

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3757>

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

Autor(en): Weitkamp, Katharina; Wiegand-Grefe, Silke; Romer, Georg

Titel: Reliabilität und Konstruktvalidität der OPD-KJ-Achsen. Struktur und Behandlungsvoraussetzungen

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62 (4), 243-254

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

ORIGINALARBEITEN

Reliabilität und Konstruktvalidität der OPD-KJ-Achsen Struktur und Behandlungsvoraussetzungen

Katharina Weitkamp, Silke Wiegand-Grefe und Georg Romer

Summary

Reliability and Construct Validity of the OPD-CA Axes Structure and Prerequisites for Treatment

As an instrument to assess specific psychodynamic dimensions, the Operationalized Psychodynamic Diagnostics in Childhood and Adolescence (OPD-CA) is widely used in clinical care and psychotherapeutic training. However, the psychometric validation of its axes is partly still missing. The aim of this study was to test the reliability and construct validity of the axes *structure* and *prerequisites of treatment*. 171 children and adolescents (aged 4 to 21 years) with a diagnosed psychiatric disorder who began an analytic psychotherapy were additionally assessed with the OPD-CA by their therapists (n = 25) in the context of naturalistic care in private practice. Therapists were all qualified as analytic child and adolescent psychotherapists and underwent a standardized OPD-CA training. Results indicated conceptually meaningful factor structures for both axes tested. These factor structures predominantly followed the conceptually defined dimensions. Internal consistency was high for the axis *structure*, modest to low for the axis *prerequisites of treatment*. Implications and recommendations for a future revision of the OPD-CA with particular respect of single items and their operationalization are discussed.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 243-254

Keywords

Operationalised Psychodynamic Diagnostics in Childhood and Adolescence (OPD-CA) – children – reliability – validity – psychodynamic diagnostic

Zusammenfassung

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) ist als diagnostisches Instrument zur Erfassung spezifischer psychodynamischer Dimensionen in der klinischen Versorgungspraxis und psychotherapeutischen Weiterbildung weit verbreitet. Eine psychometrische Validierung der einzelnen Achsen steht teilweise noch aus. Ziel der vorliegenden Studie war die Betrachtung der Reliabilität und Konstruktvalidität der Achsen *Struktur*

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62: 243 – 254 (2013), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2013

und *Behandlungsvoraussetzungen*. Hierzu wurden 171 Kinder und Jugendliche (4-21 Jahre), die wegen einer psychischen Störung eine ambulante analytische Psychotherapie begannen, von ihren analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n = 25) mit der OPD-KJ im naturalistischen Versorgungskontext der niedergelassenen Praxis untersucht. Alle teilnehmenden Therapeuten waren in der OPD-KJ standardisiert geschult. Für die OPD-KJ-Achsen *Struktur* und *Behandlungsvoraussetzungen* ergaben sich inhaltlich sinnvoll interpretierbare und überwiegend den vorgesehenen Dimensionen folgende Faktorstrukturen für die beiden Achsen. Die interne Konsistenz war hoch für die Achse *Struktur*, zufriedenstellend bis gering für die Achse *Behandlungsvoraussetzungen*. Implikationen und Empfehlungen für eine anstehende Überarbeitung der OPD-KJ, insbesondere für die Operationalisierung einzelner Items, werden diskutiert.

Schlagwörter

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) – Kinder – Reliabilität – Validität – psychodynamische Diagnostik

1 Hintergrund

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ; Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) wurde nach dem Vorbild der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Erwachsenenbereich (OPD; Arbeitskreis OPD, 1996) entwickelt. Die Entwicklung der OPD-KJ fand in konzeptueller Anlehnung an die OPD statt, wurde aber speziell auf die Entwicklungsphasen im Kindes- und Jugendalter ausgerichtet (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003). OPD-KJ ist ein diagnostisches System, welches nur von einem intensiv geschulten und mit den Grundlagen des psychoanalytischen Verständnisses von psychischen Störungen vertrauten Diagnostiker angemessen verwendet werden kann (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003).

Die grundsätzliche Eignung der den Achsen zugrunde liegenden Konstrukte für eine empirisch überprüfbar reliable und valide Operationalisierung ist durch den Forschungsstand der OPD im Erwachsenenbereich hinreichend gut belegt (Übersichten bei Cierpka et al., 2007; Cierpka et al., 2001). Die Forschung zur empirischen Überprüfung der OPD-KJ liegt im Vergleich hierzu noch weit zurück (vgl. Weitkamp, Wiegand-Grefe, Romer, 2012). Der Systematik der vorhandenen Übersichtsarbeiten zur empirischen Validierung der OPD folgend, lassen sich drei Arten von Validität unterscheiden (Cierpka et al., 2001; nach Fisseni, 1990).

1. *Inhaltliche Validität*: Wie gut definiert der Inhalt der verwendeten Skalen die zugrunde liegenden Konstrukte?
2. *Kriteriumsbezogene Validität*: Übereinstimmungsvalidität (im Vergleich mit anderen bereits etablierten Instrumenten), Vorhersagevalidität
3. *Konstruktvalidität*: Integration von inhaltlicher und kriteriumsbezogener Validität. Das klassische Instrument der Konstruktvalidität ist die Faktorenanalyse.

Hinzu kommt die Überprüfung, wie relevant die Auswahl der operationalisierten Achsen ist?

Bisher existieren nur wenige publizierte Befunde zur psychometrischen Güte der OPD-KJ, welche jedoch für die Verwendbarkeit des Instruments sprechen (Benecke et al., 2011; Seiffge-Krenke, 2012; Winter, Jelen, Pressel, Lenz, Lehmkühl, 2011).¹

Bislang kaum empirisch untersucht ist die Konstruktvalidität der einzelnen Achsen. Lediglich in der Arbeit von Winter und Mitarbeiterinnen finden sich Faktorenanalysen zur Achse Behandlungsvoraussetzungen und Achse Struktur (Winter et al., 2011), die aufgrund der geringen Stichprobengröße keine verlässlichen Faktorschätzungen zulässt und daher einer unabhängigen Replikation auf umfangreicher Datenbasis bedarf.

Gegenstand der vorliegenden Studie war die Prüfung der (1) Reliabilität und der (2) Konstruktvalidität (Faktorenanalyse) der Achsen *Struktur* und *Behandlungsvoraussetzungen*.

2 Methode

2.1 Durchführung

Die Datenerhebung fand im Rahmen einer naturalistischen Wirksamkeitsstudie zur ambulanten analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen statt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg genehmigt. 25 ambulant arbeitende Psychotherapeut/innen² im Raum Norddeutschland nahmen an der Studie teil. Die Patienten und ihre Eltern wurden nach dem Erstkontakt mit ihrem Therapeuten zur Studienteilnahme aufgefordert.

259 Familien haben zwischen September 2007 und Juli 2010 eine Psychotherapie bei den teilnehmenden Therapeuten begonnen. 129 Familien haben sich zur Teilnahme bereit erklärt (49,8 %). Von den 130 Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen, erfüllten vier die Ausschlusskriterien (psychotisch, suizidal oder mangelnde Deutschkenntnisse), 23 Familien wurden von den Therapeuten als zu belastet erlebt, weitere 103 Patienten und deren Familien lehnten die Teilnahme ab. Zwischen den Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich zentraler Parameter wie Alter, Geschlecht, Störungsart, Ausmaß der Belastung, familiäres Funktionsniveau. Deskriptiv hatten die Nicht-Teilnehmer tendenziell mehr Anpassungs- und Belastungsstörungen und weniger affektive Störungen als die Teilnehmer. Diese Unterschiede waren jedoch nicht si-

¹ Eine Übersicht der Autoren zur empirischen Befundlage zur Reliabilität und Validität der OPD-KJ findet sich bei Weitkamp, Wiegand-Grefe und Romer, 2012.

² Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird im Weiteren die männliche Form verwendet. Gemeint sind jeweils Patienten bzw. Kinder/Jugendliche sowie Psychotherapeuten beiderlei Geschlechts.

gnifikant (Äquivalenztestung; p-Wert gesetzt auf $\alpha = .20$). Die teilnehmenden Familien erhielten ein Aufklärungsschreiben und gaben ihr schriftliches Einverständnis. Die Fragebögen wurden den Therapeuten (und Familien) postalisch zugestellt. Zu Therapiebeginn und -ende sowie zu fünf Zwischenmessungen im Laufe der Therapie füllten die Therapeuten Fragebögen aus. Neben der OPD-KJ wurde eine Batterie von weiteren Messinstrumenten zur Symptomatik (bspw. Child Behaviour Checklist/CBCL und Youth Self Report/YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Döpfner et al., 1998), Familienfunktionalität etc. eingesetzt. Zur reliablen Diagnosesicherung wurden halbstrukturierte diagnostische Interviews durchgeführt (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present Episode; K-SADS-P, Chambers et al., 1985; Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Stadler, Poustka, 2001). Hierzu wurden die Studienteilnehmer zu einem Termin ins Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eingeladen, wo zwei speziell geschulte Psychologinnen die diagnostischen Interviews mit den Eltern und den Kindern/Jugendlichen führten.

2.2 Stichprobe

Befragt wurden niedergelassene analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis. Die Therapeuten verfügen alle über mehrjährige Berufserfahrung und sind einheitlich für die Studie in der Verwendung der OPD-KJ vom Letztautor und Studienleiter geschult worden.

Von 171 Patienten liegen Daten vor. Die Kinder und Jugendlichen waren zwischen 4 und 21 Jahren alt ($M = 13.1$ Jahre, $SD = 4.54$). Über zwei Drittel der Stichprobe war weiblich ($n = 113$; 76 %). Mehr als 47 % der Eltern lebten getrennt. Bei 65 % der Stichprobe ($n = 111$) konnte das diagnostische Interview durchgeführt werden, in den anderen Fällen verweigerten die Jugendlichen die Teilnahme am Interview oder konnten aus anderen Gründen nicht befragt werden. Im diagnostischen Interview zeigte sich, dass alle befragten Patienten mindestens eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufwiesen (Komorbidität 59 % bei $n = 66$). 45 Kinder/Jugendliche hatten eine affektive Störung (41 %), 48 eine Angststörung (43 %), 27 eine externalisierende Störung (24 %) und weitere 26 eine Anpassungs- und Belastungsstörung (23 %). Weitere 31 (28 %) hatten Störungen wie Tics, Enuresis, Enkopresis oder Essstörungen. Für die 41 % ohne diagnostisches Interview liegen die Diagnosen der behandelnden Therapeuten vor, wobei das Spektrum der Störungen und ihre Verteilung auf die Stichprobe vergleichbar waren. Die Verteilung der internalisierenden und externalisierenden Symptomatik gemessen multiperspektivisch mit dem Youth Self Report (YSR; Döpfner et al., 1998) bzw. Child Behavior Checklist (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) ist in Abbildung 1 getrennt für Patientinnen und Patienten dargestellt.

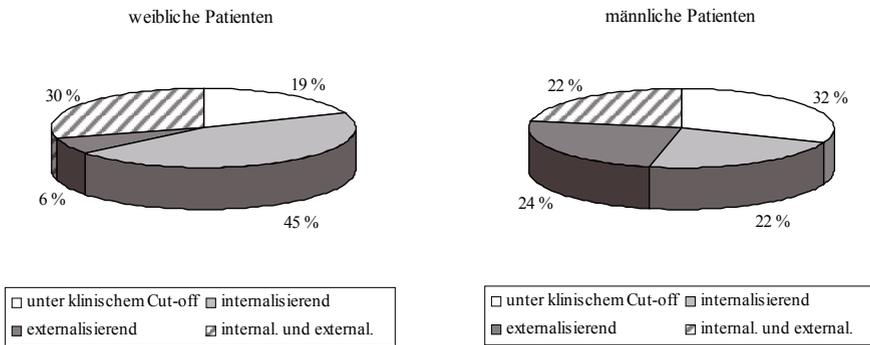


Abbildung 1: Verteilung der internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten getrennt nach Geschlecht (n = 171)

2.3 Instrument

Die OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) ist eine modular aufgebaute Operationalisierung psychodynamischer Konzepte zur strukturierteren und reliableren Erfassung von Behandlungsvoraussetzungen, intrapsychischen Konflikten, Beziehungsmustern und psychischer Struktur. Die Datenerhebung erfolgt in unstandardisierter auf das Individuum bezogener Interaktion und erst im Anschluss wird das Wahrgenommene vom Diagnostiker/Therapeuten anhand der Operationalisierung kodiert. Der psychodynamische Befund wird anhand der im Folgenden dargestellten vier Achsen erfasst.

Die Achse *Beziehung* ermöglicht es, das Beziehungsverhalten in drei unterschiedlichen Bereichen abzubilden: den objektgerichteten, den subjektgerichteten sowie den selbstbezüglichen „Kreis“. Die Interaktionsstile werden jeweils auf zwei orthogonalen und bipolaren Dimensionen eingeschätzt, die als Kreismodell angeordnet sind, sodass sich die Pole der Dimensionen gegenüberliegen. Auf der waagerechten Achse findet sich die Dimension *Affiliation* (liebvoll/zugewandt versus feindselig/distanziert), auf der senkrechten Achse findet sich die Dimension *Kontrolle* (dominant/kontrollierend versus submissiv/unterwürfig). Die auf den 45° liegenden Kategorien sind jeweils Mischformen aus den Dimensionen *Affiliation* und *Kontrolle*. Für jede der acht Kategorien wird der Grad der Ausprägung von 1 = *nicht vorhanden* bis 4 = *sehr stark vorhanden* eingeschätzt.

Die Achse *Konflikt* beschreibt acht Konfliktthemen, welche von 0 = *nicht vorhanden* bis 3 = *vorhanden und sehr bedeutsam* eingeschätzt werden. Darüber hinaus werden die beiden wichtigsten Konflikte gekennzeichnet und der Modus der Verarbeitung global eingeschätzt (4-fach gestuft von *vorwiegend aktiv* bis *vorwiegend passiv*). Die Konflikte sind (1) Abhängigkeit versus Autonomie, (2) Unterwerfung versus Kontrolle, (3) Versorgung versus Autarkie, (4) Selbstwertkonflikte, (5) Loyalitätskonflikte, (6) Ödipale Konflikte, (7) Identitätskonflikte und (8) schwere Lebensbelastungen.

Die Achse *Struktur* umfasst die drei Dimensionen *Steuerung*, *Selbst- und Objektwahrnehmung* und *Kommunikative Fähigkeiten*. Die Dimensionen werden auf vier bis fünf orientierenden Einzelscores zu bestimmten Aspekten der Dimension sowie auf einem Gesamtwert eingeschätzt von 1 = *gute Integration* bis 4 = *Desintegration*. Die Gesamtwerte sollen nach klinischem Ermessen vergeben werden und können vom rechnerischen Duschschnitt abweichen.

Die Achse *Behandlungsvoraussetzungen* besteht aus drei Kategorien, deren Items jeweils nach Ausprägungsgrad eingeschätzt werden sollen, von 0 = *nicht vorhanden* bis 3 = *hoch*. Die Kategorien sind *subjektive Dimensionen*, wie z. B. der subjektive Schweregrad der Beeinträchtigung, *Ressourcen*, wie z. B. Beziehungen zu Gleichaltrigen und *Therapievoraussetzungen*, wie z. B. die Einsichtsfähigkeit.

2.4 Auswertungen

Die Reliabilität der Achsen der OPD-KJ wurde anhand der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) bestimmt. Cronbachs Alpha wird allgemein als gut angesehen, wenn $\alpha \geq .80$ für Gruppenvergleiche (Nunnally u. Bernstein, 1994). Zur Bestimmung der Konstruktvalidität wurden explorative Faktorenanalysen nach der Hauptachsen-Methode orthogonal rotiert (Varimax) durchgeführt. Die Anzahl der extrahierten Faktoren wurde über Eigenwerte >1 bestimmt. Vorab wurde das Item Krankheitsgewinn umkodiert. Alle Auswertungen wurden mit SPSS 18 durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Achse Struktur

3.1.1 Faktorenanalyse

Die Betrachtung der Struktur-Items erfolgte unter Ausschluss der Gesamtwerte, da diese den Gesamteindruck der jeweiligen Dimension widerspiegeln, sehr hoch mit den Einzelitems der Dimension korrelieren und somit überwiegend redundante Informationen einbringen würden. Die explorative Faktorenanalyse der Achse Struktur ergab eine 2-Faktorenlösung der Struktur-Items mit 51 % Varianzaufklärung (s. Tab. 1). Ein Faktor umfasst die Items des Selbst- und Objekterlebens sowie die Items zu *kommunikativen Fähigkeiten* (Faktor 1). Die Items laden mit Ausnahme der *internalisierten Kommunikation* hoch auf diesem Faktor. Die *internalisierte Kommunikation* lud im mittleren Bereich auf beide extrahierten Faktoren, höher jedoch auf Faktor 1. Die Steuerungs-Items bildeten den zweiten Faktor (Faktor 2), wobei die Items *Selbstgefühl* und *Konfliktbewältigung* sowohl auf diesem Faktor wie auch auf dem Faktor 1 laden. Da die Ladungen ähnlich hoch waren, kann die inhaltliche Passung entscheidungsweise sein und die beiden Items somit dem Faktor *Steuerung* zugerechnet werden.

Auch eine forcierte 3-Faktorenlösung war möglich. Die drei Faktoren gingen in Richtung der drei konzeptuell vorgegebenen Struktur-Dimensionen.

3.1.2 Interne Konsistenz

Zur Prüfung der Reliabilität wurde Cronbachs Alpha berechnet. Für die drei Dimensionen der Strukturachse ergaben sich gute interne Konsistenzen ($> .80$): Steuerung $\alpha = .83$, *Selbst- und Objekterleben* $\alpha = .80$ und *kommunikative Fähigkeiten* $\alpha = .82$. Die interne Konsistenz für den Faktor 2, welcher die Items des *Selbst- und Objekterlebens* sowie die Items der *kommunikativen Fähigkeiten* zusammenfasst, lag mit $\alpha = .89$. etwas höher.

Tabelle 1: Achse Struktur – rotierte Faktorenlösung

Items	Faktor 1	Faktor 2
Steuerung		
Negativer Affekt	,314	,750
Selbstgefühl	,457	,415
Impulssteuerung		,641
Steuerungsinstantz		,760
Konfliktbewältigung	,561	,462
Selbst- und Objekterleben		
Selbsterleben	,654	,308
Selbst-Objektdifferenzierung	,502	,350
Objekterleben	,646	,324
Empathie	,647	,329
Kommunikative Fähigkeiten		
Kontakt	,614	
Entschlüsselung fremder Affekte	,630	
Kommunik. Funktion eigener Affekte	,672	
Reziprozität	,731	
Internal. Kommunikation	,486	,416

Anmerkung: Ladungen $< .30$ nicht abgebildet.

3.2 Achse Behandlungsvoraussetzungen

3.2.1 Faktorenanalyse

Die explorative Faktorenanalyse der Achse Behandlungsvoraussetzungen zeigt, ob sich die drei Dimensionen Therapievoraussetzungen, subjektive Dimension, Ressourcen empirisch bestätigen lassen. Die Faktorenanalyse ergab eine 3-Faktorenlö-

sung mit 44 % Varianzaufklärung (s. Tab. 2). Die ermittelte Faktorstruktur entspricht überwiegend der vorgegebenen Gliederung von Subjektiver Dimension (Faktor 1), Ressourcen (Faktor 3) und Therapievoraussetzungen (Faktor 2). Zum Teil luden einzelne Items auf mehreren Faktoren (z. B. *Veränderungsmotivation*). Zwei Items luden höher auf einem anderen Faktor als konzeptuell vorgesehen: Das Item *außerfamiliäre Unterstützung* ließ sich eher dem Faktor *Therapievoraussetzungen* zurechnen als zur Dimension *Ressourcen*. Des Weiteren lud das Item *Einsichtsfähigkeit* am höchsten auf dem ersten Faktor mit den Items der subjektiven Dimension. Die Items *Schweregrad somatische Beeinträchtigung* und *Krankheitsgewinn* wiesen insgesamt nur geringe Faktorladungen auf (Ladung < .40). Diese beiden Items erfassen demnach von den Faktoren abweichende Inhalte.

3.2.2 Interne Konsistenz

Die interne Konsistenz lag für die *subjektive Dimension* ($\alpha = .70$) im zufriedenstellenden Bereich. Wenn das gering ladende Item *somatische Beeinträchtigung* ausgeschlossen wurde, erhöhte sich die interne Konsistenz auf $\alpha = .79$. Die interne Konsistenz der Dimension *Ressourcen* war gering ($\alpha = .55$). Die Dimension *Therapievoraussetzungen* wies eine interne Konsistenz von $\alpha = .68$ auf. Unter Ausschluss des gering ladenden Items *Krankheitsgewinn* erhöhte sich die interne Konsistenz auf $\alpha = .78$ in den zufriedenstellenden Bereich.

Tabelle 2: Achse Behandlungsvoraussetzung – rotierte Faktorlösung

Items	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Subjektive Dimension			
Schweregrad somatische Beeinträchtigung	,396		
Schweregrad psychischer Beeinträchtigung	,731		
Leidensdruck	,807		
Veränderungsmotivation	,654	,571	
Ressourcen			
Beziehungen Gleichaltrige		,320	,403
Außerfamiliäre Unterstützung		,402	
Familiäre Ressourcen			,498
Intrapsychische Ressourcen			,707
Therapievoraussetzungen			
Einsichtsfähigkeit	,454	,302	
Behandlungsmotivation	,644	,558	
Krankheitsgewinn		,339	
Therapie-/Arbeitsbündnisfähigkeit	,369	,625	

Anmerkung: Ladungen <.30 nicht abgebildet.

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie zur psychometrischen Prüfung der OPD-KJ-Achsen *Struktur* und *Behandlungsvoraussetzungen* ergaben sich inhaltlich sinnvoll interpretierbare und überwiegend den konzeptuell vorgesehenen Dimensionen folgende Faktorstrukturen der beiden Achsen. Die interne Konsistenz war hoch für die Strukturachse, zufriedenstellend bis gering für die Behandlungsvoraussetzungen.

4.1 Struktur

Zur Achse *Struktur* ergaben sich empirisch zufriedenstellende Ergebnisse. Die interne Konsistenz ist als gut einzuschätzen. In der Faktorenanalyse zeigte sich, dass sich die nach OPD-KJ implizierten drei Bereiche der Struktur empirisch nur in zwei Faktoren aufteilen. *Selbst- und Objektwahrnehmung* und *kommunikative Fähigkeiten* bildeten einen gemeinsamen Faktor. Dieser Befund zeigte sich bereits in der Studie von Winter und Kollegen (2011) an einer kleinen Stichprobe von $n = 60$ (teil-)stationären Patienten mit gemischten Störungsbildern, welche von geschulten Ratern eingeschätzt wurden. Eine forcierte 3-Faktorenlösung, welche vorwiegend den konzeptuell vorgesehenen Dimensionen folgte, erwies sich ebenfalls möglich, wobei die zwei Dimensionen *Selbst- und Objekterleben* und *kommunikative Fähigkeiten* sehr eng zusammenhängen. Unter der Annahme, dass sich die Faktorstruktur so bestätigt, wären folgende Items in einer künftigen Überarbeitung der Operationalisierung präziser zu fassen: *Konfliktbewältigung*, *internalisierte Kommunikation* und *Selbstgefühl*.

4.2 Behandlungsvoraussetzungen

Die Achse *Behandlungsvoraussetzungen* gliederte sich faktorenanalytisch entsprechend der inhaltlichen Dimensionen in drei Faktoren, wobei sich die Items *außerfamiliale Unterstützung* und *Einsichtsfähigkeit* faktorenanalytisch anderen Dimensionen als den vorgesehenen zuordneten. In einer Studie von Winter und Kollegen (2011) mit kleinem Stichprobenumfang ($n = 60$) fanden die Autoren für die Achse *Behandlungsvoraussetzungen* ebenfalls eine 3-Faktorenlösung. Wobei sich deckungsgleich mit den hier präsentierten Ergebnissen, das Item *außerfamiliale Unterstützung* eher dem Faktor *Therapievoraussetzungen* zurechnen ließ.

Für die *Behandlungsvoraussetzungen* ist zu überlegen, wie sich die Items zur empirischen Verwendbarkeit der OPD-KJ zu reliablen Summenscores zusammenfassen lassen. Die Items *somatische Beeinträchtigung* und *Krankheitsgewinn*, die inhaltlich für sich genommen für den therapeutischen Prozess relevante Informationen liefern, könnten zur Erhöhung der internen Konsistenz aus der Summenwertbildung der Skalen *subjektive Dimension* und *Therapievoraussetzungen* ausgeschlossen werden. Dieser Vorschlag ist unter dem Vorbehalt zu betrachten, dass sich die Befunde an einer unabhängigen Stichprobe in ähnlicher Form replizieren.

Im OPD-KJ Handbuch soll bei der Beurteilung des Items *außerfamiliale Unterstützung* erfasst werden, inwieweit eine Familie bzw. ein Kind oder Jugendlicher Kenntnis von Hilfsangeboten hat und in welchem Maß diese genutzt werden können (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003). Diese Operationalisierung scheint in plausibler Weise kompatibel mit der übergeordneten Dimension der spezifischen Therapievoraussetzungen, deren Einzelitems sich im Wesentlichen auf die spezifische Indikation für eine psychodynamische Therapie, die diesbezügliche Therapiefähigkeit sowie die Umsetzbarkeit eines psychotherapeutischen Settings beziehen. Insofern kann für eine anstehende Revision der OPD-KJ empfohlen werden, das Item *außerfamiliale Unterstützung* entweder wegzulassen oder es umzubenennen z. B. in *Nutzung von professionellen Helfersystemen* und es in diesem Falle in die übergeordnete Dimension *Spezifische Therapievoraussetzungen* aufzunehmen. Die *Einsichtsfähigkeit*, als weiteres Item der Achse *Behandlungsvoraussetzungen*, welches empirisch eher einer anderen als der vom Arbeitskreis OPD-KJ intendierten Dimension zugerechnet würde, lud bei der Stichprobe von Winter und Kollegen (2012) auf dem theoretisch angenommenen Faktor *Therapievoraussetzungen*, so dass bei widersprüchlicher Datenlage weitere unabhängige Stichprobenanalysen abgewartet werden sollten. Für die Dimension *Ressourcen* ergab sich eine geringe interne Konsistenz. Der Anspruch der internen Konsistenz steht im Widerspruch zu den inhaltlich ein sehr breites Spektrum abdeckenden Items der Achse *Behandlungsvoraussetzungen*. Aus diesem Grund ist zu überlegen, die Auswertung dieser Dimension eher auf Itemebene vorzunehmen.

5 Fazit

Die vorliegende Studie verbindet den naturalistischen Versorgungskontext in der niedergelassenen analytischen Kinder- und Jugendlichenpraxis mit empirischer Forschungsmethodik. Die Ergebnisse sprechen im Einklang mit Befunden anderer Studien insgesamt für eine sowohl in der klinischen Versorgungspraxis als auch im Forschungskontext zufriedenstellend bis gute Reliabilität und Konstruktvalidität der beiden Achsen *Struktur* und *Behandlungsvoraussetzungen*. Überwiegend kann die per Konsensbildung entwickelte und theorie- und erfahrungsgeleitete Konzeptualisierung der beiden Achsen als valide bezeichnet werden. Gleichwohl wurden einige umschriebene Schwachstellen deutlich, die sich einzelnen Items beider Achsen zuordnen lassen. Wenn diese Schwachstellen bei der anstehenden Überarbeitung des OPD-KJ-Manuals gezielt aufgegriffen werden mit dem Ziel, zu konzeptuell eindeutigeren sowie trennschärferen Item-Definitionen und -Operationalisierungen zu gelangen, kann eine Überwindung dieser Schwachstellen und damit eine stringendere Validität der OPD-KJ erwartet werden.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003). 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.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., Davies, M. (1985). The assessment of affective-disorders in children and adolescents by semistructured interview – Test-retest reliability of the Schedule for Affective-Disorders and Schizophrenia for school-age children, present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., Stasch, M., OPD Task Force (2007). The operationalized psychodynamic diagnostics system: Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40, 209-220.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüssler, G., Heuft, G., Dahlbender, R. Schauenburg, H. Schneider, G. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46, 122-133.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C., Poustka, F. (2001). Scheduled Assessment of Depression and Schizophrenia, Kiddie-SADS – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (5. Aufl.). Frankfurt a. M.: Klinik für Psychiatrie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters.
- Döpfner, M., Pflück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., Heim, K. (1998). Handbuch: Fragebogen für Jugendliche – Deutsche Bearbeitung des Youth Self Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-, und Familiendiagnostik (KJFD).
- Fisseni, H.-J. (1990). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Nunnally, J. C., Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3. Aufl.). New York: McGraw-Hill.
- Seiffge-Krenke, I. (2012). Die Konfliktachse der OPD-KJ. Grundlagen, klinische Anwendung und erste empirische Ergebnisse. *Kinderanalyse*, 20, 43-59.
- Weitkamp, K., Wiegand-Grefe, S., Romer, G. (2012). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes – und Jugendalter (OPD-KJ): Ein systematischer Review zur empirischen Validierung. *Kinderanalyse*, 20, 148-170.
- Winter, S., Jelen, A., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2011). Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 41-59.

Korrespondenzanschrift: Dipl.-Psych. Katharina Weitkamp, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Martinistraße 52, 20246 Hamburg; E-Mail: k.weitkamp@uke.de

Katharina Weitkamp und *Silke Wiegand-Grefe*, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; *Georg Romer*, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Asklepios Klinik Hamburg-Harburg