

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Christoph Pieh

Zusammenfassung: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) ist ein multiaxiales Diagnostikmanual. Es erweitert die symptomatologisch-deskriptiv orientierte Klassifikation psychischer Störungen um eine psychodynamische Dimension. Mittels multiaxialer Diagnostik werden die Bereiche Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (Achse I), Beziehung (Achse II), Konflikt (Achse III), Struktur (Achse IV) sowie Psychische und Psychosomatische Störungen (Achse V) erfasst. Der operationalisierte Ansatz soll eine hohe Reliabilität in der psychodynamischen Diagnostik ermöglichen, was zumindest für den wissenschaftlichen Bereich gezeigt werden konnte. Mit dem multiaxialen Ansatz möchte die OPD der Komplexität psychischer Phänomene besser gerecht werden.

Schlüsselwörter: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD, Strukturdiagnostik, multiaxiale Diagnostik

Abstract: Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD)

The Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) is a multiaxial diagnostic and classification system. The OPD extends the ICD-10 classification, which is oriented to symptoms and descriptions, with the psychodynamic dimensions. It is based on the axes: Experience of illness and prerequisites for treatment (axis 1), Interpersonal relations (axis 2), Conflict (axis 3), Structure (axis 4) and Mental and psychosomatic disorders (axis 5). The patient's psychodynamics should be evaluated according to a checklist. Studies show good reliability in a research context and indicate good validity for the individual axes. The multiaxial diagnostic wants to characterize the complexity of mental health and disorders better than a solitary symptom orientated classification.

Keywords: Operationalized Psychodynamic Diagnosis, OPD, psychic structure, multiaxial diagnostic

Einleitung

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) sind die am häufigsten eingesetzten Instrumente in der klinischen Diagnostik. Das DSM wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben, die ICD von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diagnostische Instrumente sollen Diagnosen präzisieren, um zwischen *gesund* und *krank* zu unterscheiden, verschiedene Syndrome voneinander abzugrenzen oder um Diagnosen reproduzierbar zu machen.

Bei psychischen Erkrankungen werden hierfür unter anderem psychopathologische Phänomene, Verlauf oder Dauer sowie Ausschlusskriterien herangezogen. Die Symptomatik wird erfragt bzw. beobachtet, mittels psychopathologischen Befundes zusammengefasst und daraus eine Diagnose gestellt.

Diagnostikinstrumente unterliegen einer kontinuierlichen Überarbeitung und werden gemäß neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen adaptiert. So wurde in der ICD-9 in endogene, reaktive oder neurotische Depression unterteilt, während die aktuelle ICD-10 lediglich nach Schwere und Verlauf untergliedert. Der Vorteil dieser rein symptomatischen Klassifikation liegt darin, auf unikausale Ursachen (vgl. ICD 9 und ICD 10) bei der Entstehung von Krankheiten zu verzichten. Damit wird dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis Rechnung getragen, welches bei der Pathogenese nicht einen Bereich, sondern stets alle Bereiche als ursächlich in Betracht zieht. Eine entweder-oder Sichtweise - also z. B. entweder psychisch oder körperlich - wird durch eine sowohl-als auch Sichtweise - also sowohl psychisch als auch körperlich - ersetzt.

Bei der Klassifikation von Krankheiten spielen zudem gesellschaftliche Normen eine Rolle, was als *gesund* oder *krank* angesehen wird. So führte die ICD-9 unter anderem Homosexualität unter der Rubrik *Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen* an, in der ICD-10 wird Homosexualität nicht als Krankheit eingestuft. Andere Syndrome, wie zum Beispiel Spielsucht oder das *Messie*-Syndrom, wurden in dem seit 2013 gültigen DSM-5 erstmals berücksichtigt.

Fraglich bleibt, inwieweit inter- und intrapsychische Prozesse durch die Auflistung von Symptomen abgebildet werden können. Um der Komplexität psychodynamischer Phänomene besser gerecht zu werden, wurde 1992 der Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) gegründet. Ziel der OPD ist es, die symptomatologisch-deskriptiv orientierte Klassifikation psychischer Störungen um die grundlegende psychodynamische Dimension zu erweitern (Arbeitskreis OPD, 1996). Zudem wurde auf eine Operationalisierung der Diagnostik Wert gelegt. Damit soll die Schwere der Ausprägung für unterschiedliche Bereiche standardisiert „gemessen“ werden, was zu einer hohen Reliabilität aber auch Validität der OPD beitragen soll.

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Die OPD ist ein diagnostisches Inventar, welches auf 5 Achsen basiert (Arbeitskreis OPD, 1996). Die in der OPD-1 vorgegebenen psychodynamischen Achsen werden in der OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) in überarbeiteter Form weitergeführt. Die OPD wird sowohl im stationären als auch ambulanten Rahmen eingesetzt (Heuft, Jakobsen, Kriebel, Schneider & Rudolf, 2005; Schneider, Lange & Heuft, 2002).

In der OPD werden die Bereiche *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* (Achse I), *Beziehung* (Achse II), *Konflikt* (Achse III), *Struktur* (Achse IV) sowie *Psychische und Psychosomatische Störungen* (Achse V) berücksichtigt. Die Achse V nimmt die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik des ICD-10 in die OPD hinein (Arbeitskreis OPD, 1996). Dieses multiaxiale Konzept möchte psychodynamische Phänomene in ihrer Vielschichtigkeit sowie ihrer wechselseitigen Beeinflussung besser erfassen. Auch wenn der OPD ein tiefenpsychologisches Konzept zugrunde liegt, ist ein Einsatz in unterschiedlichen beruflichen Kontexten möglich. So kann die OPD im stationären wie auch ambulanten Rahmen verwendet werden oder, mit entsprechenden Erweiterungsmodulen in Spezialbereichen, wie z. B. in der Forensik. Die Terminologie wurde möglichst allgemeinverständlich gewählt, sodass auch andere therapeutische Richtungen die OPD in ihrer Diagnostik einsetzen können.

Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Mit dieser Achse sollen die Art und Schwere der Erkrankung sowie die damit einhergehenden Beeinträchtigungen beschrieben werden. Es sollen aber auch Krankheitserleben, Krankheitskonzepte oder die Ressourcen der Betroffenen berücksichtigt werden. Zudem soll auch der gesellschaftliche Bezugsrahmen, zum Beispiel das Gesundheitssystem oder die wissenschaftliche Orientierung beachtet werden. Damit soll ein vielschichtiges Bild geschaffen werden, von der Schwere der Symptomatik, über die damit einhergehende soziale Problematik, sowie über persönliche Ressourcen oder etwaige Hemmnisse. Um diese Bereiche operationalisiert zu erfassen, werden für jeden einzelnen Punkt Beispiele formuliert, die Bereiche sollen in Folge zwischen „nicht/kaum vorhanden“ bis „hoch“ eingeschätzt werden. Ausnahmen bilden hier die vom DSM-IV übernommene Global Assessment of Functioning (GAF)–Skala (Sass, Wittchen & Zaudig, 2001) und der fünfdimensionale Gesundheitsfragebogen EQ-5D (Rabin & de Charro, 2001). Neben einem Basismodul mit 19 Items gibt es auch noch ein Psychotherapiemodul und weitere kontextspezifische Module, wie zum Beispiel ein Forensikmodul. Mit diesen zusätzlichen Modulen haben TherapeutInnen weitere Items zur Beurteilung zur Verfügung.

Achse II: Beziehung

In der OPD sollen Beziehungserfahrungen berücksichtigt werden, sowohl die, die in der Anamnese berichtet werden, als auch jene, die in der direkten Interaktion im Rahmen der Exploration wahrgenommen werden. Ziel dieser Achse ist es, funktionale sowie dysfunktionale Beziehungsmuster aus zwei Beziehungachsen zu erfassen, aus der Erzählerperspektive (Perspektive A) der Betroffenen sowie aus der Interaktionsperspektive (Perspektive B). Daraus lassen sich folgende Überlegungen ableiten:

1. Der Patient/Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass er/sie ...
2. Der Patient/Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie ...
3. Andere - auch der Untersucher - erleben, dass der Patient/die Patientin immer wieder ...
4. Andere - auch der Untersucher - erleben sich gegenüber dem Patienten/der Patientin immer wieder so, dass sie ...

Mittels Itemliste werden unterschiedliche Auswahlmöglichkeiten vorgegeben, wie sich die Betroffenen erleben bzw. wie sie andere erleben. Dabei sollen Beziehungsthemen, wie sich um andere kümmern, Kontakt zulassen oder Aggressionen zeigen, erfasst werden. Immer 4 der 32 Beziehungitems ergeben eines der 8 gegensätzlichen Themenpaare. Diese werden in einem sogenannten Zirkumplexmodell - in einem Kreis für die eigene Person, in einem anderen Kreis auf ein Gegenüber zentriert - dargestellt. Bei der Diagnostik soll abschließend herausgefunden werden, wie die 4 oben genannten Fragen miteinander verknüpft sind, um das Beziehungs geschehen nicht deskriptiv, sondern dynamisch zu erfassen.

Achse III: Konflikt

Innerhalb der Achse III werden zeitlich überdauernde, psychodynamische Konflikte definiert als „festgelegte Erlebnismuster eines Menschen, die in entsprechenden Situationen immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern führen“ (Arbeitskreis OPD, 1996). Die OPD-2 unterscheidet diesbezüglich folgende Konflikte: „Abhängigkeit versus Autonomie“, „Unterwerfung versus Kontrolle“, „Versorgung versus Autarkie“, „Selbstwertkonflikte“, „Schuldkonflikte“, „Ödipal-sexuelle Konflikte“ und „Identitätskonflikte“. Neben diesen Konflikten beschreibt die OPD die „eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ sowie den „Aktualkonflikt“.

In der klinischen Anwendung der Konfliktachse sollten nur die beiden wichtigsten Konflikte diagnostiziert werden (Arbeitskreis OPD, 2006). Auch wenn sich die Diagnostik auf das „Hier und Jetzt“ bezieht, so sollen sowohl die Anamnese als auch wiederkehrende Muster berücksichtigt werden. Die Konflikte werden in einen aktiven und einen passiven Modus untergliedert und diese

mit Beispielen verständlich gemacht. Personen, bei denen der Konflikt „Unterwerfung versus Kontrolle“ im aktiven Modus dominiert, würden wiederholt versuchen, die Kontrolle über andere oder Situationen zu erlangen. Auf interpersoneller Ebene kann hier ein Machtkampf empfunden werden. Demgegenüber würde sich der passive Modus durch passiv-aggressive Unterwerfung auszeichnen, welche in der Gegenübertragung ohnmächtige Wut auslösen kann. Neben solchen allgemeinen Kriterien werden auch andere Bereiche wie Herkunftsfamilie, Partnerschaft/Familie, Beruf oder Sexualität beschrieben. In Fällen von geringer struktureller Integration (z. B. Desintegration oder geringes Strukturniveau) oder abgewehrter Konflikt- oder Gefühlswahrnehmung ist diese Achse nicht zu beurteilen. Unter Desintegration oder geringem Strukturniveau werden schwere psychische Störungen verstanden, bei denen die Entwicklung des Individuums (Individuation) oder die Autonomieentwicklung gestört ist. Zudem sind die Ich-Funktionen (z. B.: wie nehme ich mich selbst, wie nehme ich andere wahr; wie kommuniziere ich) eingeschränkt und ein typischer Abwehrmechanismus wäre Spaltung, wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig.

Achse IV: Struktur

Struktur bezieht sich auf das Selbst und seine Beziehung zu Objekten (siehe Arbeitskreis OPD 2, 2006). Dabei sollen psychische Funktionen erfasst werden, die bei der Regulierung innerpsychischer Prozesse ablaufen. Im Gegensatz zur Achse III, Konflikte, beschreibt die Struktur keine Bedingungen der Symptomauslösung, sondern sie bezieht sich auf die Vulnerabilität der Persönlichkeit, die Disposition zur Krankheit und die Kapazität zur Verarbeitung von inneren Konflikten und äußeren Belastungserfahrungen (Arbeitskreis OPD, 1996). In der Strukturdiagnostik wird u. a. die Selbstwahrnehmung (wie nehme ich mich selbst und meine Gefühle wahr), die Selbststeuerung (wie reguliere ich meine Gefühle), die Abwehrmechanismen oder das Bindungsverhalten berücksichtigt. Die OPD-2 unterscheidet „gute Integration“, „mäßige Integration“, „geringe Integration“ und „Desintegration“. Das wird anhand der vom Patienten/ von der Patientin berichteten Interaktionen und Erfahrungen, der strukturellen Fähigkeiten, der erlebten Gegenübertragung und der spontan oder auf Nachfrage gewonnenen Einschätzungen der eigenen Person und des Verhaltens gewonnen (siehe Arbeitskreis OPD, 1996).

Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen

Nach dem Vorbild des Kapitels V (F) des ICD-10 sollen hier die Symptome der einzelnen Störungsbilder rein deskriptiv dargestellt werden, jedoch so adaptiert, dass sie den Erfordernissen der Diagnostik in der Psychiatrie und Psychosomatik entsprechen. Dabei wird unterschieden in Achse Va zur Erfassung der psychischen Störungen und Achse Vb zur Erfassung der

Persönlichkeitsstörungen. Drei Ergänzungen wurden für die Psychosomatik und Psychotherapie vorgenommen. Erstens wurde die narzisstische Persönlichkeitsstörung aufgenommen (als Kodierungsnummer F60.81). Außerdem wurden die Kategorie F54 (psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen) erweitert und differenziert. Als dritte Ergänzung wurden die Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen erweitert.

Diskussion

Die OPD möchte mit ihrer multiaxialen Diagnostik der Komplexität psychischer Phänomene gerecht werden. Dabei sollen die Achsen nicht als voneinander unabhängige Entitäten verstanden werden, sondern vielmehr als sich untereinander beeinflussende Teilbereiche. In Studien konnte belegt werden, dass Zusammenhänge zwischen den einzelnen Achsen bestehen (Grande, Oberbracht & Rudolf, 1998; Mueller, 1999; Rudolf, Grande, Oberbracht & Jakobsen, 1996). So konnte unter anderem ein Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Konfliktart gezeigt werden (Mueller, 1999). Je ambivalenter ein Patient gebunden war, desto eher lag der Konflikt „Versorgung versus Autarkie“ vor. Je vermeidender der Bindungsstil war, desto eher lag der Konflikt „Autonomie versus Abhängigkeit“ vor und desto weniger der Konflikt „Versorgung versus Autarkie“. Sichere Bindung fand sich eher beim Konflikt „Versorgung versus Autarkie“, unsichere beim Konflikt „Autonomie versus Abhängigkeit“ (Cierpka et al., 2001). Des Weiteren fanden sich Zusammenhänge zwischen Konflikt und Strukturniveau (Grande et al., 1998). Rudolf et al. (1996) konnten einen Zusammenhang zwischen der Art des Konflikts und dem Behandlungserfolg aufzeigen: Patienten vom Typus „Autonomie versus Abhängigkeit“ zeigten einen vergleichsweise geringen, Patienten mit einem der beiden Konflikte „Ödipal-sexueller Konflikt“ oder „Kontrolle versus Unterwerfung“ zeigten einen vergleichsweise guten Behandlungserfolg.

Mit der Veröffentlichung des OPD-Manuals im Jahre 1996 setzte eine Phase intensiver Forschung mit durchaus befriedigenden Reliabilitätsstudien ein (Cierpka et al., 2007). Mittlerweile liegen eine Reihe von Arbeiten vor, welche unter anderem die von der OPD postulierten Konflikte auf Validität geprüft haben (Dahlbender & Schüssler, 2004; Mestel, Klingelhöfer, Schneider, Mender, Heuft & Burgmer, 2008, Thomasius et al., 2001). Da jedoch kein anderes Instrument unbewusste innere Konflikte in anerkannter Weise valide misst (Cierpka et al. 2001; Schüssler 2004), kann die Validierung der Achse III (Konflikt) der OPD nicht durch direkte Vergleiche mit Tests erfolgen, sondern nur durch Überprüfung von vorab formulierten Arbeitshypothesen in psychometrischen Testungen. Eine weitere Studie überprüften die den OPD-Konflikten zugeordneten Leitaffekte anhand einer klinischen Emotionsliste, konnte jedoch keine eindeutige Beziehung zwischen intrapsychischen Konflikten und bestimmten Leitaffekten finden (Leising, Stadler, Grande & Rudolf, 2000).

Die OPD möchte mit dem multiaxialen Ansatz die psychodynamische Diagnostik in ihrer Vielschichtigkeit erfassen. Damit setzt die OPD andere Prioritäten, verglichen mit den Diagnostikmanualen ICD oder DSM. Darüber hinaus zeichnet sich ein weiterer Trend ab, welcher bei der Neuerscheinung des DSM-5 durchaus auch Kritik geerntet hat. Um möglichst alle Störungsbilder zu erfassen, wird der Grad zwischen *gesund* und *krank* in den Diagnostikmanualen zunehmend schmaler. Ein Beispiel hierfür: Wie lange darf man nach dem Verlust eines geliebten Menschen trauern, ehe diese Trauer als krankhaft angesehen wird? Laut ICD-10 kann ein Trauerprozess bei entsprechender Klinik ab dem 6 Monate als Anpassungsstörung bezeichnet werden. Im DSM fällt hier eine schrittweise Verkürzung der für eine Trauer angemessenen Zeit auf. Während im DSM-3 noch ein Jahr für die Verarbeitung eines Trauerfalls „toleriert“ wurde, ehe man bei entsprechender Klinik von einer *Major Depression* sprach, verkürzte sich diese Zeitspanne auf 2 Monate im DSM-4 sowie auf 2 Wochen im DSM-5. Es bleibt abzuwarten, wohin diese Entwicklung führen wird.

Zusammenfassend kann die unterschiedliche Zielsetzung von ICD/DSM zur OPD folgendermaßen verdeutlicht werden. Während im ICD oder DSM die Reliabilität und damit die wissenschaftliche Vergleichbarkeit als wesentlicher Punkt angesehen wird, möchte die OPD darüber hinaus die Komplexität psychischer Phänomene in ihrer Gesamtheit erfassen. Diese Bestrebung geht zweifelsohne auf Kosten der Reliabilität, auch wenn Reliabilitätsstudien zufriedenstellende Ergebnisse erbrachten (Cierpka et al., 2001; Freyberger et al., 1996; Pieh, Frisch, Meyer, Loew & Lahmann, 2009). Auf der anderen Seite soll damit die Vielschichtigkeit psychischer Phänomene erfasst werden, welches für die Behandelnden selbst, aber auch zum Austausch mit anderen behandelnden Personen -beispielsweise im Rahmen einer stationären Gesamtbehandlung- erforderlich ist. Demgegenüber sagt die rein symptomatologische Bezeichnung der ICD-10 nur wenig über die Person aus. Hinter einer Diagnose -nehmen wir zum Beispiel die „mittelgradige depressive Episode“- können sich ganz unterschiedliche inner- oder interpsychische Aspekte verbergen. Die Aufrechterhaltung psychischer Symptome, die Auswirkung auf zwischenmenschliche Aspekte, zugrundeliegende innerpsychischen Konflikte, oder der Struktur der Betroffenen, werden damit nicht abgebildet. Bildlich ausgedrückt könnte man sagen: Wenn ein Symptom als Spitze des Eisberges verstanden wird, möchte die OPD auch das Darunterliegende erfassen.

Literatur

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-IV-TR* (4th Edition, Text Revision). Washington DC: American Psychiatric Association.

Arbeitskreis OPD. (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber.

- Arbeitskreis OPD. (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüssler, G. et al. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46, 122-133.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., Stasch, M. & the OPD Task Force. (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology*, 40, 209–220.
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H. (Hrsg.). (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Freyberger, H.J., Dierse, B., Schneider, W., Strauß, B., Heuft, G., Schauenburg, H. et al. (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung. Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 46, 356-365.
- Grande, T., Oberbracht, C. & Rudolf, G. (1998). Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“. In Schauenburg, H., Freyberger, H. (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 121-138). Bern: Hans Huber.
- ICD-9: Zugriff am 26.05.2014. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/historie/icd-vorgaenger/icd-9/index.htm>
- Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W. & Rudolf, G. (2005). Operationalized psychodynamic diagnostic (OPD)--potential for quality assurance. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 261-76.
- Leising, D., Stadler, K., Grande, T. & Rudolf, G. (2000). *Lassen sich intrapsychische Konflikte anhand unterschiedlicher „Leitaffekte“ unterscheiden? Eine Validierungsstudie zur OPD Achse III*. Ulm: Poster präsentiert auf der Tagung “OPD in research and practice”.
- Mestel, R., Klingelhöfer J., Dahlbender, R.W. & Schüssler, G (2004). Validität der OPD-Achsen Konflikt und Struktur in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In R.W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüssler, OPD, Lernen an der Praxis, OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie (S. 229 – 244). Bern: Hans Huber Verlag.
- Mueller, E. (1999). *Zusammenhänge zwischen inadäquaten Verarbeitungsformen unbewusster Konflikte und unsicheren Bindungsstilen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eichstätt: Katholische Universität Eichstätt.
- Pieh, C., Frisch, M., Meyer, N., Loew, T. & Lahmann, C. (2009). [Validity of the axis “conflicts” of the Operationalized Psychodynamic Diagnostics \(OPD\)](#). *Z Psychosom Med Psychother* 55, 263-286.
- Rabin, R. & de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from EuroQoI Group. *Annals of Medicine*, 33(5),337-343.

Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. & Jakobsen, T. (1996). Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Z Psychosom Med Psysc*, 42, 343–357.

Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schneider, G., Lange, C. & Heuft, G. (2002). Operationalized Psychodynamic Diagnostic and differential therapy indication in routine diagnostics at a psychosomatic outpatient department. *Psychotherapy Research*, 12, 159–178.

Schneider, G., Mendler, T., Heuft, G. & Burgmer, M. (2008). Validity of axis III “Conflicts” of Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD-1) -empirical results and conclusions for OPD-2. *Z Psychosom Med Psychother*, 54, 46-62.

Thomasius, R., Weiler, D., Sack, P.M., Schindler, A., Gemeinhardt, B., Schuhbert, C. et al. (2001). Validity of operationalized psychodynamic diagnostics. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51, 365-72.

Angaben zum Autor

Univ.-Prof. Dr. Christoph Pieh studierte Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien und absolvierte die Facharzt Ausbildung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Er ist tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapeut (BLAEK), wurde 2013 zum Universitätsprofessor für Differenzielle Psychotherapie- und Beratungsforschung an der Donau-Universität Krems berufen und leitet dort das Zentrum für Psychosomatische Medizin und Supervision.

Kontakt: Christoph.pieh@donau-uni.ac.at

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Christoph Pieh
Donau-Universität Krems
Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems
Österreich
Telefon: +43 (0)2732 893-2530

Zitationsempfehlung

Pieh, C. (2014). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 153-161. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>