

Entwicklung und Validierung einer Kurzversion des OPD-Konfliktfragebogens (OPD-KF36)

Matthias Volz, Miriam Henkel, Carola Cropp, Carsten Spitzer, QVA-Arbeitsgruppe,¹
Cord Benecke²

Summary

Development and validation of a short version of the OPD Conflict Questionnaire (OPD-KF36)

Background: The aim of this study is to develop and validate a newly constructed short version of the OPD Conflict Questionnaire (OPD-KF) using a sample of N = 5079 out- and inpatients.

Method: A sample of out- (N = 2996) and inpatients (N = 2083) was randomized for cross-validation into a selection (N = 2539) and a validation sample (N = 2540). Using a combinatorial approach, a short version of the OPD-KF was developed in the selection sample. The short version's reliability and validity were then empirically assessed in the validation sample.

Results: The item selection resulted in a 36-item version. The average reliability was good ($\omega = .71$; range: .50-.86) and comparable to the long version ($\omega = .72$ -.75; range: .44-.93). Corresponding to the long version, two scales (K0 and K2) showed lower reliability. Results showed the expected correlations across versions and with relevant clinical criteria (validity). Additionally, mean differences between out- and inpatients were reliably captured in both versions.

Discussion: The OPD-KF36 is a valid, reliable, and time-efficient screening instrument for assessing unconscious conflicts and its corresponding coping mode, compared to the long version. Limitations with regard to reliability persist for the two scales (K0 and K2), which was already the case for the long version. Limitation, applications and future research directions for the OPD-KF36 are discussed.

Z Psychosom Med Psychother 71/2025, 140–157

1 Die QVA-Arbeitsgruppe ist ein Zusammenschluss von am QVA-Projekt beteiligten Ambulanzen, vertreten durch (alphabetisch): Dr. Lina Engelmänn (Münchener Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e.V.); Dr. Ceren Dogan (Psychoanalytisches Institut Heidelberg.); Dipl.-Psych. Julia Hahn (Lou Andreas-Salomé Institut); Dr. Thomas Huckert (Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse); Dr. Sarah Engelmänn (Psychoanalyse im Zentrum Hannover); Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.); M.Sc. Franziska König (Hochschulambulanz Universität Kassel); Dr. med. Regine Kroschel (Alfred Adler Institut Berlin); Dr. Thomas Leitner (Würzburger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie); Dr. Stefan Nauenheim (Alfred Adler Institut Köln); Dipl.-Psych. Friederike Augustin-Moretti (Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf e.V.); Dipl.-Psych. Charlotte O'Boyle (Akademie für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoanalyse Hamburg); PD. Dr. Norbert Spangenberg (Institut für Psychoanalyse Frankfurt); Dipl.-Psych. Nicola Sahrar (Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Rheinland e.V.); Dipl.-Psych. Barbara Zenkert (Institut für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg).

2 Danksagung: Wir möchten uns bei allen teilnehmenden Patient:innen bedanken, die uns einen Einblick in schmerzhaft Bereiche ihres Erlebens gewähren, sowie bei der QVA-Arbeitsgruppe, ohne deren Teilnahme und Unterstützung diese Untersuchung nicht möglich gewesen wäre.

Keywords

short form – Operationalized Psychodynamic Diagnostics – unconscious conflicts

Zusammenfassung

Fragestellung: Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Konstruktion und Kreuzvalidierung einer neu entwickelten Kurzversion des OPD-Konfliktfragebogens (OPD-KF) anhand von N = 5079 Patient:innen einer ambulanten und stationären Stichprobe.

Methode: Eine ambulante (N = 2996) und stationäre (N = 2083) Stichprobe wurde für die Kreuzvalidierung in eine Selektions- (N = 2539) und Validierungsstichprobe (N = 2540) randomisiert. In der Selektionsstichprobe wurde anhand eines kombinatorischen Verfahrens eine Kurzversion des OPD-KF entwickelt. Diese Kurzversion wurden anschließend in der Validierungsstichprobe hinsichtlich Reliabilität und Kriteriumsvalidität empirisch überprüft.

Ergebnisse: Die Itemselektion ergab eine 36-Item Version des OPD-KF. Die durchschnittliche Reliabilität lag im guten Bereich ($\omega = .71$; Range: .50-.86) und vergleichbar zu Vorbefunden der Langversion ($\omega = .72$ -.75; Range: .44-.93). Für die Skalen mit in der Langversion geringerer interner Konsistenz (abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung [K0] und Unterwerfung vs. Kontrolle [K2]) konnten die Reliabilitätswerte repliziert werden. Es zeigten sich die erwarteten Befunde bezüglich konvergenter und prädiktiver Validität. Zudem werden Mittelwertsunterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten zuverlässig erfasst.

Schlussfolgerung: Der OPD-KF36 stellt ein valides, reliables und im Vergleich zur Langversion zeitökonomisches Screeninginstrument zur Erfassung unbewusster Konflikte und deren Bewältigungsmodi dar. Eine eingeschränkte Interpretierbarkeit ergibt sich - wie bereits in der Langversion des OPD-KF - für die Skalen K0 sowie K2. Es werden Einsatzmöglichkeiten, Hinweise und Einschränkungen für die Verwendung sowie zukünftige Forschungsfelder diskutiert.

Schlagwörter

Kurzfragebogen – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – intrapsychische Konflikte

1 Hintergrund

Unbewusste Konflikte nehmen eine zentrale Stellung innerhalb der psychodynamischen Störungstheorie ein. Traditionell lag der psychodynamischen Konflikttheorie die Triebtheorie zugrunde (Freud, 1915, 1923). Angesichts vielfacher kritischer Einwände (Sandler, 1983; Zepf u. Zepf, 2007) werden mittlerweile jedoch überwiegend basale Motivsysteme angenommen, die nicht ausschließlich auf Triebprozesse zurückgeführt werden. Zu diesen basalen Motiven zählen (Benecke u. Brauner, 2017):

- Bedürfnis nach Bindung (Bowlby, 1969; Lichtenberg, 1991);
- Bedürfnis nach Sicherheit (Sandler, 1960);
- Streben nach Autonomie bzw. Individuation (Erikson, 1966; Mentzos, 2017);
- Bedürfnis nach Selbstbehauptung und Exploration (Lichtenberg, 1991);
- Bedürfnis nach sinnlichem Vergnügen und sexueller Erregung (Lichtenberg, 1991);
- Streben nach Selbstwert bzw. dessen Regulation (Kohut, 1976; Mentzos, 1984);

- Streben nach Bildung einer Identität (Dammann et al., 2013; Erikson, 1966; Thomä u. Kächele, 2006).

In der der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) (Arbeitskreis OPD, 2023; Arbeitskreis OPD-KJ, 2020) werden auf Basis solcher allgemeiner Motivationstheorien *sieben* zentrale unbewusste Konflikte unterschieden: Abhängigkeit versus Individuation (K1), Unterwerfung versus Kontrolle (K2), Versorgung versus Autarkie (K3), Selbstwert (K4), Schuld (K5), ödipaler Konflikt (K6) und Identität (K7). Alle Konflikte können sowohl aktiv, das heißt eher (pseudo)progressiv, als auch passiv, das heißt eher regressiv, bewältigt werden. Zusätzlich kann eine abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung (K0) kodiert werden. Die Operationalisierungen der Konflikte und ihrer Bewältigungsformen beschreiben prototypische konflikt- und modusspezifische Formen des Erlebens, Verhaltens und der Beziehungsgestaltung, die der Abwehr der unbewussten Aspekte dienen. Abgewehrt werden üblicherweise Wünsche, Impulse, Fantasien und sogenannte *Kernaffecte*, welche meist früh entstanden und oft mit bestimmten basalen Motivationssystemen verknüpft sind. Die Bewältigungsmodi mit dem jeweils typischen Selbstbild, Erleben und Verhalten dienen ganz wesentlich dazu, diese (meist schmerzlichen bzw. unerträglichen) Kernaffecte vom Erleben „fernzuhalten“ (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 118). Eine ausführliche Beschreibung der psychodynamischen Konflikttheorie findet sich in Arbeitskreis OPD (2023), eine kurze Übersicht über die Achsen und Neuerungen der OPD-3 in Benecke (2024).

Aufgrund der Beobachtungs- und Erlebensnähe der Konflikt-Operationalisierungen konnte ein Fragebogen entwickelt werden, mit dem zentrale Aspekte der OPD-Konfliktachse erfasst werden (Benecke et al., 2018): der OPD-Konfliktfragebogen (OPD-KF). Dieser erfasst die für die jeweiligen Konflikte typischen Erlebens- und Verhaltensmuster getrennt nach aktivem und passivem Bewältigungsmodus. Von diesen beobachtungs- bzw. erlebensnah beschriebenen typische Bewältigungsformen wird dann auf unbewusste Konflikte geschlossen.

Die erste Publikation zum OPD-KF lieferte neben der Entwicklung des Tests auch Ergebnisse zur faktoriellen Struktur sowie zur Reliabilität und Validität (Benecke et al., 2018). Es zeigte sich, dass passive Bewältigungsmodi stärker mit aktueller Psychopathologie, struktureller Beeinträchtigung und (invers) mit Lebenszufriedenheit korrelierten als aktive Bewältigungsmodi (mit Ausnahme von K3). Ferner trug der OPD-KF zur Prognose von Symptomschwere und Lebenszufriedenheit bei (ebd.). Henkel et al. (2022) stellten fest, dass die durch den OPD-KF ermittelten Konfliktskalen distinkte und erwartungskonforme Korrelationen mit den acht Skalen des *Interpersonellen Zirkumplexmodells* aufweisen. Henkel et al. (im Druck) konnten darüber hinaus zeigen, dass sich die Bedeutsamkeit einiger Konfliktthemen im Laufe

einer stationären Behandlung verändert und dies auch in Zusammenhang mit *symptomatischer* Veränderung steht. Der OPD-KF fand Anwendung im Zusammenhang mit Strukturkonzepten und psychologischen Persönlichkeitsmodellen (Gisch et al., 2020; Gisch et al., 2021), Arbeitszufriedenheit und Burnout (Perlinger et al., 2023), sowie im Bereich der Sexualmedizin (Koops et al., 2021).

In jüngster Zeit wurden Studien vorgelegt, die den OPD-KF mittels Netzwerkanalysen untersuchten (Vierl et al., 2023, 2024): Die Ergebnisse zeigen, dass psychodynamische Konstrukte und Psychopathologie distinkt sind, und psychodynamische Konstrukte damit nicht Epiphänomene der Psychopathologie sind. Bezüglich der Konflikte waren die aktiven und passiven Modi theoriekonform negativ miteinander verbunden. Ebenfalls theoriekonform war der aktive Modus (mit Ausnahme K3a) deutlich weniger bzw. negativ mit der subjektiv eingeschätzten Psychopathologie assoziiert, während der passive Modus starke Zusammenhänge mit Depression als auch mit somatischen Problemen zeigte. Klinisch formuliert: Ausgeprägte aktive Modi der Konfliktbewältigung „schützen“ vor Psychopathologie, solange der Modus „funktioniert“, was am Beispiel des Selbstwertkonflikts (K4) leicht verständlich ist: So lange ein ausgeprägt aktiver Modus des K4 im Sinne eines grandiosen Narzissmus „gelebt“ werden kann, besteht kein bzw. weniger subjektives Leiden. Erst wenn der aktive Modus nicht mehr aufrechterhalten werden kann, oftmals im Zuge von kritisch negativen Lebensereignissen, bricht das Fassadäre Selbstkonzept zusammen und es entsteht subjektives Leid, z. B. in Form von Depression. Für den K3 fanden sowohl Remmers et al. (2023) als auch Vierl et al. (2024), dass der aktive Modus des K3 höhere Assoziationen zu (verschiedenen Facetten von) Psychopathologie aufweist als der passive Modus. Remmers et al. (2023) stellen diesbezüglich zur Diskussion, ob dieser empirisch Befund möglicherweise damit erklärt werden könnte, dass der in der OPD als aktiv definierte Modus des K3 (sich altruistisch um andere zu kümmern) auch konzeptionell mehr Ähnlichkeit mit den passiven Modi der anderen Konflikte aufweist (i. S. eines sich selbst Zurücknehmens), während der passive Modus (Versorgung einfordern) mehr Parallelen mit den aktiven Modi der anderen Konflikte aufweist. Weitere Befunde zeigten, dass die Zusammenhänge der selbstberichteten Konflikte untereinander sowie mit psychischer Symptomatik denen von Expert:innen Ratings der OPD-Konflikte anhand von OPD-Interviews entsprechen (z. B. Vierl et al., 2023a). Kritisch bleibt anzumerken, dass sich bei einigen OPD-KF-Skalen keine befriedigende Reliabilitätswerte zeigen (Benecke et al., 2018; Henkel et al., 2022).

Fragestellungen: Da der OPD-KF mit seinen 66 Items ein eher umfangreicher Fragebogen ist, kam immer wieder der Wunsch nach einem kürzeren Screening-Instrument auf, welches sich auch für den Einsatz in größeren Fragebogenbatterien bzw. der Routinediagnostik eignet. Ziel dieser Studie ist die Entwicklung einer solchen

Kurzversion des OPD-KF. Unter Berücksichtigung von Reliabilitätsaspekten wird anhand einer Selektionsstichprobe zunächst eine Reduktion der Itemanzahl pro Skala vorgenommen und anschließend in einer separaten Validierungsstichprobe überprüft, ob sich im Vergleich zur Langversion Einschränkungen in Reliabilität und Validität zeigen.

2 Methodik

2.1 Design und Rekrutierung

Als Grundlage für die Fragebogenkonstruktion und Validierung wurden querschnittliche Daten aus zwei klinischen Stichproben verwendet: (1) eine ambulante Patient:innenstichprobe, die im Rahmen des Projekts *Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Ausbildungsambulanzen* (QVA: Benecke u. Volz, 2023) zwischen Januar 2022 und Januar 2024 erhoben wurde. Das QVA-Projekt ist ein bundesweit laufendes Qualitätssicherungs- und Forschungsprojekt, welches zum Ziel hat, psychotherapeutischen Ambulanzen und Praxen ein einfach zu implementierendes und für die klinische Arbeit nützliches Qualitätssicherungssystem zur Verfügung zu stellen,³ sowie die erhobenen Versorgungsdaten im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung systematisch zu untersuchen (konkrete Forschungsfragen s. Benecke u. Volz, 2023). Alle Patient:innen, die sich bei einer am QVA-Projekt teilnehmenden Ambulanz oder Praxis für einen Ersttermin melden, werden gebeten, bereits vor dem Erstgesprächstermin sowie regelmäßig im Verlauf über einen Zeitraum von bis zu acht Jahren Online-Fragebögen auszufüllen, die relevante klinische Bereiche wie z. B. Konflikt- und Strukturpathologie, Symptom-schwere, Emotionsregulation oder Abwehr erfassen (für eine Übersicht s. Benecke u. Volz, 2023). Die Teilnahme erfolgt nach schriftlicher informierter Einwilligung (*informed consent*). Alle Fragebögen werden automatisiert ausgewertet und der Ambulanz in Form eines aufbereiteten und direkt klinisch nutzbaren Befundberichts zur Verfügung gestellt. (2) Eine diagnostisch heterogene Stichprobe von Patient:innen, die zwischen April 2017 und September 2020 im Fachklinikum Tiefenbrunn stationär aufgenommen wurde. Die Aufnahmeroutine der Fachklinik umfasst eine standardisierte und psychometrische Diagnostik, wobei auch Konflikts- und Persönlichkeitspathologie sowie aktuelle Psychopathologie und das Ausmaß interpersoneller Probleme erfasst werden.

Für beide Stichproben wurden keine Ein- oder Ausschlusskriterien festgelegt, und es liegen positive Bescheide der jeweiligen Ethikkommissionen vor (QVA: Universität Kassel: Ek-Nr. 202119; Universität Rostock: Registriernummer AZ A 2020–0025).

³ Eine Variante des Qualitätssicherungsystems für Kinder- und Jugendliche (QVA-KJ) ist ebenfalls verfügbar (Cropp et al., in Vorbereitung).

2.2 Stichprobenbeschreibung

Eine Übersicht der soziodemografischen und klinisch Variablen beider Stichproben sowie der Gesamtstichprobe ist in Tabelle 1 (folgende Seiten) abgebildet. Die *ambulante* Stichprobe umfasst N = 2996 Patient:innen (Alter M = 34.99; SD = 12.05; 62.0 % weiblich, 0.2 % divers), die zur Studienteilnahme eingeladen wurden. Insgesamt N = 2716 Patient:innen (90.6 %) begannen mit dem Ausfüllen der Basisdiagnostik wobei für N = 2127 Patient:innen (71.0 %) vollständige Daten der Konfliktpathologie, und in N = 2170-2520 Fällen (72.5-84.1 %) für die unten beschriebenen klinischen Außenkriterien vorliegen. Die *stationäre* Stichprobe umfasst N = 2083 (Alter M = 33.92; SD = 13.20; 62.7 % weiblich), die in die Studie aufgenommen wurden, und für die Angaben zur Konfliktpathologie und den klinischen Außenkriterien vorlagen. Eine erweiterte Übersicht, auch über die gestellten ICD-10 Diagnosen bei Aufnahme ist in Henkel et al. (im Druck) zu finden.

2.3 Instrumente

OPD-KF: Der *OPD-Konfliktfragebogen (OPD-KF)* ist ein Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung unbewusster Konflikte nach OPD (Benecke et al., 2018). Der Fragebogen besteht aus insgesamt 66 Items, die auf einer fünfstufigen Antwortskala von 0 (*trifft gar nicht zu*) 4 (*trifft völlig zu*) eingeschätzt werden und insgesamt 13 Skalen zugeordnet sind: Den 12 Konfliktskalen Abhängigkeit versus Individuation (K1), Unterwerfung versus Kontrolle (K2), Versorgung versus Autarkie (K3), Selbstwertkonflikt (K4), Schuldkonflikt (K5) und Ödipaler Konflikt (K6), im jeweils aktiven (a) und passiven (p) Verarbeitungsmodus, sowie der Skala abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung (K0). Für den in der OPD zusätzlich definierten Identitätskonflikt (K7) konnten keine psychometrisch ausreichend stabilen Items gefunden werden (vgl. Benecke et al., 2018). Anhand der Items wird die Zustimmung zu Aussagen zu bewusstseinsnahen Erlebens- und Verhaltensweisen erfasst, die als typisch für eine Person angesehen werden, bei der der jeweilige Konflikt und Modus nach OPD ausgeprägt ist. Auch die dazu gehörigen Leitaffecte wurden bei der Itemformulierung mitberücksichtigt (Beispiel K1p: „Schon der Gedanke an mögliche Trennungen löst bei mir starke Angst aus.“). Die Reliabilität lag in verschiedenen Stichproben über alle Konflikte hinweg bei $\omega = .72-.75$ im hinreichend guten Bereich (Benecke et al., 2018; Henkel et al., 2022). Einschränkungen hinsichtlich Reliabilität liegen für K0 und K2 vor und wurden bereits bezüglich der Anwendung des OPD-KF beschrieben und eingeordnet (Gisch et al. 2020; Henkel et al. 2022).

PHQ-9: Die deutsche Version des PHQ-9 (Gräfe et al. 2004) aus dem Modul des *Gesundheitsbogens für Patienten* (PHQ-D; Löwe et al., 2002) erfasst anhand von neun Items die selbsteingeschätzte Depressivität nach den Kriterien des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* (DSM). Die Fragen erfassen

Tabelle 1: Übersicht demografischer und klinischer Variablen für die ambulante, stationäre und Gesamtstichprobe

Variable	Version	Gesamt (N = 5079) 62.3 % weiblich					Ambulant (N = 2996) 62.0 % weiblich					Stationär (N = 2083) 62.7 % weiblich					p ¹
		M	SD	Schiefe	Kurtosis	M	SD	Schiefe	Kurtosis	M	SD	Schiefe	Kurtosis	M	SD	Schiefe	
Alter		34.55	12.52	.90	.11	34.99	12.05	1.1	.81	33.92	13.20	.61	-.90				<.01
IIP		1.67	.54	-.21	-.08	1.60	.52	-.15	-.07	1.75	.56	-.34	.00				<.01 ^t
PHQ-9		13.64	5.88	.03	-.77	12.26	5.53	.23	-.60	15.30	5.86	-.27	-.65				<.01 ^t
SFK		25.20	10.49	.06	-.53	21.27	9.07	.09	-.46	29.29	10.32	-.21	-.43				<.01 ^t
K0	L	1.76	.68	.08	.00	1.73	.68	.10	.03	1.80	.69	.06	-.03				<.01 ^t
	K	1.59	.76	.20	-.14	1.56	.76	.25	-.08	1.62	.76	.16	-.20				.01
K1a	L	1.33	.83	.46	-.21	1.13	.78	.61	.01	1.53	.84	.30	-.28				<.01 ^t
	K	1.18	.88	.59	-.15	.99	.82	.78	.20	1.38	.89	.41	-.30				<.01 ^t
K1p	L	1.79	.85	.09	-.48	1.68	.83	.18	-.45	1.91	.85	-.01	-.47				<.01 ^t
	K	2.12	.95	-.16	-.53	1.97	.92	-.11	-.56	2.28	.96	-.27	-.46				<.01 ^t
K2a	L	1.56	.66	.17	-.28	1.53	.64	.23	-.22	1.58	.67	.10	-.34				.01
	K	1.86	.78	.12	-.32	1.81	.75	.19	-.22	1.92	.80	.04	-.39				<.01 ^t
K2p	L	1.58	.77	.13	-.26	1.42	.73	.22	-.16	1.75	.78	.00	-.23				<.01 ^t
	K	1.71	.86	.05	-.43	1.54	.82	.11	-.43	1.87	.86	-.05	-.39				<.01 ^t
K3a	L	2.36	.70	-.23	-.03	2.25	.67	-.21	-.01	2.47	.71	-.31	.02				<.01 ^t
	K	2.44	.97	-.25	-.50	2.30	.92	-.19	-.44	2.57	1.00	-.38	-.49				<.01 ^t
K3p	L	2.00	.86	-.20	-.42	2.02	.83	-.17	-.44	1.99	.89	-.21	-.43				.34
	K	2.50	1.03	-.39	-.44	2.54	1.00	-.37	-.45	2.45	1.07	-.40	-.47				<.01
K4a	L	.96	.70	.59	-.10	1.12	.71	.48	-.13	.80	.66	.73	.05				<.01 ^t
	K	1.09	.80	.50	-.31	1.28	.80	.35	-.36	.90	.75	.67	-.08				<.01 ^t
K4p	L	2.00	1.09	-.04	-.91	1.72	1.00	.09	-.82	2.29	1.11	-.30	-.83				<.01 ^t
	K	2.22	1.22	-.24	-.98	1.97	1.17	-.04	-.98	2.48	1.22	-.50	-.75				<.01 ^t

K5a	L	1.05	.65	.45	.19	1.05	.63	.55	.52	1.06	.66	.37	-.09	.63
	K	1.05	.68	.46	.10	1.06	.67	.51	.30	1.03	.70	.42	-.10	.14
K5p	L	1.92	1.05	-.02	-.86	1.84	1.02	.00	-.85	1.99	1.08	-.07	-.89	<.01 ^t
	K	1.83	1.19	.01	-.104	1.71	1.17	.09	-.107	1.96	1.20	-.07	-1.00	<.01 ^t
K6a	L	1.15	.75	.49	-.32	1.24	.74	.40	-.38	1.05	.74	.60	-.17	<.01 ^t
	K	1.59	1.12	.36	-.78	1.72	1.10	.26	-.83	1.47	1.11	.47	-.69	<.01 ^t
K6p	L	2.03	.85	.02	-.45	1.82	.79	.09	-.43	2.25	.86	-.16	-.37	<.01 ^t
	K	1.59	1.14	.39	-.66	1.34	1.03	.54	-.41	1.85	1.18	.19	-.84	<.01 ^t

Anmerkungen. Signifikanzniveau $\alpha = .05$. ¹Angaben beziehen sich auf die Mittelwertvergleiche zwischen der ambulanten und stationären Stichprobe.

^t p-Wert der Mittelwertvergleiche auch unter Bonferroni-korrigierter Signifikanzschwelle von $p = .004$.

die Belastung verschiedener depressionstypischer Symptome in den vergangenen zwei Wochen. Das Antwortformat ist eine vierstufige Likert-Skala mit den Antwortoptionen 0 (*überhaupt nicht*) bis 3 (*beinahe jeden Tag*). Der PHQ-9 zeigte in klinischen Stichproben gute psychometrische Eigenschaften mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .88$ (Gräfe et al., 2004).

IIP-32: Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-32; Thomas et al., 2011) erhebt in der verwendeten Kurzversion anhand von 32 Items auf acht Subskalen sowohl Ausprägung als auch das (Gesamt-)Ausmaß von Belastungen in Beziehungen. Die Subskalen repräsentieren die acht Oktanten (Ausprägung) des interpersonellen Zirkumplexmodells, während der Gesamtmittelwert als das Ausmaß interpersoneller Schwierigkeiten interpretiert werden kann (Thomas et al., 2011). Im Fragebogen wird als Selbstbericht die Zustimmung zu den 32 Items auf einer fünfstufigen Antwortskala von 0 (*nicht*) bis 4 (*sehr*) angegeben. Der Fragebogen zeigte über verschiedene Stichproben eine hohe interne Konsistenz $\alpha = .83-.83$.

OPD-SFK: Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SFK) erhebt in der verwendeten Kurzversion (Ehrenthal et al., 2015) anhand von 12 Items das Ausmaß struktureller Defizite. Als Selbsteinschätzung wird das Zutreffen der Item-Aussagen auf einer fünfstufigen Antwortskala von 0 (*trifft gar nicht zu*) bis 4 (*trifft völlig zu*) angegeben, wobei höhere Werte für eine stärkere strukturelle Beeinträchtigung stehen. Die interne Konsistenz der Gesamtskala lag in klinischen Stichproben im hohen Bereich bei $\alpha = .88-.89$.

2.4 Vorgehen bei der Itemselektion

Die Itemselektion erfolgte mithilfe einer Kreuzvalidierung. Der Gesamtdatensatz wurde zunächst in $k = 2$ gleichgroße ($p = .50$) Stichproben (vgl. Tab. 2⁴: Selektionsstichprobe mit $N = 2539$ und Validierungsstichprobe mit $N = 2540$) geteilt. Die Zuteilung der Patient:innen zur Selektions- oder Validierungsstichprobe erfolgte zufällig mithilfe des R-Pakets *caret* (Kuhn, 2008). Die beiden Teilstichproben zeigten keine Unterschiede in Bezug auf demographische Variablen oder den klinischen Außenkriterien ($p > .05$). Es zeigte sich eine vergleichbarer Anteil an stationären Patient:innen in den Teilstichproben (41.1% in Selektions- bzw. 40.8 % in der Validierungsstichprobe).

Für die Itemselektion wurde die Selektionsstichprobe verwendet und das folgende zweischrittige kombinatorische Verfahren gewählt:⁵

4 Zur besseren Lesbarkeit wurde Tabelle 2 in den Online-Supplement (ESM) S1 verschoben. Für eine erweiterte Version von Tabelle 2 inkl. aller Itemformulierungen siehe auch Supplement ESM S8.

5 Zunächst wurde die Anwendung einer Ant Colony Optimization (ACO) (Schroeders et al., 2016; Leite et al., 2008) konzipiert und durchgeführt, um für die Itemselektion mehrere Aspekte gleichzeitig mitberücksichtigen zu können. Allerdings zeigte sich, dass mit diesem Verfahren keine zu-

1) Es wurden pro Konflikt für alle Kombinationen von $2 \leq m \leq \text{Items}_{\text{Langversion}}$ die Reliabilitäten mittels McDonalds ω berechnet. Dabei wurden für jede Itemanzahl alle Itemkombinationen berechnet und pro Konflikt und Modus jene Itemkombination mit der höchsten Reliabilität bestimmt. Somit ergeben sich z. B. für K2a mit $n = 7$ Items in der Langversion und der Itemzahl $2 < m < 7$ mit

$$\frac{n!}{(m-n)! \cdot m!}$$

insgesamt $21 (2 \text{ Items}) + 35 (3 \text{ Items}) + 35 (4 \text{ Items}) + 21 (5 \text{ Items}) + 7 (6 \text{ Items}) + 1 (7 \text{ Items}) = 120$ Kombinationen.⁶ Bei $n = 2$ Items wurden für die Reliabilitätsbestimmung die unstandardisierten Faktorladungen auf 1 fixiert.

2) Da das Ziel eine möglichst hohe Itemreduktion für die Kurzversion ist, wurde anschließend die Anzahl der Items, die für die Kurzversion verwendet werden sollen, anhand der folgenden hierarchischen Kriterien bestimmt. 1) Pro Konflikt und Modus soll ein Schwellenwert der Reliabilität von $\omega \geq .70$ erreicht werden. 2) Bei Skalen mit niedrigerer Reliabilität in allen Kombinationen soll ein vergleichbarer Wert wie in vorherigen Untersuchungen mit der Langversion (Henkel et al. 2022; Benecke et al. 2018) mit maximal $\Delta\omega < .03$ erreicht werden. 3) Für die Skalen mit einer Reliabilität unter dem Schwellenwert ($\omega < .70$), welche bereits in der Langversion diskutiert wurden (Gisch et al., 2020; Henkel et al., 2022; Benecke et al., 2018), soll die Itemauswahl zusätzlich durch ein Expertenrating der Autor:innen ergänzt bzw. geprüft werden, ob eine höhere Reliabilität durch Hinzunahme von Items unter inhaltlicher Abwägung sinnvoll erscheint.

2.5 Vorgehen bei der Validierung

Die durch dieses Prozedere ermittelte Kurzversion soll anschließend in der *Validierungsstichprobe* empirisch geprüft werden. Dazu wird pro Konflikt und Modus die Reliabilität sowie die (Kriteriums-)Validität bestimmt. Die Reliabilität in der Validierungsstichprobe soll analog zu den in 2.4 genannten Kriterien geprüft werden. Validitätsaspekte werden geprüft, indem analysiert wird, ob für die Kurzversion ein vergleichbares Korrelationsmuster zwischen den Konfliktskalen und den Außenkriterien (IIP-32, PHQ-9 und OPD-SFK) vorliegt, sowie ob die erwarteten Zusammenhänge zwischen der Lang- und Kurzversion vorliegen (d. h. hohe Korrelationen der korrespondierenden Konfliktskalen, sowie vergleichbare Muster zwischen den Konfliktskalen untereinander).

friedenstellenden Ergebnisse für die Itemreliabilität erreicht werden konnten, trotz Verwendung verschiedener Optimierungsparameter. Für diesen Punkt siehe methodische Anmerkung in der Diskussion.

⁶ Über alle Konflikte hinweg ergibt sich eine Summe von $n = 561$ Kombinationen.

Als zusätzliche Validitätsprüfung sollen außerdem die manifesten Mittelwerte der Konfliktskalen auf signifikante Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patient:innen hin überprüft werden. Mit Blick auf anzunehmende Unterschiede zwischen diesen Gruppen auf den beschriebenen Außenkriterien wird analog ein bedeutsamer Unterschied in der Konfliktausprägung erwartet. Diese Prüfung soll sowohl für beide Fragebogenversionen erfolgen, um zu untersuchen, ob in der neu erstellte Kurzversion bestehende Unterschiede, die in der Langversion sichtbar werden, ebenfalls erfasst werden können.

Die statischen Analysen wurden mit R-Studio (R Core Team, 2024) durchgeführt. Der R-Code der Fragebogenentwicklung sowie des kombinatorischen Verfahrens ist öffentlich einsehbar (<https://osf.io/ns59x/>). Unter diesem Link ist außerdem der neu erstellte Fragebogen inkl. SPSS und R Auswertungshilfe kostenlos herunterladbar (Lizenz: CC BY- ND 4.0). Zur Berechnung der Mittelwertsvergleiche wurden zur besseren Kontrolle der Typ-1 Fehlerrate Welch's t-Tests verwendet (Delacre et al., 2017). Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = .05$ verwendet. Aufgrund der multiplen Testung der Mittelwertsunterschiede der Konfliktskalen ($n = 13$) sind jene Werte gesondert gekennzeichnet, die unterhalb einer Bonferroni-korrigierten Schwelle ($\alpha_{\text{Bonferroni}} = .05/13 = .004$) liegen.

3 Ergebnisse

3.1 Itemselektion

Deskriptive Werte aller Items und Skalen des Konfliktfragebogens sowie die Übersicht der für die Kurzversion gewählten Items inklusive Reliabilitäten für die *Selektionsstichprobe* sind in ESM S1 abgebildet (rechte Spalte). Das Selektionsverfahren (2.4) ergab eine finale Kurzversion des OPD-Konfliktfragebogens mit $n = 36$ Items. Über alle Skalen hinweg zeigte sich eine durchschnittliche Reliabilität der Kurzversion von $\omega = .71$. Sechs der 13 Konfliktskalen (K3a/p, K4p, K5p, K6a/p) konnten in der Kurzversion auf zwei Items reduziert werden, bei weiterhin gleicher oder besserer Reliabilität über dem Schwellenkriterium im Vergleich zur Langversion ($\omega_{\text{kurz}} = .73\text{--}.83$ vs. $\omega_{\text{Lang}} = .67\text{--}.93$, vgl. ESM S1). Für K1a und K4a blieb nach der Itemreduktion auf jeweils 3 Items die Reliabilität über der gewünschten Schwelle mit $\omega = .70\text{--}.72$ (vs. $\omega = .72\text{--}.74$ in der Langversion). Für K1p lagen alle Kombinationen bei $\omega \leq .70$, so dass aufgrund des Ziels einer möglichst hohen Reduktion eine 3-Item Lösung ($\omega = .67$ vs. $\omega = .70$ in Henkel et al., 2022) gewählt wurde, da eine Erhöhung um z. B. 1 Item zu keiner bedeutsamen Erhöhung der Reliabilität ($\omega = .68$) geführt hätte. Für K2 konnten die Reliabilitäten der Langversion repliziert werden ($\omega_{\text{kurz}} = .49\text{--}.61$ vs. $\omega_{\text{Lang}} = .49\text{--}.65$), bleiben aber auch in der Kurzversion im bereits diskutierten niedrigen Bereich (Henkel et al., 2022). Für K0 lagen die Reliabilitätswerte über alle Kombinationen hinweg bei $\omega =$

.48-.52 im vergleichbaren Bereich zu bisherigen Befunden (vgl. Henkel et al., 2022 mit $\omega = .44$), so dass sich die Autoren nach inhaltlicher Prüfung für eine 3-Item Lösung ($\omega = .52$) aussprachen. Eine vollständige Übersicht der Reliabilitäten über alle Kombinationen des Selektionsprozedere ist im Online Supplement ESM S8 zu finden.

3.2 Validierung

Deskriptive Werte aller Items und Skalen des Konfliktfragebogens, inklusive Reliabilitäten für die *Validierungsstichprobe* sind in ESM S1 abgebildet (mittlere Spalte).

Reliabilität: Die Reliabilität lag über alle Skalen hinweg bei $\omega = .71$ mit einem Bereich von $\omega = .50 - .86$ (Selektionsstichprobe: $\omega = .70$ mit $\omega = .49 - .86$). Die maximale Abweichung zwischen der Selektions- und Validierungsstichprobe lag bei $\Delta\omega = .03$ für K5a zugunsten der Validierungsstichprobe ($\omega = .68$; Selektionsstichprobe $\omega = .65$). Somit kann von einer vergleichbaren empirischen Reliabilität zwischen den beiden Stichproben ausgegangen werden. In der Validierungsstichprobe gab es für die Itemselektion keine Abweichungen zu den für die Selektion gestellten Kriterien. Auch eine Replikation des in 2.4 beschriebenen Prozederes für die Validierungsstichprobe (anstatt der Selektionsstichprobe) ergab, dass für alle Skalen das beschriebene Vorgehen zur gleichen Itemselektion geführt hätte, wie in der Selektionsstichprobe, sodass von einer robusten Itemselektion ausgegangen werden kann.

Validität: Die Korrelationen zwischen den korrespondierenden Konfliktskalen der Lang- und Kurzversion der Validierungsstichprobe zeigten die erwarteten hohen Ausprägungen ($r = .81-.95$; alle $p < .05$), wobei sich die niedrigste Korrelation für K3a mit $r = .81$ bzw. höchste für K1a, K2a und K5a (je $r = .95$) zeigte. Die vollständigen Korrelationsangaben sind im elektronischen Supplement ESM S5 und ESM S7 abgebildet. Zwischen den Skalen der Kurz- und Langversion zeigten sich vergleichbare Muster mit den jeweils erwarteten Richtungen (z. B. zwischen K6p und K6a mit $r_{\text{kurz}} = -.40$ bzw. $r_{\text{lang}} = -.44$ oder zwischen K5p und K4p mit $r_{\text{kurz}} = .56$ bzw. $r_{\text{lang}} = .62$). Unterschiede gab es v.a. für K0: Die Kurzversion zeigte mehr signifikante Korrelationen zu den anderen Skalen als die Langversion, während die Richtungen der Korrelationen erhalten blieben.

Die Korrelationen des OPD-KF mit den klinischen Außenkriterien sind in Abbildung 1⁷ (s. ESM 2) für die Validierungsstichprobe dargestellt. Insgesamt lagen die Korrelationen der Lang- und Kurzversion zu den Außenkriterien im vergleichbaren Bereich mit $r_{\text{lang}} = -.18-.65$ bzw. $r_{\text{kurz}} = -.24-.60$. Für alle Konflikte bis auf K0 blieben Ausmaß, Richtung und Signifikanz der Korrelationen erhalten. Eine Ausnahme be-

⁷ Zur Darstellung der farbasierten Korrelationen (Heatmap) wurde Abbildung 1 in den Online Supplement ESM 2 verschoben. Für eine tabellarische Darstellung der vollständigen Korrelationsangaben aller Stichproben (Gesamt, Selektions-, und Validierungsstichprobe) siehe außerdem ESM S3-S5.

steht in der (niedrigen) Korrelation zwischen K3p und IIP32, welche in der Kurzversion im Gegensatz zur Langversion ($r = .05$ $p = .02$) in der Validierungsstichprobe nicht mehr signifikant war ($r = .04$ $p = .08$; Gesamtdatensatz: $r = .05$ $p < .01$). Für K0 zeigten sich in der Kurz- im Unterschied zur Langversion statistisch signifikante (aber numerisch niedrige) Zusammenhänge zu PHQ9 ($r = -.06$ $p = .01$; Gesamtdatensatz $r = -.04$ $p < .01$) und OPD-SFK ($r = -.05$ $p < .01$; Gesamtdatensatz $r = -.05$ $p < .01$) und kein bedeutsamer Zusammenhang zu IIP32 ($r = .01$ $p = .56$; Gesamtdatensatz $r < .01$; $p = .70$).

Mittelwertsunterschiede zwischen ambulanten und stationären Patient:innen: Die Mittelwerte aller Konfliktskalen und klinischen Variablen für die ambulante, stationäre und Gesamtstichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt. Stationäre Patient:innen waren jünger, und berichteten erwartungskonform höhere Belastungen bei IIP-32, PHQ-9 und OPD-SFK ($p < .01$). Die auf der Langversion des OPD-KF basierenden Skalenmittelwerte zeigten für elf der 13 Skalen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ambulanten und stationären Patient:innen ($p \leq .01$, vgl. Tab. 1). Keine Unterschiede fanden sich für K5a ($p = .63$) sowie K3p ($p = .34$). Bei den Konflikten mit bedeutsamen Mittelwertsunterschieden berichteten stationäre Patient:innen bei neun von 13 Skalen (K0, K1a, K1p, K2a, K2p, K3a, K4p, K5p, K6p) höhere, und für zwei Skalen (K4a und K6a) niedrigere Konfliktausprägungen. In der Kurzversion konnte alle elf bedeutsamen Mittelwertsunterschiede der Langversion repliziert werden ($p \leq .01$). Zusätzlich zeigten sich in der Kurzversion bedeutsame Unterschiede für K3p (Langversion $p = .34$; Kurzversion $p < .01$). In zehn von 12 Fällen zeigten sich auch dann bedeutsame Mittelwertsunterschiede, wenn eine für multiple Vergleiche Bonferroni-korrigierte Schwelle von $p = .004$ verwendet wurde.

5 Diskussion

Für die psychodynamische Indikationsstellung und Therapieplanung ist eine reliable, valide und zeitökonomische Erfassung unbewusster Konflikte und deren Bewältigungsmodi höchst relevant. Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung und Validierung einer möglichst kurzen Version des OPD-KF, welche bestehende Stärken der Langfassung erhält (gute durchschnittliche Reliabilität, Validität im Hinblick auf relevante Außenkriterien, Erfassung von Mittelwertsunterschieden zwischen ambulanten und stationären Patient:innen) und die Nachteile so weit wie möglich mitigiert (vergleichsweise hohe Anzahl an Items, eingeschränkte Reliabilität und Interpretierbarkeit einzelner Skalen). Mit dem OPD-KF36 soll diesem Ziel Rechnung getragen werden.

Die Itemzahl konnte in der Kurzversion von 66 auf 36 Items reduziert werden, womit von circa einer Halbierung der Bearbeitungszeit auszugehen ist, und die Integration in routinemäßige Erhebungen der klinischen Versorgungspraxis deutlich

vereinfacht wird. Trotz der Itemreduktion blieb die gute durchschnittliche Reliabilität ($\omega = .71$) des Instruments erhalten. Lediglich die Skalen K0 und K2 weisen auch in der Kurzversion Reliabilitäten im niedrigen Bereich auf, was bei der Verwendung und Interpretation weiterhin berücksichtigt werden sollte. Auch wenn Gründe für eine niedrigere Reliabilität gerade dieser Skalen in der Langversion bereits diskutiert wurden (Henkel et al., 2022), könnte perspektivisch geprüft werden, diese Skalen noch einmal mit neuen Items zu überarbeiten. Dies gilt allerdings gleichermaßen für die Langversion des OPD-KF und stellt somit keine spezifische Limitation der Kurzversion dar.

Alle Itemkennwerte der Kurzversion waren in der Selektions- und Validierungsstichprobe vergleichbar, und die gewählte Itemselektion konnte auch an der Validierungsstichprobe mit identischen Ergebnissen repliziert werden, weshalb von einer robusten Selektion ausgegangen werden kann. Kritisch anzumerken ist, dass bei zwei Skalen (K0/K1p) die Itemselektion durch ein klinisches Expertenurteil ergänzt wurde. So wurde beispielsweise für den K0 – mit aus Autor:innensicht Blick auf die erhöhte klinische Relevanz – eine 3-Item Kombination mit dem zusätzlichen Item „*Starke Gefühle sind mir fremd*“ (vgl. ESM S1) gewählt, auch wenn die Hinzunahme dieses Items die Reliabilität nicht bedeutsam verbesserte. Es ist nicht auszuschließen, dass andere Forscher:innen möglicherweise eine andere Kombination gewählt hätten. Die Ergebnisse zur Reliabilität und Validität der Skalen liefern jedoch stabile Hinweise, dass die gewählte Kurzversion vergleichbare Ergebnisse wie die Langversion erbringt.

In Bezug auf die Validität zeigten sich robuste und hinsichtlich der Richtung erwartete Zusammenhänge mit Symptomschwere (PHQ-9), interpersonalen Problemen (IIP-32) und strukturellen Defiziten (OPD-SFK) sowie vergleichbare Korrelationsmuster zwischen der Lang- und Kurzversion. Die Kurzversion erlaubt zudem – wie bereits in der Langversion – die Erfassung erwartbarer Mittelwertsunterschiede zwischen ambulanten und stationären Patient:innen, sodass von einer guten Anwendbarkeit des Fragebogens in verschiedenen klinischen Settings auszugehen ist. Theoriekonform und passend zu vorherigen Befunden (Remmers et al., 2023; Vierl et al., 2023, 2024; Henkel et al., 2022; Benecke et al., 2018) zeigten sich für passive Konfliktmodi durchschnittlich höhere Zusammenhänge mit Psychopathologie als für aktive Bewältigungsmodi. Ein abweichendes Muster fand sich – wie bereits in anderen Studien (Remmers et al., 2023; Vierl et al., 2023) für den K3. Im Vergleich zeigten sich bei stationären Patient:innen erwartungsgemäß höhere Ausprägungen für jene Konflikte, die stärker mit Symptomschwere zusammenhängen (z. B. K3a, K4p), während diese Patient:innen auf Skalen, die negativ mit Symptomschwere korrelieren (K4a, K5a) gleiche oder niedrigere Werte berichteten.

Wichtig zu beachten ist, dass es sich bei dem OPD-KF um ein Instrument im Selbstbericht handelt. Zukünftige Untersuchungen sollten daher weiterhin prüfen,

inwiefern der Selbstbericht mit den Fremdeinschätzungen von trainierten OPD-Rater:innen zusammenhängt. Auch wenn sich studienübergreifend bereits hypothesenkonforme Zusammenhänge, z. B. zwischen dem OPD-KF und interpersonellen Problemen sowie Symptombelastung und -veränderung (Henkel et al., im Druck; Henkel et al., 2022) zeigen, würde eine solche Untersuchung bekräftigen, dass bzw. in wie weit die Selbsteinschätzung geeignet ist, die aus psychodynamischer Sicht zugrundeliegenden motivationalen Themen valide zu erfassen. Darüber hinaus erscheint eine Normierung des OPD-KF in der Allgemeinbevölkerung wichtig, um individuelle Werte der Skalen in Bezug zu Ausprägungen in einer repräsentativen nicht-klinischen Vergleichsstichprobe setzen zu können. Eine solche Studie wird derzeit in Kooperation der Universität Kassel und des Universitätsklinikum Rostocks durchgeführt.⁸

Aus methodischer Sicht ist anzumerken, dass für die Itemselektion analog zur Langversion des OPD-KF zunächst eine Ant Colony Optimization (ACO) durchgeführt wurde (vgl. Benecke et al., 2018). Dieses Vorgehen ermöglicht bei der Itemselektion die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Kriterien wie Reliabilität, Model-Fit und Validitätsaspekte durch ein kombinatorisches Verfahren (Schroeders et al., 2016; Leite et al., 2008). Für die vorliegende Arbeit sollten sowohl die Reliabilität als auch die Korrelationsmuster zu den Außenkriterien (OPD-SFK, IIP-32, PHQ-9) berücksichtigt werden, wobei für die Außenkriterien ein Erhalt der Korrelationsmuster der Langversion angestrebt wurde. Bei der ACO-Durchführung zeigte sich jedoch, dass auch bei unterschiedlicher Selektion der Optimierungsparameter (z. B. Anzahl der Ameisen, Iterationszyklen, Stop-Kriterium) die Reliabilität nur bei unverhältnismäßig starker Gewichtung gegenüber der Validität ausreichend optimiert wurde, was die Reliabilität zum faktisch einzig betrachteten Optimierungskriterium erhoben hätte. Aus diesem Grund wurde anschließend das hier beschriebene Vorgehen der Kreuzvalidierung gewählt, da dies ermöglicht, die nun explizit auf Reliabilität ausgerichtete Itemselektion anschließend in einer ausreichend großen und separaten Stichprobe mit Blick auf Reliabilitäts- und Validitätsaspekte empirisch zu prüfen.

Im Hinblick auf behandlungsrelevante Fragestellungen wären außerdem Studien wünschenswert, die die Veränderbarkeit von Konfliktthemen durch Psychotherapie auch im ambulanten Kontext und mit einer Langzeitperspektive untersuchen. Dabei ist besonders der Zusammenhang von Konfliktveränderung mit einer Symptomveränderung relevant (Henkel et al., im Druck), da sich hierdurch Hinweise für die psychodynamische Störungstheorie empirisch abbilden lassen könnten: Sollte eine Ver-

⁸ Neben den Materialien des Fragebogens finden sich unter <https://osf.io/ns59x/> auch Hinweise zur Nutzung und Interpretation des OPD-KF36 für die individuelle Fallkonzeption. Der Fragebogen kann zusammen mit Auswertungshilfen für R und SPSS kostenlos heruntergeladen und verwendet werden.

änderung in der Ausprägung auch (langfristig) mit Symptomreduktion einhergehen, würde dies für die Bedeutsamkeit der Thematisierung und Bearbeitung von Konfliktthemen in (psychodynamischen) Behandlungen sprechen. Die Differenzierung zwischen Kern- und Leitaaffekten eines Konflikts in der Störungstheorie der OPD-3 könnte dahingehend überprüft werden, ob Konfliktthemen mit dem Erleben (im Fall von Leitaaffekten) bzw. dem Nicht-Erleben oder der Gegenübertragung von Therapeut:innen (abgewehrter Kernaffect) der für einen Konflikt typischen Emotionen einhergehen.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Anwendbarkeit der vorgelegten Kurzversion des OPD-KF durch eine Halbierung der Bearbeitungszeit deutlich erleichtert wird, ohne dass dabei im Vergleich zur Langversion größere Einschränkungen in Bezug auf Reliabilität und Validität zu erwarten sind. Die weiterhin bestehenden Schwierigkeiten, vor allem in Bezug auf die Reliabilität bei K0 und K2, indizieren eine Überarbeitung dieser Skalen, schränken die Verwendung der Kurzversion als Alternative zur Langversion aber nicht ein. Der OPD-KF36 stellt damit eine valide, ausreichend reliable und zeitökonomischere Alternative zur Langversion in Forschung und Praxis dar.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2023). OPD-3 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD-KJ (2020). OPD-KJ-2-Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Manual. Bern: Hogrefe.
- Benecke, C. (2024). 30 Jahre Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik–Neuerungen in der OPD-3. *Psychotherapeutenjournal*, 36–43.
- Benecke, C., Brauner, F. (2017). Motivation und Emotion: psychologische und psychoanalytische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.
- Benecke, C., Henkel, M., Doering, S., Jakobsen, T., Stasch, M., Dahlbender, R., Alhabbo, S., Zimmermann, J. (2018). Der OPD-Konfliktfragebogen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 64, 380–393.
- Benecke, C., Volz, M. (2023). Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Ausbildungsambulanzen: Das QVA-Projekt. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 69, 345–368.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. New York: Basic.
- Dammann, G., Walter, M., Benecke, C. (2013). Identität und Identitätsstörungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 17, 77–86.
- Delacre, M., Lakens, D., Leys, C. (2017). Why Psychologists Should by Default Use Welch's t-test Instead of Student's t-test. *International Review of Social Psychology*, 30, 92–101.

- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W., Gierk, B. (2015). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61, 262-274.
- Erikson, E. H. (1966/2017). Identität und Lebenszyklus (28. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freud, S. (1915). Triebe und Tribschicksale. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 3, 84-100.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. GW 13, 237.
- Gisch, H., Perlinger, J., Zimmermann, J., Kretschmar, T. (2021). Die latente Struktur von psychodynamischen und psychologischen Persönlichkeitsmodellen: Eine gemeinsame Untersuchung von OPD-KF, OPD-SFK und BFI-2. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 67, 241-255.
- Gisch, H., Zimmermann, J., Kretschmar, T. (2020). Ödipus vs. Big-Five: Kann eine psychoanalytisch fundierte Persönlichkeitsdiagnostik einen inkrementellen Beitrag über die Big-Five-Persönlichkeitsfacetten hinaus zur Vorhersage von psychischer Gesundheit und Zufriedenheit am Arbeitsplatz liefern? Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O, 1, 1-15.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Diagnostica, 50, 171-181.
- Henkel, M., Benecke, C., Masuhr, O., Jaeger, U., Spitzer, C. (2022). Reliabilität und Validität des OPD-Konfliktfragebogens bei stationären Psychotherapiepatient*innen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 68, 39-53.
- Henkel, M., Benecke, C., Volz, M., Cropp, C., Spitzer, C. (im Druck). Veränderungen in der Konfliktpathologie während stationärer Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Symptomreduktion. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Kohut, H. (1976). Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen: Suhrkamp Taschenbuch. Wissenschaft. Band 157. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Koops, T. U., Wiessner, C., Ehrenthal, J. C., Briken, P. (2021). Assessing Psychodynamic Conflicts and Level of Personality Functioning in Women Diagnosed With Vaginismus and Dyspareunia. Frontiers in Psychology, 12, 687369.
- Kuhn, M. (2008). Building Predictive Models in R Using the caret Package. J. Stat. Soft. 28.
- Leite, W. L., Huang, I.-C., Marcoulides, G. A. (2008). Item Selection for the Development of Short Forms of Scales Using an Ant Colony Optimization Algorithm. Multivariate behavioral research, 43, 411-431.
- Lichtenberg, J. D. (1991). Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin: Springer.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002). PHQ-D: Gesundheitsfragebogen für Patienten; Manual Komplettversion und Kurzform: Pfizer GmbH.
- Mentzos, S. (1984). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt am Main: Fischer.
- Mentzos, S. (2017). Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen (8., unver. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Perlinger, J., Gisch, H., Ehrenthal, J. C., Montag, C., Kretschmar, T. (2023). Structural impairment and conflict load as vulnerability factors for burnout – A cross-sectional study from the German working population. Frontiers in Psychology 13, 1000572.

- R Core Team (2024). R. A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria.
- Remmers, C., Wester, R., Repnik, L. G., Plumbohm, M., Unger, S., Jauk, E. (2023). Psychodynamic theory meets HiTOP: The nomological network between motivational conflicts and dimensions of the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Research in Personality* 106, 104418.
- Sandler, J. (1960). The background of safety. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 352-356.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35.
- Schroeders, U., Wilhelm, O., Olaru, G. (2016). Meta-Heuristics in Short Scale Construction. Ant Colony Optimization and Genetic Algorithm. *PloS one*, 11, 1-19.
- Thomä, H., Kächele, H. (2006). Zur Lage der Psychoanalyse – eine Einführung. *Psychoanalytische Therapie: Grundlagen*, 1-59.
- Thomas, A., Brähler, E., Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*, 57, 68-83.
- Vierl, L., Juen, F., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S. (2023). Exploring the associations between psychodynamic constructs and psychopathology: A network approach. *Personality and mental health*, 17, 40-54.
- Vierl, L., Wülfing, P., Juen, F., Hörz-Sagstetter, S., Spitzer, C., Benecke, C. (2024). Unravelling inter-relations within and between psychodynamic constructs and psychopathology using network analysis. *Personality and mental health*, 1-16.
- Zepf, S., Zepf, F. (2007). Libido and psychic energy. Freud's concepts revisited: Freuds Konzepte nochmals betrachtet. *Forum der Psychoanalyse*, 315-329.

Korrespondenzadresse: Dr. Matthias Volz, Institut für Psychologie, Universität Kassel, Holländische Str. 36-38, 34127 Kassel; E-Mail: matthias.volz@uni-kassel.de

Matthias Volz, Miriam Henkel, Carola Cropp und Cord Benecke, Institut Psychologie, Universität Kassel; Carsten Spitzer, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock

Zusatzmaterial zu diesem Beitrag finden Sie zum Herunterladen in der V&R eLibrary.