

Winter, Sibylle / Jelen, Anna / Pressel, Christine / Lenz, Klaus und  
Lehmkuhl, Ulrike

## **Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 1, S. 41-59*

urn:nbn:de:bsz-psydok-51789

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/)

# ORIGINALARBEITEN

## Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ

Sibylle Winter, Anna Jelen, Christine Pressel, Klaus Lenz und Ulrike Lehmkuhl

### Summary

#### *Clinical and Empirical Findings with the OPD-CA*

60 clinical patients (5-17 years) were diagnosed with an interview-manual of OPD-CA (Winter, 2004). For clinical validity a comparison of patients with internal (N = 17) and external disorders (N = 19) was shown. References for clinical validity resulted from the comparison of the groups, especially for the axes "conflict" and "prerequisites for treatment". Patients with internal disorders showed the conflict *desire for care versus autarchy* significantly more often than patients with external disorders. On the other hand patients with external disorders displayed the conflict *submission versus control* significantly more often. Significant differences were also found for the axis "prerequisites for treatment". Patients with internal disorders had better "prerequisites for treatment" in the domains *experience of illness* and the *prerequisites for therapy*. For the axes "interpersonal relation", "structure" and "prerequisites for treatment" satisfactory data for validity and reliability were found. The clinical validity points to the usefulness of OPD-CA-manual for psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 41-59*

### Keywords

psychodynamic diagnostics – validity – reliability – internal disorders – external disorders

### Zusammenfassung

60 (teil-)stationäre Patienten (5-17 Jahre) wurden anhand eines Interviewleitfadens auf allen Achsen der OPD-KJ beurteilt. Zur Überprüfung der klinischen Validität fand ein Gruppenvergleich zwischen Patienten mit internalen (N = 17) und externalen (N = 19) Störungen statt. Es ergaben sich Hinweise auf klinische Validität im Gruppenvergleich, insbesondere für die Achsen „Konflikt“ und „Behandlungsvoraussetzungen“. Patienten mit internalen Störungen zeigten statistisch signifikant häufiger den Konflikt *Versorgung versus Autarkie*, bei Patienten mit externalen Störungen lag statistisch signifikant häufiger der Konflikt *Unterwerfung versus Kontrolle* vor. Für die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ ergaben sich ebenfalls statistisch relevante Unterschiede. In den *subjektiven Dimensionen* der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitserleben sowie den *The-*

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 41 – 59 (2011), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

*rapievoraussetzungen* zeigten Patienten mit internalen Störungen bessere „Behandlungsvoraussetzungen“. Zur empirischen Validität und Reliabilität fanden sich für die Achsen „Beziehung“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ befriedigende Ergebnisse. Diese Ergebnisse zeigen, dass die OPD-KJ ein valides und reliables Instrument ist, dem in der Zukunft ein wichtiger Stellenwert in der psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalters zukommen sollte.

## Schlagwörter

Psychodynamische Diagnostik – Validität – Reliabilität – Externale Störungen – Internale Störungen

## 1 Hintergrund

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter wurde vom Arbeitskreis OPD-KJ entwickelt und erschien erstmals im Jahr 2003. In der Zwischenzeit wurde vom Arbeitskreis OPD-KJ (2007) eine 2. korrigierte Auflage herausgegeben. Grundlage für die Entwicklung der OPD-KJ war die 1996 erschienene Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Erwachsenenalter (Arbeitskreis OPD), zu der inzwischen auch die inhaltlich weiterentwickelte OPD-2 (2006) vorliegt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen der OPD-KJ und der OPD betrifft den Wegfall der Achse V (Psychische und Psychosomatische Störungen) und damit den direkten Bezug zur ICD-10. Innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist seit vielen Jahren das Manual des Multiaxialen Systems (MAS, Remschmidt et al., 2002) gut etabliert, mit dem auf inzwischen sechs Achsen psychische Störungen mit allen notwendigen Zusatzdiagnosen klassifiziert werden. Diese Basisklassifikation wird auch weiterhin die Grundlage jeder Diagnostik sein. „Es wäre wünschenswert, wenn sich die OPD-KJ als – unverzichtbares – Zusatzinstrument für die psychodynamischen Aspekte der Diagnostik etablieren könnte“ (OPD-KJ, 2007, S. 10).

Die OPD-KJ strebt eine komplexe Erfassung psychodynamischer Prozesse an. Dazu werden auf vier Achsen zu Beziehungsmustern, intrapsychischen Konflikten, zur psychischen Struktur und zu den Behandlungsvoraussetzungen von Kindern und Jugendlichen psychodynamische Befunde erhoben. Diese können zu Beginn der Behandlung zur Diagnostik und Therapieplanung und am Ende der Behandlung zur Therapieevaluation herangezogen werden. Es ist zu beachten, dass die Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur „keine voneinander unabhängigen Konstrukte sind. Vielmehr werden die Konflikte durch das ihnen zugrunde liegende Integrationsniveau der Struktur bestimmt und bilden sich in charakteristischen Beziehungsepisoden ab“ (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 75).

Die Achse „Beziehung“ untersucht die interpersonelle Beziehungsgestaltung. Grundlage für das beobachtbare und geschilderte Beziehungsverhalten und das resultierende Beziehungsmuster sind Beziehungserfahrungen mit relevanten Bezugspersonen aus

Kindheit und Jugend. Wesentlich dabei ist, dass das Kind diese Beziehungen von Anfang an selbst beeinflusst. Das zentrale Anliegen ist nicht nur die Beschreibung von dysfunktionalen Mustern, sondern auch die Identifikation von Ressourcen in den Beziehungen des Patienten. Das interpersonelle Beziehungsverhalten wird nach interpersonellen Kreismodellen erfasst (Leary, 1957; Kiesler, 1983). Die Qualitäten interpersonellen Verhaltens sind Mischungsverhältnisse der beiden Pole *Kontrolle* (dominant/kontrollierend versus submissiv/unterwürfig) und *Affiliation* (liebvoll/zugewandt versus feindselig/distanziert). Das Beziehungsverhalten wird auf zwei Ebenen beurteilt: Dem *objekt- und dem subjektgerichteten Kreis*. Der objektgerichtete Kreis beschreibt die Kommunikation, die auf den Interaktionspartner hin ausgerichtet ist. Der subjektgerichtete Kreis beschreibt die Reaktion auf die Botschaft des Interaktionspartners.

Die Achse „Konflikt“ erfasst zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte. Diese enthalten widerstreitende Erlebens- und Handlungsperspektiven, deren Integration nicht gelingt. Die Konflikte sind gekennzeichnet durch festgelegte Erlebnismuster eines Menschen, die in entsprechenden Situationen immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern führen, ohne dass dies bewusst wäre. Sie sind dysfunktional und behindern die Entwicklung. Was die Verarbeitung der Konflikte angeht, werden zwei Modalitäten beschrieben: ein aktiver Modus liegt vor, wenn kontraphobische Abwehr und Reaktionsbildung überwiegen, beim passiven Modus dominieren regressive Abwehrhaltungen. In der klinischen Realität finden sich häufig Mischtypen. Insgesamt finden sich sieben Konfliktthemen: *Abhängigkeit vs. Autonomie, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autonomie, Selbstwertkonflikt, Loyalitätskonflikt, Ödipale Konflikte, Identitätskonflikte*. Darüber hinaus werden *konflikthafte Lebensbelastungen* berücksichtigt. Es ist vorgesehen, sich nach Bedeutsamkeit der einzelnen Konflikte auf den wichtigsten und den zweitwichtigsten Konflikt festzulegen.

Die Achse „Struktur“ setzt sich aus insgesamt drei Dimensionen zusammen: *Steuerung, Selbst- und Objekterleben sowie kommunikative Fähigkeiten*. Die Dimension *Steuerung* umfasst die Fähigkeit, mit negativen Affekten umzugehen, einen positiven Selbstwert zu entwickeln, Impulse zu steuern, die Fähigkeit, moralisch urteilen zu können sowie Konflikte zu bewältigen. Die Dimension *Selbst- und Objekterleben* umfasst die Fähigkeit, die eigene Person zu beschreiben, sein Gegenüber als eigenständige Person zu sehen und die Fähigkeit, die Bedürfnisse und Gefühle anderer differenziert wahrzunehmen. Die Dimension *kommunikative Fähigkeiten* umfasst die Fähigkeit, Kontakt aufzunehmen, fremde Affekte zu erkennen und darüber den Kontakt aufrechtzuerhalten. Dazu gehört auch die Fähigkeit, eigene Gefühle zu kommunizieren, ein „Wir-Gefühl“ entstehen zu lassen und das Alleinsein zur Konfliktbewältigung nutzen zu können.

Die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ beinhaltet zunächst die *subjektiven Dimensionen* des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung. Insofern wurde besonderer Wert darauf gelegt, die subjektive Sichtweise der Kinder und Jugendlichen zu erfassen. In Bezug auf die Dimension Ressourcen wurden neben intrapsychischen auch die (außer-)familialen und sozialen *Ressourcen* erfasst. Bezüglich der Dimension *Therapievoraussetzungen* erschien eine Aufteilung zwischen einer allgemeinen Verän-

derungsmotivation und einer spezifischen Behandlungsmotivation sinnvoll. Auf den Begriff der Compliance wurde wegen seiner Unschärfe verzichtet und dafür der Begriff der Bündnisfähigkeit eingeführt.

Empirische Daten zur Validität und Reliabilität wurden zunächst im Erwachsenenbereich für die OPD-Achsen „Struktur“, „Behandlungsvoraussetzungen“ und „Beziehung“ erhoben (Arbeitskreis OPD, 2006). Zur OPD-Achse „Konflikt“ gibt es bisher kaum Daten.

Die OPD-Achse „Struktur“ zeigte im Vergleich die beste Interraterreliabilität (Freyberger et al., 1998; Rudolf, 1996; Rudolf et al., 1997, 2000). Validitätshinweise ergaben sich in Studien, die Zusammenhänge zwischen dem Strukturniveau und Diagnosegruppen zeigen konnten. Nietzgen und Brunner (2000) fanden bei neurotischen Patienten ein signifikant besseres strukturelles Integrationsniveau als bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Allerdings konnte Rudolf (1996) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Strukturniveau und ICD-Diagnosen darstellen. Eine zur Prüfung der Konstruktvalidität durchgeführte Faktorenanalyse ergab eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha = .87$ ). Die Items laden auf einen Hauptfaktor (Arbeitskreis OPD-2, 2006, S. 59). Zusammenfassend scheint sich die OPD-Achse „Struktur“ zur Beschreibung einer psychodynamisch konzeptionalisierten Persönlichkeitsstruktur gut zu eignen.

Für die OPD-Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ haben sich Hinweise auf klinische Validität beim Vergleich unterschiedlicher Störungsbilder gezeigt (Schneider et al., 1998). Zur Konstruktvalidierung wurden Faktorenanalysen durchgeführt. Franz und Mitarbeiter (2000) fanden ein dreifaktorielles Modell (Einsicht, Ressourcen, körperbezogene Items) mit einer Varianzaufklärung von 54 %. Eine andere Faktorenanalyse (von Wietersheim, 2000) ergab fünf Faktoren (somatisches und psychisches Erleben, Einsichtsfähigkeit, Ressourcen, Compliance), die insgesamt 68 % der Varianz aufklärten. Diese Ergebnisse stellen sich als ausgesprochen plausibel dar und bestätigen die bei der Konzeption der Achse zugrundegelegten Hypothesen.

Für die OPD-Achse „Beziehung“ liegen zwei Validitätsstudien vor. Stasch et al. (2004) verglichen die Ergebnisse der Achse „Beziehung“ mit den Angaben des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP; Horowitz, Strauß, Kordy, 2000). Die Validitätskoeffizienten lagen im akzeptablen Bereich. In einer anderen Studie (Leising et al., 2000) wurde die OPD-Achse „Beziehung“ mit den Ergebnissen einer strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (SASB; Benjamin, 1974) verglichen und eine überzufällige Konkordanz festgestellt.

Zur Validierung der OPD-Achse „Konflikt“ existieren derzeit keine zur Validierung geeigneten Instrumente, insofern liegen bisher kaum empirische Daten zur OPD-Achse „Konflikt“ vor.

Im Vergleich zur OPD gibt es bisher nur wenige Studien zur Validität und Reliabilität sowie zur Anwendung der OPD-KJ im klinischen Alltag. Seiffge-Krenke et al. (im Druck) konnte für die OPD-KJ-Achsen „Struktur“ und „Konflikt“ gute bis sehr gute Kappa-Werte zeigen. In dieser Untersuchung wurden 18 Patienten von 20 Ratern beurteilt, die Interrater-Reliabilität betrug für die Achse „Struktur“ .575, für die

Achse „Konflikt“ .785. Benecke et al. (2011) verglichen bei 36 Patienten Einzelratings mit Gruppen-Konsensratings, die Interrater-Reliabilität betrug für die Achse „Struktur“ .811, für die Achse „Konflikt“ zwischen .613 und .845. Im Weiteren zeigte sich eine befriedigende Kriteriumsvalidität anhand der Übereinstimmung der OPD-KJ Strukturratings und den SKID-Achse II Diagnosen (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV, Achse II; Fydrich, Renneberg, Schmitz, Wittchen, 1997) sowie den Selbsteinschätzungsskalen Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (FEPA; Lukesch, 2006) und Inventar of Personality Organisation (IPO; Clarkin, Foelsch, Kernberg, 2000). Für die OPD-KJ-Achse „Beziehung“ liegt eine erste Pilotstudie zur Reliabilitätsuntersuchung vor (OPD-KJ, 2007). Dabei schnitten die einzelnen Items unterschiedlich ab (niedrigster ICC .16; höchster ICC .80). Die OPD-KJ-Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ wurde bislang keiner empirischen Überprüfung unterzogen.

In der vorliegenden Studie sollen die empirische und klinische Validität und Reliabilität der OPD-KJ-Achsen „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ überprüft werden. Um Hinweise auf klinische Validität zu erhalten, erfolgt ein Gruppenvergleich zwischen Patienten mit internalen und externalen Störungen.

## 2 Methodik

### 2.1 Stichprobe

Im Zeitraum von April 2004 bis April 2005 wurden in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin insgesamt 155 (teil)-stationäre Patienten behandelt. Von der Untersuchung wurden Patienten mit einem Intelligenzniveau kleiner als 70 IQ-Punkte, Patienten mit einer akuten emotionalen Instabilität, Patienten ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse und/oder einer Behandlungsdauer von weniger als vier Wochen ausgeschlossen. 22 Patienten konnten aufgrund dieser Kriterien nicht an der Studie teilnehmen.

Insgesamt haben 56 Familien die Studienteilnahme abgelehnt. Häufigste Begründung war das videographierte Interview. Durch technische Probleme (z. B. defektes Mikrophon, falsche Kameraeinstellung, unverwertbare Videokassette etc.) konnten 17 Videos nicht berücksichtigt werden. Letztendlich konnten 60 Patienten (Gesamtgruppe) in die Studie eingeschlossen werden, die zusätzlich in zwei Gruppen (internale und externale Störungen) eingeteilt wurden. Für die Einteilung war die Hauptdiagnose der 1. Achse des Multiaxialen Klassifikationschema nach ICD-10 der WHO (Remschmidt et al., 2002) maßgeblich, die anhand eines psychiatrischen Interviews erhoben wurde. Bei einer gleichzeitig vorliegenden Komorbidität von internalen und externalen

Störungen oder bei Vorliegen einer anderen Diagnose wurde der Patient keiner der beiden Störungsgruppen zugewiesen. Bei den internalen Störungen war die häufigste Diagnose die Dysthymia (F34.1), bei den externalen Störungen die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) (Tab. 1).

Tabelle 1: Stichprobe

	Gesamtgruppe N = 60	Internal N = 17	External N = 19
Mädchen	N = 28	N = 12	N = 3
Jungen	N = 32	N = 5	N = 16
Alter (M)	11.3 (SD = 3.6)	13.1 (SD = 3.2)	9.8 (SD = 2.9)
Diagnosen	F3 (N = 11) F4 (N = 11) F5 (N = 8) F8 (N = 2) F9 (N = 28)	F32.1 (N = 1) F34.1 (N = 8) F34.8 (N = 1) F40.0 (N = 1) F40.2 (N = 1) F41.2 (N = 3) F42.1 (N = 1) F43.1 (N = 1)	F90.0 (N = 3) F90.1 (N = 7) F91. 2 (N = 2) F91.3 (N = 2) F92.0 (N = 3) F92.8 (N = 2)

## 2.2 Studiendurchführung und Untersuchungsinstrumente

In den ersten beiden Behandlungswochen wurde ein semistrukturiertes diagnostisches Interview zu psychischen Störungen (Kiddie-Sads-PL; Kaufmann, 1996; Delmo et al., 2000) von einem intern geschulten Untersucher durchgeführt und anschließend von einem erfahrenen Kliniker supervidiert. Es evaluiert gegenwärtige und zurückliegende Episoden psychischer Störungen nach DSM-III-R und -IV sowie in der 5. Auflage der deutschen Forschungsversion zusätzlich nach ICD-10 bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren. Erfragt werden alle gängigen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen wie affektive Störungen, Schizophrenie, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Ticstörungen sowie Substanzmissbrauch bei den Patienten und deren Eltern getrennt voneinander.

In den ersten vier Wochen der Behandlung führte der jeweilige Stationstherapeut zusätzlich ein OPD-KJ-Interview nach einem für die Studie entwickelten Leitfaden (Winter, 2004) durch, um eine möglichst hohe Standardisierung zu erreichen. Dieses Interview wurde per Video aufgenommen (durchschnittliche Dauer ca. 40 Minuten). Bei allen Patienten unter 12 Jahren wurde zudem ein Scenotest (von Staabs, 1951) durchgeführt. Von den sechs Stationstherapeuten waren fünf im letzten Weiterbildungsjahr zur Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten (N = 3) bzw. tiefenpsychologisch/analytischen Therapeuten (N = 2). Ein tiefenpsychologisch/analytischer Therapeut hatte die Ausbildung bereits abgeschlossen. Während der Erhebungsphase fand wöchentlich eine Supervision (60 min.) durch einen erfahrenen Kliniker statt.



Der *OPD-KJ-Interview-Leitfaden* umfasst auf zwei Seiten 17 Themen mit Beispielfragen, die für die Erhebung der psychodynamischen Befunde nach OPD-KJ wichtig sind: Zur Einschätzung der „Behandlungsvoraussetzungen“ werden die Patienten von ihren Therapeuten zur aktuellen Problematik, ihrer somatischen und/oder psychischen Belastung, zu biopsychosozialen Zusammenhängen und zu ihren subjektiven Krankheitshypothesen gefragt. Darüber hinaus wird den Patienten Gelegenheit gegeben, ihren Leidensdruck und ihre Veränderungsmotivation einzuschätzen. Des Weiteren werden die Patienten zur Beurteilung der Ressourcen nach ihrer Familie und ihren Freunden sowie ihrer eigenen Zuversicht bezüglich der Symptomatik und ihres Wissens um Hilfen gefragt. Zur Einschätzung der „Struktur“ werden die Patienten aufgefordert, Beziehungsepisoden zu beschreiben. Hierzu gehört u. a. sich selbst und andere wichtige Bezugspersonen zu beschreiben einschließlich der eigenen und fremden Affekte.

Im weiteren Verlauf des Interviews war das Gespräch weniger strukturiert, um freie Assoziationen zunehmend zu fördern. Fragen nach Taschengeld, Träumen, der frühesten Kindheitserinnerung und die Drei-Wünsche-Frage sollten die Assoziationstätigkeit anregen.

Mit allen Patienten unter zwölf Jahren wurde der Scenotest (von Staabs, 1964) durchgeführt. Dieser wurde zur Erfassung unbewusster Probleme bei Kindern und Jugendlichen entwickelt und soll Hinweise auf der Reflexion nicht zugängliche Zusammenhänge geben. Aufgrund standardisierter Materialien (biegbare Puppenfiguren, Tiere, Bäume, Symbolfiguren und Dinge des täglichen Lebens) werden vergleichbare Untersuchungsergebnisse bei verschiedenen Anwendern möglich. Der hohe Aufforderungscharakter des Materials soll beim Kind eine Szenengestaltung provozieren, in der das Alltags- und Beziehungserleben, Ängste, Wünsche und Bewältigungsstrategien erkennbar werden. Wenn das Kind signalisiert, dass die Szene vollständig aufgebaut ist, kann es die Szene beschreiben. Dieses Material kann auf ein Konfliktthema hinweisen. Im Anschluss wird das Kind aufgefordert, in dieser Szene weiterzuspielen. Der Untersucher soll die Spielinitiativen des Kindes aktiv aufnehmen. Neben Konfliktthemen können im Spiel insbesondere Beziehungsepisoden beobachtet und Hinweise für die strukturellen Bereiche Selbst- und Objekterleben und Steuerung gewonnen werden.

## 2.3 Auswertung

Die Auswertung des videographierten Materials einschließlich des Entlassungsberichtes erfolgte unabhängig vom Interviewer in einem Konsensrating von jeweils zwei zuvor zertifizierten, klinisch erfahrenen Ratern. 24 Videos wurden durch zwei tiefenpsychologisch/analytisch orientierte Therapeuten geratet, die den OPD-KJ-Grundkurs und zwei Aufbaukurse bei jeweils von der Arbeitsgruppe OPD-KJ autorisierten OPD-Trainern absolviert hatten. 36 Videos wurden durch einen der o. g. Therapeuten und einen weiteren Untersucher geratet, der einen OPD-KJ-Grund- und einen Aufbaukurs absolviert hatte. Die Einschätzung der „Behandlungsvoraussetzungen“ erfolgte anhand der im Interview-Leitfaden gestellten Fragen. Da es sich mehrheitlich um subjektive Dimen-



sionen handelt, mussten diese Fragen dem Patienten direkt gestellt werden. Die Achse „Struktur“ wurde anhand der Erzählungen der Patienten bezüglich der Beziehungsepisoden bzw. über das gemeinsame Spiel befundet, einschließlich fremdanamnestischen Angaben (Epikrise). In die Bewertung der Achse „Beziehung“ ging die Beobachtung der aktuellen Untersuchungssituation (Dyade: Untersucher/Patient) ein. Die Zusammenschau aller Bewertungen ergab den Befund der Achse „Konflikt“.

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität erfolgten Faktorenanalysen für die Achsen „Beziehung“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“, die internen Konsistenzen wurden mittels Cronbachs Alpha berechnet. Zur Überprüfung der klinischen Validität wurde ein Gruppenvergleich der Patienten mit internalen und externalen Störungen mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben mit SPSS (Version 18) durchgeführt.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin geprüft und zugelassen. Eine schriftliche Einverständniserklärung der Teilnehmer sowie ihrer Erziehungsberechtigten lag vor.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Schwierigkeiten in der Anwendung der OPD-KJ

Der Interviewleitfaden hat sich zur Vereinheitlichung der Befunderhebung bewährt. Missverständnisse zwischen Untersucher und Patient gab es nur bei den im Interview gestellten Fragen zur psychischen Beeinträchtigung und zum Leidensdruck. Die Durchführung des Szenotests für die Patienten unter zwölf Jahren war zeitaufwendig (ca. 60 Min.). Der Aufbau der Szene war informativ, bot jedoch wenig Anforderungscharakter für das folgende Spiel, so dass dieses nicht die gewünschten Informationen brachte. Für die jüngeren Patienten waren die fremdanamnestischen Angaben (Epikrise) unverzichtbar.

Bei den Ratern ergaben sich Abgrenzungsschwierigkeiten innerhalb der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“. Unsicherheiten traten bei der Beurteilung der psychischen Beeinträchtigung in Abgrenzung zum Leidensdruck sowie bei der Beurteilung der Veränderungsmotivation in Abgrenzung zur Behandlungsmotivation auf. Auch innerhalb der Achse „Konflikt“ traten vermehrt Diskussionen zwischen den Ratern auf. Die Abgrenzung des Konfliktes *Autonomie vs. Abhängigkeit und Versorgung vs. Autarkie* führte zu Unsicherheiten. Die *konflikthaften Lebensbelastungen* wurden sehr häufig vergeben. Die Vorgabe des Manuals (aktuelle Belastung innerhalb der letzten sechs Monate) wurde dabei nicht immer ausreichend streng berücksichtigt. Die Konflikte *Ödipale Konflikte, Loyalitätskonflikte und Identitätskonflikte* wurden wenig vergeben. Obwohl diese Themen bei einigen Patienten als Konfliktthema sichtbar waren, konnten diese aufgrund der Kriterien des Manuals nur sehr vereinzelt als „gering bedeutsame“ Konflikte beurteilt werden. Bei der Achse „Beziehung“ und „Struktur“ konnten keine Abgrenzungsschwierigkeiten beobachtet werden.

Die wöchentliche Supervision mit Teilnahme der Stationstherapeuten, die verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch/analytisch ausgebildet waren, ermöglichte einen vertieften Dialog der verschiedenen Psychotherapierichtungen.

### 3.2 Empirische Befunde

#### 3.2.1 Achse „Beziehung“

Im *objektgerichteten Kreis* wird das Verhalten des Patienten zum Untersucher mit Hilfe von acht Items kodiert. Im *subjektgerichteten Kreis* wird die Reaktion des Patienten auf den Untersucher ebenfalls mit Hilfe von acht Items kodiert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Beziehung (Mittelwerte mit Standardabweichung; 1 = nicht vorhanden, 3 = mittel vorhanden, 5 = stark vorhanden)

	Gesamtgruppe	Internal	External
<b>objektgerichtet</b>			
Gewähren lassend	3.8 (SD = 0.9)	3.9 (SD = 0.8)	3.5 (SD = 1.0)
Interessiert zugewandt	3.2 (SD = 1.1)	3.1 (SD = 1.2)	2.8 (SD = 1.0)
Liebevoll behandelnd	3.1 (SD = 0.9)	3.0 (SD = 0.9)	2.9 (SD = 1.0)
Freundlich anleitend	2.4 (SD = 1.0)	2.3 (SD = 0.8)	2.4 (SD = 1.1)
Bestimmend kontrollierend	1.8 (SD = 1.1)	1.7 (SD = 1.0)	2.1 (SD = 1.1)
Vorwurfsvoll	1.3 (SD = 0.6)	1.2 (SD = 0.5)	1.3 (SD = 0.6)
Aggressiv	1.4 (SD = 0.8)	1.2 (SD = 0.6)	1.7 (SD = 1.0)
Desinteressiert	2.0 (SD = 1.1)	2.0 (SD = 1.0)	2.3 (SD = 1.2)
<b>subjektgerichtet</b>			
Eigenen Handlungsimpulsen folgend	2.5 (SD = 1.2)	2.2 (SD = 1.1)	2.9 (SD = 1.1)
Offen und unbefangen	3.3 (SD = 1.1)	3.2 (SD = 1.0)	2.9 (SD = 1.1)
Freudig im Kontakt	3.0 (SD = 1.0)	3.0 (SD = 0.9)	2.6 (SD = 0.9)
Vertrauensvoll	3.2 (SD = 1.1)	3.4 (SD = 1.1)	2.8 (SD = 1.0)
Fremden Handlungsimpulsen sich fügend	3.5 (SD = 0.6)	3.8 (SD = 1.0)	3.1 (SD = 0.8)
Unzufrieden gefügig	2.0 (SD = 1.1)	1.9 (SD = 1.0)	2.4 (SD = 1.1)
Wütend im Kontakt	1.4 (SD = 1.2)	1.2 (SD = 0.4)	1.4 (SD = 1.0)
Missmutig	1.9 (SD = 1.1)	1.9 (SD = 1.1)	2.2 (SD = 1.1)

Die Gesamtgruppe der Patienten zeigte in der Beziehungsgestaltung überwiegend positive Affekte und Verhalten im Sinne von Unterwerfung. Patienten mit internalen Störungen hatten bei allen Items des Bereichs *Positiver Affekt/Unterwerfung* tendenziell höhere Mittelwerte als Patienten mit externalen Störungen, allerdings ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Zur Überprüfung der Validität und Reliabilität ergab eine Faktorenanalyse bezüglich des *objektgerichteten Kreises* zwei Faktoren, die 73,9 % der Varianz aufklärten. Faktor 1 (*Positiver Affekt*) beinhaltet die Items „interessiert zugewandt“, „liebvoll behandelnd“ und „freundlich anleitend“. Faktor 2 (*Kontrolle/Negativer Affekt*) beinhaltet die Items „bestimmend, kontrollierend“, „vorwurfsvoll“, „aggressiv/feindselig“ und „desinteressiert abgewandt“. Die interne Konsistenz des Faktors 1 betrug Cronbachs  $\alpha = .845$ , für Faktor 2 Cronbachs  $\alpha = .790$ .

Bezüglich des *subjektgerichteten Kreises* ergab eine Faktorenanalyse einen Faktor, der 55,6 % der Varianz aufklärte. Dieser Faktor beinhaltet zwei Gruppen mit unterschiedlichen Ladungsvorzeichen. Die Gruppe 1 (*Positiver Affekt/Unterwerfung*) mit den Items „offen und unbefangen, freudig in Kontakt“ und „fremden Handlungsimpulsen sich fügend“ stand der Gruppe 2 (*Kontrolle/Negativer Affekt*) mit den Items „eigenen Handlungsimpulsen sich fügend“, „unzufrieden gefügig“, „wütend im Kontakt“ und „missmutig sich verschließend“ gegenüber. Die interne Konstistenz betrug für die Gruppe 1 Cronbachs  $\alpha = .865$ , für die Gruppe 2 Cronbachs  $\alpha = .774$ .

### 3.2.2 Achse „Konflikt“

Es liegen sieben Konfliktthemen vor: *Abhängigkeit vs. Autonomie* (K1), *Unterwerfung vs. Kontrolle* (K2), *Versorgung vs. Autonomie* (K3), *Selbstwertkonflikt* (K4), *Loyalitätskonflikt* (K5), *Ödipaler Konflikt* (K6), *Identitätskonflikt* (K7). Im Weiteren gibt es die *konflikthafte Lebensbelastung* (K8). Die Bewertung erfolgte von „nicht sichtbar“ (0) über „wenig bedeutsam“ (1) und „bedeutsam“ (2) bis hin zu „sehr bedeutsam“ (3). Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt.

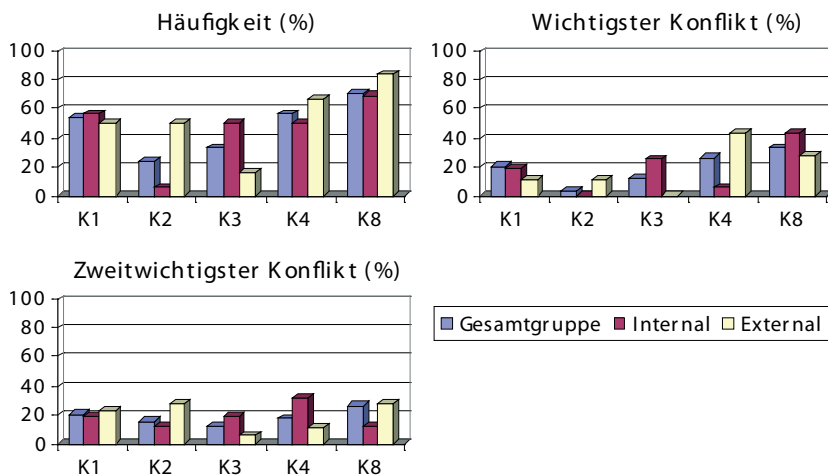


Abbildung 1: Konflikte („bedeutsam“ und „sehr bedeutsam“ zusammengefasst)

Die Gesamtgruppe zeigte folgende Häufigkeitsverteilungen in Bezug auf die „sehr bedeutsamen“ und „bedeutsamen“ Konflikte: Bei ca. zwei Dritteln konnte die *konflikthafte Lebensbelastung* (70,7 %), bei ca. der Hälfte konnten die Konflikte *Autonomie vs. Abhängigkeit* (53,4 %) und *Selbstwertkonflikt* (56,9 %), bei ca. einem Drittel konnte der Konflikt *Versorgung vs. Autarkie* (32,8 %) und bei ca. einem Fünftel der Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* (24,2 %) beurteilt werden. Der *Ödipale Konflikt* (12 %) wurde wenig, der *Loyalitätskonflikt* (1,7 %) kaum vergeben. Der *Identitätskonflikt* wurde nur einmal als „gering bedeutsamer“ Konflikt beurteilt. Beim wichtigsten und zweitwichtigsten Konflikt kristallisierten sich für die Gesamtgruppe analog der Häufigkeitsverteilungen über alle Konflikte hinweg ebenfalls die drei Konflikte *Autonomie vs. Abhängigkeit*, *Selbstwertkonflikt* und *konflikthafte Lebensbelastung* heraus.

Zur Überprüfung der klinischen Validität wurden die Patienten mit internalen und externalen Störungen verglichen. Es ergaben sich bei zwei Konflikten statistisch signifikante Unterschiede: Patienten mit internalen Störungen zeigten statistisch signifikant mehr Konflikte mit dem Thema *Versorgung vs. Autarkie* ( $T = 2.3$ ,  $df = 32$ ,  $p = .026^*$ ), während Patienten mit externalen Störungen statistisch signifikant mehr Konflikte mit dem Thema *Unterwerfung vs. Kontrolle* zeigten ( $T = 4.2$ ,  $df = 27$ ,  $p < .001^{***}$ ). Die übrigen Konflikte offenbarten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen beiden Störungsgruppen. Bei Patienten mit internalen Störungen überwog statistisch signifikant der passive Verarbeitungsmodus, bei Patienten mit externalen Störungen im Kontrast der aktive Verarbeitungsmodus ( $T = 3.2$ ,  $df = 17$ ,  $p = .005^{**}$ ).

### 3.2.3 Achse „Struktur“

Die Achse „Struktur“ besteht aus drei Dimensionen. Die erste Dimension wird als *Steuerung* mit fünf Items bezeichnet, die zweite Dimension als *Selbst- und Objektwahrnehmung* mit vier Items und die dritte Dimension als *kommunikative Fähigkeiten* mit fünf Items. Die einzelnen Items, die drei Dimensionen und ein Struktur-Gesamtwert werden jeweils beurteilt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Die Gesamtgruppe der Patienten zeigte im Struktur-Gesamtwert einen Zwischenwert zwischen mäßigem und geringem Integrationsniveau. Der Gesamtwert in der Dimension *Selbst- und Objekterleben* zeigte im Vergleich die niedrigsten Mittelwerte, gefolgt vom Gesamtwert in der Dimension *kommunikative Fähigkeiten*. Der Gesamtwert in der Dimension *Steuerung* zeigte die höchsten Mittelwerte.

Zur Prüfung der klinischen Validität fand ein Vergleich der Patienten mit internalen und externalen Störungen statt. In den drei Dimensionen *Steuerung*, *Selbst- und Objekterleben* und *kommunikative Fähigkeiten* zeigte sich lediglich bei der Steuerungsinstantz ein statistisch signifikanter Unterschied ( $T = 2.5$ ,  $df = 31$ ,  $p = .018^*$ ). Die Patienten mit externalen Störungen wiesen eine signifikant schlechtere Integration bei der Steuerungsinstantz auf. Bezüglich aller anderen Items der Dimension *Steuerung* wie auch aller anderen Bereiche der Dimensionen *Selbst- und Objektwahrnehmung* sowie *kommunikative Fähigkeiten* zeigten sich keine statistisch relevanten Unterschiede, al-

lerdings fiel auf, dass Patienten mit internalen Störungen in allen Dimensionen eine tendenziell bessere Integration zeigten.

**Tabelle 3:** Struktur (Mittelwerte mit Standardabweichung; 1 = gut Integration, 2 = Zwischenwert, 3 = mäßige Integration, 4 = Zwischenwert, 5 = geringe Integration, 6 = Zwischenwert, 7 = Desintegration)

	Gesamtgruppe	Internal	External
Negativer Affekt	4.3 (SD = 1.0)	4.2 (SD = 0.8)	4.5 (SD = 0.8)
Selbstgefühl	4.4 (SD = 1.0)	4.2 (SD = 0.9)	4.8 (SD = 0.8)
Impulssteuerung	4.5 (SD = 1.1)	4.3 (SD = 1.1)	5.1 (SD = 1.0)
Steuerungsinstanz *	3.6 (SD = 1.2)	3.3 (SD = 0.8)	4.0 (SD = 1.4)
Konfliktbewältigung	4.4 (SD = 0.9)	4.3 (SD = 0.7)	4.6 (SD = 0.8)
<b>Gesamt Steuerung</b>	4.3 (SD = 1.0)	4.1 (SD = 0.7)	4.7 (SD = 1.0)
Selbsterleben	3.7 (SD = 1.2)	3.5 (SD = 0.7)	4.4 (SD = 1.0)
Selbst-/Objekterleben	3.3 (SD = 1.1)	3.1 (SD = 1.0)	3.5 (SD = 0.8)
Objekterleben	3.6 (SD = 1.3)	3.2 (SD = 1.0)	4.2 (SD = 1.1)
Empathie	3.8 (SD = 1.3)	3.8 (SD = 1.0)	4.2 (SD = 1.0)
<b>Gesamt Selbst-/Objekterleben</b>	3.6 (SD = 1.2)	3.4 (SD = 1.0)	4.1 (SD = 0.9)
Kontakt	3.8 (SD = 1.2)	3.5 (SD = 1.1)	4.1 (SD = 1.0)
Entschlüsselung fremder Affekte	4.0 (SD = 1.3)	3.8 (SD = 1.0)	4.4 (SD = 0.9)
Kommunikative Fähigkeiten eigener Affekte	4.2 (SD = 1.2)	3.8 (SD = 1.0)	4.6 (SD = 1.1)
Reziprozität	3.8 (SD = 1.1)	3.6 (SD = 1.1)	4.1 (SD = 0.8)
Internalisierte Kommunikation	3.8 (SD = 1.0)	3.9 (SD = 0.9)	3.9 (SD = 0.9)
<b>Gesamt Kommunikation</b>	3.9 (SD = 1.1)	3.6 (SD = 0.9)	4.2 (SD = 0.9)
<b>Gesamt Struktur</b>	3.9 (SD = 1.0)	3.9 (SD = 0.8)	4.3 (SD = 0.8)

Anmerkung: \* $p < .05$

Zur Überprüfung der empirischen Validität und Reliabilität wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Es zeigte sich ein zweifaktorielles Modell mit 73,7 % Varianzaufklärung. Der erste Faktor entsprach der Dimension *Steuerung* mit einer internen Konsistenz von Cronbachs  $\alpha = .895$ , der zweite Faktor den Dimensionen *Selbst- und Objekterleben* sowie *kommunikative Fähigkeiten* mit einer internen Konsistenz von Cronbachs  $\alpha = .956$ .

### 3.2.4 Achse „Behandlungsvoraussetzungen“

Neben den *subjektiven Dimensionen* werden *Ressourcen und Therapievoraussetzungen* erfasst. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

Die Gesamtgruppe der Patienten zeigte eine psychische Beeinträchtigung mit Leidensdruck und Bündnisfähigkeit in mittlerer Ausprägung. Niedrigere Mittelwerte zeigten die familialen Ressourcen, die Behandlungsmotivation und der Krankheitsgewinn.

**Tabelle 4:** Behandlungsvoraussetzungen (Mittelwerte mit Standardabweichung; 0 = nicht vorhanden, 1 = wenig vorhanden, 2 = mittel vorhanden, 3 = hoch vorhanden)

	Gesamtgruppe	Internal	External
<b>Subjektive Dimensionen</b>			
Somatische Beeinträchtigung	1.7 (SD = 1.1)	2.1 (SD = 1.1)	1.4 (SD = 1.3)
Psychische Beeinträchtigung *	2.4 (SD = 0.8)	2.7 (SD = 0.6)	2.1 (SD = 0.9)
Krankheitshypothesen	1.7 (SD = 1.1)	0.7 (SD = 0.5)	0.3 (SD = 0.5)
Leidensdruck	2.4 (SD = 0.8)	2.5 (SD = 0.6)	2.2 (SD = 0.9)
Veränderungsmotivation *	1.8 (SD = 0.8)	1.9 (SD = 0.9)	1.4 (SD = 0.5)
<b>Ressourcen</b>			
Beziehung Gleichaltrige	1.6 (SD = 0.7)	1.5 (SD = 0.5)	1.3 (SD = 0.5)
Außerfamiliäre Unterstützung	1.9 (SD = 0.6)	1.9 (SD = 0.8)	1.9 (SD = 0.6)
Familiäre Ressourcen	1.4 (SD = 0.6)	1.3 (SD = 0.4)	1.2 (SD = 0.4)
Ich-Ressourcen	1.6 (SD = 0.7)	1.6 (SD = 0.5)	1.3 (SD = 0.6)
<b>Therapievoraussetzungen</b>			
Einsichtsfähigkeit **	1.7 (SD = 1.0)	2.1 (SD = 0.9)	0.9 (SD = 0.7)
Behandlungsmotivation **	1.8 (SD = 0.8)	2.1 (SD = 0.7)	1.3 (SD = 0.6)
Krankheitsgewinn **	1.5 (SD = 0.7)	1.8 (SD = 0.7)	1.1 (SD = 0.6)
Bündnisfähigkeit	2.1 (SD = 0.6)	2.2 (SD = 0.5)	1.9 (SD = 0.7)

Anmerkungen: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Zur Beurteilung der klinische Validität wurden die Patienten mit internalen und externalen Störungen verglichen. Es ließen sich statistisch signifikante Unterschiede in der Selbstbeurteilung (*Subjektive Dimensionen* des Krankheitserlebens- und -verarbeitung) aufzeigen: Patienten mit internalen Störungen gaben eine höhere psychische Beeinträchtigung an ( $T = 2.4$ ,  $df = 28$ ,  $p = .025^*$ ) und zeigten eine höhere Veränderungsmotivation ( $T = 2.2$ ,  $df = 29$ ,  $p = .037^*$ ). Es fanden sich auch statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der *Therapievoraussetzungen*: Patienten mit internalen Störungen zeigten eine höhere Einsichtsfähigkeit ( $T = 3.3$ ,  $df = 20$ ,  $p = .003^{**}$ ), eine höhere Behandlungsmotivation ( $T = 3.8$ ,  $df = 32$ ,  $p = .001^{**}$ ) und einen höheren Krankheitsgewinn ( $T = 3.3$ ,  $df = 32$ ,  $p = .002^{**}$ ). Bezüglich der anderen Dimensionen, insbesondere der Dimension *Ressourcen* zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Zur Beurteilung der empirischen Validität und Reliabilität wurde für die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ eine Faktorenanalyse durchgeführt. Dabei fand sich ein dreifaktorielles Modell mit einer Varianzaufklärung von 71 %. Faktor 1 beschrieb die *Subjektiven Dimensionen* mit der internen Konsistenz von Cronbachs  $\alpha = .785$ , Faktor 2 beschrieb die *Ressourcen* mit der internen Konstistenz von Cronbachs  $\alpha = .767$ , Faktor 3 beschrieb die *Therapievoraussetzungen* mit der internen Konsistenz von Cronbachs  $\alpha = .771$ . Alle Items konnten faktorenanalytisch den inhaltlich nach dem Manual der OPD-KJ vorgesehenen Dimensionen zugeordnet werden. Es gab nur eine Ausnahme: Die „außerfamiliäre Unterstützung“ gehört inhaltlich laut Manual zur Dimension *Ressourcen*, faktorenanalytisch jedoch wurde das Item der Dimension *Therapievoraussetzungen* zugeordnet.

## 4 Diskussion

Die OPD-KJ konnte im klinischen Alltag erfolgreich eingesetzt werden und ermöglichte ergänzend zum Multiaxialen Klassifikationssystem (MAS, Remschmidt et al., 2002) eine psychodynamische Einschätzung kindlicher und jugendlicher Patienten.

Der Interviewleitfaden hat sich bewährt und sollte weiterentwickelt werden. Bei den jüngeren Patienten ist der Scenotest (von Staabs, 1964) nur eingeschränkt empfehlenswert. Im Verhältnis zum Zeitaufwand sind die gewonnen Informationen nicht ausreichend. Zur spielerischen Befunderhebung wird in der Zwischenzeit das Geschichtenergänzungsverfahren basierend auf der Mac Arthur Story Stem Battery (MSSB; Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde, 2003) empfohlen (Weber, 2011). Insbesondere für die Beurteilung der OPD-KJ-Achse „Struktur“ sind acht Geschichtenanfänge etabliert. Darüber hinaus ist gerade bei jüngeren Patienten das Interview mit den Bezugspersonen von großer Bedeutung.

Bei der *klinische Anwendung* konnten folgende Schwierigkeiten beobachtet werden. Analog der OPD gab es innerhalb der *OPD-KJ-Achse „Konflikt“* Abgrenzungsschwierigkeiten bei den Konflikten *Autonomie vs. Abhängigkeit* und *Versorgung vs. Autonomie*. Beide Konflikte kreisen um das Thema Bindung, jedoch in unterschiedlicher Ausgestaltung. Müller (1999) konnte dies empirisch belegen, indem er neben den Konfliktthemen die Bindungstypen erfasste. Je ambivalenter und sicherer die Bindung, desto eher lag der Konflikt *Versorgung vs. Autarkie* vor, je vermeidender und unsicherer die Bindung war, desto eher lag der Konflikt *Abhängigkeit vs. Autonomie* vor. Diese Ergebnisse liefern einen ersten Anhalt für die Validität der Konflikt differenzierung *Autonomie/Abhängigkeit vs. Versorgung vs. Autarkie*.

Die häufige Vergabe der *konflikthaften Lebensbelastungen* legt die Vermutung nahe, dass diese auch bei Patienten vergeben wurden, deren Belastungen länger als sechs Monate zurücklagen. Im Unterschied zu Erwachsenen, bei denen unbewusste Konflikte durch Lebensbelastungen aktualisiert werden, geht es bei Kindern und Jugendlichen häufig um länger andauernde Lebensbelastungen (z. B. psychisch kranke Mutter, Migration, Trennung der Eltern etc.), die unbewusste Konflikte beeinflussen bzw. diese entstehen lassen. In diesem Zusammenhang wäre zu überlegen, ob zusätzlich zum im Manual vorgesehenen Zeitfenster („weniger als sechs Monate“) ein weiteres Zeitfenster („länger als sechs Monate“) sinnvoll sein könnte.

Die Konflikte *Ödipaler Konflikt* und *Loyalitätskonflikt* wurden wenig vergeben, obwohl diese durchaus als Konfliktthemen vorlagen, aber streng nach Manual nicht als Konflikt, auch nicht als „gering bedeutsamer“ Konflikt beurteilt werden konnten. Aus diesem Grunde könnte es sinnvoll sein, zukünftig im Manual diesbezüglich einen Hinweis aufzunehmen, dass es bei Vorliegen eines Konfliktthemas durchaus möglich ist, dieses als „gering bedeutsamer Konflikt“ zu berücksichtigen, auch wenn die Kriterien des OPD-KJ-Manuals nicht vollständig erfüllt sind. Um dies deutlicher zu machen, seien Patienten erwähnt, die beispielsweise ein ödipales Thema aufweisen, sich aber weder besonders geschlechtsbetont noch unattraktiv – wie im Manual beschrieben – verhalten.



Der *Identitätskonflikt* wurde nur einmal im Sinne eines „gering bedeutsamen“ Konfliktes vergeben. Dies scheint verwunderlich, da in der Literatur berichtet wird, dass eine widersprüchliche und unklare insbesondere kulturelle Identität der Eltern zu verwirrenden Internalisierungen beim Kind führen kann. Dies wiederum kann die Reifung eines authentischen Selbst und die Ausbildung einer stabilen Ichidentität erschweren (Kohte-Meyer, 2006). Unsere Klinik liegt in einem Bezirk mit sozialem Brennpunkt und hohem Migrantenanteil. Insofern gehen wir davon aus, dass unter den (teil)-stationären Patienten ein bedeutender Anteil von Migranten ist und diese durch die unsichere kulturelle Identität der Eltern durchaus ein erhöhtes Risiko haben, einen Identitätskonflikt zu entwickeln. Es könnte sinnvoll sein, im OPD-KJ Manual darauf hinzuweisen, dass bei Migranten auf das Vorhandensein eines *Identitätskonfliktes* besonders zu achten ist.

Zudem zeigte die klinische Anwendung innerhalb der *OPD-KJ-Achse „Behandlungsvoraussetzungen“* Verständnisschwierigkeiten in Bezug auf die Fragen des Interviewleitfadens auf. Die Fragen zur psychischen Beeinträchtigung und zum Leidensdruck waren nicht immer eindeutig für die Kinder zu verstehen. Hier ist darauf zu achten, dass den Kindern der Unterschied zwischen der Schwere des Problems im Allgemeinen und dem individuellen Leidensdruck genau erklärt wird. Desgleichen war die Unterscheidung zwischen Veränderungs- und Behandlungsmotivation nicht immer eindeutig zu treffen. Es ist zu beachten, dass die Veränderungsmotivation zur subjektiven Dimension gehört und die Behandlungsmotivation durch den Experten beurteilt werden soll.

Im Folgenden sollen die *empirischen Ergebnisse* für alle Achsen dargestellt und diskutiert werden. Das Gesamtergebnis der *OPD-KJ-Achse „Beziehung“* zeigte bei allen Patienten im Verhalten überwiegend positive Affekte und Unterwerfung. Die Patienten mit internalen Störungen ließen sich eher auf die Beziehung ein, waren freudiger im Kontakt und fügten sich fremden Handlungsimpulsen eher. Eine Replikation mit einer größeren Stichprobe könnte möglicherweise stärkere Effekte zwischen den beiden Störungsgruppen abbilden. Die empirischen Ergebnisse zur Validität und Reliabilität waren befriedigend. Es ergaben sich bei der Faktorenanalyse zwei Faktoren: Positiver Affekt/Unterwerfung sowie Kontrolle/Negativer Affekt.

Die Ergebnisse der *OPD-KJ-Achse „Konflikt“* zeigten, dass von insgesamt acht Konfliktthemen lediglich fünf Themen eine bedeutsame Rolle spielten. Übereinstimmend mit Studien aus dem Erwachsenenbereich (Rudolf et. al. 1996; Schneider et al., 1998) konnte ein Vorherrschen der Konflikte *Autonomie vs. Abhängigkeit*, *Unterwerfung vs. Kontrolle*, *Versorgung vs. Autarkie* und *Selbstwertkonflikt* gezeigt werden. Darüber hinaus spielte im Kinder- und Jugendlichenbereich die *Konflikthafte Lebensbelastung* eine entscheidende Rolle. Die bedeutsamsten Konflikte *Autonomie vs. Abhängigkeit*, *der Selbstwertkonflikt* und *die konflikthafte Lebensbelastung* wurden auch als wichtigste bzw. zweitwichtigste Konflikte kodiert. Der *ödpale Konflikt*, *der Loyalitätskonflikt* und *der Identitätskonflikt* wurden nur vereinzelt vergeben. Es kann vermutet werden, dass diese Konflikte bei ambulanten Patienten stärker zum Tragen kommen würden.

Beim Vergleich der Patienten mit internalen und externalen Störungen ergaben sich Hinweise auf die klinische Validität für die Achse „Konflikt“. Bei zwei Konflikten

zeigten sich zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikante Unterschiede. Der Konflikt *Versorgung vs. Autarkie* kam bei Patienten mit internalen Störungen und der Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* bei Patienten mit externalen Störungen statistisch signifikant häufiger vor.

Das Gesamtergebnis der OPD-KJ-Achse „Struktur“ zeigte bei allen Patienten ein mäßiges bis geringes Integrationsniveau. Bei kleineren Schwankungen war das geringste Integrationsniveau bei der Dimension *Steuerung* zu verzeichnen.

Zur Überprüfung der klinischen Validität fand ein Vergleich von Patienten mit internalen und externalen Störungen statt, der keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Störungsgruppen offenbarte. Betrachtet man in unserer Untersuchung die drei Dimensionen, so zeigten die Werte im Bereich *Objekt- und Selbsterleben* sowie *kommunikative Fähigkeiten* für die Patienten mit internalen Störungen tendenziell eine bessere Integration als für die Patienten mit externalen Störungen. Die Dimension *Steuerung* ergab sogar einen statistisch signifikanten Unterschied für die Steuerungsinstanz zwischen den Störungsgruppen. Patienten mit externalen Störungen wiesen gegenüber Patienten mit internalen Störungen ein schlechteres Strukturniveau auf. Möglicherweise würden sich unter Einbeziehung einer größeren Stichprobe deutlichere strukturelle Unterschiede auch in den anderen Dimensionen ergeben. Aufgrund klinischer Erfahrung wäre sicherlich für Patienten mit internalen Störungen eine intrapsychische Struktur mit einem besseren Integrationsniveau zu erwarten gewesen. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass es sich hierbei um (teil-)stationäre Patienten mit internalen Störungen handelt, die häufig auch ein niedrigeres Integrationsniveau aufzeigen. Eine andere Erklärung könnte sein, dass in unserer Studie eine Tendenz zur Mitte gerade bei der OPD-KJ-Achse „Struktur“ beobachtet wurde und insofern Unterschiede in der Strukturachse nur eingeschränkt abgebildet werden konnten.

Analog der OPD ergaben die empirischen Daten zur Validität und Reliabilität der OPD-KJ-Achse „Struktur“ befriedigende Ergebnisse. Insbesondere die hohen Werte der internen Konsistenzen weisen darauf hin, dass es sich bei der Struktur um ein im Wesentlichen eindimensionales Konstrukt handelt und die verschiedenen Teilfunktionen der Struktur interdependent wirken.

Die Ergebnisse der OPD-KJ-Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ zeigten, dass die Gesamtgruppe der (teil-)stationären Patienten eine psychische Beeinträchtigung mit Leidensdruck und Bündnisfähigkeit von mittlerer Ausprägung aufwies. Niedrigere Mittelwerte fanden sich bei den familialen Ressourcen, der Behandlungsmotivation und dem Krankheitsgewinn. Diese Items könnten für die Entscheidung einer notwendigen stationären Behandlung eine entscheidende Rolle gespielt haben.

Zur Überprüfung der klinischen Validität der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ wurden die Patienten mit internalen und externalen Störungen verglichen. Es ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede. Bei den subjektiven Dimensionen fühlten sich Patienten mit internalen Störungen stärker psychisch beeinträchtigt, zeigten einen höheren Leidensdruck, mehr Krankheitshypothesen und Einsichtsfähigkeit sowie höhere Veränderungs- und Behandlungsmotivation. Diese Ergebnisse sprechen für bessere Be-

handlungsvoraussetzungen bei Patienten mit internalen Störungen. Allerdings zeigte sich bei den Patienten mit internalen Störungen ein höherer Krankheitsgewinn, was ungünstigeren Behandlungsvoraussetzungen entspricht. Diese Ergebnisse entsprechen unseren klinischen Erfahrungen. In Studien an erwachsenen Patienten wurden für verschiedene Störungsbilder ebenfalls Unterschiede auf der Achse Behandlungsvoraussetzungen beschrieben. Schneider (2008) konnte zeigen, dass Patienten mit affektiven Störungen oder Angststörungen signifikant häufiger den Wunsch nach aufdeckender Psychotherapie äußerten als Patienten mit Essstörungen oder somatoformen Störungen.

Analog der OPD waren auch die empirischen Ergebnisse bzgl. Validität und Reliabilität der OPD-KJ-Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ befriedigend und stützen die theoretischen Vorannahmen bei der Entwicklung der Achse Behandlungsvoraussetzungen. Das Item „außerfamiliäre Unterstützung“ macht eine Ausnahme. Nach OPD-KJ inhaltlich der Dimension *Ressourcen* zugeordnet, erscheint es in der Faktorenanalyse bei der Dimension *Therapievoraussetzungen*. Laut Definition ist in diesem Bereich zu erfassen, inwieweit die Familie Kenntnisse von Hilfsangeboten hat und ob diese bisher genutzt wurden. Im weitesten Sinne gehört dies auch zu den Therapievoraussetzungen. Erst wenn die Familie von Hilfsangeboten weiß, kann sie diese auch nutzen.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass die dargestellten Ergebnisse auf der Grundlage einer klinischen Stichprobe gewonnen wurden. Erwartungsgemäß (Remschmidt u. Schmidt, 2000) war die Patientengruppe mit internalen Störungen älter und enthielt mehr Mädchen; umgekehrt war die Patientengruppe mit externalen Störungen jünger und umfasste mehr Jungen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnte.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen, dass die OPD-KJ ein valides und reliables Instrument ist, dem in der Zukunft ein wichtiger Stellenwert zur psychodynamischen Diagnostik einschließlich Indikationsstellung zur Psychotherapie sowie Therapieplanung und -evaluation im Kindes- und Jugendalter zukommen sollte.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (2003). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (2007). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (2. korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Benecke, C., Bock, A., Wiesner, 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.
- Benjamin, L. S. (1974). A structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review*, 81, 392-425.

- Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R. N., The MacArthur Transition Network Narrative Group (2003). Appendix. MacArthur Story Stem Battery. In R. N. Emde, D. Wolf, D. Oppenheim (Hrsg.), *Revealing the inner worlds of young children. The MacArthur Story Stem Battery and parent-child-narratives*. New York: Oxford University Press.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Kernberg, O. F. (2000). *Inventory of Personality Organisation*. Weill College of Medicine of Cornell University, White Plains, New York.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C., Poustka, F. (2000). <http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderpsychiatrie/ksadspl.html>. 14.07.2009.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)-Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franz, M., Dahlbender, R. W., Gündel, H., Hake, K., Klauer, T., Kessler-Scheeler, S., Siol, T., Schneider, W. (2000). Ergebnisse der Multicenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsildienst. In W. Schneider, H. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Freyberger, H. J., Schneider, W., Heuft, G., Schauenburg, H., Seidler, G. H. (1998). Zur Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität, und zukünftigen Forschungsfragestellungen der OPD. In H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka, P. Buchmann (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.-U., (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, deutsche Version. 2. Überarbeitete und neunormierte Auflage. Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Kaufmann, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Ryan, N. (1996). *Diagnostic Interview. Kiddie-Sads-Present- and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. Pittsburgh: University of Pittsburgh, School of Medicine: Department of Psychiatry.
- Kiesler, D. J. (1983). The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychology Review*, 90, 185-211.
- Kohte-Meyer, I. (2006). *Kindheit und Adoleszenz zwischen verschiedenen Kulturen und Sprachen*. In E. Wohlfart, M. Zaumseil, M. (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: The Ronald Press.
- Leising, D. (2000). *Die Klinische Emotionsliste. Ein Instrument zur Erfassung des selbstberichteten affektiven Erlebens*. Ruprecht-Karls-Universität: Unveröffentlicht.
- Lukesch, H. (2006). *FEPAA Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und Aggressivem Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Müller, E. (1999). *Zusammenhänge zwischen inadäquaten Verarbeitungsformen unbewusster Konflikte und unsicheren Bindungsstilen*. Diplomarbeit. Unveröffentlicht.
- Nietzgen, D., Brünger, M. (2000). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In W. Schneider, H. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. (2000). Epidemiologie und Pathogenese in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter, N. Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie*

- der Gegenwart 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen, Berlin: Springer.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (2002). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (1996). Operationalisierte Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Die Einschätzung des Strukturniveaus. In P. Buchheim, M. Cierpka, T. Seifert (Hrsg.), *Lindauer Texte*. Berlin: Springer.
- Rudolf, G., Cierpka, M., Freyberger, H. J., Heuft, G., Schneider, W. (1997). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). In C. Mundt, M. Linden, W. Barnett (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Wien: Springer.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.
- Schneider, W., Klauer, T., Hake, K. (1998). Prädiktive Validität der OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. 47. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Leipzig.
- Schneider, W., Klauer, T., Freyberger, H. (2008). Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process. *European Archiv Psychiatry Clinical Neuroscience*, 258, Suppl. 5, 86-91.
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S., Winter, S. (im Druck). Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training? *Zeitschrift für Diagnostik und Entwicklung*.
- Stasch, M., Cierpka, M., Dahlbender, R. W., Grande, T., Hillenbrand, E., Kraul, A., Schauenburg, H. (2004). OPD und Repräsentativität interpersonellen Beziehungsverhaltens: ein Ansatz zur Konstruktvalidierung. In R. W. Dahlbender, P. Buchheim, G. Schüssler (Hrsg.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Von Wietersheim, J. (2000). Entwicklung und Perspektiven der OPD Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. In W. Schneider, H. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Von Staabs, G. (1964). *Der Scenotest* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Weber, M., Stadelmann, S. (2011). Verwendung von Geschichtenanfängen zur OPD-KJ-Strukturdiagnostik. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 27-40.
- Winter, S. (2004). OPD-KJ – Interviewleitfaden. Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Charité, Universitätsmedizin-Berlin, Campus Virchow Klinikum. Unveröffentlicht.

**Korrespondenzanschrift:** Sibylle Winter, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

*Sibylle Winter, Anna Jelen, Christine Pressel, Klaus Lenz und Ulrike Lehmkuhl, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.*