

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3756>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Stefini, Annette; Reich, Günter; Horn, Hildegard; Winkelmann, Klaus; Ohmes, Ursula; Frost, Ulrike; Kronmüller, Klaus-Thomas

Titel: Interrater-Reliabilität der OPD-KJ-Achsen Konflikt und Struktur

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62 (4), 255-269

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Interrater-Reliabilität der OPD-KJ-Achsen Konflikt und Struktur¹

Annette Stefani, Günter Reich, Hildegard Horn, Klaus Winkelmann, Ursula Ohmes, Ulrike Frost und Klaus-Thomas Kronmüller

Summary

Interrater-Reliability of the OPD-CA, the Axes Conflict and Structure

The reliability of the meanwhile widely used Operationalized Psychodynamic Diagnostics in childhood and adolescence (OPD-CA) is only rarely examined. By means of audiovisual recordings of OPD-CA-interviews with 39 adolescents in the context of a randomized-controlled psychotherapy study for the treatment female adolescents with bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa the reliability of the axis conflict and the axis structure were examined. This was carried out by the calculation of Intraklassen-correlations of three raters. The rater agreements ranged from good to excellent, except for impulse control in the axis structure, where the results were satisfactory. The relevance of the results for clinical practice is discussed.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 255-269

Keywords

Operationalized Psychodynamic Diagnostics in childhood and adolescence (OPD-CA) – bulimia nervosa – interrater-reliability

Zusammenfassung

Für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) als mittlerweile weit verbreitetem Instrument zur psychodynamischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen liegen bisher nur wenige Reliabilitätsstudien vor. Anhand von audiovisuellen Aufzeichnungen von OPD-Interviews mit 39 Jugendlichen einer Therapiestudie zur Behandlung von weiblichen Jugendlichen mit Bulimia nervosa und atypischer Bulimia nervosa wurde die Reliabilität der Konflikt- und der Strukturachse der OPD-KJ überprüft. Dies erfolgte durch die Berechnung von Intraklassen-Korrelationen für jeweils drei Rater. Es zeigten sich insgesamt gute bis hervorragende Übereinstimmungen zwischen geschulten Ratern. Lediglich im Bereich Impulssteuerung war die Übereinstimmung zufriedenstellend. Die Relevanz der Ergebnisse für die klinische Praxis wird diskutiert.

¹ Das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsprojekt wurde gefördert von der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP) und dem Lou Andreas-Salomé-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Göttingen.

Schlagwörter

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) – Bulimia nervosa – Interrater-Reliabilität

1 Hintergrund

Das multiaxiale Diagnosesystem Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007) mit den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ ist mittlerweile in seiner zweiten Auflage erschienen. Mit der OPD-KJ werden die phänomenologisch ausgerichteten Klassifikationssysteme um eine „erklärende“ psychodynamische Perspektive ergänzt (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Die Achse „Konflikt“ definiert zeitlich überdauernde intrapsychische Konflikte. Wenn die Integration von polaren Erlebnis- und Handlungsperspektiven nicht gelingt, kann sich, durch die kontroverse Verarbeitung eines Wunsches und dessen dysfunktionale Abwehr, ein intrapsychischer Konflikt entwickeln. Entsprechend definiert die Achse „Struktur“ die Fähigkeit des Selbst, die Beziehung zu inneren und äußeren Objekten zu integrieren, zu differenzieren und zu regulieren. Die psychische Struktur stellt dem Individuum ein individuelles Repertoire von potenziellen Interaktionen zur Verfügung, die in Beziehungen mit sich und anderen zum Tragen kommen. Je besser die psychische Struktur entwickelt ist, umso besser können psychische Belastungen intrapsychisch bewältigt werden.

Im klinischen Alltag erfährt die OPD-KJ eine weite Verbreitung für die psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. Neben der Diagnostik bietet die OPD-KJ auch die Basis für die Therapieplanung (vgl. Seiffge-Krenke, 2012). Die Möglichkeit, den wichtigsten Konflikt über die OPD-KJ zu bestimmen, ermöglicht somit auch den Konfliktfokus für die Therapieplanung zu benennen. Über die Verschiebung des Konfliktfokus in der Therapie können sowohl die therapeutische Arbeit als auch erreichte Therapieziele dokumentiert werden. Weitere Implikationen für die Therapieplanung hat auch die Berücksichtigung der intrapsychischen Struktur über die Strukturachse (vgl. Resch u. Koch, 2012). Neben der strukturellen Gesamteinschätzung haben auch Defizite in einzelnen Strukturbereichen Auswirkung auf das therapeutische Vorgehen. Kinder z. B. mit einer Störung der Affektkontrolle profitieren in der Therapie entweder von einem spielerischen Therapieangebot oder von klaren Grenzsetzungen, abhängig davon, ob die Affektkontrolle als Überkontrolle oder als mangelnde Kontrolle ausgeprägt ist.

Trotz ihrer hohen klinischen Relevanz ist die Reliabilität und Validität der OPD-KJ bisher nur wenig überprüft (vgl. Weitkamp, Wiegand-Grefe, Romer, 2012). Die bereits 1996 veröffentlichte OPD für Erwachsene und ihre überarbeitete Version

OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) ist mehrfach mit zufriedenstellenden Ergebnissen für Reliabilität und Validität psychometrisch evaluiert worden (Cierpka et al., 2007; Benecke et al., 2009). Erste Reliabilitäts- und Validitätsstudien weisen darauf hin, dass gute Kennwerte auch in der OPD-KJ zu erwarten sind (Benecke et al., 2011; Seiffge-Krenke, 2012). Dies ist umso bemerkenswerter, als der Einschätzung der OPD-KJ andere Voraussetzungen zugrunde liegen als der OPD für Erwachsene. Die Achsen der OPD-KJ mussten um die Perspektive der Entwicklung und des Einflusses von Entwicklung auf psychodynamische Prozesse erweitert werden. Dies bedeutet, dass die Ausprägungen der Achsen für drei Altersgruppen formuliert wurden und die Einschätzungen dementsprechend durchgeführt werden müssen.

1.1 Fragestellung

Ziel dieser Untersuchung ist die Überprüfung der Interrater-Reliabilität der Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ bei Patientinnen mit Bulimia nervosa. Die Einschätzungen der OPD-KJ für die Reliabilität, wurde für jede Patientin von drei unabhängigen Ratern durchgeführt. Als zweites wurde die Validität anhand der Zusammenhänge der OPD-KJ-Achse „Struktur“ mit der bulimischen Symptomatik eingeschätzt und mit der Fragebogenversion des Eating Disorder Examination EDE-Q überprüft. Zudem wurde die Häufigkeit der wichtigsten Konflikte explorativ ermittelt.

Nach Senf (1989) stehen bei der Bulimia nervosa mehr frühe Ich-strukturelle Störungen im Vordergrund, welche die Ich-Funktionen einschränken. Auch Untersuchungen von Schneider, Mendler, Heuft und Burgmer (2008) belegen, dass Patienten mit einer weniger gut integrierten Struktur ein negativeres Gesamtkörperkonzept als Patienten mit besser integrierter Struktur haben. Nach dem Verständnis der OPD-KJ sind bei Defiziten der strukturellen Integration die Steuerung, das Selbst- und Objekterleben und die Fähigkeit zu einer kompetenten Kommunikation nur eingeschränkt vorhanden.

Strukturelle Störungen werden in der psychodynamischen Betrachtung mit so genannten frühen Konflikten, nämlich dem Abhängigkeit-Autonomie- und dem Selbstwertkonflikt, in Verbindung gebracht. Wenn man diese Überlegungen verfolgt, sind in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich Abhängigkeit-Autonomie- und Selbstwertkonflikte zu erwarten (vgl. auch Reich, 2001; Reich u. Cierpka, 2005). Allerdings steht diesen Überlegungen der Befund von Seiffge-Krenke (2012) gegenüber, wonach keine eindeutige Zuordnung zwischen ICD-10-Diagnose und dem wichtigstem Konflikt möglich ist. Unterschiedliche Symptome können von verschiedenen Kindern und Jugendlichen entwickelt werden, obwohl der gleiche Konflikt zugrunde liegt. Somit können auch gleiche Symptome mit unterschiedlichen Konflikten in Zusammenhang stehen. Die Überprüfung des Zusammenhangs von Konflikt und Diagnose hat hier explorativen Charakter.

2 Methode

2.1 Design

Die Interrater-Studie zu den OPD-KJ-Achsen Konflikt und Struktur wurde innerhalb der Studie „Randomisiert-kontrollierte Therapiestudie zur psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Behandlung von Jugendlichen mit Bulimia nervosa und atypischer Bulimia nervosa“ durchgeführt. Ziel dieser Therapiestudie ist der Vergleich von Kognitiv-Behavioraler Psychotherapie und Psychodynamischer Psychotherapie in der Behandlung der genannten Patientengruppe. Beide Therapieverfahren werden mit einem Maximum von 60 Therapiestunden durchgeführt. Die Studie wird in den Zentren Heidelberg und Göttingen durchgeführt. Einschlusskriterien für die Studie sind das Vorliegen einer Bulimia nervosa oder einer atypischen Bulimia nervosa, zudem werden nur Mädchen bzw. junge Frauen im Alter von 14-20 Jahren in die Studie eingeschlossen. Für beide Therapiebedingungen wird eine Verbesserung der Essstörungssymptome erwartet, jedoch mit differenziellen Therapieeffekten in Abhängigkeit von Ich-Struktur, Bindung und interpersonellen Auffälligkeiten. Die Essstörungsdiagnostik wurde mittels Eating Disorder Examination (EDE) sowohl in der Interview- als auch in der Fragebogenversion durchgeführt. Des Weiteren wurde ein Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) durchgeführt, um das Vorliegen weiterer komorbider Diagnosen zu überprüfen. Da noch keine spezifischen Therapiemanuale für die Behandlung der Bulimia nervosa in der Altersgruppe der 14- bis 20-Jährigen vorlagen, mussten diese Manuale speziell entwickelt werden. Für die 60-stündige psychodynamische Therapie ist das Behandlungsziel in einem manualisierten Therapieleitfaden formuliert. Die Behandlung ist einerseits auf die Störung bezogen und zielt auf eine konkrete Veränderung des Essverhaltens, andererseits umfasst sie die Bearbeitung der psychodynamisch relevanten Konflikte, die das dysfunktionale Essverhalten unterhalten sowie die Verbesserung defizitärer Ich-Funktionen (s. auch Reich 2007, 2010). Das Manual zur kognitiv-behavioralen Psychotherapie im Rahmen der Studie orientiert sich an Vorarbeiten von Fairburn und Cooper (1993), Legenbauer und Vocks (2006) und Tuschen-Caffier und Florin (2002).

Die OPD-KJ-Ratings wurden in Heidelberg und Göttingen von geschulten Ratern durchgeführt. Alle nahmen an Schulungen teil, die von W. Bauers aus Göttingen über einen Zeitraum von fünf Tagen durchgeführt wurden. Anhand von Videos wurde die Durchführung der Interviews besprochen. Insgesamt wurden mit 75 essgestörten Patientinnen im Alter von 14-20 Jahren Interviews an den Zentren Heidelberg und Göttingen durchgeführt. Alle Interviews wurden audiovisuell aufgezeichnet. 39 zufällig ausgewählte Aufzeichnungen wurden von jeweils drei Ratern unabhängig voneinander bezüglich der OPD-KJ-Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ eingeschätzt.

2.2 Stichprobe

Die Reliabilität der OPD-KJ wurde an 39 Patientinnen überprüft, die an der Studie „Randomisiert-kontrollierte Therapiestudie zur psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Behandlung von Jugendlichen mit Bulimia nervosa und atypischer Bulimia nervosa“ teilgenommen hatten. Aufgrund des Studiendesigns waren alle Studienteilnehmer weiblich. Die Patientinnen waren im Durchschnitt 18,6 (SD = 1,87) Jahre alt. Alle waren Jugendliche bzw. junge Erwachsene. 63 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen lebten bei einem oder beiden Eltern. Eine Patientin (1,3 %) lebte in einer Pflegefamilie. 9 % wohnten alleine, 16 % in einer Wohngemeinschaft und 6 % mit einem Partner zusammen. 76 % der Patientinnen sind überwiegend bei beiden Eltern aufgewachsen und 19 % nur bei ihrer Mutter. 5 % der Studienteilnehmerinnen hatten keine Geschwister. Mit einem Geschwister sind 56 % der Patientinnen aufgewachsen und 26 % mit zwei Geschwistern. Rund 10 % lebten mit drei oder mehr Geschwistern in einer Familie.

Aufgrund ihres Alters ging mehr als ein Drittel der Patientinnen (38 %) noch zur Schule. Eine Patientin (3 %) hatte einen Hauptschulabschluss und 8 % der Patienten hatten einen Realschulabschluss. Über die Hälfte der Patientinnen (51 %) hatte ihre Schullaufbahn mit dem Abitur abgeschlossen. Elf (28 %) der jungen Frauen befanden sich in einem Studium, sieben (18 %) Patientinnen machten eine Ausbildung und drei (8 %) waren Angestellte. Eine Teilnehmerin war arbeitslos und eine Frau machte zu ihrer Berufstätigkeit keine Angabe. Bei 74,4 % (N = 29) der Patientinnen wurde die Hauptdiagnose Bulimia nervosa gestellt. Eine atypische Bulimia nervosa hatten nur zehn Patientinnen (25,6 %). Bei dreizehn (33 %) Patientinnen wurden eine oder mehrere komorbide psychische Störungen diagnostiziert. Der essstörungsspezifische Gesamtwert des mittels Interview erhobenen EDE lag bei $M = 3,42$ (SD = 1,12). Der selbstberichtete Gesamtwert des korrespondierenden Fragebogens EDE-Q lag im Mittel bei 3,74 (SD = 1,22).

Die klinische Validität der OPD-KJ wurde an einer größeren Stichprobe von 75 Patientinnen mit Bulimia nervosa überprüft. Die Patientinnen dieser Stichprobe waren im Mittel 18,32 Jahre alt (SD = 1,94; Range 14-20 J.). 65,33 % lebten altersentsprechend mit beiden oder einem Elternteil. Mit einem Partner lebten 6,67 %, in einer Wohngemeinschaft 16 % und allein 8 % der Patientinnen. Die Diagnose Bulimia nervosa wurde bei 76 % der Patientinnen diagnostiziert. 24 % hatten eine atypische Bulimia nervosa. Im Mittel lag der Gesamtwert des EDE bei 3,29 (SD = 1,08) und der Fragebogengesamtwert des EDE-Q bei $M = 3,51$ (SD = 1,22).

Die OPD-KJ-Ratings wurden von sechs Ratern, jeweils drei in Heidelberg und drei in Göttingen, durchgeführt. Im Durchschnitt lag das Alter der Rater bei 36,33 Jahren (SD = 7,55; Range 28-46). Alle Rater waren weiblich und Diplom-Psychologinnen mit klinischer Erfahrung. Jeweils zwei Rater in Heidelberg und Göttingen befanden sich in Psychotherapeutischer Ausbildung bzw. hatten diese bereits abgeschlossen.

2.3 Messinstrumente

Die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ)* umfasst die vier psychodynamische Achsen: *Beziehung, Konflikt, Struktur und Behandlungsvoraussetzungen*. In der hier beschriebenen Studie wurden ausschließlich die Achsen *Konflikt* und *Struktur* erhoben.

Die Achse Konflikt in der OPD-KJ beschreibt intrapsychische Konflikte, die eine zentrale Rolle bei der Entstehung von psychischen Störungen spielen. Unter Konflikt werden hier einander widerstrebende Motive, Bestrebungen und Verhaltenstendenzen verstanden. Diagnostisch relevant sind zeitlich überdauernde innerpsychische Konflikte, die zu unterscheiden sind von interpersonellen Aktualkonflikten, die z. B. zwischen Jugendlichen und ihren Eltern oft entstehen und größtenteils bewusst ablaufen.

Jede Entwicklungsstufe beinhaltet für Kinder Entwicklungsaufgaben, die aus einer Lücke in der Passung zwischen den kindlichen Bedürfnissen und den elterlichen Faktoren (z. B. Beziehungsangebot, Erwartungen) hervorgehen. Wenn im Laufe der Entwicklung konfliktvolle Perspektiven, z. B. der Wunsch nach Nähe und das Bedürfnis nach Abgrenzung, nicht erfolgreich integriert werden können, wird die Entwicklung verzögert bzw. gehemmt. In bestimmten Situationen werden anstelle von veränderlichen, adaptiven Reaktionen immer wieder ähnliche, mit der Zeit dysfunktional werdende Reaktionsmuster gezeigt.

In der OPD-KJ werden folgende Konfliktthemen differenziert:

1. Abhängigkeit versus Autonomie

Auf der Grundlage einer sicheren Bindungserfahrung sollten flexible und wechselseitige Beziehungen entwickelt werden können, die das gemeinsame Erleben von Abhängigkeit und Autonomie innerhalb derselben Beziehung erlauben. Der Konflikt wird ausgelöst durch Angst vor Nähe und/oder Distanz, wenn eine sichere Bindungserfahrung fehlt.

2. Unterwerfung versus Kontrolle

Die Pole Macht-Ohnmacht, Selbst- vs. Fremdkontrolle, Gehorsam-Auflehnung beschreiben diesen Konflikt, der umso ausgeprägter ist, je rigider bzw. gewährender der Erziehungsstil bzw. die gesellschaftlichen Normen sind.

3. Versorgung versus Autarkie

Mit dem Alter wachsende Eigenständigkeit und materielle wie emotionale Selbstversorgung stehen hier im Konflikt mit dem „versorgt Werden“.

4. Selbstwertkonflikte (Selbst- versus Objektwert)

Selbstwertkonflikte sind narzisstische Konflikte, die eng mit der Frustration verbunden sind, nicht geliebt und anerkannt zu werden, dagegen häufig Kränkungen und Misserfolge zu erleben.

5. Loyalitätskonflikte (Über-Ich- und Schuld-Konflikte)

Von einem Loyalitäts-Konflikt im pathologischen Sinne spricht man dann, wenn Loyalitätskonflikte, verbunden mit Schuldgefühlen zeitüberdauernd und nur in den Beziehungen zu den Eltern, aber nicht in außerfamiliären Beziehungen erscheinen.

Der vorherrschende Affekt ist das Schuldgefühl, in Abgrenzung von den Schamgefühlen bei Selbstwertkonflikten.

6. Ödipal-sexuelle Konflikte

Bei diesem Konflikt geht es ursprünglich um die Auseinandersetzung mit der Sexualität der Eltern, danach mit der eigenen sexuellen Identität.

7. Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz)

Ein Identitätskonflikt (oder Selbstkonflikt) entsteht aufgrund widersprüchlicher aber differenzierter Selbstbilder und setzt deshalb eine gewisse strukturelle Integrationsreife voraus.

Die o. g. Themen werden auf einer vierstufigen Skala zu den Werten *nicht vorhanden* (0), *vorhanden und wenig bedeutsam* (1), *vorhanden und bedeutsam* (2) bzw. *vorhanden und sehr bedeutsam* (3) zugeordnet. Zudem werden die zwei bedeutendsten Konflikte bestimmt. Bei der Verarbeitung intrapsychischer Konflikte werden zwei Wege unterschieden, die für jedes o. g. Konfliktthema beschrieben werden: der aktive und der passive Modus. Unter dem passiven Verarbeitungsmodus verstehen die Autoren einen regressiven Umgang mit dem Konflikt, während der aktive Modus den kontraprophischen, reaktionsbildenden Umgang kennzeichnet (Rudolf u. Grande, 2006). Ankerbeispiele in drei Altersstufen (1,5-5 Jahre; 6-12 Jahre; 13 Jahre und älter) beschreiben die alterstypischen Erscheinungsformen der genannten Konflikte.

Mittels der OPD-KJ-Achse *Struktur* wird im psychodynamischen Sinn die Struktur des Selbst und ihre Beziehung zu den Objekten beschrieben (Rudolf, 2004). Die Theorie hierzu umfasst Aspekte der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, der empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung und der Bindungsforschung. Nach dem Verständnis der OPD ist die psychische Struktur eine individuelle Disposition im Erleben und Verhalten, die bestimmte Reaktionsbereitschaften in der Interaktion mit der Umwelt wahrscheinlich macht (Arbeitskreis OPD, 2006). Sie wird als eine Reihe von Funktionen beschrieben, mit denen das Selbst die Beziehung zu sich (Subjekt) sowie zu seiner Umgebung (Objekte) reguliert. In der OPD-KJ werden drei grundlegende Dimensionen der psychischen Struktur unterschieden und auf ihren Integrationsgrad hin eingeschätzt. Die Strukturdimension *Steuerung (und Abwehr)* umfasst die Unterfunktionen Negativer Affekt, Selbstgefühl, Impulssteuerung, Steuerungsinstanz und Konfliktbewältigung. Beurteilt wird der Umgang mit diesen Funktionen in Bezug auf das Selbst und Andere. Die Dimension *Selbst- und Objektwahrnehmung* wird über Selbsterleben, Selbst-Objekt-Differenzierung, Objekterleben und Empathie und objektbezogenen Affekte erfasst. Die dritte Strukturdimension, die *Kommunikativen Fähigkeiten*, umfasst die Unterfunktionen Kontakt, Entschlüsselung fremder Affekte, kommunikative Funktion eigener Affekte, Reziprozität, internalisierte Kommunikation. Das Manual sieht für jede Strukturkategorie die Bestimmung des Integrationsniveaus vor. Es wird für die Unterfunktionen der Dimensionen einzeln und für jede Dimension im Gesamten die Integration beurteilt. Bei der Beurteilung der strukturellen Fähigkeiten gilt die diagnostische Frage den situativen, qualitativen, zeitlichen und

Unterstützung betreffenden Aspekten: In welcher Situation, in welcher Ausprägung, wie lange und mit wie viel Unterstützung kann ein Kind/ein Jugendlicher die in den altersspezifischen Ankerbeispielen beschriebenen adaptiven Leistungen zeigen. Das Integrationsniveau kann vier Stufen – *gut integriert*, *mäßig integriert*, *gering integriert*, *desintegriert* – zugeordnet werden. In der ersten Version der OPD-KJ (2003) konnten noch drei zusätzlichen Zwischenstufen erfasst werden. Wir haben diese Einteilung für unsere Studie übernommen, um bei unserer ausschließlich essgestörten Patientinnenklientel eine etwas größere Variationsbreite zu haben. Dem Rating liegen Ankerbeispiele für drei Altersstufen zugrunde, die die Einschätzung präzisieren sollen.

Die *Eating Disorder Examination (EDE)* (Version 12.0D, Fairburn u. Cooper 1993; dt. Hilbert, Tuschen-Caffier, Ohms 2004, Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006) dient als strukturiertes Experteninterview zur Diagnostik der Essstörungen und zur Erfassung der essstörungsspezifischen Psychopathologie bei Jugendlichen und Erwachsenen. Seine 36 Items erfassen die Kernmerkmale von Essstörungen auf der kognitiv-emotionalen Ebene sowie auf der Verhaltensebene. Auf einer Skala von 0 (Merkmal war nicht vorhanden) bis 6 (Merkmal war an jedem Tag bzw. in extremer Ausprägung vorhanden) werden die Merkmale hinsichtlich ihrer Ausprägung in Häufigkeit und Intensität während der letzten 28 Tage geprüft. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) des Gesamtwerts weist einen Wert von $\alpha = .93$ für die essgestörte Validierungsstichprobe auf. Die Test-Retest-Reliabilität liegt für den Gesamtscore bei $r_{tt} > .99$ und ist als sehr gut einzustufen. Der EDE differenziert sowohl zwischen nichtessgestörten und essgestörten Personen, als auch zwischen verschiedenen Essstörungsgruppen (Hilbert et al., 2004).

Die *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)* (Fairburn u. Beglin, 1994; deutsche Fassung: Hilbert, Tuschen-Caffier, Karwautz, Niederhofer, Munsch, 2007) zur Erfassung von Essstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen ist die Fragebogenversion des EDE. Es ist ein Selbsteinschätzungsinstrument, das die spezifische Psychopathologie der Essstörungen erfassen soll. Seine vier Subskalen sind mit den Skalen des EDE deckungsgleich. Wie der EDE lehnt es sich an die Diagnosekriterien von Essstörungen nach DSM-IV bzw. ICD-10 an. Sowohl die englische als auch die deutsche Version erfüllen die psychometrischen Gütekriterien, welche den Test als valides Verfahren mit hohen internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha: $\alpha = .97$ für den Gesamtwert und $\alpha = .85$ bis $.93$ für die Subskalen) und differenzierten Normwerten auszeichnen (Mond, Hay, Rodgers, Owen, Beumont, 2004). Die Test-Retest-Reliabilitäten liegen bei $r_{tt} > .67$ und sind somit als zufriedenstellend einzustufen (Hilbert et al., 2007).

2.4 Statistische Auswertung

Für die Raterübereinstimmung wurden Intraklassen-Korrelationen nach Shrout und Fleiss (1979) berechnet. Zur Prüfung des Interrater-Reliabilitätsmaßes werden meist gewichtete κ_w -Koeffizienten (weighted kappa; Cohen, 1968) herangezogen. Dies wird üblicherweise gerechnet, wenn zwei Beobachter m Objekte bezüglich mindestens intervallskalierten Merkmalen beurteilen (Bortz, 1990). Als ein Spezialfall von κ_w

kann man die Intraklassen-Korrelation für mehr als zwei Beobachter betrachten, die bei einer korrekten Gewichtung des κ_w -Koeffizienten mit diesem vergleichbar oder sogar identisch sind (Wirtz u. Caspar, 2002). Die Validität der Achsen wurde mittels Häufigkeits- und Korrelationsanalyse evaluiert. Es wurde die Häufigkeitsverteilung des wichtigsten Konflikts sowie die Zusammenhänge zwischen der OPD-KJ-Achse „Struktur“ und den klinischen Skalen zur Diagnostik von Essstörungen ermittelt. Die statistischen Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SAS 9.2 (2002)

3 Ergebnisse

3.1 Reliabilität der Achsen Konflikt und Struktur

Insgesamt bewegen sich die Konkordanzwerte der Konflikt-Achse (ICC = 0,68-0,97) zwischen guter (ICC = 0,68) und hervorragender Übereinstimmung (ICC = 0,97) der Rater (Tab. 1). Der niedrigste Wert ist dem Identitätskonflikt zuzuordnen, dessen Raterübereinstimmung bei ICC = 0,68 liegt und somit als gut zu bewerten ist. Die übrigen Konfliktkategorien zeigen hervorragende Konkordanzwerte zwischen ICC = 0,76 und 0,94. Die höchste Raterübereinstimmung liegt mit einem Wert von ICC = 0,97 bei der Beurteilung der konflikthaften Lebensbelastungen. Die Konkordanzwerte für die Einschätzung des Verarbeitungsmodus und des wichtigsten Konflikts zeigen mit sehr hohen Werten von 0,96 und 0,87 eine hervorragende Übereinstimmung. Die Beurteilung des zweitwichtigsten Konfliktes ist mit einem Wert von 0,73 als gut zu bewerten.

Tabelle 1: Interrater-Reliabilität für die Achse Konflikt (N = 39)

Konflikt	M	SD	Min-Max	Intraklassen-Korrelation
Abhängigkeit vs. Autonomie	0,86	0,64	0-3	0,90
Unterwerfung vs. Kontrolle	1,06	0,84	0-3	0,94
Versorgung vs. Autarkie	1,56	0,91	0-3	0,91
Selbstwertkonflikte (Selbst- vs. Objektwert)	1,67	0,88	0-3	0,85
Loyalitätskonflikte (Schuld- und Über-Ich-Konflikte)	1,27	0,90	0-3	0,88
Ödipal-sexuelle Konflikte	0,54	0,77	0-3	0,76
Identitätskonflikte (Identität vs. Dissonanz)	1,07	0,97	0-3	0,68
Konflikthafte Lebensbelastungen	0,65	0,91	0-3	0,97
Modus der Verarbeitung				0,96
Wichtigster Konflikt				0,87
Zweitwichtigster Konflikt				0,73

Der Range der Intraklassen-Korrelationen ist für die Achse Struktur mit ICC = 0,57 bis ICC = 0,96 etwas größer als in der Konfliktachse (Tab. 2). Auf der Struktur-Achse

findet man eine sehr hohe Übereinstimmung bei dem Struktur-Gesamtwert ($ICC = 0,91$). In der Kategorie *Kommunikative Fähigkeiten* finden sich durchweg Übereinstimmungen, die als hervorragend bezeichnet werden können (s. Tab. 2). Beachtliche Konkordanzen zeigen sich in den Fähigkeitsbereichen *Internalisierte Kommunikation* ($ICC = 0,96$), *Entschlüsselung fremder Affekte* ($ICC = 0,93$) und *Kontakt* ($ICC = 0,92$). Etwas niedrigere aber immer noch hohe bis sehr hohe Übereinstimmungen finden sich im Bereich des *Selbst- und Objekterlebens*. Die höchsten Übereinstimmungen zeigen sich hier im Bereich *Empathie und objektbezogene Affekte* ($ICC = 0,91$) und dem Gesamtwert-Selbst- und Objekterleben ($ICC = 0,90$). Die niedrigste Übereinstimmung der Rater wurde für diesen Bereich für die *Selbst-Objekt-Differenzierung* erreicht, die mit einem Wert von $ICC = 0,74$ als gut bezeichnet werden kann. In der Kategorie *Steuerung* sind die Übereinstimmungen ebenfalls fast durchgängig als hervorragend zu bezeichnen ($ICC = 0,84$ - $0,80$). Einzige Ausnahme ist der Fähigkeitsbereich *Impulssteuerung*, für den eine moderate Übereinstimmung von $ICC = 0,57$ erzielt wurde.

Tabelle 2: Interrater-Reliabilität für die Achse Struktur ($N = 39$)

Struktur	M	SD	Min-Max	Intraklassen-Korrelation
Kommunikative Fähigkeiten				
Kontakt	3,67	0,87	2-6	0,92
Entschlüsselung fremder Affekte	3,69	0,69	2-6	0,93
Kommunikative Funktion eigener Affekte	4,09	0,79	2-6	0,88
Reziprozität	3,85	0,79	2-6	0,90
Internalisierte Kommunikation	3,94	0,81	2-6	0,96
Kommunikation Gesamtwert	3,90	0,75	2-6	0,91
Selbst- und Objekterleben				
Selbsterleben	3,89	0,78	2-5	0,88
Selbst-Objekt-Differenzierung	3,95	0,71	2-5	0,74
Objekterleben	3,82	0,74	2-5	0,89
Empathie und objektbezogene Affekte	3,97	0,77	2-5	0,91
Gesamtwert	4,00	0,71	2-5	0,90
Steuerung				
Negativer Affekt	4,01	0,61	2-5	0,82
Selbstgefühl	4,21	0,67	2-5	0,84
Impulssteuerung	4,16	0,43	3-5	0,57
Steuerungsinstanz	3,62	0,68	2-5	0,80
Konfliktbewältigung	3,93	0,68	2-5	0,83
Steuerung Gesamtwert	4,01	0,53	3-5	0,81
Struktur Gesamtwert	3,94	0,64	2-5	0,91

3.2 Validität der Achse Struktur

Die Auswertung der Korrelationen mit der Strukturachse beschränkte sich auf die Gesamtwerte der drei Strukturbereiche *Kommunikative Fähigkeiten*, *Selbst- und Objekterleben*, *Steuerung* sowie dem Strukturgesamtwert (s. Tab. 3). Die Korrelationen wurden berechnet mit dem Selbsteinschätzungsfragebogen zur Essstörungssymptomatik EDE-Q. Hier zeigen sich für den Strukturbereich *Kommunikative Fähigkeiten* durchgängig statistisch signifikante Korrelationen mit den Skalen des EDE-Q. Dies bedeutet, je geringer die kommunikativen Fähigkeiten integriert sind, desto mehr Symptomatik bezüglich gezieltem Essverhalten, Sorgen um das Essen, Sorgen um das Gewicht und die Figur weisen die Patientinnen auf. Ebenfalls signifikante Zusammenhänge finden sich im Strukturbereich *Steuerung*. In diesem Bereich zeigen sich signifikante Korrelationen mit den Sorgen ums Essen, um das Gewicht und die Figur sowie dem EDE-Q-Gesamtwert. Auch hier ist die Symptomatik in den genannten Bereichen umso ausgeprägter je geringer die Fähigkeiten des Bereichs Steuerung integriert sind. Der Strukturbereich *Selbst- und Objekterleben* weist keine statistisch signifikanten Korrelationen mit der Essstörungssymptomatik auf. Der Strukturgesamtwert zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtwert des EDE-Q. Insgesamt stützen die empirischen Ergebnisse die Hypothese, dass Bulimia nervosa mit Störungen der strukturellen Fähigkeiten zusammenhängt.

Tabelle 3: Korrelationen der OPD-KJ Achse Struktur mit dem Eating Disorder Examination Questionnaire (N = 75)

Struktur	EDE-Q gezieltes Essen	EDE-Q Essenssorgen	EDE-Q Gewichtssorgen	EDE-Q Figursorgen	EDE-Q Gesamtwert
Kommunikative Fähigkeiten	0,26*	0,25*	0,28**	0,33**	0,33**
Selbst- und Objekterleben	0,16	0,08	0,07	0,10	0,13
Steuerung	0,17	0,23*	0,33**	0,31**	0,33**
Struktur Gesamtwert	0,16	0,19	0,16	0,20	0,23*

Anmerkung: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

3.3 Der Zusammenhang zwischen Konflikt und Diagnose

Die Auswertung der Konflikthäufigkeit bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa bzw. atypischer Bulimia nervosa zeigte, dass der *Selbstwertkonflikt* der häufigste Konflikt (37,3 %) in der Gesamtstichprobe war (s. Tab. 4). Für Patientinnen mit Bulimia nervosa war die Häufigkeit mit 41,4 % sogar noch etwas höher. Für die Patientinnen mit der Diagnose atyp. Bulimia nervosa bzw. EDNOS zeigte sich der *Selbstwertkonflikt* gemeinsam mit dem *Identitätskonflikt* nur als der zweithäufigste Konflikt mit 23,5 %.

Der häufigste Konflikt war hier der *Versorgung-Autarkie*-Konflikt (29,4 %). Dieser war der zweithäufigste Konflikt in der Diagnosegruppe *Bulimia nervosa* (20,7 %) und der zweithäufigste Konflikt (37,3 %) für die Gesamtpatientengruppe (N = 75). Eine größere Häufigkeit des *Abhängigkeit-Autonomie*-Konflikts konnte nicht ermittelt werden. Somit zeigen sich vermehrt *Selbstwertkonflikte* und *Versorgung-Autarkie*-Konflikte bei Patientinnen mit *Bulimia nervosa* oder atypischer *Bulimia nervosa*.

Tabelle 4: Wichtigster Konflikt nach OPD-KJ bei *Bulimia nervosa*

Konflikt	F50.2 Bulimia nervosa	F50.3 atyp. Bulimia nervosa	Gesamt
Abhängigkeit vs. Autonomie	6 (10,34 %)	0 (0,00 %)	6 (8,00 %)
Unterwerfung vs. Kontrolle	6 (10,34 %)	1 (5,88 %)	7 (9,33 %)
Versorgung vs. Autarkie	12 (20,69 %)	5 (29,41 %)	17 (22,67 %)
Selbstwertkonflikte (Selbst- vs. Objektwert)	24 (41,38 %)	4 (23,53 %)	28 (37,33 %)
Loyalitätskonflikte (Schuld- und Über-Ich-Konflikte)	4 (6,90 %)	2 (11,76 %)	6 (8,00 %)
Ödipal-sexuelle Konflikte	1 (1,72 %)	1 (5,88 %)	2 (2,67 %)
Identitätskonflikte (Identität vs. Dissonanz)	5 (8,62 %)	4 (23,53 %)	9 (12,00 %)
	58	17	75

4 Diskussion

Die Überprüfung der Interrater-Reliabilität für die Achsen *Konflikt* und *Struktur* der OPD-KJ zeigt gute bis hervorragende Übereinstimmungen zwischen den geschulten Ratern. Einzig im Strukturbereich Steuerung fand sich für die Impulssteuerung eine nur zufriedenstellende Übereinstimmung. Insgesamt sind die Werte für die Raterübereinstimmung höher als die Werte aus der OPD-E (Cierpka et al., 2007). Im Vergleich mit ersten Interrater-Studien aus der OPD-KJ (Benecke et al., 2011), sind die Übereinstimmungen vergleichbar hoch, obwohl in der vorliegenden Studie die Übereinstimmung von jeweils drei Ratern pro Interview ermittelt wurde. In der Studie von Benecke et al. (2011) wurde die Übereinstimmung von zwei Ratern ermittelt. Das hohe Ausmaß an Übereinstimmung dürfte auch damit zusammenhängen, dass nur weibliche Patientinnen mit einer bulimischen Essstörung interviewt und eingeschätzt wurden. Da in einer bestimmten Patientengruppe Konfliktthemen und strukturelle Störungen zum Teil ähnlich sind, kann somit eine Orientierung an der Patientengruppe stattfinden. Nach Weitkamp et al. (2012) führt allein die klinische Arbeit vor allem für die Einschätzung der Struktur-Achse dazu, dass intuitiv ähnlich, weil über die Patienten vergleichend, geratet wird. Des Weiteren wurden alle Fälle nach den abgeschlossenen Einzelratings anschließend noch im Team diskutiert. Die Orientierung an einem Raterteam und der regelmäßige Aus-

tausch führt ebenfalls zu einer höheren Übereinstimmung der Rater (vgl. Benecke et al., 2011). Die relativ geringe, aber immer noch moderate Übereinstimmung im Bereich der strukturellen Fähigkeit *Impulssteuerung* ist daher zunächst überraschend. Probleme mit der Impulssteuerung sind ein zentraler Aspekt der Symptomatik einer Bulimia nervosa. Allerdings zeigen sich diese eher im Verhalten. Die klinische Erfahrung (Reich, 2007, 2010) zeigt, dass Probleme in diesem Bereich im Gespräch aus Schamgründen eher heruntergespielt werden. Die starke Präsenz der Selbstwertkonflikte weist ebenfalls darauf hin, dass der Schamaffekt bei dieser Patientinnengruppe bedeutsam ist. Diese Zusammenhänge sind weiter zu überprüfen. Das Selbstwert- und Autarkie-Versorgungskonflikte bei den Patientinnen im Vordergrund stehen, passt ebenfalls hierzu. Patientinnen mit Bulimia nervosa zeigen ihre bedürftigen, abhängigen Seiten eher ungern.

Die Korrelationsergebnisse der OPD-Achse *Struktur* mit dem Selbsteinschätzungsbogen zu Essstörungssymptomen zeigen die erwarteten signifikanten Zusammenhänge. Strukturelle Störungen, welche die Ich-Funktionen einschränken, stehen bei Bulimikerinnen im Vordergrund (Senf, 1989). Vor allem zeigen kommunikative Fähigkeiten und Steuerungsfähigkeiten statistisch signifikante Zusammenhänge zu Essstörungssymptomen. Je geringer die Fähigkeit ist, sich anderen mitzuteilen und sich sowie andere zu verstehen und je geringer die Fähigkeit der Steuerung z. B. eigener Impulse, negativer Affekte und die Fähigkeit zur Konfliktbewältigung, desto ausgeprägter sind die Essstörungssymptome. Dies entspricht in hohem Maße den klinischen Erfahrungen. Patientinnen mit Bulimia nervosa können negative Affekte z. B. Trauer oder Angst (Reich, 2007) sowie eigene Impulse weder adäquat kommunizieren noch aushalten. Die Fähigkeiten zum Selbst- und Objekterleben weisen keine Zusammenhänge mit den Essstörungssymptomen auf. Wie von Schneider et al. (2008) weitgehend belegt, erleben Patienten mit einer gut integrierten Struktur ihren Körper lebendiger und verfügen über ein positiveres Gesamt-Körperkonzept mit positiveren Einstellungen zu Pflege, Körperkontakt, Sexualität, besserer Selbstakzeptanz des Körpers und der eigenen Erscheinung sowie realistischer Einschätzung bezüglich der Wahrnehmung durch andere als Patienten mit gering integrierter Struktur. Da diese Aspekte bei Patientinnen mit Bulimia nervosa weitgehend Einschränkungen unterliegen, entsprechen unsere Ergebnisse den theoretischen Erwartungen. Insgesamt können die Ergebnisse als Hinweis auf die Validität der Achse *Struktur* gewertet werden.

Entsprechend der psychodynamischen Theorien wären aufgrund der strukturellen Störungen bei unserem Patientinnenklientel hauptsächlich Abhängigkeit-Autonomie- und Selbstwertkonflikte zu erwarten gewesen (vgl. auch Reich, 2001; Reich u. Cierpka, 2005). Die Überprüfung der Häufigkeiten des wichtigsten OPD-Konflikts in unserer Stichprobe mit bulimischen Patientinnen zeigt sich nur im Hinblick auf den Selbstwertkonflikt erwartungskonform. Ein Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt konnte nur bei rund 8 % der Patientinnen als wichtigster Konflikt diagnostiziert werden. Die Ergebnisse von Seiffge-Krenke (2012) entsprechen eher der weiteren Häufigkeitsverteilung der wichtigsten Konflikte in dieser Studie: Auch Jugendliche mit reiferen zugrundeliegenden Konflikten wie Versorgung-Autarkie-Konflikt und Identitätskonflikt können die gleichen Essstörungssymptome produzieren.

Kritisch kann an dieser Arbeit die Tatsache betrachtet werden, dass alle Personen der Stichprobe weiblich und Patientinnen mit der Diagnose *Bulimia nervosa* waren. Kontrollpersonen oder Patienten mit anderen psychischen Störungsbildern wurden nicht untersucht. Entsprechend sind weitere Reliabilitätsstudien mit heterogenen Störungsbildern und beiden Geschlechtsgruppen notwendig. Insgesamt erweisen sich beide Achsen Konflikt und Struktur der OPD-KJ bei ausreichendem Rater-Training als reliable Instrumente zur Einschätzung von Konflikten und strukturellen Fähigkeiten bzw. Problemen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Arbeitsgruppe OPD-KJ (2003). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – OPD-KJ. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (2007). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Benecke C., Bock, A., Wieser, E., Tschiesner, R., Lochmann, M., Küspert, F., Schorn, R., Viertel, B., Steinmayr-Gensluckner, M. (2011). Reliabilität und Validität der OPD-KJ-Achsen Struktur und Konflikt. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 60-73.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W., Doering, S. (2009). Erste Ergebnisse zur Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 1, 84-96.
- Bortz, J. (1990). Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Berlin: Springer.
- 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.
- Cohen, J. (1968). Weighted Kappa: Nominal Scale agreement with provision for Scaled disagreement of partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220.
- Fairburn, C. G., Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, P. J. (1993). The eating disorder examination (12. Aufl.). In C. G. Fairburn, G. T. Wilson (Hrsg.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (S. 317-360). New York: Guilford Press.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. (2006). Eating Disorder Examination-Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung. Münster: Verlag für Psychotherapie, PAG Institut für Psychologie AG.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwautz, A., Niederhofer, H., Munsch, S. (2007). Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung. *Diagnostica*, 53, 144-154.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Ohms, M. (2004). Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungeninterviews. *Diagnostica*, 50, 98-106.
- Legenbauer, T., Vocks, S. (2006). Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Berlin: Springer.

- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., Beumont, P. J. V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 551-567.
- Reich, G. (2001). Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. In G. Reich, M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen* (S. 51-67). Stuttgart: Thieme.
- Reich, G. (2007). Störungsorientierte psychodynamische Therapie der Bulimie. Leitfaden für eine integrierte Behandlung. *Psychotherapeut* 52, 113-120.
- Reich, G. (2010). Psychodynamische Aspekte von Anorexie und Bulimie. In G. Reich, M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 72-92). Stuttgart: Thieme.
- Reich, G., Cierpka, M. (2005). Essstörungen. In R. Thomasius, U. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention* (S. 107-115). Stuttgart: Schattauer.
- Resch, F., Koch, E. (2012). Bedeutung der Strukturachse für Therapieplanung und Behandlung. *Kinderanalyse*, 20, 4-20.
- Rudolf, G. (2004). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G., Grande T. (2006). Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie. Ein OPD-basierter Leitfaden. *Psychotherapeut*, 51, 276-289.
- SAS System for Windows (2002). V. Cary, NC, SAS Institute Inc.
- Schneider, G., Mendler, T., Heuft, G., Burgmer, M. (2008). Der Körper in der Konflikt- und Strukturdiagnostik der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik – Bezug zu Körperkonzepten in der Selbstauskunft. *Z Psychosom Med Psychother*, 54, 132-149.
- Seiffge-Krenke, I. (2012). Die Konfliktachse der OPD-KJ. Grundlagen, klinische Anwendung und erste empirische Ergebnisse. *Kinderanalyse*, 20, 43-59.
- Senf, W. (1989). Psychoanalytische Betrachtungen zur Bulimie. In A. Kämmerer, B. Klingenspor (Hrsg.), *Bulimie – Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shrout, P. E., Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlation: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Tuschen-Caffier, B., Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Weitkamp, K., Wiegand-Grefe, S., Romer, G. (2012). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): Ein systematischer Review zur empirischen Validierung. *Kinderanalyse*, im Druck.
- Wirtz, M., Caspar, F. (2002). Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzanschrift: Dipl.-Psych. Dr. Annette Stefini, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg, Voßstraße 4, D-69115 Heidelberg;
E-Mail: annette_stefini@med.uni-heidelberg.de

Annette Stefini und Klaus-Thomas Kronmüller, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg; Günter Reich, Ursula Ohmes und Ulrike Frost, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen; Hildegard Horn und Klaus Winkelmann, Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg