisse und -ressourcen sowie übergeordnete Ziele (z. B. Symptomreduktion, Klärung) beschrieben.

### 1.2.2 Achse II – Beziehung

Achse II – Beziehung stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher interpersoneller Verhaltensweisen mit freier Kombinationsmöglichkeit zur Verfügung. Es wurde in Anlehnung an interpersonelle Kreismodelle (insbesondere die SASB [Structural Analysis of Social Behavior], Benjamin, 1979) konzipiert, geht aber klar darüber hinaus, indem explizit Gegenübertragungsaspekte erfasst und mit dem Objekterleben der Patient:innen in Verbindung gebracht werden.

In der Achse II wird das zentrale, repetitive und dysfunktionale Beziehungsmuster einer Patient:in aus zwei Blickwinkeln beschrieben, nämlich aus der Erlebensperspektive der Pati-

ent:in und aus derjenigen der Interaktionspartner:innen.

**Beziehungsitens:** Um die vier Kästchen in Tabelle 1-1 zu „befüllen“, wird eine Liste von Beziehungsitens vorgegeben, aus der die für den jeweiligen Fall zutreffenden Beschreibungen ausgewählt werden. Die Item-Liste folgt stringent der Logik der Kreismodelle interpersonellen Verhaltens. Die Verhaltensweisen werden

auf einem Kreismodell angeordnet, welches sich durch die Achsen Affiliation und Kontrolle aufspannt – der Ort einer Verhaltensweise auf dem Kreis wird durch die Mischung aus Affiliation und Kontrolle bestimmt.

**Beziehungsmuster:** Die anhand der Items beschriebenen interpersonellen Positionen werden zu einer beziehungsdynamischen Formulierung integriert, indem die Positionen syste-

**Tabelle 1-1:** Beispiele für dreistufige Ausformulierungen von Beziehungsitens.

0 = unauffällig	1 = akzentuiert	2 = dysfunktional ausgeprägt
sich einbringen	sich einmischen	ständig bevormunden
Zuneigung zeigen	mit Zuneigung bedrängen	mit Liebe verfolgen, „stalken“

**Tabelle 1-2:** Die vier interpersonellen Perspektiven der OPD-Beziehungsachse.

Perspektiven	
Perspektive A: Das Erleben der Patient:in	
Patient:in <i>erlebt sich</i> immer wieder so ... (P: P)	Patient:in <i>erlebt andere</i> immer wieder so ... (P: A)
Hier liegt der Fokus auf dem interpersonellen Verhalten der Patient:innen selbst, also auf denjenigen Verhaltensweisen, die im Selbsterleben der Patient:innen als dominant erscheinen. Hier werden Verhaltensweisen benannt, die den Patient:innen bewusst sind und die meist defensive, reaktive Aspekte (in konflikthaften Situationen) beinhalten.	Hier wird auf die Verhaltensweisen der anderen gegenüber den Patient:innen fokussiert, so wie sie von den Patient:innen mehr oder weniger durchgängig erlebt und beschrieben werden. Oftmals dominieren hier negative Verhaltensweisen (z.B. Entwerten) oder unfaire Kombinationen (z.B. Forderungen gestellt zu bekommen und zugleich Vernachlässigung zu erleben).
Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch der Untersucher:in)	
Andere/Interviewer:in <i>erleben die Patient:in</i> immer wieder so ... (A: P)	Andere/Interviewer:in <i>erleben sich</i> gegenüber der Patient:in ... (A: A)
Hier liegt der Fokus auf den Beziehungsangeboten der Patient:in gegenüber anderen Personen – auch der Untersucher:in. Beschrieben werden die Verhaltensweisen der Patient:in, wie sie von anderen wahrgenommen werden. Diese Verhaltensweisen sind der Patient:in selbst oft nicht bewusst. Hier spielen ggf. (schwierige) Übertragungsangebote der Patient:in eine Rolle.	Hier wird auf Handlungsimpulse fokussiert, die die Patient:in bei anderen, d.h. auch bei der Untersucher:in, auslöst. Es geht hier nicht darum, wie sich die Untersucher:in tatsächlich verhält oder verhalten würde, sondern darum, welche Handlungsimpulse in ihr ausgelöst werden. Hier finden sich also Aspekte der psychoanalytischen Gegenübertragungsdiagnostik wieder.

matisch verknüpft werden, wodurch sich das individuelle (und meist dysfunktionale, sich selbst aufrechterhaltende) Beziehungsmuster gut herausarbeiten lässt (Tabelle 1-2).

### 1.2.3 Achse III – Konflikt

Achse III – Konflikt überträgt ein Stück klassischer psychoanalytischer Diagnostik – die zentrale Rolle innerer Konflikte – in ein reliables System. Auf der Basis universeller Motivsysteme (vgl. Benecke & Brauner, 2017) werden sieben zentrale Konfliktthemen beschrieben:

- Abhängigkeit vs. Individuation (K1)
- Unterwerfung vs. Kontrolle (K2)
- Versorgung vs. Autarkie (K3)
- Selbstwertkonflikt (K4)

- Schuldkonflikt (K5)
- ödipaler Konflikt (K6)
- Identitätskonflikt (K7)

**Bewältigungsformen:** Für jeden dieser Konflikte werden jeweils die motivationale Basis, das innere Erleben bei gelungener Entwicklung, die (meist schmerzlichen und daher abgewehrten) Kernaffekte bei problematischen Erfahrungen mit diesem Motivsystem sowie jeweils ein aktiver (a) und ein passiver (p) Verarbeitungs- bzw. Lösungsmodus als typische Bewältigungsformen beschrieben (Tabelle 1-3). Darüber hinaus kann auch eine abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung (KO) diagnostiziert werden, wenn eine übersteigerte Abwehr von Konflikthaftem vorliegt, was sich meist durch eine Überbetonung von Sachlichkeit und dem Über-

**Tabelle 1-3:** Skizzierung der Bewältigungsmodi der sieben Konfliktthemen.

Passiver Modus	Konflikt	Aktiver Modus
existenziell angewiesen auf enge Bindung; Trennung undenkbar	K1	Autonomie und Eigenständigkeit um jeden Preis; Nähe aversiv
Vermeidung des Erlebens von Hilflosigkeit durch passiv-aggressive Unterwerfung	K2	Kontrolle/Dominanz ist oberstes Gebot zur Vermeidung von Hilflosigkeit
starke Bedürftigkeit; Depending and Demanding zur Kompensation des inneren Mangelgefühls	K3	„Autarkie“ im Sinne von „ich brauche nichts für mich“, „altruistische Abtretung“
Minderwertigkeit wird manchmal regelrecht vor sich hergetragen; Aufgeben von Zielen schützt vor realem Scheitern	K4	forcierte Selbstsicherheit zur Bewältigung des inneren/abgewehrten Minderwertigkeitserlebens
überzogene Verantwortungsübernahme mit starken Schuldgefühlen	K5	habituelle Zurückweisung eigener Verantwortung
scheinbares Nichtwissen um die rivalisierend-aner kennende und sexuelle Thematik; emotional dominieren Schüchternheit, (Scham) Angst	K6	getrieben, sich (theatralisch) in Szene zu setzen, zu glänzen und sexuell zu verführen/rivalisieren, um inneres Unreife-Erleben zu kompensieren
Identitätsunsicherheit wird bewältigt, indem der gesamten Identitätsfrage ausgewichen wird, alles im Vagen gehalten wird bzw. Teilidentitäten konflikthaft aufeinandertreffen	K7	Unsicherheit der eigenen Identität wird forciert überkompensiert; Identität wird stimmig gemacht; Widersprüche der Teilidentitäten werden aktiv verleugnet