

Bauers, Walter / Dietrich, Heiko / Richter, Rainer / Seiffge-Krenke, Inge  
und Völger, Margot

### **Workstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 8, S. 611-622*

urn:nbn:de:bsz-psydok-41852

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

#### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen 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:**

##### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years) . . . . .	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing) . . . . .	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children) . . . . .	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy) . . . . .	27

### Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age) . . . . .	399
FEGER, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping) . . . . .	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children) . . . . .	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood) . . . . .	101
HESEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey) . . . . .	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data) . . . . .	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?) . . . . .	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years) . . . . .	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison) . . . . .	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation) . . . . .	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUF, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists) . . . . .	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project) . . . . .	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach) . . . . .	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort)) . . . . .	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology) . . . . .	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children) . . . . .	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?) . . . . .	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy) . . . . .	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist) . . . . .	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3–4 Months old Infants) . . . . .	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation) . . . . .	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents) . . . . .	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View) . . . . .	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study) . . . . .	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment) . . . . .	86

## Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders) . . . . .	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation) . . . . .	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment) . . . . .	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations) . . . . .	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists) . . . . .	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective) . . . . .	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection) . . . . .	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STREECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

### Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STREECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder)	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

### Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage . . . . .	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling . . . . .	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik . . . . .	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings . . . . .	295
DIPPELHOFFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen . . . . .	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMANN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP . . . . .	381
EGLE, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung . . . . .	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38 . . . . .	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39 . . . . .	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches . . . . .	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder . . . . .	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe . . . . .	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann . . . . .	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis . . . . .	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik . . . . .	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte . . . . .	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik . . . . .	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis . . . . .	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse . . . . .	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation . . . . .	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention . . . . .	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen . . . . .	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen . . . . .	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie . . . . .	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme . . . . .	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter . . . . .	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik . . . . .	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung . . . . .	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes . . . . .	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie . . . . .	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis . . . . .	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache .....	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung .....	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen .....	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt? .....	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung .....	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern .....	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter .....	641
NYSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung .....	300
PAPASTEFANO, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern .....	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen .....	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe .....	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie .....	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes .....	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer .....	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebserkrankter Kinder .....	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten .....	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie .....	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie .....	528
ROTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung .....	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation .....	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren .....	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome .....	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe .....	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität .....	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können .....	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik .....	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung .....	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospielen: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern .....	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie .....	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung .....	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma . . . . .	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie . . . .	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe . . . . .	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer . . . . .	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher . . . . .	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten . . . . .	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit . . . . .	373
WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis . . . . .	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter . . . . .	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter . . . . .	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment . . . . .	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch . . . . .	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik . . . . .	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule . . . . .	717

Editorial / Editorial . . . . .	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events . . . . .	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements . . . . .	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797



# Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt

Walter Bauers, Heiko Dietrich, Rainer Richter, Inge Seiffge-Krenke und Margot Völger

## Summary

### Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict

Conflict according to the OPD is understood as a lasting and unconscious inner conflict, which should be described on the background of the child's or adolescent's developmental state. In accordance with the adult OPD the following seven conflicts can be differentiated: Dependence versus autonomy, submission versus control, desire for care versus autarchy, conflicts of self-value (narcissistic conflicts, self-value versus object-value), conflicts of loyalty (guilt conflicts, egoistic versus pro-social tendencies), oedipal sexual conflicts, identity conflicts (identity versus dissonance). These conflicts have been operationalized for 6 domain of daily living – family, peers, kindergarten/school, property, play and illness – for the developmental phases (2-5, 6-11, and older than 12 years) separately.

## Zusammenfassung

Konflikt in der OPD meint einen intrapsychischen, zeitlich überdauernden, unbewußten Konflikt, der bei Kindern und Jugendlichen nur vor dem Hintergrund des jeweiligen Entwicklungsstands festgestellt werden kann. In Anlehnung an die OPD-E wurden sieben Konflikt-Themen voneinander unterschieden: Abhängigkeit vs. Autonomie, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autarkie, Selbstwertkonflikte, Loyalitätskonflikte, ödipal-sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte. Diese Konflikt-Themen wurden für sechs verschiedene Lebensbereiche – Familie, Gleichaltrige, Kindergarten/Schule, Besitz, Spiel und Krankheit – und für drei Entwicklungsphasen (2-5, 6-11 und  $\geq 12$  Jahre) operationalisiert.

## 1 Grundsätzliche Überlegungen

Die Arbeitsgruppe zur Achse III<sup>1</sup>, der Konflikt-Achse, hat sich seit ihrer Konstituierung im Dezember 1996 regelmäßig zu acht eintägigen Arbeitstreffen getroffen. Ihre Mitglieder – analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologische Psychotherapeuten – haben eine psychoanalytische oder tiefenpsychologische Zusatzausbildung abgeschlossen (zwei von ihnen stehen vor dem Abschluß). Anfangs standen diejenigen Fragen und Probleme im Zentrum der Arbeit, die dann nach ausführlicher Diskussion vom Plenum der Arbeitsgemeinschaft

OPD-KJ für alle Achsen verbindlich festgelegt wurden: (a) die Festlegung von vier Entwicklungsphasen (vgl. Resch et al. 1998); (b) die Festlegung von Rahmenbedingungen und Setting der OPD-KJ-Diagnostik (Gespräche ggf. Spiel mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern, Beobachtung beim Spiel); (c) die Konflikt-Diagnostik unter Bezug auf das biographische Material sowie die szenische Darstellung; (d) die Beachtung eines möglicherweise vorausgehenden, zeitlich überdauernden intrapsychischen Konflikts der Eltern .

Außerdem wurden folgende Probleme diskutiert, die für die Entwicklung der Achse III spezifisch sind:

- (a) Die Maßgabe, daß die OPD-KJ so weit wie möglich der OPD-E entsprechen soll, vereinfachte einerseits die Diskussion, andererseits war sie mit Schwierigkeiten deswegen verbunden, weil andere Klassifikationen für das Kindesalter möglicherweise angemessener als die vorgegebene sind.
- (b) Es gab eine Diskussion darüber, ob die körperliche Entwicklung einen eigenen Lebensbereich darstellt, in dem sich zeitlich überdauernde, intrapsychische Konflikte manifestieren. Es wurde Konsens erzielt, auf einen weiteren Lebensbereich zu verzichten, da sich alle Konflikte auch in den bereits bestehenden Lebensbereichen darstellen. Aus diesem Grund sollen in den beiden Verarbeitungsmodi immer auch Operationalisierungen unter Bezug auf das Körpererleben erfolgen. Dabei sollen, soweit nötig und möglich, auch geschlechtsspezifische Verhaltens- und Erlebnisweisen berücksichtigt werden. Beim jetzigen Stand der Operationalisierung wird deutlich, daß beide Ansprüche nur begrenzt erfüllt wurden.
- (c) Schwierigkeiten ergaben sich auch bei der Übertragung der Konzepte der OPD-E für den dysfunktionalen, zeitlich überdauernden Konflikt, für den Aktualkonflikt und für den äußeren Konflikt. Hier führte eine Diskussion mit Mitgliedern der OPD-E zu einer weitgehenden Klärung, die in die folgenden Ausführungen eingegangen ist.

## 2 Definition des Konflikts: Aktualkonflikte und zeitlich überdauernde Konflikte

In ihrer Arbeit beschäftigte sich die Arbeitsgruppe des weiteren mit der „Passung“ der Konfliktdefinition aus der OPD-E für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Im Sinne der OPD-E wird von einem Konflikt erst dann gesprochen, wenn er *intrapsychisch*

---

<sup>1</sup> Der Arbeitsgruppe gehören an: Walter Bauers (analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Tiefenbrunn – Krankenhaus für Psychotherapie, psychiatrie und psychosomatische Medizin des Landes Niedersachsen); Dr. Barbara Diepold (niedergelassene analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Göttingen); Dr. Heiko Dietrich (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln); Prof. Dr. Rainer Richter (Sprecher der AG; Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf); Dipl.-Psych. Annemarie Schübler (niedergelassene analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Innsbruck); Prof. Dr. Gerhard Schübler (Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck); Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke (Abteilung Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie, Psychologisches Institut der Universität Mainz); Dr. Margot Völger (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité CVK, Humboldt Universität Berlin).

ist und eine *zeitlich überdauernde* Qualität hat. Präzisierend können wir aus Sicht der OPD-KJ erst dann von einem intrapsychischen Konflikt sprechen, wenn eine Differenzierung in psychische Strukturen stattgefunden hat (GELEERD 1972); die Feststellung eines intrapsychischen Konflikts hängt also vom Entwicklungsstand des Kindes ab. Dabei ist zu bedenken, daß die im folgenden dargestellten überdauernden intrapsychischen Konflikte ein unterschiedliches Entwicklungsniveau voraussetzen. So kann etwa von ödipalen Konflikten generell erst nach Abschluß der ödipalen Phase gesprochen werden; ein im Sinne der OPD intrapsychischer, überdauernder ödipaler Konflikt kann sich zwar in der Latenz andeuten, ist aber erst ab der Pubertät klar diagnostizierbar. Andere Konflikte wie etwa Autarkie-Konflikte können dagegen schon in einer früheren Entwicklungsphase diagnostiziert werden. Darüber hinaus besteht – wie im Erwachsenenalter – eine enge Beziehung zwischen dem Integrationsniveau der Struktur und der Möglichkeit zur Ausbildung umschriebener Konflikte. Bei gering integrierter oder desintegrierter Struktur können bestimmte Konflikte gar nicht differenziert werden.

Die Arbeitsgruppe geht davon aus, daß sich überdauernde intrapsychische Konflikte in einer *Stufenfolge* entwickeln, an deren Beginn der unangemessene Umgang der Eltern mit dem noch sehr kleinen Kind aufgrund eigener, ungelöster intrapsychischer oder interpersoneller (Partnerkonflikte) Konflikte steht. Unangemessenes elterliches Verhalten führt auf seiten des Kindes in den folgenden Jahren zu einer Akzentuierung oder Vernachlässigung in bestimmten Entwicklungsbereichen und schließlich, in Abhängigkeit vom Integrationsniveau der Struktur, zu einem internalisierten Konflikt.

Charakteristisch ist demnach, daß internalisierte Konflikte im Sinne der OPD-KJ eine lange Entwicklungsgeschichte haben und die Entwicklung des Kindes und Jugendlichen in wesentlichen Lebensbereichen behindern. Wie in der OPD-E sind auch in der OPD-KJ die zeitlich überdauernden, intrapsychischen dysfunktionalen Konflikte sowie die Aktualkonflikte (HEUFFT et al. 1997) Gegenstand des diagnostischen Interesses.

Diese sind von manifesten äußeren Konflikten zu unterscheiden, die sich zwischen Eltern und Kindern abspielen, und im Jugendalter besonders häufig sind. Mit Beginn der Pubertät nehmen die äußeren Konflikte in der Interaktion zwischen Eltern und Jugendlichen zu (SMETANA et al. 1991), die nicht notwendigerweise dysfunktional sind, wobei in aller Regel höhere Konfliktraten mit der Mutter als mit dem Vater berichtet werden. Die höchste Rate von Konflikten ist in der Mutter-Tochter-Dyade zu beobachten (SEIFFGE-KRENKE 1997). Einhergehend mit der zunehmenden Verselbständigung und der wachsenden Ebenbürtigkeit in der Beziehung erfolgt dann in der mittleren bis späten Adoleszenz eine deutliche Abnahme an Eltern-Jugendlichen-Konflikten (BAUMRIND 1991).

Während die frühen entwicklungspsychologischen Ansätze die Eltern-Jugendlichen-Konflikte durchweg negativ beurteilten und von einer unüberwindbaren „Generationenkluft“ sprachen, belegt die neuere empirische entwicklungspsychologische Forschung auch die *entwicklungsfördernde Funktion* dieser Eltern-Kind-Konflikte („ohne Konflikte keine Fortentwicklung“) sowie ihre Universalität. Gegenwärtig wird weniger die Tatsache von Eltern-Kind-Konflikten als solche bewertet, sondern ihre relative Häufigkeit. Die einzigen Unterschiede, die man nämlich zwischen Familien mit klinisch auffälligen Kindern und Jugendlichen und Familien mit klinisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen fand, war die Häufigkeit von Konflikten („All families some times, some families all the

time.“). RUTTER et al. (1976) fanden, daß die Konfliktrate in diesen klinisch auffälligen Familien bis zu siebenmal höher lag verglichen mit Normalpopulationen.

In seiner Zusammenfassung von 60 Jahren Familienforschung kommt MONTEMAYOR (1986, S. 29) zu dem Schluß, „that parents and adolescents quarrel since decades about chorus, dishes and galoshes.“ Diese große Ähnlichkeit in den Konflikthanlässen seit mehreren Jahrzehnten weist möglicherweise darauf hin, daß hinter diesen äußeren Konflikten ähnliche überdauernde, intrapsychische Konflikte (wie z. B. Abhängigkeit vs. Autonomie oder ödipal-sexuelle Konflikte) stehen. Auch wenn die oben beschriebenen äußeren Konflikte häufig den Anlaß für eine Vorstellung darstellen, sind es oftmals erst die dahinterstehenden, zeitlich überdauernden intrapsychischen Konflikte, die die Entwicklung behindern und daher eine Behandlung erfordern.

Die Arbeitsgruppe OPD-KJ-Konflikt beschäftigte sich zunächst mit der Verankerung der Konfliktsituationen mit den übrigen Achsen des diagnostischen Systems. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, werden die Konflikte durch das ihnen zugrundeliegende Integrationsniveau der Struktur bestimmt und bilden sich in charakteristischen Beziehungsepisoden ab.

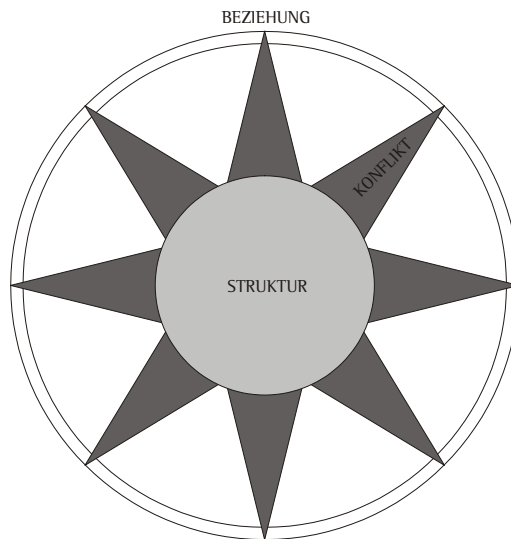


Abb. 1: OPD-Achsen II/III/IV

### 3 Konflikt-Themen und deren Verarbeitung

Die Themen dieser intrapsychischen Konflikte werden weitgehend entsprechend der OPD-E beibehalten, auch wenn nicht alle von ihnen dieselbe Bedeutung für Kinder und Jugendliche haben. In diesem Zusammenhang ist auch das Auftreten normativer und phasenspezifischer Konflikte abzugrenzen, da sie von allen Kindern und Jugendlichen zu bewältigen sind:

- Abhängigkeit versus Autonomie,
- Unterwerfung versus Kontrolle,
- Versorgung versus Autarkie,
- Selbstwertkonflikte (narzißtische Konflikte, Selbst – versus Objektwert),
- Loyalitätskonflikte (egoistische versus prosoziale Tendenzen),
- ödipal-sexuelle Konflikte,
- Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz).

So geht die Arbeitsgruppe beim jetzigen Stand der Diskussion davon aus, daß ödipale Konflikte und Loyalitätskonflikte (im Sinne eines zeitlich überdauernden Konflikts) frühestens in der Entwicklungsphase 2 (6-11 Jahre) diagnostizierbar sind.

Zeitlich überdauernde, intrapsychische Konflikte enthalten gegensätzliche, polare Erlebnis- und Handlungsperspektiven, deren Integration nicht gelingt. Dies ist auch der Grund, warum diese Konflikte als dysfunktional und nicht etwa als entwicklungsfördernd betrachtet werden. Was die Verarbeitung dieser zeitlich überdauernden, intrapsychischen Konflikte angeht, so hat sich die Arbeitsgruppe OPD-KJ-Konflikt weitgehend an die in der Erwachsenenversion vorgeschlagenen Modalitäten gehalten: In jedem Konfliktbereich werden ein *passiver* und ein *aktiver* Modus als Grunderleben menschlichen Handelns voneinander unterscheiden. Wir sprechen dann vom aktiven Modus, wenn eine deutliche *kontraphobische Abwehr* vorliegt und eine *Reaktionsbildung* überwiegt. Beim passiven Modus überwiegen *regressive Abwehrhaltungen*. Die Feststellung eines aktiven oder passiven Modus stellen Prototypen dar, in der klinischen Realität finden sich häufig auch Mischtypen.

Prinzipiell sollten alle Konflikt-Themen bezüglich ihres Vorhandenseins in unterschiedlichen Lebensbereichen und ihrer Wertigkeit beurteilt werden. Die sechs Lebensbereiche der OPD-E wurden dazu den besonderen Bedingungen des Kindes- und Jugendalters angeglichen: (1) Familie; (2) Gleichaltrige, Freunde, Partner; (3) Kindergarten, Schule, Ausbildung; (4) Besitz; (5) Spiel, Freizeit; (6) Krankheit. In der Gesamtbeurteilung sind dann bis zu zwei Konflikte zu akzentuieren, die als besonders bedeutsam und sicher diagnostizierbar eingeschätzt werden. Es ist demnach eine *Hierarchisierung* vorzunehmen, danach, welcher oder welche beiden Konflikte für den Patienten eine herausragende Bedeutung haben. Bei der Klärung dieser Frage kann man sich an folgenden beiden Kriterien orientieren:

- (a) Welcher Konflikt ist erlebens- und verhaltensbestimmend (Pathogenität)?
- (b) Welcher Konflikt behindert die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen am meisten (Dysfunktionalität)?

Im folgenden soll dargestellt werden, wie ein ausgewählter Konflikt für die unterschiedlichen Entwicklungsphasen und die beiden Verarbeitungsmodi operationalisiert wurde.

#### 4 Exemplarisches Beispiel: Der Versorgungs- vs. Autarkie-Konflikt

Versorgung und Autarkie betreffen Materielles wie Immaterielles. Alles, was für die *Kinder/Jugendlichen* zu inkorporieren/erhalten ist und von den primären Objekten zur Verfügung gestellt wird, gehört zur Versorgung der *Kinder/Jugendlichen*. Alles, was

die *Kinder und die Jugendlichen* auf Eigenständigkeit beharrend inkorporieren und erhalten wollen, gehört zur Autarkie im Bereich der Versorgung. Es läßt sich auch „Beharren auf Selbstversorgung“ nennen. Das Aufnehmen lebenserhaltender Substanzen und substanzieller Zuwendungen, ob bekommend oder selbstversorgend, zählt zu diesem Konfliktbereich.

Die Interaktion von Eltern und *Säugling/Kind* und umgekehrt ist getragen durch das Erleben von Beziehungssicherheit, wird aber vorwiegend bestimmt durch Versorgungsansprüche nach materieller und/oder affektiver Versorgung oder deren Abwehr, die mit einem Streben nach Autarkie verbunden sind. Dieser Interaktionsschwerpunkt, der wegen der totalen Abhängigkeit der *Kinder* von Versorgung übermäßig im Vordergrund steht und damit den auf eigenständige Entwicklung orientierten Bedürfnissen im Wege ist, wird als konflikthaft internalisiert, wenn dies den elterlichen Interaktionsbedürfnissen entspricht und/oder bestimmte dispositionelle Anlagen beim Kind die Entwicklung dieses Konfliktes fördern.

Bei den *Jugendlichen* steht das Bedürfnis nach Selbstentwicklung im Vordergrund, so daß Versorgungsansprüche sich von den primären Bezugspersonen lösen. Die *Jugendlichen*, die einen Versorgungs-Autarkie-Konflikt mitbringen, werden in diesem Bereich auffallende Schwierigkeiten entwickeln.

*Passiver Modus:* Die *Kinder* zeigen kein Verlangen nach „Selbst-tun-Wollen“. Sie ertragen kaum Einschränkungen der Versorgung. Sie zeigen sich anspruchlich und fordernd (viel und sofort). Sie bleiben motorisch inaktiv. Beim Spielen ist eingeschränktes Verhalten zu beobachten. Die *Kinder* zeigen sich klebrig und anklammernd an Gleichaltrige und Erwachsene, haben häufig keine festen Kontakte zu Gleichaltrigen, da sie rasch abgelehnt werden. Aus diesem Grunde haben sie allenfalls wechselnde Freundschaften, die nicht reziprok sind. Ein Gefühl von „Es-ist-anstrengend-mit-diesem-Kind“ stellt sich ein. Die *adoleszente* Auseinandersetzung findet über Ansprüchlichkeit und Verweigern von sich-selbst-versorgender Entwicklung statt. Manifeste und latente Trauer und Depressionen sind meist begleitende Leitaaffekte. Im Gegenübertragungserleben stellen sich Gereiztheit und Ärger ein.

*Aktiver Modus:* In der altersgemäßen Interaktion wird die Bereitschaft der *Kinder*, keine Versorgungsansprüche zu haben, sehr deutlich. Sie spielen, wenn sie anderen damit einen Gefallen tun können. Sie geben bereitwillig ab und zeigen noch deutlich ihre Wünsche, die von den Eltern dann als unmäßig zurückgewiesen werden. Sie sind leicht lenkbar, obwohl ständige Unzufriedenheit zu spüren ist. Die *Kinder* sind beliebte Spielkameraden, da sie bereit sind, für andere Opfer zu bringen und keine Ansprüche zu stellen. Sie zeigen sich überheblich, wenn ihr Opfer nicht anerkannt wird und lehnen die anderen ab, da diese Ansprüche haben. Sie sind dann mit diesen eher lustlos im Spiel.

Die *Jugendlichen* streben übermäßig in die Selbstversorgung, indem sie eine extreme Einsatz- und Opferbereitschaft an den Tag legen. Sie überfordern sich und neigen zu depressiven Einbrüchen, wenn sie mit ihrem überzogenen Autarkiestreben nicht anerkannt und bestätigt werden oder wenn Versorgungswünsche zu stark werden. Sie zeigen wenig innere Beständigkeit, da adoleszenzspezifische Auseinandersetzungen nicht stattfinden. Als Leitaaffekte zeigen sich Gereiztheit und Angst vor der eigenen Gier. Die Gegenübertragung ist meist durch Mitleid bestimmt.

#### 4.1 Entwicklungsphase 0

Diese Phase ist geprägt durch Beziehungs- und Versorgungsbedürfnisse der *Säuglinge/Kleinkinder*, die ganzheitlich erfahren und gestaltet werden. Über „sich wiederholende“ Interaktionsabläufe werden kognitiv und affektiv innere Muster aufgebaut, die jedes Mal abgeglichen und erweitert werden, damit also komplexer. Innere, vom realen interaktiven Geschehen abgelöste Muster von Beziehung, die hervorrufbar (evozierbar) sind, können nach derzeitigem Kenntnisstand erst mit der Entwicklung von Symbolisierung und Phantasie entstehen. Hierbei handelt es sich dann um erste innerpsychische Vorstellungen vom Objekt und Selbst, die konflikthaft sein können, aber erst sicher überdauern werden, wenn die konfliktzentrierten interaktiven Angebote im familiären Kontext weiter erfolgen. Die Disposition der Kinder scheint dabei entscheidend, ob es zu einer frühen wenig flexiblen Konfliktausprägung kommt oder eine vorhandene Flexibilität auch Korrekturen zuläßt. Es ist zu vermuten, daß der Konflikt Versorgung vs. Autarkie sich innerpsychisch konstituiert, wenn Bedürfnisse, die Versorgung und Autarkie betreffend, unangemessen oder unzureichend aufgenommen werden. Dies läßt vermuten, daß früheste innere überdauernde Konfliktvorläufer ab dem zweiten Lebensjahr vorhanden sein können.

#### 4.2 Entwicklungsphase 1 (2-5 Jahre)

Diese Phase ist gekennzeichnet durch partielle Unabhängigkeit und Versorgungsmöglichkeit. Erste psychische Probleme können sich durch orale und affektiv oral eingefärbte Bedürfnisse bestimmen, in Ängsten und Trennungsproblemen äußern. Die Grunderfahrung ist, daß Beziehungen sicher sind. Auseinandersetzungen auf interaktioneller Ebene um Essen und Eßverhalten sowie affektive Versorgung sind normal. Konflikte entstehen, wenn Eltern wegen eigener zeitlich überdauernder Konflikte um Versorgung und Autarkie extrem konflikthafte Beziehungen herstellen (z. B. ein elterlicher Konflikt (Schlaraffenland-Verhalten oder vernachlässigendes Verhalten), wie auch bei extremen Belastungen der Eltern (Krankheiten, intensive Partnerprobleme, wirtschaftliche Verunsicherung) oder wenn die Versorgung länger unzureichend ist). Weitere Problemsituationen können zu Konflikten im Bereich Versorgung und Geborgenheit führen, die im Kind einen Mangel entstehen lassen, dazu führen, daß affektive Versorgung mit materieller Versorgung vertauscht/verwechselt wird und autarke Bedürfnisse („ich kann und darf eigenständig für mich sorgen“) unterbunden werden. Zum Ende dieser Entwicklungsphase sind verinnerlichte Konflikte im Bereich Versorgung vs. Autarkie bereits vorhanden.

##### *Passiver Modus:*

- Ansprüchliches Verhalten und Ängste vor Verlust jeglicher Art verbunden mit intensiven Versorgungswünschen prägen *familiäre* Beziehungen.
- In der Beziehung zu *Gleichaltrigen* zeigt sich das Bedürfnis nach Versorgung in extremer Angst vor Neuem und in Trennungssituationen, die einen Verlust von Versorgung bedeuten.

- Im *Kindergarten* sind diese Kinder extrem anspruchlich und fordernd. Sie tun sich schwer mit der alltäglichen Trennung von den Eltern. Es sind nörgelige Kinder. Sie sind von anderen Erwachsenen nicht zufrieden zu stellen.
- Die Kinder können ihren *Besitz* gegenüber anderen Kindern nicht behaupten, sie nehmen von den anderen Kindern, wenn diese ihren Besitz gerade nicht beachten. Sie zeigen sich bezüglich des Haben-wollens unersättlich.
- Diese Kinder zeigen wenig Interesse an anderen Kindern. Da diese ihren Versorgungsbedürfnissen nicht entgegenkommen, wenden sie sich an Erwachsene. Im *Spiel* sind sie unstet und keine verlässlichen Mitspieler, da ein reziprokes Miteinander ihren Versorgungsanspruch provoziert.
- Diese Kinder zeigen sich besonders wehleidig und pflegen ihre *Krankheiten*, um sich die erhöhte Versorgung so lange wie möglich zu erhalten.

*Aktiver Modus:*

- In der *Familie* sind die Kinder angepaßt an die sparsame Versorgung und die Angst vor gierigen Impulsen, die sie jedoch in der Beziehung zu anderen Erwachsenen wieder verlieren können. Dort können sie sich ausgehungert zeigen. Die Beherrschung der Impulswelt ist nicht altersgemäß gelungen.
- In Beziehungen zu *Gleichaltrigen* werden die selbstversorgenden Bemühungen dieser Kinder eher bestätigt und anerkannt durch ihre Haltung, gern zu geben. Sie sind in ihrer Selbstversorgung forciert entwickelt, aber neigen noch zu grenzübergreifenden Impulsdurchbrüchen, wenn die oralen Bedürfnisse zu groß werden.
- Diese Kinder fallen vor allem im *Kindergarten* durch die Haltung „gern zu geben“ auf. In diesem Alter ist jedoch auch das Gegenteil, sich übermäßig versorgen zu lassen, noch möglich, wenn zu stark fordernde Bedingungen gegeben sind. Im *Spiel* zeigen sich ihre Versorgungswünsche deutlich.
- Für diese Kinder ist *Besitz* etwas sehr Ambivalentes. Sie kämpfen innerlich mit elterlichen Forderungen auf Verzicht und eigenen Bedürfnissen nach Besitz, der ihre Versorgungswünsche befriedigen könnte, die jedoch von den Eltern als gieriger und verbotener Impuls angesehen werden.
- Die Kinder dieses Alters zeigen auch im *Spiel* den Wunsch nach Anerkennung ihrer Selbstgenügsamkeit und Autarkie. Sie wollen wohl das Spiel, können es aber nicht zur Zufriedenheit der Mitspieler.
- Wenn diese Kinder erkranken, dann vermögen sie sich noch in fremder Umgebung regressiv versorgen zu lassen. In häuslicher Umgebung zeigen sie sich unzufrieden und drängen nach Aktivität und leugnen eher die *Krankheit*.

#### 4.3 Entwicklungsphase 2 (6-11 Jahre)

Die Fähigkeit, sich Versorgung zu holen und Beziehungen aufgrund innerpsychischer Bilder zu gestalten besteht. Die Verselbständigung der oralen und affektiven Versorgung mit den grundlegenden Bedürfnissen sowie der Förderung von Autarkie ist soweit verinnerlicht, daß ein Einschätzen möglich wird und die Kinder die Konflikte in diesem Bereich in Beziehungen gestalten. Es sind Kinder, die im passiven Modus sich



anspruchlich, klebrig und bedürftig zeigen, so daß sie eher ablehnende Reaktionen auslösen. Im aktiven Modus sind es Kinder, die sich autark und selbstaufopfernd zeigen, aber eine unausgesprochene Ansprüchlichkeit vermitteln (Leere und Depression). In den sozialen Bezügen Schule und Freundschaften entstehen Konflikte, die ihre Ansprüchlichkeit oder deren Abwehr ins Zentrum der Beziehung stellen. Die Beziehungskonflikte um Versorgung vs. Autarkie wirken sich auf die in Entwicklung befindliche soziale Kompetenz aus. Die Kinder fügen sich bedingungslos ein oder sind unfähig zu Kompromissen.

*Passiver Modus:*

- Sie sind gern zu Hause und lassen sich in der *Familie* verwöhnen. Außerfamiliäre Beziehungen werden nur dann aktiv gesucht, wenn Langeweile und Leeregefühle zu intensiv werden.
- In den Beziehungen werden *Freunde* gesucht, von denen keine Versagung zu befürchten ist. Dies führt meist dazu, daß sie allein bleiben. Sie wenden sich dann an Erwachsene oder verbleiben in anspruchlicher Beziehung zu den Eltern verhaftet.
- Die *schulische* Situation stellt sie vor die Schwierigkeit zu geben, obwohl sie bekommen möchten. Dies kann mit der Verwechslung von Leistung-erbringen mit Keine-Versorgung-bekommen einhergehen.
- Sie zeigen sich begehrllich und versuchen, den *Besitz* anderer ohne Gegenleistung zu erhalten. Wenn sie abgewiesen werden, wenden sie sich anderen Kindern zu, die eventuell entsprechend ihrem Begehren etwas zu bieten haben. Diese Form der Unersättlichkeit korrespondiert mit narzißtischen Konflikten.
- In den altersangemessenen *Spiele*n sind sie nicht bereit, Einsatz zu zeigen. In den Beziehungen zu den Freunden versuchen sie Zuwendung zu bekommen, da sie sich aber unersättlich zeigen und von ihren Bedürfnissen zu sehr bestimmt, wenden sich die anderen meist eher von ihnen ab.
- Sie sind sehr unzufrieden mit der Versorgung bei *Krankheit* und lassen Ärzte und Pflegepersonen im Unklaren über ihre Beschwerden. Sie verwirren eher und fordern viel, so daß sie wieder mehr Ablehnung als Versorgung erfahren.

*Aktiver Modus:*

- Die Kinder sind im *familiären* Versorgungsrahmen sicher eingebunden und haben die Selbstgenügsamkeit und Selbstversorgung als autarke Erlebnisform übernommen. Sie opfern sich für familiäre Belange, aber lassen bedürftige Seiten spüren, die wegen der Abwehr zu gespannter Haltung führen.
- Bei *Gleichaltrigen und Freunden* sind diese Kinder beliebte Mitspieler oder werden als angenehm empfunden, da sie keine Versorgungsansprüche stellen. Ihre Selbstgenügsamkeit erweckt Sorge bei den Erwachsenen.
- Sie sind für die schulische Leistungssituation gut vorbereitet, da sie geben dürfen. Sie werden wegen ihrer Anspruchslosigkeit häufig als sozial und angepaßt benannt. Bei Leistungen zeigen sie große Bereitschaft, sich zu übernehmen und sind überheblich (dies ist von narzißtischer Überheblichkeit abzugrenzen), wenn die anderen zu ihren Versorgungsbedürfnissen stehen.

- Diese Kinder können sich nicht mit ihrem *Besitz* zeigen und sind ausgesprochen bescheiden. Sie zeigen keinen Neid, wenn die anderen mit ihrem Besitz angeben. Dennoch ist Begehrlichkeit bei diesen Kindern zu erspüren.
- In *Spiel und Freizeit* sind diese Kinder klaglos bereit, jede Anforderung zu erbringen, die die anderen fordern, da sie jederzeit zu geben bereit sind. Es scheint den Eindruck zu machen, daß selbst die Begeisterung der anderen sie unberührt läßt, da sie sich nicht über ihre Fähigkeiten freuen.
- Eine *Krankheit* ist für Kinder dieses Alters schwer auszuhalten. Sie zeigen sich mit allem unzufrieden und können sich auf die verpflegende Versorgung nicht einlassen. Gleichzeitig signalisieren sie Bedürftigkeit und Unersättlichkeit.

#### 4.4 Entwicklungsphase 3 ( $\geq 12$ Jahre)

Diese Phase ist gekennzeichnet durch die Übernahme von weitgehender Versorgung und relativer Autarkie. Konflikte auf der Versorgungs- vs. Autarkie-Ebene sind gut einzuschätzen. Die Nähe zu Erlebnis- und Verhaltensweisen der Erwachsenen beginnt sich zu entwickeln. Die pubertäre Entwicklung bringt eine extreme Konfliktverstärkung hervor, die vor allem bei Jugendlichen mit dem passiven Verarbeitungsmodus zum Vermeiden der Ablösung von den versorgenden Objekten führt. Bei den Jugendlichen mit aktiven Verarbeitungsmodus vollzieht sich eine forcierte Verselbständigung mit altruistisch-asketischen Zügen von den versorgenden Objekten. Ein drohender Verlust von Versorgung ist für die Jugendlichen meist existentiell ängstigend, oder die abgewehrte Gier nach unendlich befriedigender Versorgung ist spürbar. Beziehungen werden nach dem Muster Behalten-wollen und/oder Hergeben-müssen gestaltet. Da es immer eine Art überschießenden Erlebens und Verhaltens ist, fällt in Beziehungen entweder das Gefühl von Klebrigkeit oder das Gefühl unausgesprochener Ansprüchlichkeit auf. Das Festhalten an regressiver Versorgung oder das Flüchten in vermeintliche Bedürfnislosigkeit sind mögliche Verhaltensweisen.

##### *Passiver Modus:*

- Depressiv-resignative Grundhaltungen stellen sich bei den Jugendlichen innerhalb der *Familie* mit überloyaler Haltung ein. Sie leiden still, da ein nicht zu benennender Mangel ständig präsent ist.
- In den Beziehungen zu *Gleichaltrigen* ist die Fähigkeit zum Explorieren neuer Lebens- und Beziehungsformen eingeschränkt, so daß diese Jugendlichen sich eher auf sich zurückziehen und mit dem versorgenden elterlichen Zuhause zufrieden geben.
- Die *schulischen* Beziehungs- und Leistungssituationen, wie die des beginnenden Arbeitslebens lassen die Bedürftigkeit so stark werden, daß passiv verweigernde Haltungen und Rückzug an den heimischen Herd dominieren.
- Andere werden eher als *Besitz* gesehen und erlebt, so daß parasitäre Beziehungen das Leben zunehmend stärker bestimmen. Gelingen solche Beziehungen nicht, ziehen sich die Jugendlichen eher zurück und vermeiden jede weitere Anstrengung.
- Im *Freizeitverhalten* und Spiel fallen sie auf, weil sie eher zurückgezogen sind, und wenn sie mitmachen, dann ist dies nur von kurzer Dauer. Ihre resignativ-ansprüch-

liche Haltung läßt sie meist lästig in der Beziehung zu den Freunden/innen werden. Häufig intrigieren sie, um ihres Vorteils willen und erfahren dann Zurückweisung, deren Ursache sie meist auf die Gruppe projizieren.

- *Krankheit* hat einen attraktiven Aspekt für diese Jugendlichen, da sie auf diese Weise versorgende Beziehungen für sich einfordern und sichern können. Sie sind aber wie im Zeitfenster zuvor unleidliche und fordernde Patienten, die mit ihren Krankheiten lästig werden.

#### *Aktiver Modus:*

- In der *Familie* engagieren sich diese Jugendlichen aufgrund ihrer autarken Selbstversorgungs- und -genügsamkeitshaltung, um die entsprechenden familiären Versorgungsängste mit zu lindern. Gleichzeitig besteht eine Neigung zu früher Verselbstständigung. In Ersetzung der Familie engagieren sie sich in Gemeinschaften, die für andere sorgen.
- Diese Jugendlichen zeigen sich in den Beziehungen zu *Gleichaltrigen* anspruchslos und pflegeleicht. Sie sind bei Lehrern und Ausbildern beliebt, da sie sich meist bereitwillig zeigen. Sie neigen zu oppositionellem Verhalten in ihren Beziehungen, wenn die Versorgungsbedürfnisse von anderen nicht ausreichend bedacht werden. Leitaffect ist bei Identifikation mit dem Selbstanteil des Jugendlichen Traurigkeit und Sehnsucht nach Versorgung.
- In *Schule und Beruf* sind diese Jugendlichen in ihrem Verhalten altruistisch gegenüber ihren Mitschülern oder den Erwachsenen im *Beruf*. Sie sind engagiert, wenn sie an sozial versorgenden Aktivitäten teilnehmen können und ziehen daraus sichtbare Befriedigung. Sie neigen bei diesem Engagement jedoch zu leicht gereizter Anspannung, die ihre Ansprüchlichkeit deutlich werden läßt.
- Bei diesen Jugendlichen ist der *Besitz* etwas zu Verachtendes, und sie äußern dies in asketisch orientierten Ideologien, die ihre Abwehr von Versorgungswünschen und Geborgenheit verbergen. Der Besitz dieser Ideologie ist Ersatz für den Verzicht.
- Diese Jugendlichen sind in *Freizeit und Spiel* geachtete Personen, aber lassen sich auch leicht ausnutzen. Sie streben mehr nach Darstellung ihrer Selbstgenügsamkeit und Autarkie, als daß sie altersgerechte Ziele verfolgen. Sie zeigen sich gefangen in ihrem Kampf um Verzicht auf Versorgung. Eine angespannte Gereiztheit ist zu spüren.
- In Situationen von *Krankheit* sind diese Jugendlichen eher autoaggressiv und zeigen ein selbstkasteiendes Verhalten. Sie überbetonen trotz Bedenken anderer ihre Autarkie dem Körper gegenüber und klagen über Unzulänglichkeiten.

## 5 Ausblick

Dieser erste Werkstattbericht soll verdeutlichen, daß sich die „Arbeitsgruppe Konflikt“ der OPD-KJ um eine Anpassung der OPD-E an die Gruppe der Kinder und Jugendlichen intensiv bemüht hat. Dabei ist sie aber auch, begründet durch einen notwendigerweise entwicklungspsychologischen Zugang, in einigen Punkten eigene Wege gegangen. Die zukünftige theoretische Arbeit dieser Arbeitsgruppe bis zu einer ersten

Fassung der Konflikt-Achse der OPD-KJ wird durch einen intensivierten Austausch sowohl mit den Mitgliedern der OPD-E als auch mit den anderen Arbeitsgruppen der OPD-KJ geprägt sein. In diesem Zusammenhang soll diskutiert werden, ob die einzelnen Konflikte in gleicher Weise wie in der OPD-E beigelegt werden können. Des weiteren werden Überschneidungen und begriffliche Abstimmungen zwischen den einzelnen OPD-KJ-Achsen Gegenstand der Diskussion sein.

## Literatur

- BAUMRIND, D. (1991): Effective parenting during the early adolescent transition. In: COWAN, P.A./HETHERINGTON, M. (Eds.): *Family transition*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum, S. 111-163.
- GELEERD, E.R. (1996): *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Newbury Park: Sage.
- HEUFT, G./HOFFMANN, S.O./MANS, E.J./MENTZOS, S./SCHÜSSLER, G. (1997): Das Konzept des Aktualkonfliktes und seine Bedeutung für die Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 43 (1), 1-14.
- MONTEMAYOR, R. (1986): Family variation in parent-adolescent storm and stress. *Journal of Adolescent Research* 1, 15-31.
- RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D. (1998): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47, 376-386.
- RUTTER, M./GRAHAM, P./CHADWICK, O.F.D./YULE, W. (1976): Adolescent turmoil: Fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 17, 36-56.
- SEIFFGE-KRENKE, I. (1997): Wie verändern sich die familiären Beziehungen im Jugendalter? Diskrepanzen in der Einschätzung von Jugendlichen und Erwachsenen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 29, 133-150.
- SMETANA, J./YAU, J./HANSON, S. (1991): Conflict resolution in families with adolescents. *Journal of Adolescent Research* 1, 189-206.

Anschrift der Verfasser/innen: Prof. Dr. Rainer Richter, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Martinistr. 52, 20246 Hamburg.