

Resch, Franz / Schulte-Markwort, Michael und Bürgin, Dieter

## **Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47 (1998) 6, S. 373-386

urn:nbn:de:bsz-psydok-40693

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

### **Nutzungsbedingungen**

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

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

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

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

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

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

## INHALT

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

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce) . . . . .	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation) . . . . .	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children) . . . . .	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance) . . . . .	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy) . . . . .	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression) . . . . .	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase) . . . . .	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis) . . . . .	511

### Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child) . . . . .	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics) . . . . .	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children) . . . .	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients) . . . . .	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study) . . . . .	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation) . . . . .	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children) . . . . .	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood) . . . . .	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study) . . . . .	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children) . . . . .	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample) . . . . .	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children) . . . . .	463
V. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations) . . . . .	668

### Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time) . . . . .	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family) . . . . .	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?) . . . . .	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness) . . . . .	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence) . . . . .	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach) . . . . .	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und – abhängigigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self) . . . . .	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research) . . . . .	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry) . . . . .	314
HUNDALSZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance) . . . . .	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children) . . . . .	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance) . . . . .	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption) . . . . .	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches) . . . . .	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents) . . . . .	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands) . . . . .	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma) . . . . .	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders) . . . . .	96

## Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward) . . . . .	773
---	-----

## Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit .....	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus .....	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas .....	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familialer Lebensformen .....	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten .....	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis .....	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung .....	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung .....	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests .....	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik .....	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen .....	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik .....	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition ...	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings .....	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36 .....	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive .....	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen ....	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen .....	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie .....	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen .....	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik .....	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen .....	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung ...	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg ...	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt ...	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch .....	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie .....	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen .....	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie .....	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien .....	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse .....	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie .....	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens .....	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen .....	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung .....	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien .....	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen .....	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels .....	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie .....	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter .....	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision .....	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII .....	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien .....	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren .....	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen .....	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch ...	617
PIONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie .....	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik .....	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen .....	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner .....	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung .....	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen .....	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie .....	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter .....	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie .....	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters .....	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion .....	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1 .....	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen .....	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung .....	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLE, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher .....	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter .....	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung .....	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung .....	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung ...	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen ..	264

---

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen . . . . .	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie . . . . .	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen . . . . .	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs . . . . .	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern . . . . .	362

Editorial / Editorial . . . . .	63
Autoren und Autorinnen /Authors . . . . .	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events . . . . .	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements . . . . .	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

## Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung

Franz Resch, Michael Schulte-Markwort und Dieter Bürgin

### Summary

#### Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy

Adopting a therapeutic view on diagnosis in child and adolescent psychiatry a psychodynamic diagnostic manual seems to be necessary, that may provide reliability in the assessment of intrapsychic processes. Multiaxial diagnosis of children's and adolescent's psychiatric disturbances may thus be completed with additional psychodynamic assessment procedures. In adults an operationalized procedure of psychodynamic assessment (OPD) already exists. In child and adolescent psychiatry a working group for psychodynamic diagnostic (OPD-KJ) has been founded. In 4 areas (subjective experiences of disturbances, relationships, intrapsychic conflicts and psychic structure) diagnostic manuals are being worked out. Fundamental questions of developmental psychopathology and diagnostic procedures have to be addressed. The basic proposition takes into account that children should not be psychodynamically compared with adults, but normally have a basic capacity to adapt to environment on a high level of psychic organisation in all developmental stages. Reports of the ongoing work are being given.

### Zusammenfassung

Aus therapieorientierter Sicht bedarf die psychodynamische kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik eines Instruments, das intrapsychische Prozesse reliabel erfassbar macht und empirische Überprüfbarkeit zuläßt. Das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) könnte so durch ein psychodynamisches Achsensystem ergänzt werden. Die Arbeitsgruppe OPD hat für das Erwachsenenalter ein operationalisiertes psychodynamisches Diagnosesystem erarbeitet. Aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich eine Arbeitsgruppe (OPD-KJ) in enger Zusammenarbeit mit der OPD-Arbeitsgruppe entwickelt, die sich zum Ziel setzt, auf vier psychodynamischen Achsen zu Krankheitserleben, Beziehungs-



mustern, intrapsychischen Konflikten und der psychischen Struktur von Kindern und Jugendlichen entwicklungsbezogene reliable psychodynamische Befunderhebungen zu ermöglichen. Grundsätzliche Überlegungen zur Entwicklungspsychopathologie und diagnostischen Vorgehensweise werden angestellt. Den Ausgangspunkt bildet die Überlegung, daß Kinder nicht an den Normen adaptiver Leistungen von Erwachsenen gemessen werden dürfen, sondern in jedem Lebensalter hoch angepaßt und psychisch gut strukturiert sein können. Aus den Arbeitsgruppen der einzelnen Achsen wird ein Werkstattbericht gegeben.

## 1 Diagnostik in der Psychiatrie

Die psychiatrische Diagnostik hat in den letzten drei Jahrzehnten unseres Jahrhunderts enorme Fortschritte gemacht. Die Bemühungen um eine Verbesserung der Kri- teriologie zur Klassifikation psychischer Störungen haben in Form zweier großer Klas- sifikationssysteme – dem Diagnostic and Statistical Manual (DSM)-System der American Psychiatric Association (1994), das derzeit in der vierten Fassung vorliegt, und dem System der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)(DILLING et al. 1991) – ihren Niederschlag gefunden. Das Bemühen um eine transparente und auch transkulturell vergleichbare Diagnostik hatte mehrere Wurzeln: einerseits sollten nachvollziehbare Kriterien zur Grundlage der Diagnose psychischer Störungen gemacht werden, um im Kanon der medizinischen Wissenschaften der Psychiatrie jenen Stellenwert zu sichern, der ihr in einer Zeit explodierenden Wissens über neurobiologische Funktionszusammenhänge auch zukam. Andererseits sollte durch eine gute Diagnostik auch dem Vorwurf der Beliebigkeit und Etikettierung im Rahmen der Psychiatrie begegnet werden, der von antipsychiatrischen Strömungen der 60er und 70er Jahre immer wieder erhoben worden war. Es sollte eine Diagnostik möglich werden, die von unterschiedlichen Forschergruppen und unterschiedlichen therapeutischen Standpunkten aus verbindlich durchgeführt werden konnte, um so- mit eine hohe Reliabilität der Diagnosen zu erreichen. Dieses Ansinnen kann wohl als gelungen betrachtet werden. Der Zuwachs an Reliabilität der diagnostischen Ein- schätzungen war aber nicht notgedrungen mit einer Verbesserung der Validität dieser Einschätzungen verbunden. So wurden die Klassifikationssysteme nach DSM und ICD insbesondere von therapeutisch orientierten Klinikern und Forschern kontrovers dis- kutiert (HOFFMANN 1985; Übersicht bei SCHULTE-MARKWORT et al. 1998). Auch im Be- reich der Psychopathologie besteht die Sorge, daß die zunehmend in der Psychiatrie- ausbildung verwendeten Diagnosesysteme mit ihrer Kriteriensammlung den Studierenden dazu verführen, sich nur noch an klassifikatorischen Items zu orien- tieren und in der klinischen Exploration phänomenologische Gesichtspunkte weitge- hend zu vernachlässigen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es schon sehr früh eine Strö- mung, die, der Entwicklungsdynamik von Kindern und Jugendlichen Rechnung tra- gend, die Beschränkung auf Hauptdiagnosen im Rahmen von Klassifikationssystemen zu kurz gegriffen fand. Um den Erfordernissen der kinder- und jugendpsychiatrischen

Diagnostik und Forschung gerecht zu werden, wurde schließlich aufbauend auf Arbeiten von RUTTER et al. (1976) das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) durch REMSCHMIDT und SCHMIDT (1994) entwickelt, das in seinem Aufbau neben dem klinisch-psychiatrischen Syndrom vier weitere Achsen enthält, auf denen umschriebene Entwicklungsstörungen (Achse II), das Intelligenzniveau (Achse III), körperliche Symptome (Achse IV) und assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) dokumentiert werden können. Schließlich wurde in der neuesten Fassung noch als VI. Achse eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung beigelegt. So besitzt die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein nosologieorientiertes Klassifikationssystem, das auch einer Mehrebenenansicht gerecht wird und mittlerweile Eingang in die Basisdokumentationssysteme vieler universitärer und nichtuniversitärer Behandlungseinrichtungen gefunden hat (ENGLERT u. POUSTKA 1995).

Die Erwartungen der Psychiatrie, daß ihre klassifikatorischen Entitäten schließlich durch biologische Befunde den Charakter von Krankheitseinheiten erhalten werden, konnten bis heute nicht erfüllt werden. Wir müssen weiterhin davon ausgehen, daß unsere Krankheitseinheiten Konstrukte sind, die uns nur fälschlicherweise eine Einheitlichkeit bezüglich Verursachung und Pathogenese nahelegen. Bisher haben sich bei den meisten nosologischen Entitäten nur pathogenetische Teilstrecken erhellen lassen. Insbesondere erscheint eine lineare Sicht von hirnorganisch bedingten (exogenen), durch genetische Funktionsanomalien cerebraler Prozesse verursachten (endogenen) oder rein erlebnisbedingten (psychogenen) psychopathologischen Phänomenen nicht mehr angemessen. Multidimensionale Modelle der Entstehung psychischer Störungen sind an deren Stelle getreten. Die Entwicklungspsychopathologie versucht an dieser kritischen Stelle einen Beitrag zu leisten (CICHETTI et al. 1995; KUSCH u. PETERMANN 1995; REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1992; RESCH 1996).

Aus therapieorientierter Sicht kann von der Klassifikation einer psychischen Störung allein noch nicht ein handlungsanleitendes pathogenetisches Modell abgeleitet werden. Das multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) bietet Möglichkeiten, situative Risikofaktoren und den Anpassungsgrad zusätzlich in Rechnung zu stellen. Darüber hinaus bedarf es aus entwicklungspsychopathologischer Sicht aber vor der Therapieentscheidung einer ausführlichen situativen Analyse, einer biographischen Analyse und einer strukturellen Analyse: Die situative Analyse soll Auslöser der Symptomatik faßbar machen, die im Spannungsfeld zwischen Entwicklungsaufgaben und lebensschicksalhaften Ereignissen zu suchen sind. Aktuelle Konflikte und/oder Anpassungsprobleme erweisen sich dabei von Bedeutung. Die biographische Analyse soll bisherige Entwicklungsbedingungen von der Geburt bis zum gegebenen Zeitpunkt erhellen. Biologische und psychosoziale Risiken, Erfahrungen und seelische Traumata spielen dabei – soweit sie aktuell erhebbar sind – eine Rolle. Die strukturelle Analyse hat zum Ziel, den aktuellen Entwicklungsstand im Sinne von kognitiver Entwicklung, Selbstintegration und vorhandenen Anpassungskapazitäten näher zu beschreiben. Um auch diese therapiebezogenen Analyseschritte auf operationale Weise tun zu können, bedarf es eines Instrumentariums, das nicht nur äußere Faktoren und Rahmenbedingungen, sondern auch intrapsychische Prozesse zu erfassen vermag.

Im Bereich der psychoanalytischen Forschung gab es immer wieder Versuche, ein Schema zur Differenzierung zwischen Entwicklungspathologie und neurotischer Pathologie zu erstellen. Psychoanalytische Glossare und Operationalisierungsversuche beispielsweise von Abwehrmechanismen (PERRY u. COOPER 1989; CRAMER 1991) sollten spekulative Unschärfen psychodynamischer Konzepte verringern und den Blick für Ergebnisse der empirischen Forschung im Bereich der Entwicklungspsychologie öffnen (SEIFFGE-KRENKE 1993).

## 2 Der klinische Standpunkt und die Psychodynamik

Das grundsätzliche Problem der klinischen Diagnostik ist damit nicht aus der Welt zu schaffen: der diagnostische Prozeß oszilliert zwischen den Polen Verstehen und Empfinden einerseits sowie Ordnen und Objektivieren andererseits. Eine wissenschaftlich vollkommen befriedigende Standardisierung der klinischen Untersuchungssituation ist ausgeschlossen. Je mehr die emotionale Komponente im interaktiven diagnostischen Prozeß verleugnet oder mißachtet wird, um so stärker kann sie unbemerkt in das Diagnoseverhalten Eingang finden (RESCH 1996). Das Dilemma bleibt, daß wir als Wissenschaftler, die der Empirie verpflichtet sind, dem klinischen Standpunkt gegenüber immer skeptisch bleiben müssen. Zu sehr wird dem Subjekt des Untersuchers auch eine Bedeutung im diagnostischen Prozeß zuteil. Und so stehen wir momentan vor dem Problem, daß die kognitiv orientierte Psychologie sich an experimentelle Methoden und an das Prinzip kausaler Verursachung hält und trotzdem immer wieder Phänomene zu ihrem Gegenstand macht, die nicht unmittelbar beobachtbar sind. Andererseits vertrauen viele psychoanalytische Forscher auf ihr Theoriegebäude – auch wenn es beispielsweise durch Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung nicht bestätigt werden kann – dabei den Gesichtspunkt vertretend, wenigstens eine handlungsgerechte Interpretationsvorlage zu besitzen, die dem Therapeuten Vorstellungen vom Innenleben des Patienten ermöglicht und auf diese Weise den interaktiven Therapieprozess gestalten läßt.

Der psychotherapeutisch tätige Psychiater befindet sich nicht selten in einem erkenntnistheoretischen Spannungsfeld zwischen Empirie und Hermeneutik. Von einer Seite als zu subjektivistisch und von der anderen Seite als zu objektivierend verunglimpft, bleibt oft dem klinisch tätigen Therapeuten nichts anderes übrig, als allein seinen persönlichen Standpunkt zu finden. Hebt der Therapeut in zu phantasiereichen Deutungen des Verhaltens seiner Patienten ab und verläßt das Terrain wissenschaftlicher Auseinandersetzungen, verliert er die Möglichkeit zur Überprüfung seines Tuns und damit die Legitimation seines Handelns im Rahmen der medizinischen Disziplinen. Der Dialog mit anderen Fachgruppen und die Möglichkeit zu mehrdimensionalen Therapieformen – unter Einschluß auch psychopharmakologischer und anderer biologischer Therapiemethoden – geht ihm verloren. Bleibt der Therapeut zu streng wissenschaftlich, vermißt er den Zugang zum einzelnen Patienten. Eine hohe Integrationsleistung ist gefordert, die ebenso klinisch notwendig wie aus methodologischer Sicht immer unvollkommen erscheinen muß. Fest steht, daß der klinische

Standpunkt niemals selbst wissenschaftlich endgültig zu sichern ist (Resch 1996). Die Entwicklungspsychopathologie versucht, dem Therapeuten zwischen naturwissenschaftlichem Anspruch, erkenntnisphilosophischem Hintergrund, sozialen Normen und emotionalen Vermittlungsprozessen ein Rüstzeug zu geben, das seine Arbeit erleichtern könnte.

Sie kennzeichnet damit auch die erklärte Absicht, den Säulen psychodynamischer Theoriebildung ein Fundament in den empirischen Wissenschaften zu geben:

Die psychodynamische Entwicklungstheorie wird vom engen Fokus auf die Stadien der libidinösen Entwicklung auf kognitive und affektive Prozesse erweitert, der Entwicklung von Bindungsstrukturen, Selbst- und Objektrepräsentanzen, sozialen Skripten und anderen fundamentalen Ordnungskonzepten (z.B. Zeitbegriff) wird ebenso Rechnung getragen wie neueren Ergebnissen zur Gedächtnisforschung.

Die Persönlichkeitstheorie beschränkt sich nicht mehr auf das Instanzenmodell (Es – Ich – Über-Ich) beim Kind, sondern begreift die Entwicklung der Persönlichkeit als Prozeß einer zunehmenden Integration von affektiv-kognitiven Schemata, wobei eine Kompatibilität mit modernen Selbst- und Temperamentskonzepten angestrebt wird. Intrapsychische Konflikte, die sich aus inkompatiblen Selbst- und Motivstrukturen ergeben, müssen durch entwicklungsbezogene Konflikte ergänzt werden. Die Theorie der Abwehrmechanismen wird zu einer entwicklungsbezogenen Gesamtsicht von Anpassung und Bewältigung erweitert. Abwehr erscheint dabei als eine selbstreparative Spezialform von „Coping“.

Die Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik (OPD) ist ein Versuch, Konstrukte zur Erfassung intrapsychischer Vorgänge von Patienten zu erarbeiten, die ebenso empirisch überprüfbar wie klinisch anwendbar sind.

### 3 Das Instrument der OPD

Im deutschsprachigen Raum wurde seit 1993 mit der OPD ein System zur Ergänzung und Erweiterung der nosologischen Klassifikation durch psychodynamisch orientierte diagnostische Achsen entwickelt (CIERPKA et al. 1995; HOFFMANN 1996). Durch eine Kooperation von verschiedenen Vertretern aus dem Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie sollte ein Instrumentarium geschaffen werden, das einerseits der psychodynamischen Theoriebildung Rechnung trägt und andererseits aber die Vieldeutigkeit und Unschärfe psychoanalytischer Begriffe aufzuheben bemüht ist. Es wurde versucht, unter Beibehaltung psychodynamischer Konzepte eine begriffliche Trennschärfe zu erreichen. Ein klinisches Interview, das ein bis drei Stunden dauert, soll als OPD-Interview zunächst offen und dann zunehmend strukturierter geführt werden, wobei entsprechende Interview- und Diagnostetrainings sowie die Verwendung eines Leitfadens eine hohe Übereinstimmung der Einschätzungen ermöglichen sollen (JANSSEN et al. 1996). Erste Überprüfungen des Instrumentes haben akzeptable Interrater-Reliabilitätskoeffizienten ergeben (RUDOLF et al. 1996). Das erste Manual des Arbeitskreises OPD wurde 1996 vorgelegt. Es enthält fünf Achsen, die eine mehrdimensionale Erfassung ermöglichen:

Vier psychodynamische Achsen werden durch eine deskriptive Achse ergänzt. *Achse I* beschreibt die *Beschwerdesymptomatik* des Krankheitserlebens und die Behandlungsvoraussetzungen beim Patienten. Der Akzent liegt nicht so sehr auf dem Krankheitsverhalten als auf der subjektiven Einschätzung von Symptomen und der Betonung des Beschwerdecharakters. *Achse II: Beziehung* stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen dar, wobei dieses sowohl „die Formulierung des vom Patienten erlebten habituellen Beziehungsverhaltens durch den Untersucher als auch die Mitteilung des Untersuchers, wie er das Beziehungsverhalten des Patienten und seine eigene Reaktion darauf erlebt“ (Zitat Manual OPD S. 43) einbezieht. *Achse III* versucht, die Bedeutung *innerer Konflikte* zu operationalisieren. Es geht sowohl um lebensbestimmende verinnerlichte Konflikte als auch um aktuelle äußerlich determinierte konflikthafte Situationen. *Achse IV* bildet als *Strukturachse* die Qualitäten oder Insuffizienzen psychischer Strukturelemente ab. Auf vier operationalisierten Integrationsniveaus wird eine deskriptive Einschätzung von Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehrverhalten, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung vorgenommen. Die *Achse V* der OPD erlaubt eine etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik im Rahmen der *ICD-10*.

#### 4 Von der OPD zur OPD-KJ

Ausgehend von dem Bedürfnis nach operational definierter psychodynamischer Diagnostik und der Erkenntnis, daß ein an Erwachsenen erarbeitetes Instrumentarium nicht ohne Modifikation im Kindes- und Jugendalter angewendet werden kann, erfolgte eine Kontaktaufnahme von Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit der Arbeitsgruppe OPD. Nach ersten Vorverhandlungen mit den Vertretern der OPD für das Erwachsenenalter fiel schließlich der Entschluß, ein eigenes psychodynamisches Instrument für Kinder und Jugendliche in einem entsprechenden Fachgremium zu erarbeiten. Am 26.9.1996 erfolgte im Rahmen eines OPD-Kongresses in Göttingen die Gründung der Arbeitsgruppe OPD-KJ. Mittlerweile hat sich ein Gremium aus 50 Mitgliedern konstituiert. Vertreter von elf Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie deutschsprachiger Universitäten (Basel, Berlin, Frankfurt, Hamburg, Heidelberg, Kiel, Köln, Lübeck, Rostock, Tübingen, Wien), Vertreter von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen (Hildesheim, Klagenfurt, Marl-Simsen und Stuttgart) sowie von stationären kinder- und jugendpsychotherapeutischen Institutionen (Tiefenbrunn) sind ebenso beteiligt wie Vertreter psychologischer Universitätsinstitute (Mainz), ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste (Ulm), Mitglieder psychoanalytischer Institute (Bonn, Heidelberg) und Ärzte und Psychotherapeuten in eigener Praxis (Basel, Göttingen).

Ausgehend von der Tatsache, daß für das Kindes- und Jugendalter eine ausgesprochen differenzierte deskriptive Diagnostik durch das MAS-System etabliert ist, hat die Arbeitsgruppe OPD-KJ beschlossen, vier psychodynamische Achsen, die in analoger Weise zur OPD des Erwachsenenalters definiert werden, als Ergänzungssachsen dem deskriptiven Instrument der MAS an die Seite zu stellen. Die Arbeitsgruppe OPD-KJ hat

mittlerweile mehrfach getagt, zu den einzelnen Achsen Neuvorschläge erarbeitet und diese in mehreren Plenumsveranstaltungen der Gesamtgruppe diskutiert.

Eine Reihe von Themenstellungen und Problemen haben sich als besonders wichtig für die Erarbeitung eines psychodynamischen Instruments des Kindes- und Jugendalters herausgestellt:

Die wichtigste Frage ist die des Einflusses des *Entwicklungsalters* auf psychodynamische Prozesse. Die kognitiven Voraussetzungen zur Erfassung, Definition und Bewältigung von Anpassungsproblemen sind je nach Lebensalter unterschiedlich. Weiterhin sind fundamentale Ordnungskonzepte wie etwa das Konzept von Raum, Zeit oder Kausalität, Moral und Gewissen, das Konzept der Realität und fundamentale soziale Ordnungskonzepte der Entwicklung unterworfen. Daraus ergeben sich Unterschiede in den Fähigkeiten des subjektiven Erlebens von Krankheitssymptomen, aber auch altersabhängig variable Beziehungsstrukturen sowie entwicklungsbezogene Differenzierungen intrapsychischer Prozesse, die den Konfliktbegriff und vor allem den Begriff der psychischen Struktur nicht ohne weiteres übertragbar machen! Auch emotionale Entwicklungsdimensionen der Affektdifferenzierung oder Affektkontrolle haben einen Einfluß auf psychodynamische Prozesse. Entwicklungsbezogene Differenzierungen von Biorhythmen, wie etwa Schlaf-Wach-Rhythmus oder Triebdynamik, und nicht zuletzt somatisch-vegetative Phänomene, wie Antrieb, Impulshaftigkeit und Körperkontrolle, verändern Äußerungsformen von Erlebnissen.

Ein psychodynamisch orientiertes Instrument, das nach den Normen eines Anpassungsniveaus von Erwachsenen erstellt ist, müßte Kinder immer als zu unstrukturiert, wenig differenziert, situationsunangemessen und dysfunktional einschätzen lassen. Dies wäre aber ein fataler Fehlschluß. Kinder sind in jedem Lebensalter bezogen auf die unmittelbare Entwicklungsstufe hoch angepaßt und psychisch gut strukturiert. Eine adultomorphe Betrachtung müßte Kinder immer abwerten und somit normalen Entwicklungsphänomenen den Charakter potentieller Dysfunktionalität zumessen. Wir kennen aus der Geschichte der Psychoanalyse die Problematik adultomorpher Betrachtungen (siehe z.B. MELANIE KLEIN 1952). Das Anliegen der OPD-KJ ist es zu versuchen, altersgerechte *entwicklungsbezogene Normen* zu erstellen und somit in jedem Entwicklungsalter dysfunktionale psychodynamische Prozesse aufzudecken und beschreibbar zu machen.

Das führt zu dem Problem der diagnostischen Vorgehensweise im Rahmen des psychodynamischen Interviews. Unterschiede von Kindern in Bezug auf ihre Introspektionsfähigkeit und Verbalisierungsfähigkeit in den jeweiligen Entwicklungsphasen machen ein differenziertes alters- und entwicklungsbezogenes diagnostisches Vorgehen notwendig. Das *Entwicklungsalter* ist dem Lebensalter bekannterweise nicht direkt gleichzusetzen. Die psychodynamische Einschätzung muß sich also in bestimmten Zeitfenstern bewegen, in denen eine vergleichbare entwicklungspsychologische Anpassungskompetenz zu erwarten ist. Zu große entwicklungsbezogene Zeitfenster würden zu heterogene Gruppen von Kindern und Jugendlichen enthalten, zu schmale Zeitfenster (beispielsweise 18 Zeitfenster in 18 Lebensjahren) erbrächten die Notwendigkeit 18 verschiedener Normierungen und Einschätzungsinstrumente, was mit einer Anwendungspraktikabilität nicht vereinbar wäre. Nach eingehenden Diskussionen hat

sich die Arbeitsgruppe OPD-KJ schließlich verbindlich auf folgende Entwicklungsstufen festgelegt. Diese entsprechen in etwa den Piagetschen Entwicklungsstufen zur Entwicklung der Intelligenz beim Kind (PIAGET 1973).

*Stufe 0* (etwa 0-1 ½ Jahre): In dieser sensomotorischen Periode hat das Kind noch einen aktionalen und ikonischen Modus der Repräsentation (BRUNER 1968), die Fähigkeit zu Bindung, Objektkonstanz und Objektpermanenz entwickelt sich. Am Ende dieser Phase steht der Erwerb des symbolischen Repräsentationsmodus.

*Stufe 1* (etwa 1 ½-6 Jahre): Diese Periode entspricht im wesentlichen der präoperationalen Entwicklungsperiode des Kleinkind- und Vorschulkindalters, die Selbst-ander-Differenzierung ist erfolgt, Intentionalität und Sprache können vorausgesetzt werden, Rollenwechsel und Rollenspiel sind möglich, Gefühle erscheinen als externe Phänomene, die durch Ereignisse ausgelöst sind, Gefühle und Gefühlsausdruck werden vom Kind gleichgesetzt. Auf dem kognitiven Gebiet sind sowohl empirische Denkfähigkeiten wie Kausalität und Logik aber auch magisches Denken mit Finalismus, Animismus und kognitivem Egozentrismus zu beobachten. Vor allem unter verstärktem affektivem Druck können empirisch-logische Denkleistungen durch magisches Denken ersetzt werden.

*Stufe 2* (etwa 6-12 Jahre): Diese der konkret operatorischen Stufe grob entsprechende Zeitperiode ist durch die soziale Perspektivenübernahme gekennzeichnet. Das Kind ist in der Lage, von unterschiedlichen Standpunkten aus soziale Phänomene zu betrachten. Die kognitive Überstiegsfähigkeit zwischen privaten und allgemein verbindlichen Erlebniswelten differenziert sich. Gefühle erscheinen als interne Prozesse, die von externen und/oder internen Ereignissen ausgelöst werden. Gefühle erscheinen im Körper lokalisiert und sind vom Selbst kontrollierbar. Auf der kognitiven Ebene entwickeln sich klassifikatorische Fähigkeiten, Seriation, Größenrelationen und Beherrschung des Zahlenraums. Das Kind stabilisiert sein Selbst und seinen Selbstwert in Familie und Gleichaltrigengruppe durch Vergleich unterschiedlicher Eigenschaften und Leistungen.

*Stufe 3* (etwa ab dem 12. Lebensjahr): Diese Entwicklungsstufe entspricht der formal operatorischen Stufe nach PIAGET. Das Kind hat selbstreflexive Fähigkeiten erworben. Gefühle sind interne Prozesse, durch welche äußere und innere Situationen bewertet werden, wobei Affektäußerungen konsequent willkürlich zu steuern sind. Auf dem kognitiven Sektor sind die Fähigkeiten zu Abstraktion und Hypothesenbildung hervorzuheben.

Diese groben Zeitstufen dienen einer entwicklungsbezogenen Orientierung zur Einordnung der jeweiligen psychodynamischen Einzelbefunde. Im Einzelfall muß also ein 12jähriges in der kognitiven Entwicklung retardiertes Kind durchaus der Stufe 2 zugeordnet werden.

Um schließlich Ressourcen und dysfunktionale psychodynamische Befunde einzuschätzen, müssen dem jeweiligen Entwicklungsalter entsprechende *Entwicklungsaufgaben oder Entwicklungsthemen* (HAVIGHURST 1972; OERTER u. MONTADA 1995) gegenübergestellt werden. Die Funktionalität psychodynamischer Prozesse soll also vor dem Hintergrund bereits erworbener entwicklungsbezogener Kompetenzen und entwicklungstypischer Anpassungsnotwendigkeiten beurteilt werden (BÜRGIN 1993).

Die OPD-KJ hat sich bislang auf einen *Mindeststandard für diagnostische Vorgehensweisen* festgelegt, der einen Minimalanspruch, dringende Empfehlungen und fakultative Bereiche definiert:

Der Minimalanspruch ist dadurch gekennzeichnet, daß ein Kind, das untersucht wird, mindestens einmal von einem Untersucher persönlich solange gesehen wurde, bis der vorher festgelegte und gewünschte Klärungsgrad erreicht ist. Der Untersucher muß dabei in eine kindgerechte Interaktion mit dem Patienten treten. Neben anamnестischen Grunddaten sind der Untersuchungszeitraum und die gewählte Untersuchungsmethodik dokumentationspflichtig. Als dringende Empfehlungen gelten für die Altersstufen 1 und 2 eine Spielsituation zu wählen, für die Altersstufe 3 eine Gesprächssituation. Für die Altersstufe 2 sollte möglichst eine Spiel- und eine Gesprächssituation kombiniert werden. Für die Altersstufen 1 und 2 ist vorgesehen, in der Regel Kind und Eltern auch gemeinsam zu untersuchen. Für alle Altersstufen ist es notwendig, auch fremdanamnестische Daten einzuholen. Ergänzende Untersuchungen durch projektive Tests können fakultativ eingesetzt werden, wenn sie zur Erfassung des jeweiligen Problems als geeignet angesehen werden.

Als Problem einer reliablen psychodynamischen Einschätzung erweist sich, daß zwischen subjektivem Erleben und *affektivem Ausdrucksverhalten* ein direkter Zusammenhang nicht notwendigerweise gegeben ist. Nach KRAUSE (1997) können sich Affektäußerungen entweder auf die Beziehungsregulation, auf das gemeinsame Thema oder auf die momentane subjektive Befindlichkeit beziehen. Erleben und Ausdrucksverhalten müssen in Gesprächs- und Spielsituationen in vielfacher Weise aufeinander bezogen und schließlich global eingeschätzt werden.

Gerade beim Kind ist schwer auseinanderzuhalten, welches Verhalten eher der psychischen *Struktur* des Kindes (im Sinne von Vulnerabilitäten oder Dispositionen) oder *kontextuellen Gegebenheiten* (im Sinne von aktuellen Anpassungsreaktionen) zuzuschreiben ist (Resch 1998). Da die Entwicklung psychischer Strukturen durch Internalisierungen von Interaktionen erfolgt, besteht zwischen Beziehungsmustern und strukturellen Variablen ein ganz enger Zusammenhang. In unterschiedlichen psychosozialen Kontexten können daher unterschiedliche Verhaltensweisen und Erlebnisformen auftreten. Für die Beurteilung von Dysfunktionalität muß entschieden werden, ob sich der Untersucher auf die schwerste Beeinträchtigung im Rahmen der Untersuchungssituation oder die bestmöglichen Ressourcen beziehen soll. Grundsätzlich besteht die Übereinkunft, daß zwischen Beziehungsmustern und strukturellen Variablen innerhalb symptomatischer Zustände (z.B. Angstzustände, depressive Verstimmung, Zwangsphänomene) und außerhalb von diesen unterschieden werden muß. Gerade im Bereich der strukturellen Dimensionen erscheint es sinnvoll, nicht den Grad schwerster Beeinträchtigung, sondern denjenigen der höchsten Ressourcen zu beurteilen.

Ein weiteres Problem stellen die *Zeitkriterien* psychodynamischer Befunde dar: beispielsweise lassen sich die Beziehungsmuster anhand der Interviewsituation allein erheben. Strukturelle Ressourcen beziehen sich jedoch nicht nur auf die Untersuchungssituation, sondern auch auf die darin geschilderten Verhaltensweisen außerhalb der Untersuchungssituation in einem Zeitraum der letzten sechs Monate.



## 5 Beschreibung wichtiger Problemstellungen bei der Bearbeitung der einzelnen Achsen

*Achse I (Krankheitserleben):* Es gibt Überschneidungen zwischen Achse I und den Achsen V und VI der MAS. Dazu gibt es folgenden Gruppenbeschluß: alles, was schon in den MAS-Achsen abgedeckt ist, wird in der OPD nicht noch einmal aufgegriffen, um Redundanzen zu vermeiden.

Die Achse I der OPD-KJ hat die Kategorien aufgeteilt in die *Spezifischen Voraussetzungen*, mit denen allgemeine und spezielle Krankheitskenntnisse, Attributionsstil, Leidensdruck und Veränderungsmotivation erfaßt werden, die *Ressourcen* sowohl des Kindes als auch der Familie und dann die im engeren Sinne zu verstehenden *Behandlungsvoraussetzungen*, mit denen Behandlungsmotivation, Therapiefähigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn, Schwere und Darbietung der Symptomatik sowie die Umsetzbarkeit der Therapieindikation erfaßt werden sollen.

Ein deutlicher Unterschied zur OPD des Erwachsenenalters ergibt sich durch eine stärkere Betonung der Ressourcen sowie die altersabhängige Einbettung der Angaben des Kindes in seine allgemeinen Kenntnisse über (psychische) Krankheiten. Schließlich wird der besonderen Situation des Kindes Rechnung getragen, daß Kinder in der Regel nicht alleine zur Behandlung kommen und praktische Rahmenbedingungen eine große Rolle bei der Aufnahme einer Behandlung spielen können.

*Achse II (Beziehung):* Auf der Beziehungssachse werden *dyadische und triadische Beziehungsmuster und -qualitäten* mittels *Kreismodellen* als *standardisierte Werkzeuge* erfaßt. Auf dem ersten, doppelten 3-Kreis-Modell (6 Kreise pro Paar) werden Interaktionen/Beziehung für jeweils *zwei Beziehungspartner* kodiert. Im zweiten Schema erfolgt die Beschreibung der Beziehungsqualität *mehrerer Beziehungspartner* auf einem integrativen Kreis. Beim verarbeiteten Material soll ein pragmatischer, praxisnaher Zugang möglich sein, d.h., die Einschätzung kann aufgrund von *beobachtbaren Interaktionen, Gesprächen oder Spielsituationen* vollzogen werden, nur bedarf es einer Deklaration, auf welcher Grundlage die Beurteilung vorgenommen worden ist.

Bei den *dyadischen Kreisen*, d.h. beim Gebrauch des doppelten 3-Kreis-Modelles mit einer Skala von 1 – 8 pro Kreis, wird die Einschätzung für das Kind und mindestens einen seiner Beziehungspartner vorgenommen. Pro Kreis sind 36 Items ausformuliert. Die horizontale Achse beschreibt mit den Polen liebevoll/feindselig die *emotionale Qualität*, die vertikale mit den Polen Kontrolle/Autonomie den *Spielraum und die Struktur* der dyadischen Beziehung. Der erste Kreis ist objektbezogen (transitiv), der zweite subjektbezogen (intransitiv) und der dritte selbstreflexiv. Die Formulierungen tragen dem Gefälle Kind-Erwachsener Rechnung. Sie sind auf den 3 Kinderkreisen jedoch so gehalten, daß sie für verschiedene Alter und Entwicklungsstadien verwendet werden können. In Sinne einer möglichst standardisierten Operationalisierung sollen für verschiedene Altersgruppen noch Standardbeispiele formuliert werden. Auf jedem Kreis können bis zu drei in ihrer Bedeutung gewichtete Einschätzungen vorgenommen werden, was erlaubt, mit der wichtigsten Qualität weiterzuarbeiten. Das doppelte 3-Kreismodell soll auch dazu dienen, symmetrische oder komplementäre Beziehungsstrukturen sichtbar zu machen.

Beim *triadischen Kreis* wird die Einschätzung *integrativ für die gesamte zu beurteilende Familie* aus dem verfügbaren Material gewonnen. Es können jeweils zwei Beurteilungen (mit unterschiedlicher Gewichtung) vorgenommen werden. Die Grundlage für die Einschätzung auf dem triadischen Kreis bilden „typische“ Szenen, in denen drei bedeutungsvolle Beziehungspartner/innen interagiert haben. Auf der horizontalen Achse („feindselig-liebevoll“) wird die *emotionale Färbung*, auf der vertikalen („flexibel/instabil“ – „rigid/überdauernd“) die *Elastizität* in den triadischen Situationen und Beziehungen erfaßt. Die Pole unterscheiden sich durch die *Häufigkeit der Besetzungswechsel* und nicht durch eine symmetrische oder asymmetrische Gestaltung des Beziehungsdreiecks. Von den acht Positionen beschreiben die Positionen 1 und 5 Triaden, die mit *wenig emotionaler Lebendigkeit* aufrechterhalten werden; Positionen 2, 3 und 4 markieren Familien mit einem *lebendigen triadischen Funktionsniveau*; die Positionen 6, 7 und 8 schließlich kennzeichnen *zerfallene oder zerfallende Triaden*, bei denen die dritte Person ausgeschlossen wird oder sich selbst ausschließt.

*Achse III (Konflikt)*: Die Achse Konflikt-KJ orientiert sich am Konfliktbegriff der Erwachsenen OPD, der als wesentliche Bestimmungsmerkmale zeitlich überdauernde, verinnerlichte und (weitgehend) unbewußte Konflikte ausgewählt hat. Der Katalog charakteristischer Konfliktmuster, der von der OPD des Erwachsenenalters vorgelegt wurde, konnte unverändert übernommen werden. Erste Arbeiten im Altersbereich 14 bis 18 Jahre bzw. über 12 Jahre hatten eine weitgehende Passung dieser charakteristischen Konfliktmuster für die Altersgruppe ergeben. Allerdings wurde eine jugendspezifische Ausformung der Konfliktmuster notwendig – einschließlich einer Erweiterung der Bereiche, in denen sich die Konflikte darstellen (z.B. Peergroup, Geschwister, Schule, Körper, Sexualität). Die Notwendigkeit, einen zusätzlichen Bereich „Körper/Sexualität“ einzuführen, wurde besonders deutlich.

Die Arbeitsgruppe „Konflikt“ einigte sich darauf, daß in dem Altersfenster 0-1 im Sinne der Erwachsenen-OPD anhand von Konfliktdefinitionen noch keine sichere Diagnose von überdauernden, weitgehend unbewußten Konflikten möglich ist – obwohl solche Konflikte zweifellos angelegt sein können.

Die Diagnose beginnt also etwa ab dem Alter der Einschulung, wobei davon auszugehen ist, daß mit zunehmendem Alter die Diagnose von zeitlich überdauernden Konflikten immer wahrscheinlicher wird. Auch ist das Auftreten von überdauernden Konflikten zeitlich unterschiedlich anzusehen. Die Diagnose von Autarkie-Konflikten ist schon relativ früh möglich, ödipale und Identitätskonflikte sind eher erst ab der Pubertät nachweisbar.

Was das frühe Altersfenster (0-1) angeht, so geht die Arbeitsgruppe davon aus, daß lediglich von interpersonellen Konflikten als Vorläufer repetitiver Konfliktmuster gesprochen werden kann. Das heißt, daß ein 3-Phasen-Modell zugrunde gelegt werden sollte:

Altersstufe 0-1: interpersonelle Vorläuferkonflikte,

Altersstufe 2: Überschneidungsbereich: sowohl interpersonelle Vorläufer als auch Beginn der Internalisierung,

Altersstufe 3: Internalisierung von Konflikten wie in OPD des Erwachsenenalters.

*Achse IV (Struktur):* Die grundsätzliche Frage, ob auch Kinder eine „psychische Struktur“ zur Verfügung haben, die als kristalline Form interaktioneller Erfahrungen Handlungsdispositionen ermöglicht, wird von unserer Arbeitsgruppe grundsätzlich bejaht und dahingehend erweitert, daß beim Kind schon angeborene psychische Strukturelemente existieren, die sich in Temperamentsfaktoren und individuellen Handlungsbereitschaften äußern und schließlich durch gelebte Erfahrungen zu integrierten überdauernden – aber modifizierbaren – Schemata werden. Die Arbeitsgruppe zur deskriptiven Einschätzung von Strukturmerkmalen hat beschlossen, folgende sechs Merkmalsgruppen zuerst entwicklungsbezogen einzuschätzen und schließlich in vier Integrationsniveaus auf seine Funktionalität hin zu prüfen:

1. Affektentwicklung und Selbststeuerung
2. Selbsterleben und Selbstwahrnehmung
3. Abwehr- und Bewältigungsmechanismen
4. Objekterleben und Objektwahrnehmung
5. Kommunikation, Empathie und Bindung
6. Moralentwicklung / Über-Ich-Entwicklung

Es wird noch diskutiert, ob das Spielverhalten des Kindes als eigene Strukturdimension bewertet werden soll. Die Einschätzung erfolgt nach vier Integrationsniveaus, die noch grob wie folgt definiert sind:

Ein gut *integriertes Strukturniveau* ist dadurch gekennzeichnet, daß Kinder in Entwicklungsstufe 1 im Zusammenhang mit wichtigen Bezugspersonen intrapsychisch und interpersonell regulierende Funktionen grundsätzlich verfügbar haben. In Stufe 2 ist bei gut integrierter psychischer Struktur ein psychischer Innenraum zur Verfügung, in dem Konflikte ausgetragen werden können. In Stufe 3 gelingt die Anpassungsbewältigung regelhaft ohne Bezugsperson.

*Mäßige Integration* ist dadurch gekennzeichnet, daß die Verfügbarkeit über Konfliktlösung und Anpassungsfunktion prinzipiell erhalten ist, aber in vielen interpersonellen Kontexten herabgesetzt ist. Dem Kind in Altersstufe 1 gelingen auch mit Bezugspersonen psychische Anpassungsprozesse wiederholt nicht ohne Symptome, in Stufe 2 gelingen Konfliktlösung und Anpassung nicht ohne Bezugsperson und wiederholt nicht ohne Symptombildung, in Stufe 3 gelingt die Lösung von Problemen nur zeitweise ohne die Hilfe anderer.

Das *gering integrierte Strukturniveau* zeigt eine deutliche Reduktion der Verfügbarkeit intrapsychisch und interpersonell regulierender Funktionen. In Belastungssituationen kommt es zu deutlichen Beeinträchtigungen der Kommunikation. Ein seelischer Binnenraum ist nur wenig entwickelt. Das Kind in Stufe 1 kann seine Anpassung auch mit empathischen Bezugspersonen zumeist nicht bewältigen, das Kind in Stufe 2 erreicht Problemlösungen nur mit Bezugsperson und nur zeitweise. Der Jugendliche in Stufe 3 ist nur schwer in der Lage, psychosoziale Anpassungsprobleme zu meistern, wobei schwere Störungen kommunikativer Prozesse auftreten.

Das *Desintegrationsniveau* ist durch eine Fragmentierung intrapsychisch und interpersonell regulierender Funktionen gekennzeichnet. Es kommt zu einem Zusammenbruch kommunikativer Funktionen, der nur unter extremem Einsatz von Bezugsperso-

nen zeitweise zur Restitution von Selbstfunktionen führen kann. In allen Altersstufen finden sich Phänomene der tiefgreifenden Entwicklungsstörung (z.B. autistische Kommunikationsstörung) oder psychotische Phänomene mit Realitätsverlust im interpersonellen Kontext.

## 6 Ausblicke

Die OPD-KJ versucht psychodynamische Theorien durch Gesichtspunkte der klinischen Entwicklungspsychologie zu bereichern. Ziel ist, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das eine hohe Interrater-Reliabilität besitzt, das zur Verlaufsmessung geeignet ist und auch Verlaufsprädiktionen ermöglicht. OPD-KJ bemüht sich, dem Psychotherapeuten im Kindes- und Jugendalter eine entideologisierte psychodynamische Einschätzung kindlicher und jugendlicher Patienten zu ermöglichen und auf diese Weise den Dialog unterschiedlicher Therapieschulen zu erleichtern. Grundsätzlich ist anzumerken, daß der therapeutische Schulenstreit unfruchtbar ist und gerade im Feld der Therapie bei Kindern und Jugendlichen integrativen mehrdimensionalen Therapieverfahren, die sich störungsbezogen, ressourcenbezogen, individuell spezifizieren lassen, die Zukunft gehört. Die breit angelegte Qualitätsdiskussion im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie bedarf auch einer Auseinandersetzung mit psychodynamischen Begriffen, und es ist zu hoffen, daß das Instrument der OPD-KJ dazu beitragen kann, einer prinzipiellen emotionalisierten Ablehnung psychodynamischer Gedankengänge in der Qualitätsdiskussion entgegenzuwirken.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA, 1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> Edition – Washington D.C., American Psychiatric Association.
- Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- BRUNER, J. (1968): Processes of cognitive growth: Infancy. Worcester, Mass.: Clark Univ. Press & Barre Publ.
- BÜRGIN, D. (1993): Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Fischer.
- CICHETTI, D./TOTH, S. (1995): A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (5), 541-565.
- CIERPKA, M./BUCHHEIM, P./FREYBERGER, H.J./HOFFMANN, S.O./JANSSEN, P.L./MUHS, A./RUDOLF, G./RÜGER, U./SCHNEIDER, W./SCHÜSSLER, G. (1995): Die erste Version einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-1). *Psychotherapeut* 40, 69-87.
- CRAMER, P. (1991): The development of defense mechanisms. Theory, research and assessment. New York: Springer.
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- ENGLERT, E./POUSTKA, F. (1995): Das Frankfurter kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 5, 158-167.
- HAVIGHURST, R. (1972): Developmental tasks and education. New York: McKay.
- HOFFMANN, S.O. (1985): Können wir mit dem DSM-III leben? *Forum der Psychoanalyse* 1, 320-323.

- HOFFMANN, S.O. (1996): Einführung in die operationalisierte psychodynamische Diagnostik. In: BUCHHEIM, P./CIERPKA, M./SEIFERT, D.H. (Hrsg.): Lindauer Texte. Berlin: Springer.
- JANSSEN, P.L./DAHLBENDER, R.W./FREYBERGER, H.J./HEUFT, G./MANN, E.J./RUDOLF, G./SCHNEIDER, W./SEIDLER, G. (1996): Leitfaden zur psychodynamisch-diagnostischen Untersuchung. *Psychotherapeut* 41, 297-304.
- KLEIN, M. (1952): *Development in psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- KRAUSE, R. (1997): *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1 Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- KUSCH, M./PETERMANN, F. (1995): Konzepte und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- OERTER, R./MONTADA, L. (Hrsg.)(1995): *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Aufl.
- PERRY, J./COOPER, S. (1989): An empirical study of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 46, 444-452.
- PIAGET, J. (1973): *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. (Hrsg.)(1992): *Developmental Psychopathology*. Levison New York: Hogrefe & Huber.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. (Hrsg.)(1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- RESCH, F. (1996): *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- RESCH, F. (1998): *Entwicklungspsychopathologie und Krankheitsverständnis. Fundamenta Psychiatrica* (im Druck).
- RUDOLF, G./GRANDE, T./OBERBRACHT, C./JAKOBSEN, T. (1996): Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42, 343-357.
- RUTTER, M./SHAFFER, D./SCHEPHERT, M. (1976): *An evaluation of a proposal for a multiaxial classification of child psychiatric disorders*. Geneva: World Health Organization.
- SCHULTE-MARKWORT, M./BILKE, O./JANSSEN, P.L. (1998): Wie ist psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter operationalisierbar? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* (in press).
- SEIFFGE-KRENKE, I. (1993): Stress and coping in adolescence. Introduction to the special issue. *Journal of Adolescence* 16, 227-233.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Franz Resch, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg, Blumenstr. 8, 69115 Heidelberg.