

Schulte-Markwort, Michael / Romer, Georg / Behnisch, Alfred / Bilke, Oliver / Fegert, Jörg M. und Knölker, Ulrich

Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 8, S. 589-601

urn:nbn:de:bsz-psydok-41836

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
Internet: 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 Neurotological 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
PAPASTEFANOU, 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
ROTTHAUS, 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 I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen

Michael Schulte-Markwort¹, Georg Romer¹, Alfred Behnisch², Oliver Bilke³,
Jörg M. Fegert⁴ und Ulrich Knölker³

Summary

Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Ressources, and Preconditions for Treatment

The progress of work in adaptation axis I of OPD (operationalized psychodynamic diagnostic) to axis I OPD-CA (children and adolescents) is delineated. The items are now classified as subjective dimensions, ressources and preconditions for treatment. Overlapping with the multi-axial classification for children and adolescents as used in Germany (MAS) was eliminated and important items for child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic treatment were added. In the field of personal dimensions only subjective impairment will be covered. Ressources were accentuated for the benefit of peer relationships. Motivation for treatment is now differentiated between a more global motivation for change and motivation for psychotherapeutic treatment. In order to reduce ambiguity the term of compliance was transformed into ability for therapeutic agreement. The possibility of realization of therapeutic indication was added.

Zusammenfassung

Dargestellt wird der Stand der Arbeit einer Adaptation der Achse I der OPD hin zu einer Achse I der OPD-KJ. Dabei wurde eine Neustrukturierung der Items und eine Unterteilung in subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen vor-

¹ Universität Hamburg, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Abt. für Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters.

² Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

³ Medizinische Universität zu Lübeck, Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

⁴ Universität Rostock, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie.

genommen. Überschneidungen mit dem MAS wurden herausgenommen und für die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wichtige Items hinzugefügt. Im Bereich der subjektiven Dimensionen werden nur subjektiv vom Patienten wahrgenommene Beeinträchtigungen erfaßt. Im Bereich der Ressourcen wurde eine Akzentuierung der Beziehungen zu Gleichaltrigen vorgenommen. Die Motivation zur Behandlung wurde unterteilt in eine globale Veränderungsmotivation und eine Behandlungsmotivation. Der Begriff der Compliance wurde u. a. wegen seiner Vieldeutigkeit in die Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit umgesetzt. Eine Umsetzbarkeit der Therapieindikation wurde neu hinzugefügt.

1 Einleitung

Die Bedeutung der Dimensionen *Krankheitserleben* und *Krankheitsverarbeitung* bei der Abklärung differentieller Psychotherapieindikationen ist unbestritten und von daher Grundlage der Achse I der OPD (1996). Dort werden diese Dimensionen unter Aspekten der Compliance- und Copingforschung diskutiert. Unter psychoanalytischen Aspekten wird insbesondere auf die Überschneidung der Konstrukte Coping und Abwehr hingewiesen und herausgearbeitet, daß eine theoretische und empirische Auslotung der beiden Konzepte bislang noch nicht hinreichend geleistet worden ist. Aus diesem Grund wird der Begriff der Krankheitsverarbeitung nicht operationalisiert, sondern nur mit einer Beschränkung auf die Dimensionen des Krankheitserlebens gearbeitet, die „unmittelbar für die Indikationsstellung zur Psychotherapie bedeutsam erscheinen“ (OPD 1996, S. 36).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie geht es nicht nur um Indikationsstellungen zur Psychotherapie, sondern um ein sehr viel breiteres Behandlungsspektrum. Entwicklungspsychiatrische und –psychopathologische Aspekte sind ebenso zu berücksichtigen (Resch 1996) wie Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen im eigentlichen Sinn.

Die folgende Beschreibung der Achse I ist als Werkstattbericht anzusehen. Es ist möglich (und wahrscheinlich), dass sich bis zur Herausgabe eines ersten Manuals noch Änderungen ergeben, so daß eine Anwendung der zu beschreibenden Items noch nicht möglich ist.

2 Vorüberlegungen

Von den genannten Überlegungen ausgehend erschien es wichtig, die Achse I der OPD für ihre Adaptation an das Kindes- und Jugendalter deutlicher bezüglich der genannten Dimensionen zu strukturieren. Dabei sollte vor allem zwischen den fremd einschätzenden Dimensionen und denen, die eine bloße Wiedergabe der subjektiven Einschätzungen der Patienten darstellen, unterschieden werden. Die Bedeutung dieser subjektiven Dimensionen erklärt sich daraus, daß sie normalerweise allenfalls implizit Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik sind und zumindest in Manualen der klinischen Routine nicht vorkommen. Eine systematische Verbindung von

Instrumenten zur Erfassung subjektiver Dimensionen aus der Forschung mit der Klinik fehlt bislang. Psychodynamische Diagnostik muß sich dagegen explizit mit der Subjektivität des Subjekts, seinem Erleben, beschäftigen und Verbindungen zu objektiv einzuschätzenden Dimensionen und ihrer Einordnung und Klassifikation leisten. Die Achse I der OPD-KJ ist insofern ein prototypisches Beispiel für die Verbindung psychodynamischer Operationalisierung und normativer Dimensionen.

Die Beurteilung des Schweregrades wird in der OPD-KJ ausschließlich der subjektiven Einschätzung durch den Patienten überlassen. Zusätzlich zu den subjektiven Dimensionen der OPD wurden die subjektiven Krankheitshypothesen aufgenommen. Grundlage war die Überlegung, daß gerade im Kindesalter für die Behandlung ausgesprochen potentiell dysfunktionale subjektive Hypothesen vorkommen, die eine erhebliche Bedeutung bekommen können und nicht immer angesprochen und aufgearbeitet werden. Eine routinemäßige Erfassung erschien uns deshalb sinnvoll.

Bezüglich der Motivation zur Behandlung erschien eine Aufspaltung zwischen einer allgemeinen Veränderungsmotivation und einer spezifischen Behandlungsmotivation sinnvoll. Der klinische Alltag zeigt immer wieder Kinder und Jugendliche, die eine hohe Veränderungsmotivation haben, aber nicht bereit oder in der Lage sind, ein Behandlungsangebot anzunehmen und durchzuhalten.

Die Bedeutung von Ressourcen für die Behandlungsindikation war auch schon von der OPD festgestellt und entsprechend gewürdigt worden. Für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen erschien allerdings eine Erweiterung unumgänglich.

Der Begriff der Compliance wurde wegen seiner Unschärfe und Vieldeutigkeit in die Dimension der Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit übergeleitet. Damit ist – ausschließlich bezogen auf den Patienten – nur das beschrieben, was eine wichtige Behandlungsvoraussetzung darstellt und den Begriff der Compliance um die vielen unscharfen Variablen bereinigt, die ihn kaum operationalisierbar erscheinen lassen.

Eine letzte wichtige Vorüberlegung betraf die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen, mit denen manchmal trotz hoher Motivation, Arbeitsbündnisfähigkeit u. a. m. dennoch keine Behandlung zustande kommt, weil sich andere, nicht im Kind zu suchende Störvariablen hinderlich auswirken.

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Synopsis zwischen der Achse I der OPD und der OPD-KJ. Diese Gegenüberstellung ist u. a. deshalb sinnvoll, weil die anderen Achsen der OPD beim Übergang zur OPD-KJ nicht oder weniger strukturell geändert worden sind.

Wie Tab. 1 zu entnehmen ist, sind einige OPD-Dimensionen beim Übergang zur OPD-KJ zusammengefaßt bzw. präzisiert worden. So soll sich die psychosoziale Integration nur auf die Beziehungen zu Gleichaltrigen beziehen, weil dies auch prognostisch einen wichtigen Bereich kindlicher Ressourcen darstellt und weil mit dieser Reduktion eine bessere Operationalisierung möglich wird. Ebenso wird die soziale Unterstützung auf die Dimension der außerfamiliären Unterstützung reduziert und die persönlichen Ressourcen um die für das Kindes- und Jugendalter wichtige Dimension der familiären Ressourcen erweitert.

Vier Variablen sind ganz weggefallen. Neben dem grundsätzlichen Aspekt der praktischen Handhabbarkeit und Übersichtlichkeit des Gesamtinstruments haben dabei insbesondere Überlegungen zur Operationalisierung eine Rolle gespielt. So dürfte eine

Tab. 1: Synopsis OPD-OPD-KJ

Dimensionen der OPD Achse I		Dimensionen der OPD-KJ Achse I	
		<i>1.1 Subjektive Dimensionen</i>	
01.	Schweregrad des somatischen Befundes	1.1.1	Subjektiver Schweregrad der somatischen Beeinträchtigung
02.	Schweregrad des psychischen Befundes	1.1.2	Subjektiver Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung
–		1.1.3	Subjektive Krankheitshypothesen
03.	Leidensdruck	1.1.4	Leidensdruck
–		1.1.5	Veränderungsmotivation
		<i>1.2 Ressourcen</i>	
15.	Psychosoziale Integration	1.2.1	Beziehung zu Gleichaltrigen
17.	Soziale Unterstützung	1.2.2	Außerfamiliäre Unterstützung
16.	Persönliche Ressourcen	1.2.3	Familiäre Ressourcen
		<i>1.3 Behandlungsvoraussetzungen</i>	
07.	Einsichtsfähigkeit für psychodynamischen Zusammenhänge	1.3.1	Einsichtsfähigkeit
08.	Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge	–	
09.	Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (psychisch)	1.3.2	Behandlungsmotivation
10.	Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (somatisch)	–	
11.	Motivation zur Psychotherapie	–	
12.	Motivation zur körperlichen Behandlung	–	
06.	Sekundärer Krankheitsgewinn	1.3.3	Sekundärer Krankheitsgewinn
13.	Compliance	1.3.4	Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit
04.	Beeinträchtigung des Selbsterlebens	–	
05.	Ausmaß der körperlichen Behinderung	–	
14.	Symptomdarbietung	–	
18.	Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung	–	

reliable Einschätzung der Beeinträchtigung des Selbsterlebens für das Kindes- und Jugendalter kaum gelingen und auch die Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung dürfte bei Kindern und Jugendlichen altersabhängig derart vielen Einflüssen unterliegen, daß eine Übernahme in die OPD-KJ nicht sinnvoll erscheint. Dasselbe gilt für die Symptomdarbietung, deren Einschätzung auch keine unabdingbaren Konsequenzen für die Behandlungsindikation darstellt. Das Ausmaß der körperlichen Behinde-

rung würde eine der jeweiligen Grunderkrankung angemessene Einschätzung des Handicaps voraussetzen und wird auf der IV. Achse des MAS kodiert. Die Erfassung der subjektiven Dimensionen der Beeinträchtigung dürften für den Zusammenhang einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik den höheren Stellenwert haben. Darüber hinaus erscheint der Verlust der zuletzt genannten vier Variablen zugunsten einer Verkürzung der Achse I vertretbar.

3 Subjektive Dimensionen

Das *subjektive Erleben der Beeinträchtigung* durch eine körperliche und/oder psychische Erkrankung spielt für den Verlauf einer Krankheit, für die Fähigkeit und den Willen zur Veränderung bzw. Besserung eine wichtige Rolle. Besondere Bedeutung kommt dabei Diskrepanzen zu, die auftreten, wenn das objektive bzw. von außen beurteilbare Ausmaß an Beeinträchtigung und das subjektive Leiden nicht übereinstimmen. Gerade bei Kindern kann das subjektive Erleben eines Schmerzes oder einer psychischen Beeinträchtigung sehr von dem von außen aus der Erwachsenenperspektive angelegten Maß abweichen. Für eine hinreichende Einschätzung des Gesamtschweregrads einer Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen sowie für die Aufnahme eines hinreichenden psychotherapeutischen Dialogs muß das subjektive Maß mit einfließen.

Definition: Der subjektive Schweregrad der Beeinträchtigung ist ein rein subjektiv zu erfassendes, situatives Kriterium. Es erfaßt das durch das Subjekt erlebte und bestimmte Ausmaß einer potentiellen Beeinträchtigung durch eine körperliche und/oder psychische Krankheit oder Behinderung.

Er ist nicht gleichzusetzen mit klinischen Einschätzungen des Schweregrads einer Erkrankung oder einer subjektiven Beeinträchtigung durch sie, wie sie z. B. auf der VI. Achse des MAS oder durch klinische Ratings wie die CGI (Clinical Global Impression) vorgenommen werden.

Krankheitskonzepte von Patienten sind in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand der Forschung geworden, seit verstehbar ist, wie sehr subjektive Theorien über bestimmte körperliche oder seelische Zustände sowohl die Krankheitsverarbeitung als auch die Therapiemotivation entscheidend beeinflussen bzw. ein integraler Bestandteil dieser Prozesse sind (z. B. SCHMIDT u. ALTMANN-HERZ 1992; LOHAUS 1993; SCHULTE-MARKWORT 1995). Bei Kindern und Jugendlichen können diese subjektiven Konzepte und impliziten Theorien noch mehr als in der Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen von denen der Behandler divergieren, weil Kinder und Jugendliche in besonderer und natürlicher Form abhängig von ihrer emotionalen und kognitiven Entwicklung sind. Wenn ein Kind beispielsweise davon ausgeht, daß seine Erkrankung eine Strafe für ein bestimmtes von den Eltern unerwünschtes Verhalten ist, so wird das Verständnis des Symptoms durch den Behandler so lange das Kind nicht oder nur teilweise erreichen, solange das unausgesprochene Konzept des Kindes nicht thematisiert und aufgelöst worden ist. Ein dissozialer Jugendlicher wird so lange einer Therapie verweigern, bis sein Konzept, daß nicht er, sondern seine unmittelbare Umgebung ihm gegenüber feindselig eingestellt ist, kognitiv und emotional aufgelöst ist.

Diese Beispiele ließen sich um eine Vielzahl von möglichen Krankheitskonzepten von Kindern und Jugendlichen erweitern. In der klinischen Behandlung gilt es, sie in jedem Einzelfall zu überprüfen, wozu dieses Item eine Hilfe sein soll.

Definition: Eine *subjektive Krankheitshypothese* ist definiert als die subjektive Annahme eines Kindes oder eines Jugendlichen bezüglich der Entstehung seiner körperlichen und/oder psychischen Erkrankung. Sie wird einerseits wörtlich dokumentiert, um illustratives Material bei der OPD-KJ-Profilerstellung zu haben, andererseits in Kategorien von altersentsprechender/altersinadäquater Entwicklung geratet.

Es gibt keine linearen Zusammenhänge zwischen einem von außen festgestellten Schweregrad einer Erkrankung und dem subjektiven *Leidensdruck*. Besonders bei Kindern können z. B. kleinste körperliche Verletzungen zu einem erheblichen Leidensdruck führen und schwere chronische Zustände von Verwahrlosung jahrelang geduldig ertragen werden, ohne daß das betreffende Kind zu verstehen geben würde, daß es leidet.

Für viele Aspekte der Behandlung hat der Leidensdruck eine große Bedeutung, auch wenn hier gilt, daß sich aus einem großen Leidensdruck weder eine deutliche Veränderungs- noch Behandlungsmotivation ableiten muß.

Definition: Der *Leidensdruck*, der im Zusammenhang mit dem OPD-Interview abgefragt werden soll, hat wie viele Kategorien des ersten Abschnitts der Achse I eine rein subjektive Dimension. Erfasst werden soll das subjektive Ausmaß des Leidens unter einer Krankheit bzw. einem psychischen Zustand. Nur die situative Angabe des Kindes/Jugendlichen zum Ausmaß seines Leidens wird kodiert.

Der Begriff der *Veränderungsmotivation* erscheint im deutschsprachigen Raum zunächst bei der aus behavioralen Konzepten entstammenden Selbstmanagement-Therapie (KANFER et al. 1996) und bildet dort mit den Begriffen Selbstregulation und Selbstmanagement eines der wesentlichen theoretischen Konstrukte (MICHALAK u. VIELHABER 1996), wobei es einen Überschneidungsbereich mit der Therapiemotivation gibt.

Anders als bei erwachsenen Patienten, die in aller Regel aus eigener Entscheidung kommen, werden Kinder und Jugendliche häufig von ihren Eltern vorgestellt und geben im Gespräch an, daß sie nichts verändern wollen. Es soll hier nur die Veränderungsmotivation des Kindes oder des Jugendlichen eingeschätzt werden. Die Veränderungsmotivation der Familie fließt in den Bereich der Ressourcen mit ein. Bei Kindern oder Jugendlichen besteht häufig der Wunsch nach Veränderung, ohne daß dieser mit dem Wunsch nach Therapie verbunden ist. Die Therapiemotivation beinhaltet den direkten Wunsch nach Therapie zur Überwindung der Symptomatik, während bei der Veränderungsmotivation unabhängig von einem Therapiewunsch nach Lösungsmöglichkeiten gesucht wird. In Abgrenzung zum Leidensdruck ist bei diesem mehr das subjektive Gefühl von Leiden ohne Bezug zu möglichen Veränderungen gemeint.

Definition: Das Kind oder der Jugendliche ist unzufrieden und äußert das Bedürfnis nach Veränderung. Wird der Änderungswunsch verbal nicht ausgesprochen, muß er eindeutig aus dem Verhalten erkennbar sein, um dieses Merkmal zu kodieren. Die Veränderungsmotivation ist um so ausgeprägter, je mehr das Kind oder der Jugendliche bereit ist, sich selbst zu ändern und nicht die Veränderungen von der Umgebung zu erwarten. Dazu gehört, daß das Kind oder der Jugendliche altersentsprechend Verant-

wortung für sein eigenes Handeln übernimmt. Der Veränderungswunsch kann, muß aber nicht mit einem Wunsch nach Therapie verbunden sein.

4 Ressourcen

Der Begriff der Ressourcen umfaßt in der OPD-KJ protektive Faktoren, allerdings mit einer eindeutigen interaktionellen Akzentuierung. Gemeint sind nicht isoliert meßbare Fähigkeiten (wie z. B. Intelligenz, kodiert auf der III. Achse der MAS), sondern in Interaktion und Kommunikation gelebte Beziehungen. Es soll eingeschätzt werden, inwieweit ein Kind und seine Familie Ressourcen, die in der Lebenswirklichkeit vorhanden sind, bei der Problembewältigung zu nutzen verstehen.

Der Bereich der Ressourcen der OPD-KJ beinhaltet daher auch grundlegende Einordnungen der faktisch vorhandenen psychosozialen und individuellen Ressourcen, die die Lebenssituation, die Psychodynamik und die therapeutische und prognostische Lage eines Kindes und seiner Familie mit determinieren. So fließt beispielsweise eine räumlich isolierte Wohnlage mit in die Beurteilung ein. Fremdanamnestic Angaben sind in diesen Zusammenhängen unbedingt zu integrieren und konfrontierende Nachfragen im Interview vonnöten, um die Sachlage zu klären.

Die Kategorien dieses Bereichs besitzen eine große inhaltliche und operationale Nähe zu den Achsen III bis VI des MAS sowie der Kategorie „Kommunikation und Bindung“ der IV. Achse des OPD-KJ und sollten möglichst vor dem Hintergrund von Kenntnissen über die psychische Struktur (Achse IV, OPD-KJ) und über typische Beziehungsmuster (Achse II, OPD-KJ) interpretiert werden.

4.1 Beziehung zu Gleichaltrigen

Definition: In diese Kategorie fließen über alle Altersstufen Konzepte des „social support“ (vgl. KESSLER et al. 1985) wie „Teilnahme an sozialen Netzwerken“ (Kindergarten, Sportvereine, schulische Arbeitsgemeinschaften, informelle Gruppen, kirchliche Gruppen, etc.) und „subjektive Wahrnehmung und Unterstützung“ (Nennung hilfreicher anderer, klare und kritisch hinterfragbare Nennung von festen Freunden) mit ein.

Mit in die Graduierung sollen Überlegungen über die faktische Lebenswelt des Kindes aufgenommen werden. Die reale Verfügbarkeit von Gleichaltrigen (u. U. behindert durch isolierte Wohnlage, körperliche Störungen, Altersschichtung des Wohnumfeldes, etc.) muß ebenso beachtet werden wie die individuelle Fähigkeit des Kindes, auch bei eingeschränkten Möglichkeiten Sozialkontakte zu pflegen.

4.2 Außerfamiliäre Unterstützung

Definition: In dieser Kategorie soll einerseits erfaßt werden, inwieweit eine Familie oder auch ein Kind allein überhaupt Kenntnis von Hilfsangeboten hat, wie und seit wann diese genutzt werden und ob sich sekundäre Abhängigkeiten von Helfern entwickelt haben, die die Autonomieentwicklung ungünstig beeinflussen.

Gegenpole sind hier die isoliert lebende, ängstlich strukturierte Familie, die Hilfsangebote entweder ignoriert oder paranoid bewertet, auf der einen und die viele Helfer und Therapeuten beschäftigenden Multiproblemfamilie auf der anderen Seite, bei denen ein Betreuungsschritt den jeweils nächsten vorbereitet. Eine zeitgerechte, lösungs- und problemorientierte Nutzung differenzierter Angebote steht in der Mitte und wird wesentlich durch „hilfreiche Beziehungen“ bestimmt.

In dieser Kategorie soll andererseits auch das Vorhandensein und die Qualität von Beziehungen zu erwachsenen Hilfspersonen außerhalb der eigentlichen Familien stehen (significant others). Bei dieser Kategorie geht es um die faktische Situation, die im Interview (meistens mit den Eltern) zu erfragen und durch fremdanamnestic Daten zu erhärten ist. Das innere Erleben und die mit etwaigen Hilfsangeboten verbundenen affektiven Komponenten stehen hier eher im Hintergrund (vgl. Achse IV OPD-KJ).

4.3 Familiäre Ressourcen

Definition: Als bedeutende familiäre Ressourcen gelten die intensive Beziehung zur primären Bezugsperson, die Abwesenheit von Geschwisterrivalität, eine konstruktive Diskussionskultur zwischen den Eltern, bindende Familienregeln, die Berechenbarkeit elterlicher Verhaltensweisen, die Abwesenheit eines aggressiven oder entwertenden Vaters bei stabiler Mutterbindung und stabile Beziehungen zu den Geschwistern. Neben diesen Bereichen gehören Offenheit der Familie im Interview, psychische Flexibilität aller Mitglieder, Bezogenheit der Familienmitglieder aufeinander, Austausch der Familie mit der Umwelt und familiäre Akzeptanz von (Probe-) Deutungen zur Einschätzung.

5 Behandlungsvoraussetzungen

Der Begriff der *Einsicht* ist in der Psychotherapie weit verbreitet und stellt bei fast allen therapeutischen Schulen ein wichtiges Konstrukt dar. Insbesondere gilt dies für die analytische Psychotherapie (THOMÄ u. KÄCHELE 1998). Hier ist Einsicht nicht gemeint in dem Sinne von „Krankheitseinsicht“, die in mehreren medizinischen Bereichen – der Behandlung psychotischer Patienten, der forensisch-psychiatrischen Beurteilung und in der ärztlichen Aufklärungsarbeit – eine wichtige Rolle spielt. Die Einsicht wird hier zur Introspektionsfähigkeit dadurch abgegrenzt, daß mit Introspektionsfähigkeit die Fähigkeit zur Binnenwahrnehmung gemeint ist (MERTENS 1992). Im Rahmen dieser Binnenwahrnehmung können wiederum Einsichten zu Tage treten.

Während sich bei FREUD (1914) die Einsicht mehr auf unbewußte pathogene Kindheitskonflikte und ihre späteren Ableitungen und Auswirkungen bezieht, siedelt FENICHEL (1941) die Einsicht zwischen den beiden Polen Denken und Fühlen an. Die Einsichtsfähigkeit hier bezieht sich allein auf die kognitiven Möglichkeiten eines Kindes oder Jugendlichen, Zusammenhänge zu erkennen, beispielsweise gegenwärtiges Verhalten auf der Basis früherer Ereignisse zu erklären (FISHER u. GREENBERG 1977).

Definition: Das Kind oder der Jugendliche kann altersentsprechend Zusammenhänge zwischen seinem seelischen Erleben und einer bestimmten Symptomatik erkennen.

Gemeint sind hier beispielsweise typische Auslösesituationen für das erste Auftreten, die Aufrechterhaltung oder Verschlechterung einer Störung sowie das Erkennen von eigenen Vorteilen durch die Symptomatik im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns. Als Lebensereignisse gelten beispielsweise die Trennung der Eltern, der Tod eines Elternteils oder Geschwisters sowie schwere somatische Erkrankungen des Kindes oder des Jugendlichen selbst.

Die Einsichtsfähigkeit wird allein auf kognitiv-rationaler Ebene eingeschätzt, die Fähigkeit zur Wahrnehmung von eigenen Affekten wird auf der Achse Struktur (Affekt-toleranz) bewertet. Für die Kodierung der Einsichtsfähigkeit entscheidend ist, daß das Kind oder der Jugendliche Zusammenhänge oder Fragen, welche der Interviewer einbringt, inhaltlich aufgreift und gegebenenfalls weiterentwickelt. Eine therapeutische Veränderung muß mit dieser Einsicht nicht verbunden sein.

In Anbetracht des entwicklungspsychologischen Gedankens sind die eben genannten hohen Anforderungen und Voraussetzungen bei Kindern noch nicht zu erwarten, weshalb dieses Item erst ab dem zwölften Lebensjahr eingeschätzt werden soll. Einsicht im Sinne von Krankheitseinsicht wird bei dem Item „Krankheitshypothesen“ eingeschätzt.

Zu beachten ist, daß die Einschätzung der Einsichtsfähigkeit von der Intelligenz des Kindes abhängig ist und daß diese Beurteilung der Einsichtsfähigkeit entsprechend der III. Achse des MAS diagnostiziert werden muß.

Für die Beurteilung der *Behandlungsmotivation* sollen die Reaktionen des Kindes oder Jugendlichen auf folgende Besonderheiten einer psychodynamisch orientierten Gesprächsführung zum Maßstab genommen werden:

- die Orientierung der Gesprächsführung am inneren Erleben des Patienten;
- der Versuch, intrapsychische und interpersonale Konflikte und ihre Bedeutung für die bestehende Problematik bzw. Symptomatik herauszuarbeiten;
- der Versuch, ein Problem oder Symptom im lebensgeschichtlichen Kontext zu verstehen.
- der Versuch, affektlogische Sinnzusammenhänge zwischen scheinbar irrationalen Verhaltens- und Erlebensmustern herzustellen;
- der Versuch, ein Problem oder Symptom in seinen Wechselwirkungen zu den wichtigen Beziehungen (meist Eltern-Kind-Beziehungen) des Patienten zu betrachten.

Im idealtypischen Gesprächsverlauf können alle genannten Bereiche angesprochen werden und es gelingt, gesprächstechnisch über Klärungen und Konfrontationen auf der Basis aufgegriffener Mitteilungen des Kindes oder Jugendlichen eine Probedeutung vorzubereiten und anzubieten. Es ist zu bedenken, daß dies insbesondere bei jüngeren Kindern und Patienten mit geringem integrierten Strukturniveau möglicherweise nicht angemessen ist.

Definition: Der Begriff der *Behandlungsmotivation* umfaßt das in einem psychodynamisch orientierten Erstinterview (auch Phasen mehrerer Gespräche möglich) eines Kindes oder Jugendlichen erfaßbare spezifische Interesse daran, durch eine Fortsetzung und Vertiefung des entstandenen Dialogs auf eine Reduzierung der bestehenden Problematik bzw. Symptomatik hinzuwirken. Gemeint ist hier weder die Veränderungsmotivation noch die allgemeine Kontaktfähigkeit. Auch ist nicht lediglich eine

positive Reaktion auf die Aufmerksamkeit und Zuwendung durch den Untersucher gemeint, wenngleich all die genannten Aspekte einen Einfluß auf die Behandlungsmotivation haben.

In der Neurosenlehre werden die Begriffe primärer und *sekundärer Krankheitsgewinn* unterschieden. Mit primärem Krankheitsgewinn wird, im Sinne eines Symptomverständnisses, bei dem das Symptom eine neurotische Kompromißbildung zwischen Abwehr und Abgewehrtem darstellt, der „Erfolg“ des Symptoms als Versuch einer Konfliktlösung bezeichnet. Führt beispielsweise eine verdrängte Trennungsangst zum Symptom Schulphobie, bestünde der primäre Krankheitsgewinn in der durch Schulverweigerung erreichten Nähe zur Mutter. Der sekundäre Krankheitsgewinn hingegen umfasst alle durch eine manifeste Störung ausgelösten subjektiv als verstärkend erlebten sonstigen Folgen und Reaktionen der Umwelt. Hierzu zählen insbesondere die gesteigerte Aufmerksamkeit und Zuwendung, die aus einer krankhaften Störung resultieren. In der Psychosomatischen Medizin kommt dem sekundären Krankheitsgewinn eine große Bedeutung zu für das Verständnis von unbewußten Widerständen gegen die Therapie, da dieser sich weniger durch das Aufdecken und Durcharbeiten der zum Symptom führenden unbewußten Konflikte und Ängste auflösen läßt.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erscheint die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Krankheitsgewinn hingegen weniger sinnvoll. Eine Trennschärfe läßt sich bei der klinischen Beurteilung oft nicht herstellen. Beispielsweise ist der Wunsch nach Aufmerksamkeit sehr häufig in die komplexe Symptomen-genese eingebunden. Aus diesem Grunde wird in der OPD-KJ der Krankheitsgewinn (primär und sekundär) zusammenfassend eingeschätzt. Dies soll als Basis dienen für die Beurteilung des zu erwartenden Widerstands gegen die Behandlung bzw. für die zu erwartende Tendenz, an einem Symptom festzuhalten. Der Krankheitsgewinn bildet somit gewissermaßen einen Gegenpol zu den Kategorien Leidensdruck sowie Veränderungs- und Behandlungsmotivation.

Definition: Mit dem Begriff des *Krankheitsgewinns* werden alle Aspekte des subjektiven Erlebens des Patienten zusammengefaßt, die sich potentiell verstärkend auf die Symptomatik auswirken können. Hierzu gehören neben durch die Störung vermiedenen (z. B. angstbesetzten) Erfahrungen auch alle Reaktionen der Umwelt, die subjektiv verstärkend wirken, auch wenn diese objektiv betrachtet aversiv erscheinen. Auch Aspekte wie „Machtgewinn“ in der Familie fließen hier ein. Der Krankheitsgewinn ist in aller Regel unbewußt. Eine verbale Bestätigung ist im Interview meist nicht zu erheben. Die Beurteilung muß sich jedoch auf beobachtbares Verhalten oder Schilderungen des Patienten stützen, aus denen indirekte Rückschlüsse auf den Krankheitsgewinn plausibel erscheinen.

Das therapeutische Bündnis oder Arbeitsbündnis ist die psychotherapeutische Form des Patientenvertrags.

Definition: Im Gegensatz zu Erwachsenenbehandlungen ist das *Arbeitsbündnis* in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (fast) immer ein Dreiecksverhältnis zwischen Eltern, Kind und Behandler. Erfaßt werden sollen hier aber nur die persönlichen Voraussetzungen, welche die Kinder oder Jugendlichen für das Eingehen eines Arbeitsbündnisses mitbringen.

HEIGL-EVERS et al. (1993) ist zuzustimmen, wenn sie feststellen, daß die meisten Patienten in der Frühgenese keine ausreichende Erfahrungen mit verlässlichen, die Bedürfnisse des Kindes angemessen befriedigenden, Schutz und Geborgenheit spendenden, im weitesten Sinne des Wortes „haltenden Objekten“ machen konnten. Das Zustandekommen wie auch die Aufrechterhaltung eines therapeutischen Bündnisses ist Teil der Arbeit des Therapeuten. Insofern kann das Entstehen eines Arbeitsbündnisses auch Ziel der Therapie sein.

Dennoch ist die altersspezifische Einschätzung der Behandlungsvoraussetzungen auf dieser Ebene sinnvoll, wenn sich eine Konkordanz der Zielvorstellungen von Eltern, Kind und Therapeut herstellen läßt. In der Kindertherapie erfahrene verhaltenstherapeutische Autoren wie DÖPFNER et al. (1997) schlagen hierfür spezielle Materialien zur Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen von Eltern und Kindern in einem Eltern-Kind-Programm vor. Ziel ist es hier, die Entwicklung eines gemeinsamen Verhaltensmodells, eines gemeinsamen Störungskonzepts aus der Sichtweise familiärer Belastungen und unter der Berücksichtigung von Reaktionen der Eltern, Eigenschaften der Eltern, Eigenschaften des Kindes, Verhaltensproblemen des Kindes und der Wahrnehmung der Verhaltensprobleme des Kindes durch die Eltern zu schaffen. Voraussetzung der Arbeitsbündnisfähigkeit beim Kind ist die Bereitschaft, klare Absprachen mit dem Therapeuten zu treffen und sich im Rahmen einer vertrauensvollen, tragfähigen Beziehung daran zu halten. Solche Vereinbarungen betreffen z. B. den äußeren Rahmen (Pünktlichkeit, Stundenfrequenz, Ferienregelung).

Gerade in der Kindertherapie hat der Therapeut Vorbildfunktion, indem er Abwesenheit und Veränderungen sehr rechtzeitig ankündigen muß. Besonders problematisch ist die notwendige Einbeziehung der Eltern als Bezugspersonen unter gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Vertraulichkeit der Therapiesituation. In Bezug auf manche Probleme empfiehlt sich direkt ein Vertragsabschluß (Contracting) mit dem Kind. Hier zeigt sich dann schnell, ob der Patient wirkliche Motive hat, in der Therapie Hilfe bekommen zu wollen (vgl. Behandlungsmotivation).

Gerade im spezifischen Dreiecksverhältnis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hängt die *Umsetzbarkeit*, je jünger und je abhängiger die Patienten sind, um so mehr von den persönlichen Ressourcen, aber auch von den Gegebenheiten des Versorgungsnetzes ab. Insofern ist es wichtig, zu Beginn einer Kinder- und Jugendlichen-therapie dieses Ressourcenumfeld mit in Erwägung zu ziehen, um nicht fälschlich Widerstandsdeutungen vorzunehmen, wo reale Hinderungsgründe einer Umsetzung im Wege stehen, oder um nicht Empfehlungen zu geben, die sich in der Praxis nicht realisieren lassen. Eine differenzierte Jugendhilfestatistik (vgl. RAUSCHENBACH u. SCHILLING 1997) erlaubt die Feststellung, dass die KJHG-Statistik als Seismograph für Versorgungsunterschiede in Ost und West zu werten ist.

Deutlich wird, daß viele fortschrittliche ambulante niederschwellige und regionalisierte Hilfen, vor allem in ländlichen Bereichen der neuen Bundesländer nicht zugänglich sind. Solche Kontextvariablen müssen bei der Therapieplanung, die häufig in eine Hilfeplanung nach § 36 KJHG integriert sein muss (vgl. FEGERT 1994) berücksichtigt werden.

Definition: Generell gilt für die Kindertherapie die Regel, daß die An- und Abfahrzeit nicht länger als die Therapiezeit dauern sollte. In unterversorgten Regionen ist

maximal die doppelte Zeit für An- und Abfahrt im Verhältnis zur Therapiestunde in Kauf zu nehmen. Kleinere Kinder müssen zur Therapie gebracht bzw. begleitet werden. Diese Wegbegleitung kann z. B. durch eine Jugendhilfemaßnahme sichergestellt werden.

All dies muß in der Ausgangssituation bedacht werden. Generell gilt vom Entwicklungsstandpunkt, je kleiner die Kinder sind, desto weniger Weg zum Therapeuten ist ihnen zuzumuten. Räumliche Nähe bedeutet einen Autonomiegewinn für die jungen Patienten, wenn, je wohnraumnäher der Therapeut angesiedelt ist, desto früher sind sie nicht auf fremde Hilfe beim Aussuchen der Therapie angewiesen (vgl. Arbeitsbündnis).

6 Ausblick

Der Prozeß der Entwicklung einer Achse I der OPD zu einer OPD-KJ ist gekennzeichnet von einer ausführlichen Diskussionstradition sowohl in der Arbeitsgruppe als auch in der Gesamtgruppe. Gerade dieser Prozeß der Entwicklung in der Arbeitsgruppe und der Vorstellung im Plenum und bei den Koordinatoren schafft eine Atmosphäre des beständigen Entwerfens, Zusammenfassens, Verwerfens und Neu-Entwerfens. Die hier vorgelegten Überlegungen für die Achse I der OPD-KJ können also nur den derzeitigen Diskussionsstand in der Arbeitsgruppe widerspiegeln. Es ist das Ziel dieser Arbeit, den aktuellen Stand wiederzugeben, der insgesamt nur ein Ausblick auf die I. Achse der OPD-KJ darstellen kann, die als Gesamt-OPD-KJ Anfang 2000 vorliegen wird.

Literatur

- DÖPFNER, M./SCHÜRMANN, S./FRÖLICH, J. (1997): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- FEGERT, J.M. (1994): Was ist seelische Behinderung? Münster: Votum Verlag.
- FENICHEL, O. (1941): Problems of Psychoanalytic Technique. *Psychoanalysis Quarterly*.
- FISHER, S./GREENSBURG, P.R. (1977): The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapies. New York: Basic Books.
- FREUD, S. (1914): Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. GW Bd. X.
- HEIGL-EVERS, A./HEIGL, F./OTT, J. (1993): Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: G. Fischer.
- KANFER, F.-H./REINICKER, H./SCHMELZER, D. (1996): Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.
- KESSLER, R.C./PRICE, R.H./WORTMAN, C.B. (1985): Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support and Coping Processes. *Annual Review of Psychology* 36, 531-572.
- LOHAUS, A. (1993): Krankheitskonzepte von Kindern: Ein Überblick zur Forschungslage. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 41, 117-129.
- MERTENS, W. (1992): Kompendium Psychoanalytischer Grundbegriffe. München: Quintessenz.
- MICHALAK, V./VIELHABER, N. (1996): Ansatzpunkte und Strategien zur Förderung von Veränderungsmotivation. In: REINICKER, H./SCHMELZER, D. (Hg.): Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe.
- OPD-Arbeitskreis (1996): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- RAUSCHENBACH, T./SCHILLING, M. (1997): Die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Statistik. Berlin: Luchterhand.
- RESCH, F. (1996): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- SCHMIDT, A./ALTMANN-HERZ, U. (1992): Krankheitskonzepte bei Kindern. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20, 243-253.
- SCHULTE-MARKWORT, M. (1995): Krankheitskonzepte kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten. Habilitationsschrift, Medizinische Universität zu Lübeck.
- THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (1998): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 2. Auflage. Heidelberg: Springer.

Anschrift der Verfasser/innen: Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Martinstr. 52, 20246 Hamburg.