

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Die Überprüfung der klinischen und prädiktiven Validität der OPD-KJ Befunde von Patienten mit internalisierenden und externalisierenden Störungsbildern

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Hanna Elke Handro
aus Halle/Saale

Hamburg 2016

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 27.10.2016**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. I. Schäfer

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis.....	1
1 Zusammenfassung	3
2 Einleitung.....	6
3 Theoretischer Hintergrund	9
3.1 Empirischer Überblick	9
3.2 Bedeutsamkeit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) für psychoanalytisch begründete Therapieverfahren	17
3.3 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ).....	18
3.3.1 Befunderhebung.....	18
3.3.2 OPD-KJ-Achsen	19
3.4 Externalisierende und internalisierende Störungen.....	25
3.4.1 Internalisierende Störungen	25
3.4.2 Externalisierende Störungen	28
4 Zielsetzungen, Fragestellungen und Hypothesen	30
4.1 Zielsetzungen und Fragestellungen	30
4.2 Hypothesen.....	31
4.2.1 Beziehungsachse	31
4.2.2 Konfliktachse.....	32
4.2.3 Strukturachse.....	33
4.2.4 Prädiktive Validität.....	34
5 Material und Methoden	36
5.1 Durchführung der Studie.....	36
5.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	37
5.2 Stichprobe.....	37
5.3 Erhebungsinstrumente	38
5.3.1 OPD-KJ.....	38
5.3.2 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/ 4-18)	41
5.3.3 Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K).....	43
5.4 Statistische Datenauswertung	43

6	Ergebnisse	48
6.1	Überprüfung der klinischen Validität	48
6.1.1	Ergebnisse der Beziehungsachse	48
6.1.2	Ergebnisse der Konfliktachse	51
6.1.3	Ergebnisse der Strukturachse	55
6.2	Überprüfung der prädiktiven Validität	59
7	Diskussion	65
7.1	Diskussion der klinischen Validität	65
7.1.1	Beziehung	65
7.1.2	Konflikt	67
7.1.3	Struktur	69
7.2	Diskussion der prädiktiven Validität	71
7.3	Methodische Kritik	76
7.4	Fazit	78
8	Literaturverzeichnis	81
9	Anhang	88
9.1	Befunderhebungsbögen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)	88
10	Danksagung	93
11	Lebenslauf	94
12	Eidesstattliche Erklärung	95

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BELLA-Studie	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BSI	Brief Symptom Inventory
BSS-K	Beeinträchtigungsschwere- Score für Kinder und Jugendliche
CBCL/4-18	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
Cronbachs α	interne Konsistenz
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionnaire
ANOVA	einfaktorielle Varianzanalyse
η^2	Effektstärke
F	Prüfgröße
F3-Diagnosen	Affektive Störungen
F9-Diagnosen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
FEPA	Fragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten
ICC	Intra-Klassen-Korrelation
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
IIP	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
IPO	Inventar der Persönlichkeitsorganisation

K-SADS-P	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present Episode Version
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KRS	Konflikt-Rating-Skalen
KSA-Test	Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO
MW	Mittelwert (arithmetisches Mittel)
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
OPD-KJ	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters
p-Wert	Signifikanzwert
PSSI	Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar
SASB	Structural Analysis of Social Behavior
SCL-90	Symptom-Checkliste
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
T	Testprüfgröße einer Mittelwertgleichheit
VaKJP	Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeuten
WHO	World Health Organization

1 ZUSAMMENFASSUNG

Bei der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter* (OPD-KJ) handelt es sich um ein diagnostisches System zur Zerstreung der im Bereich der psychodynamischen Diagnostik herrschenden Vieldeutigkeit und Unschärfe und zur Ergänzung des etablierten Konzepts des *Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Im Bereich der wissenschaftlichen Untersuchungen zur klinischen Relevanz der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter liegen zwar bereits interessante und positiv stimmende Ergebnisse über eine valide Operationalisierung vor, jedoch stellt sich die vorliegende Studienzahl als noch zu gering dar. Dementsprechend sollte im Rahmen dieser Dissertation eine Untersuchung der klinischen und prädiktiven Validität der OPD-KJ anhand der Achsen *Beziehung, Konflikt, Struktur* und *Behandlungsvoraussetzungen* vorgenommen werden, um deren klinische Aussagekraft in Bezug auf Indikationsstellung, Therapieplanung und auch Prognose zu prüfen. Die Betrachtungen erfolgten anhand der Befunde zur OPD-KJ, zum *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (CBCL/ 4-18) und zum *Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche* (BSS-K) bei einer Stichprobengröße von N=86-109 Kindern und Jugendlichen, die sich im Zeitraum von September 2007 bis Juni 2010 an der Hamburger Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen* beteiligten. Zur Untersuchung der Fragestellungen kamen dabei einfaktorielle Varianzanalysen und Rangkorrelationen nach Spearman zur Anwendung.

Im Hinblick auf die Untersuchungen zur *Beziehungsachse* konnte keine der Hypothesen H1a bis H2b eindeutig bestätigt werden. Es ergaben sich aber zumindest Resultate im tendenziell signifikanten Bereich, wonach die Kinder und Jugendlichen mehr positive Affekte aufwiesen, wenn sie klinisch internalisierend unauffällig waren als bei internalisierender Auffälligkeit ($p = .090$). Bei den negativen Affekten stellte sich die Ausprägung umgekehrt dar. So waren diese bei klinisch internalisierender Unauffälligkeit geringer ausgeprägt als im Falle der klinischen Auffälligkeit ($p = .069$). In Betracht ziehend, dass sich die Untersuchung der *Beziehungsachse* anhand des *selbstbezüglichen Kreises* nur auf einen Teilaspekt der Achse beschränkt hat, lassen sich die Ergebnisse

durchaus als Hinweise für eine klinische Validität werten. Um die klinische Relevanz zu stützen und auch aussagekräftige Schlüsse für die praktische Anwendung ziehen zu können, sollten noch weiterführende Untersuchungen unter Einbeziehung des objekt- und selbstbezüglichen Kreises erfolgen.

Bezüglich der *Konfliktachse* konnten keine der Hypothesen H3a bis H8b, die Zusammenhänge zwischen der internalisierenden bzw. externalisierenden Symptomatikgruppe und den einzelnen Konfliktthemen postulierten, bestätigt werden (s.Tab.8). Lediglich die in Hypothese 9a vermutete stärkere externalisierende Symptomatik bei häufigem aktiven Verarbeitungsmodus konnte bestätigt werden ($p=.000$), was insgesamt die Bedeutsamkeit des Verarbeitungsmodus bestärkte. So machte die Untersuchung insgesamt deutlich, dass das Achsendesign noch einige Schwachstellen aufweist, weshalb die klinische Validität der *Konfliktachse* nicht bestätigt werden konnte. Dabei ist jedoch anzumerken, dass die Untersuchungsergebnisse im Kontext der empirischen Datenlage und der methodischen Durchführung nachvollziehbar erörtert wurde. Da im Zuge der Revision des Manuals (OPD-KJ-2) aussichtsreiche Modifikationen und Ergänzungen vorgenommen wurden, sind für künftige Studien auf Basis des überarbeiteten Manuals der OPD-KJ-2 deutlichere Resultate für die klinische Validität zu erwarten.

Die bestätigte Hypothese H11a in Form einer signifikant geringeren externalisierenden Symptomatik bei Patienten mit einem guten im Vergleich zu einem schlechten Integrationsniveau in der Steuerungsdimension ($p=.039$) und die signifikanten Resultate bei der explorativ erfolgten Untersuchung auf Itemebene der *Struktur* stellen zum einen eine Entsprechung und Erweiterung der Studienergebnisse von Winter und Kollegen (2011) dar, zum anderen stützten sie teilweise die Ergebnisse von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a, 2013b). Somit sprachen die Resultate bezüglich der *Strukturachse* durchaus für deren klinisch valide Operationalisierung. Für die Anwendung der OPD-KJ in der täglichen Praxis bedeutet dies die Möglichkeit einer differentiellen Therapieplanung. So sollte bei Patienten mit externalisierender Symptomatik und Defiziten im Bereich der *Steuerung* und des *Selbst-und Objekterlebens* im Zuge der Therapie primär an der Selbstbeherrschung, Handlungsweise und Emotionslenkung gearbeitet werden. Noch deutlichere Untersuchungsergebnisse sind vor allem nach der erfolgten Überarbeitung des OPD-KJ-Manuals in künftigen Studien zu erwarten. Die Untersuchung der prädiktiven Bedeutung der *Behandlungsvoraussetzungen* hat insgesamt positive und

interessante Ergebnisse erbracht. So stellten sich neben den Items *Leidensdruck* und *Veränderungsmotivation* auch die Items *intrapsychische Ressourcen* und *Behandlungsmotivation* als Prädiktoren für den Behandlungserfolg heraus. Da es sich dabei vor allem um innere Kompetenzen handelte, wurde die Intention des Arbeitskreis OPD-KJ gestützt, sich im Zuge des diagnostischen Prozesses ausführlich den subjektiven Empfindungen der jungen Patienten zu widmen. Die Hypothesen 14 und 15, dass mit sinkendem *subjektiven Schweregrad körperlicher* bzw. *psychischer Beeinträchtigung* die Schwere dieser von Therapiebeginn zu Therapieende hin stärker abnehmen würde, bestätigten sich bei den Untersuchungen nicht. Somit konnten die beiden Items im Gegensatz zur Arbeit von Winter und Kollegen (2007) auch nicht als Prädiktoren gewertet werden. Da die Prüfungen jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem hohen *subjektiven Schweregrad somatischer* bzw. *geistiger Beeinträchtigung* und einem steigenden Unterschied in der anfänglichen und finalen Beeinträchtigungsschwere ergaben und diese Resultate ebenfalls inhaltlich nachvollziehbar zu erläutern waren, bedarf es weiterer Untersuchungen zur eindeutigen Klärung der Prädiktortätigkeit einer erhöhten somatischen und psychischen Beeinträchtigung für einen Therapieerfolg. Ein ähnliches Vorgehen würde sich zum einen bezüglich einer starken Ausprägung des Items *Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit* anbieten, da sich bei den Untersuchungen zur Hypothese 25 nur tendenziell signifikante Resultate aufzeigten und demnach noch keine eindeutige Bewertung der prognostischen Aussagekraft vorgenommen werden konnte. Zum anderen in Bezug auf einen vermehrten *Umgang mit Gleichaltrigen* und eine starke *familiale Unterstützung*, da eine Prädiktortätigkeit, wie sie sich bei Winter und Kollegen (2007) darstellte, in der vorliegenden Arbeit nicht nachzuweisen war. Demzufolge ließ sich für die Achse *Behandlungsvoraussetzungen* abschließend festhalten, dass diese mit *Leidensdruck*, *Veränderungsmotivation*, *intrapsychische Ressourcen* und *Behandlungsmotivation* wichtige Items beinhaltet, die als prognostisch bedeutsam für den Therapieerfolg zu bewerten sind. Denn durch diese wird dem Therapeuten im Zuge des diagnostischen Prozesses eine Einschätzung darüber ermöglicht, inwieweit der Patient entsprechende Voraussetzungen erfüllt, um die Behandlung positiv zu gestalten und letztendlich einen Behandlungserfolg zu erzielen. Somit konnte insgesamt das Vorliegen einer prädiktiven Validität der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* bestätigt werden.

2 EINLEITUNG

In Form des fünften Kapitels der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (WHO, 1993) und des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1994) stehen in der psychologischen Diagnostik reliable und valide Klassifikationssysteme mit eindeutig beschriebenen diagnostischen Kriterien zur Verfügung. Diese bewegen sich jedoch auf einer rein deskriptiven Ebene ohne Berücksichtigung einer ätiologischen Dimension, wodurch vor allem den psychodynamisch orientierten Therapeuten eine möglichst verlässliche und geeignete Erfassung der psychoanalytischen Ebenen in die Psychodiagnostik fehlte (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Mit dem Ziel, die nosologischen Diagnosesysteme um eine reliable, valide und möglichst objektive psychodynamische Achse zu ergänzen und somit ebenfalls die vorherrschende Vieldeutigkeit und Unschärfe in der psychodynamischen Diagnostik grundlegend zu ändern, gründete sich im Jahre 1992 der aus einer Vielzahl von Psychoanalytikern¹, Psychosomatikern und Psychiatern bestehende Arbeitskreis OPD (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007; Schneider et al., 1995; Arbeitskreis OPD, 1998). Als Resultat dieser langjährigen Zusammenarbeit konnte im Jahre 1996 das Manual über die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD) veröffentlicht werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie war das Interesse an einer Standardisierung der psychodynamischen Diagnostik hoch, weshalb sich nur kurze Zeit nach Erscheinen des Manuals für das Erwachsenenalter ein eigenständiger Arbeitskreis namens OPD-KJ gründete, um die psychodynamische Diagnostik auch für den Bereich des Kindes- und Jugendalters zu operationalisieren (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). In enger Zusammenarbeit mit den Verfassern der OPD wurde an einem Konzept gearbeitet, das dem Kindes- und Jugendalter entsprechen sollte (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

¹ Im weiteren Verlauf der Dissertationsabfassung wird das generische Maskulinum verwendet, wobei stets sowohl das männliche als auch das weibliche Geschlecht gemeint sind.

Um diesem Vorhaben gerecht zu werden wurde ein Konzept entwickelt, in dem der Entwicklungsbegriff bei jeglicher Erfassung psychodynamischer Prozesse den Rahmen vorgeben und durchgehend alle Ebenen des Manuals betreffen sollte (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Weiterhin war es dem Arbeitskreis OPD-KJ ein wichtiges Anliegen keine Konkurrenz für das etablierte Konzept des *Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (MAS) (Remschmidt et al., 2006) darzustellen, sondern den Therapeuten ergänzend zur Basisdiagnostik des MAS die Möglichkeit des Einbringens psychoanalytischer Aspekte zu eröffnen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Im Jahre 2003 wurden die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit unter dem Titel *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter* (OPD-KJ) erstmalig veröffentlicht und 2007 folgte bereits eine überarbeitete zweite Auflage. Das Manual für das Kindes- und Jugendalter erfreut sich demnach genau wie sein Vorbild, das Erwachsenen-Manual, großen Erfolgs unter den Psychotherapeuten. So ermöglicht es den Diagnostikern in seiner Funktion als Ergänzung der Klassifikationssysteme ein Verständnis dafür aufzubringen, weshalb ein Patient eine gewisse Symptomatik entwickelt und sie beibehält (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Denn die Beziehungsmuster, die inneren Konflikte und die psychische Struktur eines Menschen geben Aufschluss über sein Handeln und seine Erlebnisse. Somit wird dem Therapeuten die Möglichkeit eröffnet, den Fall und die Patientensymptomatik besser zu verstehen, einen spezifischen Therapieplan zu erarbeiten und die Therapie im Verlauf und abschließend zu evaluieren (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Aufgrund des regen Interesses und der verbreiteten Anwendung des Manuals der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik ist zu erkennen, wie sehr eine Standardisierung des diagnostischen Bereichs von der Fachgemeinschaft der psychoanalytischen Psychotherapie erwartet wurde und welche große klinische Relevanz dem Konzept für den Fachbereich zukommt. Diesbezüglich überrascht die eher begrenzte Anzahl empirischer Untersuchungen zur klinischen und prädiktiven Validität des Manuals, deren detaillierte Betrachtung im „Empirischen Überblick“ folgen soll. Aufgrund der bisweilen als noch zu gering einzuschätzenden Studienzahl, bietet sich eine Replizierung der Ergebnisse an einer weiteren Stichprobe an. Demnach erfolgt in der vorliegenden Dissertation, nach der Betrachtung des empirischen und theoretischen Hintergrundes und der Darstellung der Zielsetzungen und Hypothesen, die Überprüfung der klinischen Validität anhand

von Untersuchungen bezüglich Unterschieden und Zusammenhängen der Bewertungen der Achsen *Beziehung*, *Konflikt* und *Struktur* in Hinblick auf externalisierende und internalisierende Störungsbilder. Des Weiteren wird eine Prüfung der prädiktiven Validität der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* vorgenommen, um die Achse in ihrer Funktion als abschätzendes Instrument bezüglich des Therapieerfolgs zu analysieren.

3 THEORETISCHER HINTERGRUND

3.1 Empirischer Überblick

Nachstehend erfolgt eine Darstellung des Forschungsstandes zur klinischen Relevanz der OPD-KJ, die für eine bessere Übersicht achsenweise vorgenommen wurde.

Zur *Beziehungachse* lieferten bislang zwei Forschungsarbeiten von Winter und Kollegen aus den Jahren 2011 und 2012 wichtige Erkenntnisse über die klinische Anwendung der OPD-KJ. So konnten Winter und Kollegen (2011) anhand eines Gruppenvergleichs von Patienten mit internalen und externalen Störungen zwar eine tendenziell stärkere Ausprägung der positiven Affekte im Sinne der Unterwerfung für den *objektgerichteten* (Verhalten Patient zu Untersucher) und den *subjektivgerichteten Kreis* (Reaktion Patient auf Untersucher) für die Gruppe mit einer internalen Störung im Vergleich zur Gruppe mit einer externalen Störungen aufzeigen, jedoch ohne Signifikanz. Bei der Forschungsarbeit von Winter und Kollegen, die im Jahre 2012 veröffentlicht wurde, konnte die klinische Relevanz der OPD-KJ-Achsen anhand der Frage nach Unterschieden von Patienten mit anorektalen Malformationen und gleichzeitiger psychischer Komorbidität und psychiatrischen Patienten aufgezeigt werden. Dementsprechend wurde für die Patienten mit somatischer Erkrankung sowohl auf dem *objektgerichteten* als auch auf dem *subjektgerichteten Kreis* eine signifikant geringere Ausprägung von vorrangig negativen Affekten nachgewiesen. Da sich die Forschungsgruppen im Zuge ihrer empirischen Untersuchungen dyadischem Beziehungsverhalten gewidmet haben, konnten keine Daten zum selbstbezüglichen Kreis berichtet werden.

Für die *Konfliktachse* gaben bislang Studien von Benecke und Kollegen (2011), Winter und Kollegen (2011, 2012), Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b, 2013c), Stefini und Kollegen (2013) und auch Rathgeber und Kollegen (2014) Aufschluss zur klinischen Relevanz der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Demnach konnten durch Benecke und Kollegen (2011), die eine Stichprobe von 61 Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren unter anderem hinsichtlich der Übereinstimmungsvalidität anhand der Zusammenhänge der Bedeutsamkeit der einzelnen Konfliktthemen mit den Skalen des *Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme* (IIP) (Horowitz et al., 2000) und des *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars* (PSSI)

(Kuhl u. Kazén, 2009) untersuchten, eher differierende Ergebnisse gezeigt werden. Diese gaben aber insgesamt deutliche Hinweise auf eine vorliegende Validität vor allem bezüglich der Bedeutung des Verarbeitungsmodus eines Konflikts. Bei Winter und Kollegen (2011) wurde die klinische Relevanz mittels eines Gruppenvergleichs von Patienten mit vorliegender internaler bzw. externaler Störung vorgenommen, wobei Patienten mit einer internalen Störung signifikant mehr *Versorgung vs. Autarkie*- Konflikte ($T = 2,3$; $p = .026$) als die Gruppe mit externalen Erkrankungen aufzeigten und wiederum bezüglich des Konflikts *Unterwerfung vs. Kontrolle* die Patientengruppe mit den externalen Störungen diesen signifikant häufiger zeigte im Vergleich zu den Patienten mit einer internalen Erkrankung ($T = 4,2$; $p < .001$). Weiterhin wurden in dieser Studie signifikante Unterschiede bei der Betrachtung des Verarbeitungsmodus aufgezeigt, da Patienten mit einer internalen Störung signifikant häufiger den passiven Verarbeitungsmodus im Gegensatz zu ihrer Vergleichsgruppe aufwiesen (keine Angabe bezüglich des p-Wertes vorhanden) und hingegen Patienten der externalen Störungsgruppe signifikant öfter den aktiven Verarbeitungsmodus zeigten ($T = 3,2$; $p = .005$). In der Betrachtung der *Konfliktachse* im Zuge der wissenschaftlichen Untersuchung von Winter und Kollegen, die im Jahre 2012 veröffentlicht wurde, besaß die somatisch und psychisch komorbide erkrankte Patientengruppe ein signifikant häufigeres Auftreten der *konflikthaften Lebensbelastung* als deren Vergleichsgruppe von Patienten mit psychiatrischen Störungen. Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b) erwiesen eine klinische Validität der OPD-KJ-Achsen *Konflikt* und *Struktur* durch die Ermittlung von unterstützenden Kenntnissen für die Indikationsstellung und Therapieplanung anhand unterschiedlicher OPD-KJ-Befunde einer Stichprobe von 116 Kindern und Jugendlichen bezüglich differenter ICD-10- Diagnosen und der Therapieform. Dabei konnten für die *Konfliktachse* aber keinerlei signifikante Mittelwertsunterschiede in den Konfliktbedeutsamkeiten der unterschiedlichen Diagnosegruppen (F3-, F4- und F9-Diagnosen) ermittelt werden (Seiffge-Krenke et al., 2013b). Ebenfalls mit der Zielsetzung, die OPD-KJ-Befunde der Achsen *Konflikt* und *Struktur* auf zusätzliche Vorteile für die Behandlungsplanung zu eruieren, nahmen Seiffge-Krenke und Kollegen (2013c) eine Untersuchung an einer Stichprobe von 61 stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten vor. Darunter zeigten sich Zusammenhänge zwischen den Konfliktbedeutsamkeiten und klinischer Parameter des *Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des*

Kindes- und Jugendalters, wobei höhere Zahlen somatischer Diagnosen positiv mit dem Konflikt *Abhängigkeit vs. Autonomie* und die Anzahl psychischer Diagnosen positiv mit den Bedeutsamkeiten sowohl des Konflikts *Versorgung vs. Autarkie* als auch des *ödipalen Konfliktes* korrelierten (Seiffge-Krenke et al., 2013c). Im Zuge der aktuellsten Studie an 114 Kindern und Jugendlichen in ambulanter und stationärer Behandlung, die von Rathgeber und Kollegen (2014) durchgeführt wurde, hat eine sehr detaillierte Untersuchung der klinischen Validität der Achse *Konflikt* stattgefunden. Dafür wurden sogenannte *Konflikt-Rating-Skalen* (KRS) entwickelt, mit deren Hilfe die beiden Verarbeitungsmodi direkt bei jeder einzelnen Konfliktbeurteilung mit einbezogen werden konnten (Rathgeber et al., 2014). Die Bedeutsamkeit einer jeden KRS wurde dann nach Unterschieden in der Ausprägung bezüglich der ICD-10-Diagnosen (diese wurden zusammengefasst zu fünf verschiedenen größeren Störungsgruppen, bestehend aus internalisierenden, externalisierenden, psychosomatischen, kombinierten und affektiven Störungen) untersucht, wobei deutliche Ergebnisse ermittelt wurden (Rathgeber et al., 2014). So konnte zum einen festgestellt werden, dass sich der Konflikt *Abhängigkeit vs. Autonomie* im *aktiven Modus* bei Patienten mit einer kombinierten Störungen hoch signifikant stärker ausprägte verglichen mit Patienten, die unter einer psychosomatischen oder auch einer affektiven Störung litten (Rathgeber et al., 2014). Zum anderen trat der Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* im *aktiven Verarbeitungsmodus* bei Patienten mit diagnostizierter externalisierender Störung hoch signifikant häufiger auf im Vergleich zu Kindern oder Jugendlichen mit einer psychosomatischen, internalisierenden oder affektiven Erkrankung (Rathgeber et al., 2014). Auch im *aktiven Modus* erwiesen sich beim Konflikt *Versorgung vs. Autarkie* sehr signifikante Unterschiede, und zwar zwischen Patienten mit einer psychosomatischen Störung im Vergleich zu Patienten mit externalisierender oder internalisierender Erkrankung (Rathgeber et al., 2014). Des Weiteren konnte ein hoch signifikantes Ergebnis im *aktiven Modus* des *Selbstwertkonfliktes* ermittelt werden, da bei Patienten mit externalisierender Erkrankung dieser Konflikt stärker auftrat als bei vorliegender affektiver oder psychosomatischer Störung (Rathgeber et al., 2014). Der *Loyalitätskonflikt* zeigte einen sehr signifikanten Unterschied zwischen der stärkeren Konfliktbedeutsamkeit einer affektiven oder einer psychosomatischen Störung auf der einen und einer externalisierenden Störung auf der anderen Seite (Rathgeber et al., 2014). Als letztes konfliktbezügliches sehr signifikantes

Ergebnis ist dasjenige zwischen Patienten mit vorliegender internalisierender und Patienten mit externalisierender Erkrankung zu nennen, wobei bei der erstgenannten Patientengruppe der *ödipale Konflikt* im *passiven Modus* häufiger ausgeprägt war (Rathgeber et al., 2014). Außerdem nahmen Rathgeber und Kollegen (2014) ebenfalls eine Untersuchung des *Verarbeitungsmodus* als alleiniges Kriterium hinsichtlich möglicher Abhängigkeiten in Bezug auf die Störungsgruppen vor. Dabei konnte herausgefunden werden, dass mit einer hohen Signifikanz Kinder und Jugendliche, die unter einer externalisierenden oder kombinierten Störung litten, vermehrt den *aktiven Verarbeitungsmodus* aufzeigten und bei Patienten aus der Gruppe der internalisierenden, affektiven und auch psychosomatischen Störungen öfter der passive Modus auftrat (Rathgeber et al., 2014).

Bezüglich der Achse zur psychischen *Struktur* konnten Benecke und Kollegen (2011), Winter und Kollegen (2011, 2012), Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a, 2013b) und auch Stefini und Kollegen (2013) in ihren Veröffentlichungen zur OPD-KJ interessante Aussagen über die klinische Validität tätigen. Demnach zeigte sich bei Benecke und Kollegen (2011) eine zufriedenstellende Übereinstimmungsvalidität anhand der jeweiligen Zusammenhangsprüfung der drei Strukturdimensionen *Steuerung*, *Selbst- und Objekterleben* und *kommunikative Fähigkeiten* mit der Anzahl der Diagnosen auf der Achse II des DSM-IV (APA, 1994), der *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Franke, 2000a), der *Empathie-Skala* des *Fragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten* (FEPAA) (Lukesch, 2006) und auch dem *Inventar of Personality Organisation* (IPO) (Clarkin et al., 2000). Bei Winter und Kollegen (2011) zeigte der Vergleich von zwei Patientenkollektiven, von denen das eine durch internale Störungen und das andere durch externale Störungen charakterisiert wurde, ausschließlich einen signifikanten Gruppenunterschied ($T = 2,5$; $p = .018$) in Bezug auf das Item *Steuerungsinstantz*. Demzufolge waren die Patienten mit vorliegender externaler Störungsform im Gegensatz zur Vergleichsgruppe signifikant schlechter integriert. Des Weiteren ist anzumerken, dass weder auf der Item- oder Dimensionsebene noch beim *Strukturgesamtwert* weitere signifikante Unterschiede ausgemacht werden konnten, jedoch lagen bei den internalen Störungen durchweg in der Tendenz höhere Integrationsniveaus vor. In der Forschungsarbeit von Winter und Kollegen aus dem Jahre 2012 besaßen Patienten mit somatischen Erkrankungen und psychischer

Komorbidität im Gesamtwert der *Struktur* und *Steuerung* als auch in den Integrationswerten auf Itemebene der Dimensionen *Steuerung* und *kommunikative Fähigkeiten* mit einer überwiegend mäßigen Integration ein signifikant besseres Integrationsniveau gegenüber einer Patientengruppe mit kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen, die lediglich ein mäßig bis geringes Integrationsniveau aufzeigten. Eine weitere empirische Untersuchung von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a), die an einer Patientstichprobe (N = 195) der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Landeskrankenhauses Mödling durchgeführt wurde, verfolgte das Ziel, die Vorteile einer OPD-KJ-Diagnostik unter anderem auf der *Strukturachse* zu ergründen. Dabei wurden deutliche diagnosespezifische Unterschiede des Strukturniveaus ermittelt, die vor allem die Dimension des *Selbst- und Objekterlebens* betrafen (Seiffge-Krenke et al., 2013a). So zeigten Patienten mit einer vorliegenden F3-Diagnose mit einer mäßigen Integration die signifikant besten Integrationswerte auf ($F = 4,13$; $p = .034$) im Vergleich zu allen anderen drei Patientengruppen (F4-, F6- und F9- Diagnosen) (Seiffge-Krenke et al., 2013a). Wiederum war die Patientengruppe der F6- Störungen mit geringen Integrationswerten in den Dimensionen *Steuerung* ($F = 4,97$; $p = .027$) und *Selbst- und Objekterleben* ($F = 6,60$; $p = .011$) im Gegensatz zu den anderen Diagnosegruppen am signifikant schlechtesten integriert (Seiffge-Krenke et al., 2013a). Des Weiteren zeigte sich ein diagnosespezifischer Effekt bei der Patientengruppe mit F9- Diagnose in Form einer signifikant besseren Integration für *Selbst- und Objekterleben* als bei den Patienten mit einer F6- Diagnose ($F = 6,52$; $p = .011$) (Seiffge-Krenke et al., 2013a). Im Zusammenhang einer Forschungsarbeit von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b) konnten ebenfalls diagnosespezifische Unterschiede in der Integrationsausprägung der *Strukturachse* festgestellt werden. Demnach sind die Dimensionen *Steuerung* ($p = .03$) und *Selbst- und Objekterleben* ($p = .047$) sowie der Gesamtwert der *Struktur* ($p = .047$) bei den F3-Diagnosen im Vergleich zu den F9-Diagnosen mit signifikant besserem Integrationsniveau identifiziert worden. So stellten sich die affektiven Störungen mit einem mäßigen bis tendenziell geringen Niveau der Integration und die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend durch geringen bis tendenziell schlechten Integrationswerten dar. Eine andere empirische Arbeit stammt von Stefini und Kollegen (2013), die sich der Ermittlung der klinischen Validität anhand der Untersuchung von Zusammenhängen der Symptomatik von 75 Patientinnen mit

Bulimia nervosa und deren Befunde auf der Achse *Struktur* widmeten. Diesbezüglich stellten sich statistisch signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen den Dimensionen *Steuerung* bzw. *kommunikative Fähigkeiten* und den Einschätzungen auf dem *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 1994) heraus, wobei je größer die bulimische Symptomatik ausgeprägt war, desto schlechter waren die Patientinnen strukturell integriert (Stefini et al, 2013).

Hinsichtlich der Achse der *Behandlungsvoraussetzungen* lag der Fokus dieser Dissertation speziell auf den prognostischen Aussagefähigkeiten der Achse in Bezug auf den Therapieerfolg, weshalb sich die Darstellung der empirischen Daten auf diesen Bereich konzentrierte. Diesbezüglich lag eine Forschungsarbeit von Winter und Kollegen aus dem Jahre 2007 vor, die an einer Gruppe von 60 teilstationären und stationären Patienten durchgeführt wurde. Dabei konnte ermittelt werden, dass das Vorliegen von familialen Ressourcen, das Vorhandensein von Beziehungen zu Gleichaltrigen, sowie große Behandlungsmotivation, große Arbeitsbündnisfähigkeit, geringe psychische und auch geringe somatische Beeinträchtigung als prädiktive Marker für einen höheren Therapieerfolg angesehen werden konnten, was für die prädiktive Validität der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* sprach (Winter et al., 2007). Eine weitere Veröffentlichung stammte von Weitkamp und Kollegen (2014), die anhand einer Stichprobe von 146 Interventionspatienten den Zusammenhang der *Behandlungsvoraussetzungen* zum Therapieerfolg untersuchten und von einem hohen *subjektiven Schweregrad psychischer Beeinträchtigung* ($p = .016$) und gut ausgeprägten *intrapsychischen Ressourcen* ($p = .028$) als Prädiktor für den Therapieerfolg berichten konnten.

Um den empirischen Überblick noch zu erweitern, bot sich ebenfalls die Betrachtung der empirischen Daten aus dem Bereich der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik des Erwachsenenbereiches an. Hinsichtlich der Validität prüften Rudolf und Kollegen (1996) im Rahmen eines Projektes der psychosomatischen Klinik in Heidelberg die OPD-Befunde der Achsen *Konflikt* und *Struktur* auf Zusammenhänge von ICD-10-Diagnosen von 40 stationären Patienten, wobei jeweils lediglich geringfügige Zusammenhänge dargestellt werden konnten. Nitzgen und Brünger (2000) untersuchten Unterschiede der deskriptiven Werte der Befunde von *Konflikt* und *Struktur* in Abhängigkeit der ICD-10-Diagnosen von 171 Patienten. Dabei zeigten neurotische Patienten verstärkt die Konflikte *Versorgung vs. Autarkie*, *Unterwerfung vs. Kontrolle* und

den *passiven Verarbeitungsmodus*, während Persönlichkeitsstörungen häufiger mit *Abhängigkeit vs. Autonomie* und den *Selbstwertkonflikten* einhergingen (Nitzgen & Brünger, 2000). Bei Betrachtung des Strukturniveaus fiel auf, dass die unter neurotischen Störungen leidende Patientengruppe besser integriert war als Patienten mit einer vorliegenden Persönlichkeitsstörung (Nitzgen & Brünger, 2000). Des Weiteren liegt eine empirische Untersuchung von Spitzer und Kollegen aus dem Jahre 2002 vor, in der die Zusammenhänge zwischen der strukturellen Integration auf der einen Seite und klinischer ICD-10-Diagnosen, soziodemographischen Parametern und der Psychopathologie auf der anderen Seite erforscht wurden. Darin konnte aufgezeigt werden, dass bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung, Suizidalität oder auch selbstverletzendem Verhalten überzufällig häufiger ein mäßiges und sogar noch öfter ein geringes Integrationsniveau vorlag ($p = .001 - .004$). In Bezug auf die Psychopathologie konnte unter anderem ein signifikant geringer Zusammenhang zwischen der Skala der *Aggressivität* der SCL-90 (Franke, 2000b) und dem *Strukturgesamtwert* berichtet werden, wobei Patienten mit guter Integration geringere aggressive Symptome aufwiesen als Patienten mit mäßiger oder auch geringer Integration (Spitzer et al., 2002). Weitere Zusammenhänge in Form der Schwere einer psychischen Erkrankung und dem Strukturniveau zeigten Benecke und Kollegen (2009) auf, indem sie hoch signifikante positive Korrelationen der Gesamtstruktureinschätzung sowohl mit dem Gesamtwert der *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Franke, 2000a) als auch mit der Anzahl der DSM-IV-Diagnosen ermitteln konnten, was insgesamt für eine valide klinische Operationalisierung sprach. Zu berichten ist ebenfalls über die Arbeit von Rost (2011), in der anhand verschiedener Befunde von Patienten mit depressiven Störungen eine Untersuchung zur Validierung der OPD-Achse *Konflikt* vorgenommen wurde. Dabei konnte unter anderem die Bedeutung des Einflusses des Verarbeitungsmodus auf die Ausprägung eines Konfliktes aufgezeigt werden, da signifikante Zusammenhänge von Konflikten und externen Messinstrumenten erst bei der Zusammenhangsuntersuchung zwischen den Fragebogenskalen und der Konfliktbedeutsamkeit in Abhängigkeit vom Konfliktverarbeitungsmodus auftraten. Dieses Ergebnis entsprach den Untersuchungen von Rathgeber und Kollegen (2014) im Bereich der OPD-KJ, die ebenfalls unter Einbeziehung des Verarbeitungsmodus vermehrt Besonderheiten in den Ausprägungen der Konfliktthemen bei unterschiedlichen Diagnosegruppen aufzeigen konnten.

Dem Bereich der prädiktiven Validität der OPD widmeten sich neben Strauß und Kollegen (1997) auch Schneider und Kollegen (2000). Strauß und Kollegen (1997) untersuchten eine Stichprobe von 30 stationären Patienten hinsichtlich der prädiktiven Funktion der OPD für den Therapieerfolg, wofür die Patienten anhand von 10 Kriterien für Behandlungserfolg nach 6-7 monatiger Gruppentherapie drei verschiedenen Teilgruppen (eher geringer, mittlerer, ausgeprägter Behandlungserfolg) zugeordnet und diese Teilgruppen anschließend unter anderem in Hinblick auf die Bewertung der Achse *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* verglichen wurden. Dabei konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede der drei Teilgruppen hinsichtlich des Therapieerfolgs ermittelt werden (Strauß et al., 1997). Jedoch ergaben sich Tendenzen einer prädiktiven Qualität für die Items *Motivation zur Psychotherapie*, *Compliance*, *Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge* und *persönliche Ressourcen*, die alle am stärksten in der Gruppe des ausgeprägten Behandlungserfolgs bewertet wurden und für das Item *sekundärer Krankheitsgewinn*, welches am geringsten bei ausgeprägtem Therapieerfolg auftrat (Strauß et al., 1997). Des Weiteren fiel auf, dass Items mit Bezug auf somatische Beschwerden in der Teilgruppe des ausgeprägten Therapieerfolgs zumeist als nicht beurteilbar eingestuft wurden, was darauf hindeutete, dass körperliche Symptome bei erfolgreichen Patienten generell selten auftraten (Strauß et al., 1997). In einer weiteren Studie, die von Schneider und Kollegen im Jahre 2000 veröffentlicht wurde, ging die Forschungsgruppe der Frage nach, ob den Items *Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge*, *Einschätzung der geeigneten Behandlungsform: Psychotherapie* und *Symptomdarbietung: psychische Symptome im Vordergrund*, bei denen vom größten prognostischen Aussagewert für den Behandlungserfolg ausgegangen wurde, eine prädiktive Validität für den Therapieerfolg zukommt. Dazu wurden die Ergebnisse auf den drei Items zu Therapiebeginn in eine Gruppe mit hoher Ausprägung und in eine mit mittlerer/niedriger Ausprägung unterteilt und jeweils mit den Differenzwerten (gebildet aus den Werten von Therapieende und -anfang) des Gesamtwerts der SCL-90 (Franke, 2000b) und dem *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP) (Horowitz et al., 1994) verglichen, wobei sich signifikante Zusammenhänge ergaben.

So profitierten Patienten mit hohen psychischen Symptomen zu Therapiebeginn signifikant stärker von der Therapie als Patienten mit niedrigen oder geringer psychischer Symptomatik ($p < .01$) und die Patientengruppe, die eine Psychotherapie höher für sich als geeignete Behandlungsform einschätzte, schloss die Therapie ebenfalls signifikant ($p < .01$) mit größerem Erfolg ab als die Patienten mit geringer Bewertung der Psychotherapie als Behandlungsoption (Schneider et al., 2000).

3.2 Bedeutsamkeit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) für psychoanalytisch begründete Therapieverfahren

Unter den psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren, die auf die Psychoanalyse von Sigmund Freud zurückgehen, werden eine Vielzahl von Therapiekonzepten zusammengefasst, die sich durch wesentliche psychoanalytische Ansichten einengen. Sie haben das Ziel, in Form einer „ätiologisch orientierten Psychotherapie“ (Psychotherapie-Richtlinien, 2009) die Ursachen einer psychischen Störung zu ergründen und zu beseitigen, um auf diese Weise eine Reduktion der Symptomatik herbeizuführen (Rudolf & Rüger, 2006). Dazu soll sowohl eine Aufarbeitung internalisierter, verdrängter und unbewusster Konflikte als auch struktureller Defizite, die durch negative emotionale Erfahrungen mit engen Bezugspersonen in frühen Entwicklungsphasen hervorgerufen wurden, vorgenommen werden (Rudolf & Rüger, 2006). Dabei strebt der Therapeut im Zuge des Therapieverfahrens einen Prozess an, in dem maladaptive strukturelle Fähigkeiten erlernt, verdrängte konflikthafte Themen bewusst gemacht und deren Bearbeitung in Gang gesetzt werden können (DGPT et al., 2011). Somit kann der Rahmen für eine Symptomminderung geschaffen werden.

Für die Planung und Durchführung einer psychoanalytisch begründeten Therapie ist eine ausführliche Erfassung und Analyse dieser dysfunktionalen verinnerlichteten innerseelischen Vorgänge unabdingbar, wozu sich die Anwendung des Konzepts der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter anbietet, das nachstehend näher erläutert wird.

3.3 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)

Bei der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) handelt es sich, wie bereits im Abschnitt der „Einleitung“ beschrieben, um ein erstmalig im Jahre 2003 veröffentlichtes Manual, das für psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten infolge der Ergründung seelischer Vorgänge eines Patienten sowohl die Aufstellung eines Therapieplans mit Zieleformulierungen als auch eine Evaluation des Therapieverlaufs ermöglicht (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Dabei beruht der theoretische Hintergrund der OPD-KJ vor allem auf einem multidimensionalen Entstehungskonzept psychischer Erkrankungen auf Basis der Konzepte psychoanalytischer Psychologie, wobei auch entwicklungspsychopathologische Perspektiven mit einbezogen wurden, denn Auseinandersetzungen bezüglich theoretischer Konstrukte scheinen vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zielführend zu sein (Resch et al., 1998).

3.3.1 Befunderhebung

Die Befunderhebung sollte nur durch einen geschulten und mit der psychoanalytischen Theorie vertrauten Therapeuten erfolgen, da nicht nur verschiedenartige Informationen erfasst werden müssen, sondern auch die Einbeziehung der Interaktion von Patient und Untersucher stattfinden muss (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Im Fokus der Untersuchung steht das Gespräch bzw. das Spiel des Diagnostikers mit dem Kind oder Jugendlichen. Je jünger der Patient ist, desto stärker wiegt der spielerische Anteil und umgekehrt. Des Weiteren werden die wichtigsten Bezugspersonen mit einbezogen. Neben Familie, Gleichaltrigen, Freunden und Partnern sollen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Besitz, Spiel, Freizeit und Krankheit die Inhalte des Gesprächs und des Spiels bilden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Nach erfolgtem Spiel mit dem Kind oder Jugendlichen und Gespräch mit dem Patienten und den Eltern, sollte ebenfalls noch ein Gespräch stattfinden, bei dem der Therapeut mit den Eltern alleine spricht. Dabei können letzte Unklarheiten beseitigt werden und der Untersucher kann sich ein Bild des Umgangs der Eltern miteinander machen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Im Zuge dieses Untersuchungsablaufs ist es dem Therapeuten möglich, die Bewertung der einzelnen OPD-KJ-Achsen vorzunehmen und so psychosomatische Dysfunktionen des Patienten zu erkennen. Diese Informationen stehen dann den Diagnosen des MAS ergänzend zur Seite und können zu einer bestmöglichen Therapie beitragen.

3.3.2 OPD-KJ-Achsen

Achse *Beziehung*

Bezug nehmend auf die interpersonale Theorie nach Sullivan (1980) und die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie nach den Konzeptionen Kernbergs (1984) sind für das Erlernen und intrapsychische Verinnerlichen von Beziehungsgestaltungen prinzipiell zwischenmenschliche Erfahrungen und vor allem die Beziehungserfahrungen mit engen Bezugspersonen im frühen Kindesalter formend und prägend. Wenn es jedoch zu pathologischen Beziehungsinteraktionen kommt, können diese die verinnerlichte Beziehungswelt des Kindes bzw. des Jugendlichen deutlich einschränken und psychische Störungen bedingen und aufrechterhalten (Strupp & Binder, 1991). Aufgrund dessen nimmt die Beziehungsdiagnostik im Rahmen der OPD-KJ eine wichtige Rolle ein. Dabei werden nicht nur die dysfunktionalen Muster bewertet, sondern auch positives Beziehungsverhalten kodiert, welches als Ressource genutzt werden kann (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Da vor allem Kinder vorliegende Beziehungsprobleme seltener aktiv äußern, sondern eine Problematik eher direkt im Handlungsablauf einer Beziehung oder im Spiel zeigen, ist die aktuelle Untersuchungssituation von großer Bedeutung in der klinischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Die Erfassung des Beziehungsverhaltens im Zuge des diagnostischen Prozesses der OPD-KJ erfolgt anhand von Kreismodellen, die sich am Kreismodell der *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB) (Benjamin, 1974; Tress, 1993) orientieren und mit denen eine komplexe Gefühlswelterfassung möglich ist. Dank der Darstellung durch zwei bipolare und orthogonal angeordnete Dimensionen, die auf der horizontalen Achse durch die Dimension *Affiliation* und auf der vertikalen Achse durch die Dimension *Kontrolle* präsentiert werden, können Mischungsverhältnis in der Beziehungsgestaltung dargestellt werden (Benjamin, 1974; Tress, 1993).

Achse Konflikt

Bei psychodynamischen Konflikten handelt es sich um intrapsychische, unbewusst ablaufende und lebensbestimmende Prozesse, die durch die mangelnde Fähigkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen geprägt sind, im Gegensatz stehende Erlebnis- und Handlungsperspektiven in Einklang zu bringen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Dies sorgt in vielen Lebenssituationen für immer wiederkehrendes Verhalten, das zumeist eine Entwicklungshemmung darstellt (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Wie der Arbeitskreis OPD-KJ (2007) weiterhin berichtet, entstehen intrapsychische Konflikte im Laufe der Entwicklung aus Lebenserfahrungen mit engen Bezugspersonen, wobei diese Erfahrungen den Interessen der Heranwachsenden ungenügend, zu stark oder auch unpassend entsprochen haben.

Nachfolgend sind die in der OPD-KJ bedeutenden charakteristischen Konflikte aufgeführt.

- Beim Konflikt *Abhängigkeit versus Autonomie* können Dysfunktionen in der Entwicklung eines gesunden Verhältnisses von Bindung und Eigenständigkeit in Beziehungsverhältnissen aufgezeigt werden, und es dominiert der Leiteffekt der Angst (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).
- Bei der Beurteilung des Konflikts *Unterwerfung versus Kontrolle* können unzureichende Interaktionen von Gehorsamkeit und Machtausübung dargestellt werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).
- Der Konflikt *Versorgung versus Autarkie* kann auffällige Verhaltensmuster von Kindern und Jugendlichen bezüglich Versorgungsansprüchen und Selbstständigkeit aufzeigen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).
- Bei den *Selbstwertkonflikten* geht es um ein gestörtes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden des Kindes bzw. Jugendlichen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).
- Bei den sogenannten *Loyalitätskonflikten* geht es um die Schuld bzw. deren Abwehr bezüglich der Beziehungen der Eltern und der Heranwachsenden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

- Die *Ödipalen Konflikte* thematisieren gestörte erotische und sexuelle Interessen, die sich entweder durch überschwängliches Bestreben oder völliges Vermeiden zeigen können (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).
- Die *Identitäts-(Selbst-)Konflikte* beschreiben eine gestörte Entwicklung der Ausbildung der Bilder, die der Heranwachsende von sich selber (OPD-KJ, 2007).
- *Schwere Lebensbelastungen* sind durch Stressoren (aktuell aufgetretene lebensbeeinflussende Situationen, chronische Stressoren, Traumata) ausgelöste Krisen in den der Diagnostik vorangegangenen 6 Monaten, die den Verlauf eines psychodynamischen Konflikts negativ beeinflussen können (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Achse Struktur

Die psychische Struktur stellt eine Gesamtheit an persönlich charakterisierenden Fähigkeiten eines Individuums dar, mit Hilfe derer man sich als eigenständige Person versteht, Verhalten und Emotionen wahrnehmen, regulieren, vermitteln und zwischenmenschliche Beziehungen eingehen kann (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Solche psychische Struktur entsteht durch die ständige und lebenslange gegenseitige Beeinflussung von genetischen Gegebenheiten und den interaktionellen Erfahrungen mit der Umwelt (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Somit muss zur Erkennung von möglichen Strukturdefiziten von Kindern und Jugendlichen als Referenz auch das jeweils entwicklungsentsprechende Repertoire an Erlebnis- und Handlungsbereitschaften herangezogen werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Zu Störungen in der psychischen Struktur kann es neben Entwicklungsmangel aufgrund von Fehlerfahrungen mit der Umwelt auch durch neurobiologische Fehlfunktionen kommen, die keine ordnungsgemäße Informationsverarbeitung bzw. –speicherung zulassen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Da sich die spezifischen Fähigkeiten, die eine psychische Struktur repräsentieren, gut durch die drei Oberbegriffe Selbst- und Objekterleben, Steuerung und Abwehr und kommunikative Fähigkeit zusammenfassen lassen, kommt denen eine große Bedeutung bei der Erfassung der psychischen Struktur zu (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Die Dimension *Selbst- und Objekterleben* beschreibt die Fähigkeiten eines Kindes bzw. Jugendlichen abhängig vom vorliegenden Entwicklungsstand, die eigene Person sowohl über äußere als auch über charakterliche Merkmale zu beschreiben, sich somit von anderen Menschen zu differenzieren und diese als eigenständige Persönlichkeiten mit eigenen Ansichten wahrzunehmen und zu akzeptieren (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). *Steuerung und Abwehr* umfassen die Eigenschaften, die es dem Heranwachsenden ermöglichen, negative Erfahrungen zu verarbeiten (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Das Kind beginnt ein positives Selbstwertgefühl zu entwickeln, die Fähigkeit zu erlernen, sich in negativen Lebenssituationen selbst zu trösten, Impulse zu steuern und moralisch zu urteilen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Dazu entwickelt das Kind bzw. der Jugendliche eine Reihe von Abwehrmechanismen, wie Projektion, Verdrängung, oder Sublimierung (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Die Dimension *Kommunikative Fähigkeiten* beschreibt der Arbeitskreis OPD-KJ (2007) als mit zunehmendem Alter immer ausgeprägter werdende Fähigkeiten, mit der Umwelt zu kommunizieren, Affekte seines Gegenübers zu erkennen, von den eigenen zu unterscheiden und so in immer ausgeprägtere gegenseitige Dialoge treten zu können.

Achse *Behandlungsvoraussetzungen*

Neben den Achsen der *Beziehung*, der *Konflikte* und der *Struktur*, deren theoretische Grundlagen in psychodynamischen Konzeptionen liegen, kommen bei der Achse der *Behandlungsvoraussetzungen* Dimensionen zum Tragen, die vornehmlich auf anderen theoretischen Konstrukten beruhen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Durch diese Dimensionen können weitere wichtige Erkenntnisse über die Erkrankungsentstehung und -aufrechterhaltung gewonnen werden, weshalb diese Dimensionen ebenfalls diagnostisch umfassend nützlich sind (Arbeitskreis, OPD-KJ, 2007).

Die Achse wird in die drei Kategorien *Subjektive Dimensionen*, *Ressourcen* und *Spezifische Therapievoraussetzungen* unterteilt, die jeweils verschiedene Items unter sich vereinen.

- *Subjektive Dimensionen*

Als theoretische Grundlagen für die Items dieser Dimension dienen unter anderem Veröffentlichungen zur Subjektivitätsforschung (Faltermaier et al., 1998; Wiehe, 2006), die alle Forschungsergebnisse für den Zusammenhang von subjektiven Empfindungen des Patienten und der Entwicklung und dem Verlauf einer Erkrankung liefern.

Zum einen werden der *subjektive Schweregrad der somatischen und der psychischen Beeinträchtigung* beurteilt, um über das subjektive Beeinträchtigungsempfinden, das der Patienten bezüglich seiner Erkrankung zeigt, Erkenntnisse zu gewinnen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Des Weiteren möchte man Aufschluss über die *subjektiven Krankheitshypothesen* des Patienten gewinnen, die die eigenen Vorstellungen des Patienten über die möglichen Gründe seiner Erkrankung und deren Verlauf ausdrücken (Faltermaier et al., 1998). Mittels Informationen über den *Leidensdruck* soll vor allem erfasst werden, wie groß die emotionale Komponente des möglichen Leidens unter einer Erkrankung ist. Beim Item der *Veränderungsmotivation* soll der Grad der Zufriedenheit mit dem vorherrschenden Zustands unabhängig vom möglichen Therapiewunsch, Leidensdruck oder den familiären Veränderungswünschen erfasst werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

- *Ressourcen*

Als theoretische Grundlage für die Items zu den *Ressourcen* ist zum einen die Arbeit zur Risikokinderforschung von Laucht (2003) zu nennen in der gezeigt wird, dass es protektive Faktoren gibt, die der Entstehung einer psychischen Erkrankung bereits vorbelasteter Kinder gegenüberstehen. Des Weiteren können unter anderem mit den Forschungsergebnissen von Zolkoski und Bullock (2012) zur Schutzfunktion von sozialer außerfamilialer Unterstützung und dem Begriff des „social support“ von Kessler und McLeod (1985) die Wirkung solcher schützender Komponenten gestützt werden. Somit wird im Zuge der OPD-KJ die Ausprägung von Vorhandensein und Nutzung gesundheitsfördernder und schützender Einflüsse aus der Interaktion mit der direkten Umwelt des Kindes bzw. Jugendlichen beim Prozess der Krankheitsbewältigung bewertet.

Hierzu wird als erstes die *Beziehung zu Gleichaltrigen* beurteilt, die sich im Unterhalten von Freundschaften und sozialen Kontakten ausdrückt und für den Heranwachsenden unterstützende Wirkung haben kann (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Beim Ausprägungsgrad von *außerfamilialen Unterstützungen* soll eingeschätzt werden, wie groß das Wissen über externe Hilfsangebote ist und in wie weit solche in Anspruch genommen werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Die Beurteilung der *familialen Ressourcen* wiederum beschäftigt sich mit der Tatsache, inwieweit familiäre Unterstützung das Kind bzw. den Jugendlichen im Verlaufe der Erkrankung positiv beeinflusst und wie die Familienmitglieder selbst die Situation meistern (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Bei der Bewertung der *intrapsychischen Ressourcen* fließen sowohl die für eine Krankheitsbewältigung vorhandenen bewussten psychosozialen Kompetenzen, als auch die Ausprägung der durch die Kompetenzen erlangten Zuversicht des Heranwachsenden mit ein (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

- *Spezifische Therapie Voraussetzungen*

Beispielhaft für die theoretischen Ausrichtungen, denen die hier zusammengefassten Items zu Grunde liegen, sind sowohl Fisher und Greenberg (1977) zu nennen, mit dem Augenmerk auf die kognitiven Leistungen der Heranwachsenden, als auch Freud (1972) mit seinen Ausführungen zum Begriff des Krankheitsgewinns.

So wurden vier weitere Items definiert, die die Behandlungsplanung direkt beeinflussen können. Zunächst wird die *Einsicht in biopsychosoziale Zusammenhänge* beurteilt. Dabei soll Aufschluss darüber gewonnen werden, inwieweit die Kinder und Jugendlichen mittels ihrer kognitiven Fähigkeiten in der Lage sind, die Zusammenhänge ihres psychischen Zustands, der auftretenden Symptome und alltäglichen Lebenssituationen zu erkennen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Anschließend werden Informationen über die *spezifische Psychotherapiemotivation* erhoben, wobei der Fokus hierbei auf dem sich im diagnostischen Gespräch zeigenden persönlichen Interesses des Patienten durch eine psychodynamisch orientierte Therapieführung seine Erkrankung zu therapieren, liegt (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Die Einschätzung des *Krankheitsgewinns* soll Erkenntnisse

darüber hervorbringen, ob beim Kind bzw. Jugendlichen gewisse subjektive Gründe vorliegen, die Symptomatik aufrechtzuerhalten (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Abschließend befasst sich der Therapeut noch mit der *Arbeitsbündnisfähigkeit*. Hierbei wird erfasst, inwieweit Fähigkeiten vorliegen, Vereinbarungen mit dem Therapeuten zu treffen und diesen auch nachzukommen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

3.4 Externalisierende und internalisierende Störungen

3.4.1 Internalisierende Störungen

Die Charakteristika internalisierender Störungen beziehen sich vor allem auf die Gefühlswelt und das innere Erleben der Kinder und Jugendlichen, weshalb die Betroffenen nach außen in ihrem Verhalten meist unauffälliger sind und die Störung schlechter zu erkennen ist (Groen & Petermann, 2013). Nach dem *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (CBCL/4-18) zeichnen sich internalisierende Auffälligkeiten durch sozialen Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich/depressives Verhalten aus (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Diese Symptome zeigen sich unter anderem bei den nachfolgenden Störungen (Groen & Petermann, 2013).

Depressive Störungen

Unter depressiven Störungen versteht man eine Gruppe von Krankheitsbildern, die eine regelhafte Kombination von persistierenden kardinalen Symptomen im körperlichen, emotionalen und kognitiven Bereich unter sich vereinen und für eine deutliche Einschränkung und Beeinträchtigung des täglichen Lebens sorgen (Remschmidt, 2011). Prinzipiell zeigen sich depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter auf die gleiche Art und Weise wie es auch im Erwachsenenalter zu beobachten ist, allerdings zeigen sich häufiger auch untypische Erscheinungsformen (Remschmidt et al., 2006). Nach den Kriterien des MAS treten bei den jungen Patienten neben kardinalen Symptomen wie einer traurigen Grundstimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit auch weitere Symptome auf, die sich durch Schlafstörungen, Appetitlosigkeit,

Müdigkeit, vegetative Beschwerden, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Denkhemmung, Schuldgefühle, pessimistische Zukunftsversionen, vermindertes Selbstwertgefühl und Suizidgedanken charakterisieren lassen. Zu den weiteren Symptomen, die sich vor allem verstärkt bei Kindern und Jugendlichen ausprägen können, zählen körperliche Beschwerden (Bauch- und Kopfschmerzen, Übelkeit, Schlafstörungen), zusätzliche Angstsymptome und Beziehungs- und Verhaltensprobleme (keine Kontakte mit Gleichaltrigen und soziale Isolation, Reizbarkeit) (Birmaher et al., 1996). Im Zuge der BELLA-Studie, die ein ergänzendes Element zur psychischen Gesundheit der *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) darstellt, lag die Prävalenz depressiver Störungen in der Gruppe der 7-10-Jährigen bei 10,7 % mit leicht steigender Tendenz (11,1 %) bei den Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren (Ravens-Sieberer et al., 2008). Im jüngeren Alter überwog die Rate bei den Jungen noch mit 11,4 % gegenüber 10,0 % bei den Mädchen, wo hingegen sich bei den älteren Teilnehmern die Verhältnisse umkehrten (Jungen 10,7 %; Mädchen 11,5 %) (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Angststörungen

Laut *multiaxialem Klassifikationsschema* lassen sich als Angststörungen in der klinischen Psychologie eine Reihe von psychischen Erkrankungen bezeichnen, die über einen längeren Zeitraum mit einer übermäßig starken unregulierbaren Angstentwicklung gegenüber ungewöhnlichen Inhalten und Objekten und einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten einhergehen. Dabei kann es sich neben phobischen Ängsten, die sich auf ein spezifisches Objekt oder eine bestimmte Situation beziehen und generalisierte Ängste, die überdauernd auftreten sich aber weder gegen bestimmte Situationen noch gegen bestimmte Objekte richten auch um fluktuierende Ängsten handeln, die sich zwar nicht auf eine bestimmte Thematik beziehen, sich aber wiederum anfallsartig zeigen (Remschmidt, 2011). Wie die MAS deutlich macht, weisen die Angststörungen im Kindes- und Jugendalter prägnante symptomatische Gemeinsamkeiten mit den Erscheinungen im Erwachsenenalter auf, zeichnen sich jedoch durch eine besondere Entwicklungsbezogenheit aus. So treten bei Säuglingen vermehrt Ängste gegenüber Geräuschen auf, im frühen Kindesalter stehen gehäuft Ängste vor Fremden, Trennung, Dunkelheit oder Fantasiewelten im Mittelpunkt (Remschmidt, 2011). Bei Kindern im Vorschul- und

frühen Schulalter zeigen sich meist spezifische Phobien gegenüber Tieren, medizinischen Eingriffen oder auch vor naturgewaltlichen Erscheinungen wie Blitz, Donner und Feuer, wo es hingegen in der weiteren Schulzeit oft zu Leistungsängsten und sozialen Phobien kommen kann (Remschmidt, 2011). Als Symptome können neben den jeweiligen Besorgnissen und dem ausgeprägten Vermeidungsverhalten (Zurückziehen, Schweigen, Weinen, Verweigerung) ein verstärktes Beruhigungsbedürfnis, Schlafstörungen, Ruhelosigkeit, somatische Beschwerden (Bauch- und Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Muskelverspannungen) und vegetative Stimuli (Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Erröten, Schwindel, Atembeschwerden) auftreten, wobei im Gegensatz zum Erwachsenenalter die vegetativen Erscheinungen im Vergleich zu den somatischen Symptomen in den Hintergrund treten können (Remschmidt et al., 2006). Die Prävalenz im Rahmen der BELLA- Studie lag in der Altersgruppe von 7-10 Jahren bei 14,3 % und sank auf 9,9 % bei den Teilnehmern im Altersbereich von 11-17 Jahren wobei die Raten der Mädchen durchgängig über denen der Jungen lagen (7-10 Jahre: 16,5 % / 12,3 %; 11- 17 Jahre: 11,3 % / 8,5 %) (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Somatoforme Störungen

Laut MAS ist das Auftreten somatoformer Störungen geprägt von langwierig wiederkehrenden körperlichen Symptomen ohne entsprechende Untersuchungsbefunde, die eine Erklärung für die Beschwerden darstellen könnten. Trotzdem halten die Eltern und die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst mit zuweilen histrionischem Verhalten an ihren Forderungen nach Untersuchung und Behandlung fest und akzeptieren meistens die Möglichkeit einer psychischen Ursache nicht. Die ständige Sorge um die verspürten Symptome, die vor allem den gastrointestinalen Trakt (Bauchschmerzen, Übelkeit, Durchfall) aber auch kardiovaskuläre Bereiche (Brustschmerzen, Atemnot), urogenitale Bereiche und Haut- und Schmerzsymptome (Taubheits- und Kribbelgefühl, Farbveränderungen, Gelenkschmerzen) umfassen können, führt zur starken Leidenszuständen mit Beeinträchtigungen des familiären und sozialen Umfeldes und möglichen depressiven und ängstlichen Verstimmungen (Remschmidt et al., 2006).

3.4.2 Externalisierende Störungen

Externalisierende Störungen bei Kindern und Jugendlichen zeichnen sich durch nach außen auffälliges Verhalten wie Aggressivität, Impulsivität und Trotz aus, welches für die Umwelt stark präsent ist (Groen & Petermann, 2013). Hierzu werden sowohl aggressiv-dissoziales und oppositionelles Verhalten als auch hyperkinetische Störungen gezählt (Groen & Petermann, 2013).

Da in dieser Dissertation der Einteilung in externalisierende und internalisierende Störungen der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* zu Grunde liegt, werden Patienten mit hyperkinetischen Störungen nicht mit in die Gruppe der externalisierenden Störungen aufgenommen, da sie laut CBCL nicht eindeutig externalisierend sind, sondern einer Gruppe mit gemischten Auffälligkeiten angehören.

Störungen des Sozialverhaltens

Wie dem MAS zu entnehmen ist, zeichnen sich Störungen des Sozialverhaltens durch ein sich wiederholendes und zeitlich andauerndes oppositionell-aufsässiges bis hin zu dissozialem und aggressivem Verhalten aus, welches die Kinder und Jugendlichen schwerwiegend gegen die allgemein gesellschaftlich gültigen sozialen Normen verstoßen und sogar straffällige Handlungen ausführen lässt. Dabei zeigen jüngere Kinder (unter 9/10 Jahren) typischerweise die Störungsform durch mehrere Symptome oppositionellen, trotzigem und aufsässigen Verhaltens ohne die schweren Ausprägungen hin zur Aggressivität und Dissozialität (Remschmidt et al., 2006). Dies äußert sich zumeist durch Missachtung von Regel autoritärer Personen, ärgern von Mitmenschen, Projektion eigener Fehler auf andere, starke und häufige Zornes- und Wutausbrüche, Unkooperativität, Streiten, Lügen und Provokation (Remschmidt et al., 2006). Kommen, nach Remschmidt und Kollegen (2006), zu den oppositionellen-aufsässigen Verhaltensweisen noch Handlungen wie Diebstahl, Erpressung, Einbruch, körperliche Auseinandersetzungen, Grausamkeit gegenüber Mitmenschen, Tierquälerei, Gebrauch von Waffen, Tyrannei oder die mutwillige Zerstörung fremden Eigentums hinzu, wodurch die Rechte anderer oder das Gesetz verletzt werden, handelt es sich zusätzlich um eine aggressiv-dissoziale Störung, die eher für ältere Kinder und Jugendliche charakteristisch ist. Diese kann bei fehlenden (in Form von Isolation, Unbeliebtheit und Zurückweisung) oder

vorhanden sozialen Bindungen zu Gleichaltrigen vorkommen, sich nur auf den familiären Kreis beziehen oder kombiniert mit depressiven und ängstlichen Störungen vorliegen (Remschmidt et al., 2006). Die Störungen des Sozialverhaltens stellten sich im Zuge der BELLA- Studie von Ravens-Sieberer und Kollegen (2008) mit den höchsten Prävalenzraten für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter heraus. So zeigten unter den 7-10 Jährigen Studienteilnehmern 15,5 % dissoziale Verhaltensauffälligkeiten und in der Gruppe von 11-17 Jahren immerhin noch 14,2 %, wobei die Rate bei den Jungen stets höher lag als bei den Mädchen (7-10 Jahre: 16,1 % / 14,8 %; 11-17 Jahre: 15,0 % / 13,3 %) (Ravens-Sieberer et al., 2008).

4 ZIELSETZUNGEN, FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

4.1 Zielsetzungen und Fragestellungen

Wie unter „3.1 Empirischer Überblick“ deutlich wurde, lagen im Bereich der wissenschaftlichen Untersuchungen zur klinischen Relevanz der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter zwar bereits interessante und positiv stimmende Ergebnisse über eine valide Operationalisierung vor, jedoch stellte sich die vorliegende Studienzahl als noch zu gering dar, weshalb sich eine Replizierung der Ergebnisse an einer weiteren Stichprobe anbot. Dementsprechend sollten im Rahmen dieser Dissertation Erkenntnisse gewonnen werden über die klinische Aussagekraft in Bezug auf Indikationsstellung, Therapieplanung und Prognose der OPD-KJ-Befunde einer Stichprobe der Hamburger Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen*.

Da die Validität Auskunft darüber liefert, inwieweit durch ein Messinstrument eine tatsächliche Erfassung beabsichtigter Zielmerkmale erfolgt (Fisseni, 2004), wurden zur Prüfung der klinischen Aussagekraft der OPD-KJ im Zuge dieser Dissertation sowohl die klinische als auch die prädiktive Validität untersucht. Dazu wurde der Frage der klinischen Validität bezüglich deren hilfreichen Beitrags für die Indikationsstellung und Therapieplanung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie anhand der OPD-KJ-Achsen *Beziehung*, *Konflikt* und *Struktur* nachgegangen. Wie bereits Schneider und Kollegen (2000) postulierten ist zu vermuten, dass beim Vorliegen von klinisch validen OPD-KJ-Achsen unterschiedliche Patientengruppen in Bezug auf ihre Achsenbewertungen voneinander differieren. Deshalb erfolgte die Überprüfung einer externalisierenden und internalisierenden Störungsgruppe auf Unterschiede, Zusammenhänge und Besonderheiten in den Werten der drei oben genannten Achsenratings. Des Weiteren sollte eine Untersuchung der Frage vorgenommen werden, ob die Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter zusätzlich eine prädiktive Validität aufweist, wodurch sie wertvolle Informationen für den Behandlungserfolg liefern würde, die zusätzlich in den Prozess der therapeutischen Planung mit einbezogen werden könnten.

Denn die Frage nach der vorhersagenden Qualität eines Messinstruments macht ein wichtiges Validitätskriterium aus, weil der diagnostische Prozess durchaus Rückschlüsse auf einen Therapiegewinn zulassen sollte, die dann bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden können (Schneider et al., 2000). Für die Testung der prädiktiven Validität, die anhand der Gesamtgruppe vorgenommen wurde, kamen die Items der drei Dimensionen der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* zum Einsatz, indem deren Ratingergebnisse mit den Differenzwerten der Beeinträchtigungsschwere aus Therapiebeginn und Therapieende in Beziehung gesetzt und nach Zusammenhängen untersucht wurden.

4.2 Hypothesen

Zur Untersuchung der Fragestellungen wurden die nachstehenden Hypothesen formuliert. Dabei konnte in Bezug auf die Studien von Winter und Kollegen (2011, 2007) zum Teil die Formulierung gerichteter Zusammenhangshypothesen erfolgen. Bei nicht eindeutiger oder fehlender empirischer Datenlage wurden ungerichtete Hypothesen erarbeitet und somit eine explorative Betrachtungsweise gewählt.

4.2.1 Beziehungssachse

- H1a: Patienten mit einer externalisierenden Symptomatik zeigen Unterschiede in der Ausprägung der positiven Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* im Vergleich zu Patienten ohne eine externalisierende Symptomatik.
- H1b: Patienten mit einer internalisierenden Symptomatik zeigen Unterschiede in der Ausprägung der positiven Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* im Vergleich zu Patienten ohne eine internalisierende Symptomatik.
- H2a: Patienten mit einer externalisierenden Symptomatik zeigen Unterschiede in der Ausprägung der negativen Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* im Vergleich zu Patienten ohne eine externalisierende Symptomatik.
- H2b: Patienten mit einer internalisierenden Symptomatik zeigen Unterschiede in der Ausprägung der negativen Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* im Vergleich zu Patienten ohne eine internalisierende Symptomatik.

4.2.2 Konfliktachse

- H3a: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der externalisierenden Symptomatik eines Patienten und der Bedeutsamkeit des Konflikts *Abhängigkeit vs. Autonomie* vor.
- H3b: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der internalisierenden Symptomatik eines Patienten und der Bedeutsamkeit des Konflikts *Abhängigkeit vs. Autonomie* vor.
- H4a: Je größer die externalisierende Symptomatik eines Patienten ausgeprägt ist, desto größer ist die Bedeutsamkeit des Konflikts *Unterwerfung vs. Kontrolle*.
- H4b: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der internalisierenden Symptomatik eines Patienten und der Bedeutsamkeit des Konflikts *Unterwerfung vs. Kontrolle* vor.
- H5a: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der externalisierenden Symptomatik eines Patienten und der Bedeutsamkeit des Konflikts *Versorgung vs. Autarkie* vor.
- H5b: Je größer die internalisierende Symptomatik eines Patienten ausgeprägt ist, desto größer ist die Bedeutsamkeit des Konflikts *Versorgung vs. Autarkie*.
- H6a: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der externalisierenden Symptomatik eines Patienten und den *Selbstwertkonflikten* vor.
- H6b: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der internalisierenden Symptomatik eines Patienten und den *Selbstwertkonflikten* vor.
- H7a: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der externalisierenden Symptomatik eines Patienten und den *Ödipalen Konflikten* vor.
- H7b: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der internalisierenden Symptomatik eines Patienten und den *Ödipalen Konflikten* vor.
- H8a: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der externalisierenden Symptomatik eines Patienten und den *Identitätskonflikten* vor.
- H8b: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der internalisierenden Symptomatik eines Patienten und den *Identitätskonflikten* vor.

H9a: Je größer die externalisierende Symptomatik eines Patienten ausgeprägt ist, desto öfter liegt der *aktive Verarbeitungsmodus* vor.

H9b: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der internalisierenden Symptomatik eines Patienten und dem *aktiven Verarbeitungsmodus* vor.

H10a: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der externalisierenden Symptomatik eines Patienten und dem *passiven Verarbeitungsmodus* vor.

H10b: Je stärker die internalisierende Symptomatik eines Patienten ausgeprägt ist, desto öfter liegt der *passive Verarbeitungsmodus* vor.

4.2.3 Strukturachse

H11a: Patienten mit einem guten Integrationsniveau im Item *Steuerung* weisen Unterschiede bezüglich der Ausprägung der externalisierenden Symptomatik gegenüber Patienten mit schlechtem Integrationsniveau im Item *Steuerung* auf.

H11b: Patienten mit einem guten Integrationsniveau im Item *Steuerung* weisen Unterschiede bezüglich der Ausprägung der internalisierenden Symptomatik gegenüber Patienten mit schlechtem Integrationsniveau im Item *Steuerung* auf.

H12a: Patienten mit einem guten Integrationsniveau im Item *Selbst- und Objekterleben* weisen Unterschiede bezüglich der Ausprägung der externalisierenden Symptomatik gegenüber Patienten mit einem schlechten Integrationsniveau im Item *Selbst- und Objekterleben* auf.

H12b: Patienten mit einem guten Integrationsniveau im Item *Selbst- und Objekterleben* weisen Unterschiede bezüglich der Ausprägung der internalisierenden Symptomatik gegenüber Patienten mit einem schlechten Integrationsniveau im Item *Selbst- und Objekterleben* auf.

H13a: Patienten mit einem guten Integrationsniveau im Item *kommunikative Fähigkeiten* weisen Unterschiede bezüglich der Ausprägung der externalisierenden Symptomatik gegenüber Patienten mit einem schlechten Integrationsniveau im Item *kommunikative Fähigkeiten* auf.

H13b: Patienten mit einem guten Integrationsniveau im Item *kommunikative Fähigkeiten* weisen Unterschiede bezüglich der Ausprägung der internalisierenden Symptomatik gegenüber Patienten mit einem schlechten Integrationsniveau im Item *kommunikative Fähigkeiten* auf.

4.2.4 Prädiktive Validität

H14: Je geringer sich die Ausprägung des Items des *subjektiven Schweregrades der somatischen Beeinträchtigung* darstellt, desto stärker sinkt die Beeinträchtigungsschwere von Therapiebeginn zu Therapieende.

H15: Je niedriger die Bewertung des Items des *subjektiven Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung* ausfällt, desto stärker sinkt die Beeinträchtigungsschwere von Therapiebeginn zu Therapieende.

H16: Es tritt ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items des *Leidensdrucks* und des Werts der Beeinträchtigungsschwere im Verlauf des Therapiebeginns bis hin zum Therapieende auf.

H17: Es tritt ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items der *Veränderungsmotivation* und des Grades der Beeinträchtigungsschwere im Verlauf des Therapiebeginns bis hin zum Therapieende auf.

H18: Je größer die Ausprägung des Items der *Beziehung zu Gleichaltrigen* bewertet wird, desto stärker sinkt die Beeinträchtigungsschwere während der Zeit des Therapiebeginns hin zum Therapieende.

- H19: Es tritt ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items der *außerfamili-
alen Unterstützung* und der Bewertung der Beeinträchtigungsschwere vom The-
rapiebeginn in Bezug auf das Therapieende auf.
- H20: Je stärker das Item der *familiaren Ressourcen* ausgeprägt ist, desto stärker sinkt
die Beeinträchtigungsschwere von Therapiebeginn hin zum Therapieende.
- H21: Es tritt ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items der *intrapsychi-
schen Ressourcen* und des Werts der Beeinträchtigungsschwere im Verlauf des
Therapiebeginns bis hin zum Therapieende auf.
- H22: Es tritt ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items der *Einsichtsfä-
higkeit* und des Grades der Beeinträchtigungsschwere im Verlauf des Thera-
piebeginns bis hin zum Therapieende auf.
- H23: Je stärker sich das Item der *Behandlungsmotivation* ausprägt, desto stärker sinkt
die Beeinträchtigungsschwere von der Zeit des Therapieanfangs bis hin zum
Therapieende.
- H24: Es tritt ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items des *Krankheits-
gewinns* und der Bewertung der Beeinträchtigungsschwere vom Therapiebeginn
in Bezug auf das Therapieende auf.
- H25: Je höher sich die Ausprägung des Items der *Therapie-/ und Arbeitsbündnisfähig-
keit* darstellt, desto stärker sinkt die Beeinträchtigungsschwere vom Therapiebe-
ginn in Bezug auf das Therapieende.

5 MATERIAL UND METHODEN

5.1 Durchführung der Studie

Diese Dissertation beruht auf der Hamburger Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen*, die nach positivem Votum durch die Ethik-Kommission des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf seit September 2007 unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Georg Romer und Frau Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Grefe durchgeführt wird. Dabei handelt es sich um eine multiperspektivische sowie multimodale naturalistische Studie, die in den ersten drei Monaten mittels einer Wartelistenkontrollgruppe kontrolliert durchgeführt wurde. In Zusammenarbeit mit der *Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* (VaKJP) und mit im Hamburger und norddeutschen Raum niedergelassener psychoanalytisch arbeitender Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde das primäre Ziel verfolgt, die Wirkungsweise der ambulanten psychoanalytischen Therapie von Kinder- und Jugendlichen mit verschiedenen Krankheitsbildern und Behandlungsvoraussetzungen zu evaluieren. Neben der Diagnosestellung nach erfolgtem klinischen Interview durch den behandelnden Therapeuten wurde zu Studienbeginn diese mittels eines semistrukturierten diagnostischen Interviews durch einen geschulten Psychologen nach der *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present Episode Version* (K-SADS-P) (Chambers et al., 1985) noch einmal bestätigt. Des Weiteren fanden zu bestimmten Behandlungszeitpunkten Befragungen mit Hilfe eines Fragebogens statt. Zum einen wurden Messungen jeweils zu Beginn und Ende der Therapie durchgeführt. Zum anderen erfolgten Zwischenmessungen nach 50,70/90,120/140 und 150/180 Therapiesitzungen der Kinder bzw. Jugendlichen, die die Veränderungen während der Therapie erfassen sollten. Abschließend wurden alle Beteiligten in zwei Katanmesen jeweils nach sechs und zwölf Monaten nach Therapieabschluss erneut befragt. Für die statistischen Berechnungen dieser Dissertation wurden, bis auf die Werte des BSS-K (dort wurden auch die Werte zu Therapieende genutzt), die Daten zu Therapiebeginn verwendet. Da es sich um eine multiperspektivische Studie handelt, wurde die Beantwortung sowohl vom Patienten, als auch dessen Eltern sowie dem behandelnden Therapeuten vorgenommen. Nur im Falle eines unter 11-jährigen Patienten entfiel die eigene Fragebogenbeantwortung.

5.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Als Einschlusskriterien galten ein Alter der Kinder und Jugendlichen zwischen 4 und 21 Jahren und das Vorliegen einer diagnostizierten psychosomatischen Störung.

Zu den Ausschlusskriterien zählte neben einer akuten suizidalen Gefahr das Vorliegen einer Psychose. Des Weiteren mussten ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache vorliegen, da sonst der reibungslose Ablauf der Aufklärung, die Durchführung des diagnostischen Interviews und die Fragebogenerhebung nicht gewährleistet gewesen wären. Bei Erfüllung der oben aufgeführten Kriterien wurden die Patienten in die Studie aufgenommen.

5.2 Stichprobe

Während der Zeit der Evaluationsstudie zwischen September 2007 und Juni 2010 begannen Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 21 Jahren aus 421 Familien eine ambulante Therapie in den Privatpraxen der an der Feldstudie teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aus Norddeutschland. Allen Patienten wurde die Teilnahme an der Studie angeboten. Nach Einholen der Einwilligung zur Studienteilnahme und Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten 231 Familien für die Teilnahme gewonnen werden, von denen wiederum 192 die ausgefüllten Fragebögen tatsächlich zurücksandten, sich somit an der Studie beteiligten und deren Gesamtstichprobe darstellen. In Abhängigkeit von der Gruppenbildung für die jeweilige Untersuchung zeigte die Stichprobengröße der vorliegenden Arbeit eine Variationsbreite von $N = 86-109$. Die 192 Kinder und Jugendliche waren zu Beginn der Studie zwischen 4 und 21 Jahren alt, wobei der Mittelwert bei 12,7 Jahren ($SD = 4,5$ Jahre) lag. Die genaue Altersverteilung ist der Abbildung 1 zu entnehmen. Des Weiteren sind von den Teilnehmern 121 (63%) weiblichen und 71 (37%) männlichen Geschlechts.

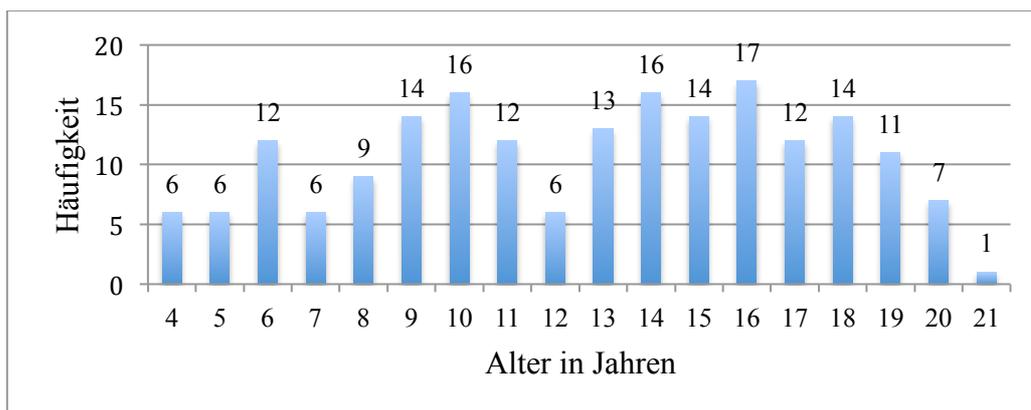


Abbildung 1: Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen

5.3 Erhebungsinstrumente

Das Fragebogenheft der Studie zur Evaluation setzt sich aus einer umfassenden Zahl an Fragebögen verschiedener diagnostischer Konzepte zusammen. Nachfolgend werden all diejenigen näher definiert, die hier verwendet wurden.

5.3.1 OPD-KJ

Die allgemeine Beschreibung des Manuals sowie das Vorgehen bei der Befundung können dem „Abschnitt 3.3“ entnommen werden. Nachstehend erfolgt die Erläuterung des konkreten Instrumentenaufbaus der jeweiligen Achsen.

Achse Beziehung

Im Zuge der Evaluationsstudie wurde der *selbstbezügliche Kreis*, der den Umgang des Patienten mit sich selbst darstellt, erfasst. Dieser enthält als vertikale Achse die Dimension *Kontrolle*, mit *frei und sorglos* am oberen und *sich kontrollierend* am unteren Pol (Arbeitskreis OPD-KJ,2007). Die horizontale Achse, die die Dimension *Affiliation* repräsentiert, wird am linken Pol durch *sich quälend* und am rechten Pol durch *sich Genuss verschaffend* dargestellt. Als Mischung der vier Grunddimensionen stehen an den Zwischenorten des Kreismodells noch vier weitere Items (*zufrieden mit sich*, *für sich sorgend*, *sich Vorwürfe machend* und *sich vernachlässigend*) zur Verfügung. Das Rating für jedes der acht Items im Kreismodell findet dabei mittels der Einschätzungsskala

1 = wenig/nicht vorhanden, 2 = etwas vorhanden, 3 = mittelmäßig vorhanden, 4 = ziemlich vorhanden und 5 = stark vorhanden statt, um den Grad der Affiliation und Kontrolle zu bestimmen. Um dem Therapeuten die Bewertung zu erleichtern, ist die Bedeutung der einzelnen Items im Handbuch beispielhaft beschrieben (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

In der Interraterreliabilitätsstudie von Weber und Kollegen (unveröffentlicht) konnte für die *Beziehungsachse* mit Ausnahme des Items *freundlich anleitend* eine moderate bis sehr gute Interraterreliabilität gezeigt werden (ICC zwischen .91 und .50). Des Weiteren konnte die interne Konsistenz sowohl von Fliedl und Katzenschläger (Cronbachs α liegt zwischen .70 und .85) als auch von Winter und Kollegen (Cronbachs α bewegt sich im Bereich von .77 und .87) als zufriedenstellend bis gut dargestellt werden (Fliedl & Katzenschläger, unveröffentlicht; Winter et al., 2011). Ferner ergab sich bei Winter und Kollegen (2011) eine zufriedenstellende Konstruktvalidität.

Achse Konflikt

Die Beurteilung des Vorhandenseins und der Bedeutsamkeit einer Konfliktsymptomatik erfolgt für jeden einzelnen Konflikt mit anschließender Bestimmung der zwei bedeutsamsten Konflikte unter zur Hilfenahme der beispielhaften Erläuterungen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Diese zeigen, wie sich der Konflikt klinisch entwicklungsentsprechend ausprägen könnte und sie liegen immer für beide Verarbeitungsmodi vor (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Die Befunde reichen von 0 = nicht vorhanden über 1 = vorhanden und wenig bedeutsam und 2 = vorhanden und bedeutsam bis zu 3 = vorhanden und sehr bedeutsam (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Des Weiteren erfolgt für den wichtigsten Konflikt die Bewertung des Verarbeitungsmodus (aktiv oder passiv). Dabei sind die Einschätzungen *vorwiegend aktiv*, *gemischt eher aktiv*, *gemischt eher passiv* oder auch *vorwiegend passiv* möglich (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Über eine gute klinische Validität konnten sowohl Winter und Kollegen (2011) und Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b) als auch Rathgeber und Kollegen (2014) berichten. Die Übereinstimmungsvalidität der einzelnen Konfliktthemen stellte sich bei Benecke und Kollegen (2011) zwar unterschiedlich dar, wies aber immerhin auf eine valide Operationalisierung.

Die Interraterreliabilität für die *Konfliktachse* erreichte gute bis sehr gute Werte. So ergaben sich in der Studie von Benecke und Kollegen gewichtete Kappa-Werte von .613 bis .929. Zudem konnten in den Studien von Seiffge-Krenke und Kollegen (2011) mit einer durchschnittlichen Intraklassen-Korrelation von .79 und Stefini und Kollegen (2013) (ICC lagen zwischen .68 und .97) gute bis sehr gute Ergebnisse gezeigt werden. Eine zufriedenstellende interne Konsistenz zeigte sich durch einen durchschnittlichen Cronbachs α -Koeffizienten von .71 (Rathgeber et al., 2014).

Achse Struktur

Um die Qualität und Funktionalität der psychischen Struktur des Kindes bzw. des Jugendlichen zu prüfen, findet durch den Diagnostiker eine Einschätzung der drei Dimensionen *Steuerung*, *Selbst- und Objekterleben* und *Kommunikative Fähigkeiten*, die durch bestimmte Fähigkeiten charakterisiert sind, statt (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Anhand von Ankerbeispielen, die dem Verhalten eines optimal strukturierten Kindes bzw. Jugendlichen entsprechen und für jede Fähigkeit und gemäß der Altersstufe vorliegen, wird eine Einschätzung des Integrationsniveaus vorgenommen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Dabei erstreckt sich das Integrationsniveau von 1 = *gute Integration* über 2 = *mäßige Integration* und 3 = *geringe Integration* bis hin zu 4 = *Desintegration*. Nach Bewertung der einzelnen Fähigkeiten wird ein Score für die gesamte Dimension festgelegt und anschließend noch eine Gesamtbewertung der Achse vorgenommen. Dabei ist es nicht zwingend nötig, diese Scores anhand von Mittelwerten zu bestimmen, sondern der Untersucher kann von diesen aufgrund des klinischen Gesamturteils auch abweichen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Sowohl bei Benecke und Kollegen (κ_w liegen zwischen .620 und .833) und Stefini und Kollegen (ICC = .57 bis .96) als auch bei Cropp und Kollegen (ICC = .69 bis .73) lag die Interraterreliabilität im guten bis sehr guten Bereich (Benecke et al., 2011; Stefini et al., 2013; Cropp et al., 2013). Eine moderate Interraterreliabilität der *Strukturachse* erhielten Seiffge-Krenke und Kollegen (2011) mit einer durchschnittlichen Intraklassen-Korrelation von .58. Des Weiteren berichteten Weitkamp und Kollegen (2013) für alle drei Dimensionen über eine gute interne Konsistenz ($\alpha > .80$) und bei Fliedl & Katzenschläger (unveröffentlicht) stellte sich im Durchschnitt ein Cronbachs α von .76 dar.

Auch war nachweislich eine Konstruktvalidität gegeben (Winter et al., 2011; Weitkamp et al., 2013; Benecke et al., 2011). Des Weiteren ergab sich sowohl bei Benecke und Kollegen (2011) als auch bei Stefini und Kollegen (2013) eine befriedigende konkordante Validität und bei Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a,b) zeigte sich eine gute klinische Validität.

Achse *Behandlungsvoraussetzungen*

Die Erfassung der Ratingergebnisse erfolgt unter Einbezug des Alters- und Entwicklungsaspektes und unter zur Hilfenahme von beispielhaften Beschreibungen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Neben der *subjektiven Krankheitshypothese*, die nach wörtlicher Aussage notiert wird, erfolgt für jedes Item die Bestimmung des Ausprägungsgrades. Dabei definieren sich die Grade der Ausprägung von 0 = *nicht vorhanden*, 1 = *niedrig ausgeprägt*, 2 = *mittelgradig ausgeprägt* bis 3 = *hoch ausgeprägt*.

Sowohl die klinische Validität als auch die Konstruktvalidität stellten sich als zufriedenstellend dar (Seiffge-Krenke et al., 2013a; Winter et al., 2011; Weitkamp et al., 2013). Bezüglich der Reabilität zeigten sich bei Weitkamp und Kollegen (2013) geringe bis zufriedenstellende Werte, wobei die *subjektive Dimension* die besseren (Cronbachs $\alpha = .70$) und die *Ressourcen* und *Therapievoraussetzungen* die etwas schwächeren (Cronbachs $\alpha = .55$ und $.68$) Ergebnisse erzielten. Ähnliche Ergebnisse berichteten ebenfalls Fliedl & Katzenschläger (unveröffentlicht), wobei Cronbachs Alpha für die *subjektive Dimension* bei $\alpha = .75$, für die *Ressourcen* bei $\alpha = .56$ und für die *Therapievoraussetzungen* bei $\alpha = .50$ lag.

5.3.2 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/ 4-18)

Der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (CBCL/ 4-18) stellt die deutsche Fassung der von Prof. Thomas M. Achenbach (1991) veröffentlichten *Child Behavior Checklist* (CBCL) dar und wurde durch die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998) konzipiert. Es handelt sich dabei um ein Fragebogensystem zur Beurteilung von Kompetenzen und psychischer Auffälligkeiten von Kindern

und Jugendlichen im Alter von 4-18 Jahren (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

Das Manual setzt sich aus einem Kompetenz- und einem Problemteil zusammen. Der Problemteil beinhaltet insgesamt 118 Einzelitems, deren Inhalt jeweils mit 0 = *nicht zutreffend*, 1 = *etwas oder manchmal zutreffend* oder 2 = *genauso oder häufig zutreffend* bewertet werden kann. Die Items werden zu acht Syndromskalen zusammengefasst und diese wiederum noch einmal zu drei übergeordnet Gruppen. Dabei bilden die Skalen *sozialer Rückzug*, *körperliche Beschwerden*, und *ängstlich/depressiv* die übergeordnet Gruppe *internalisierende Auffälligkeiten*, die Skalen *dissoziales Verhalten* und *aggressives Verhalten* die Gruppe *externalisierende Auffälligkeiten* und die drei Skalen *soziale Probleme*, *schizoid/zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsprobleme* die Gruppe der *gemischten Auffälligkeiten*. Die Auswertung des Fragebogens kann entweder mit Hilfe eines computergestützten Programmes oder mit einer Schablone und speziellen Auswertungsbögen per Hand vorgenommen werden. Dabei können entweder die Rohwerte einer Skala (durch Addition aller Ergebnisse der zugehörigen Items), die Rohwerte einer Gruppe (durch Addition der Ergebnisse der zugehörigen Skalen) oder die Rohwerte der Gesamtbewertung (Addition aller Ergebnisse der drei Gruppen) ermittelt werden. Aus einem Rohwert kann mit Hilfe einer tabellarischen Umrechnung der entsprechende T-Wert abgelesen werden. Um anschließend bezüglich der klinischen Auffälligkeit entscheiden zu können, wurden Cut-off-Werte ermittelt. Für die Entscheidung innerhalb einer der drei Gruppen liegt der Cut-off bei einem T-Wert von 63.

Döpfner und Kollegen (1994) konnten sowohl in einer Feldstichprobe (N= 1622) als auch in einer klinischen Stichprobe (N= 1653) eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität nachweisen. Dabei liegen die Werte der internen Konsistenzen für die Skalen bei der Feldstichprobe zwischen Cronbachs $\alpha = .39$ und $.92$ und bei der klinischen Stichprobe bei Cronbachs $\alpha = .61$ und $.94$ (Döpfner et al., 1994).

5.3.3 Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K)

Beim *Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche* handelt es sich um einen für den Therapeuten konzipierten Fragebogen zur Beurteilung des Schweregrades einer psychogenen Erkrankung des Patienten (Fahrig et al., 1996). Mittels der Bewertungsmaßstäbe 0= *gar nicht* bis 4= *extrem* kann der Therapeut die jeweils sechs Dimensionen *psychische Beeinträchtigung*, *körperliche Beeinträchtigung*, *sozial-kommunikative Beeinträchtigung* mit a) den Eltern, b) den Geschwistern, c) den Freunden und *Beeinträchtigung im Leistungsbereich* anhand von Ankerbeispielen bewerten. Des Weiteren erfolgt die Einschätzung eines Gesamtwertes.

Sowohl die Validität als auch die Reliabilität sind gewährleistet. So ermittelten Fahrig und Kollegen (1996) eine Retestreliabilität mit Koeffizienten von .73 bis .86 für die einzelnen Skalen und .84 für den BSS-K-Gesamtwert. Die Interraterreliabilität lag für die einzelnen Skalen im Bereich von .73 bis .86 und für den Gesamtwert bei .80 (Fahrig et al., 1996).

5.4 Statistische Datenauswertung

Zur Durchführung der statistischen Berechnungen erfolgte zunächst eine Einteilung in die externalisierende (N = 131) und internalisierende (N = 129) Störungsgruppe anhand der CBCL. Diese Gruppen wurden für die Hypothesentestungen zur *Konflikt-* und *Strukturachse* herangezogen. Des Weiteren wurde jede Störungsgruppe mittels des Cut-off-Werts (T-Wert ab 63) für klinische Auffälligkeit zu einer dichotomen Variablen zusammengefasst, um die Hypothesen zur *Beziehungsachse* testen zu können. Die jeweiligen Verteilungen sind in den Abbildungen 2 und 3 dargestellt. Demnach ließen sich bezüglich der externalisierenden Symptomatik 55 Patienten der klinisch auffälligen Gruppe zuordnen, was einem Anteil von 42 % entspricht und 76 Patienten ließen sich zur klinisch unauffälligen Gruppe zusammenfassen, die wiederum einen Anteil von 58 % ausmacht. Bei der internalisierenden Störungsgruppe befanden sich 89 (69 %) Patienten in der Gruppe mit klinischer Auffälligkeit und 40 (31 %) Kinder und Jugendliche zeigten T-Werte, die unter dem Cut off- Wert von 63 lagen und wurden somit einer klinisch unauffälligen Gruppe zugeordnet.

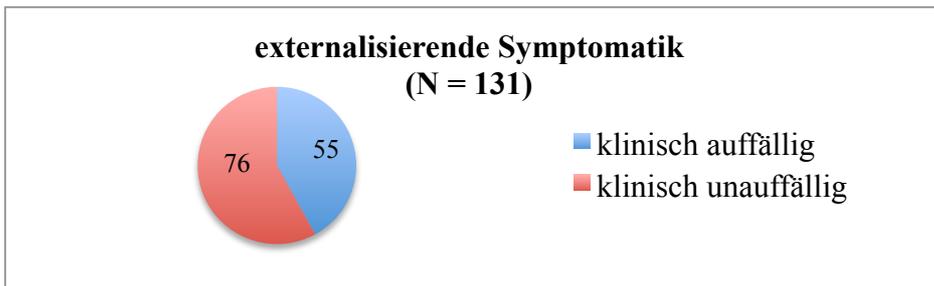


Abbildung 2: Externalisierende Störungsgruppen nach klinischer Auffälligkeit

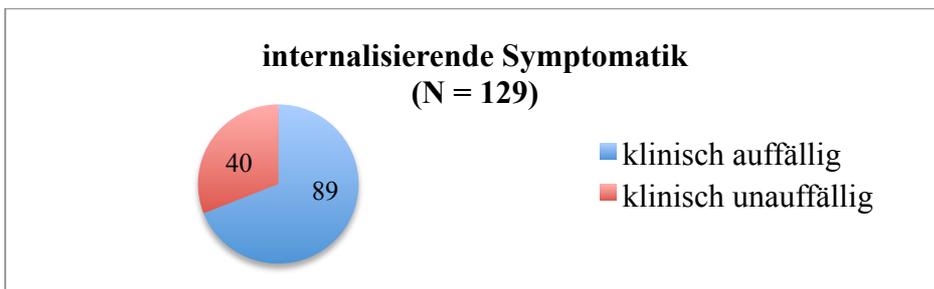


Abbildung 3: Internalisierende Störungsgruppen nach klinischer Auffälligkeit

Ebenfalls wurden zur Überprüfung der Hypothesen zur Achse *Beziehung* jeweils die *positiven* und *negativen Affekte* des *selbstbezüglichen Kreises* zu einer Variablen zusammengefasst. Als Testverfahren wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Dabei wurde die externalisierende bzw. internalisierende Störungsgruppe nach klinischer Auffälligkeit als unabhängige Variable definiert, da untersucht werden sollte, ob die Symptomatik eines Patienten die Bewertung der Items der *Beziehungsachse* beeinflusst. Somit wurde das Ratingergebnis des *positiven* bzw. *negativen Affekts* des *selbstbezüglichen Kreises* als abhängige Variable festgelegt. Da für eine einfaktorielle Varianzanalyse metrische, varianzhomogene und normal verteilte Variablen vorausgesetzt werden, wurden zunächst entsprechende Prüfungen durchgeführt (Bortz, 2010), deren Ergebnisse der Tabelle 1 zu entnehmen sind. So ergab der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest für die Variable der negativen Affekte keine Normalverteilung ($p = .075$). Da sich die einfaktorielle ANOVA jedoch bei Varianzhomogenität und einem Stichprobenumfang $n_i > 10$ robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung verhält (Bortz, 2010), kann eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt werden.

Des Weiteren waren die Varianzen bei der statistischen Prüfung zur Hypothese H1a „Patienten mit einer externalisierenden Symptomatik zeigen Unterschiede in der Ausprägung der positiven Affekte des selbstbezüglichen Kreises im Vergleich zu Patienten ohne externalisierende Symptomatik“ heterogen ($p = .13$). Da heterogene Varianzen die einfaktorielle Varianzanalyse bei relativ gleich großen Stichproben und bei Stichprobenumfängen $n_i > 10$ aber nur unerheblich beeinträchtigen (Bortz, 2010), kann auch in diesem Fall die einfaktorielle ANOVA zur statistischen Auswertung angewendet werden.

Tabelle 1: Testparameter der Voraussetzungsprüfungen einer einfaktoriellen Varianzanalyse anhand der *positiven* und *negativen Affekte des selbstbezüglichen Kreises*

Selbstbezüglicher Kreis	Skalenniveau		Levene-Test (p-Wert)		KSA-Test (p-Wert)
	unabhängige Variable	abhängige Variable	internalisierend	externalisierend	
Positive Affekte	kategorial	metrisch	.341	.130	.308
Negative Affekte	kategorial	metrisch	.340	.565	.075

Anmerkung: Der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest (KSA-Test) prüft die Nullhypothese, dass die Variable normal verteilt ist, wobei das Signifikanzniveau bei $< .20$ liegt (Bortz et al., 2008). Der Levene-Test prüft wiederum, dass die Fehlervarianzen in den Gruppen homogen sind, wobei das Signifikanzniveau ebenfalls bei $< .20$ liegt (Bortz, 2010).
p-Wert = Signifikanzwert.

Zur Untersuchung der Hypothesen der *Konfliktachse* wurden die Zusammenhänge zwischen dem jeweiligen Ratingergebnis einer *Konfliktachse* und einer Störungsgruppe mittels Rangkorrelation nach Spearman geprüft. Dieses statistische Testverfahren wurde gewählt, da es sich bei den Angaben zur *Konfliktachse* um ordinale Variablen handelte. Um die Berechnungen zur *Strukturachse* vornehmen zu können, wurden jeweils die Gesamtwerte der drei Items *Steuerung*, *Selbst- und Objektwahrnehmung* und *kommunikative Fähigkeiten* genutzt. Da jedoch die Bewertung *Desintegration* im Vergleich zu den drei weiteren Einschätzungsmöglichkeiten nur selten vorkam und damit die Untersuchungsgruppen zu ungleich verteilt waren, wurden zwei neue Gruppen gebildet. Die erste Gruppe stellte eine gute Integration dar und umfasste die Patienten mit den

Bewertungen 1 = *gute Integration* und 2 = *mäßige Integration*. Die zweite Gruppe hingegen bedeutete eine schlechte Integration und beinhaltete Patienten mit den Einschätzungen 3 = *geringe Integration* und 4 = *Desintegration*. Auch bei der *Strukturachse* wurde als statistisches Testverfahren die einfaktorielle Varianzanalyse angewendet. Dazu wurde die unabhängige Variable mit der Gruppe der guten bzw. schlechten Integrationswerte der *Strukturachse* besetzt, da angenommen wurde, dass die Struktur eines Menschen diesen grundlegend beeinflusst.

Als abhängige Variable fungierte die jeweilige Störungsgruppe nach CBCL. Die Voraussetzungen für die einfaktorielle Varianzanalyse konnten erfüllt werden, da es sich um metrische, normal verteilte Variablen handelte und die Fehlervarianz über die Gruppen hinweg gleich war (s. Tab.2).

Tabelle 2: Testparameter der Voraussetzungsprüfungen einer einfaktoriellen Varianzanalyse anhand der Variablen zur externalisierenden und internalisierenden Störungsgruppe

Symptomatik	Skalenniveau		Levene-Test (p-Wert)		KSA-Test (p-Wert)	
	unabhängige Variable	abhängige Variable	Steuerung	SO	KF	
externalisierend	kategorial	metrisch	.457	.622	.230	.335
internalisierend	kategorial	metrisch	.215	.979	.209	.583

Anmerkung: Der Kolmogorov-Smirnov-Test (KSA-Test) prüft die Nullhypothese, dass die Variable normal verteilt ist, wobei das Signifikanzniveau bei $< .20$ liegt (Bortz et al., 2008). Der Levene-Test prüft wiederum, dass die Fehlervarianzen in den Gruppen homogen sind, wobei das Signifikanzniveau ebenfalls bei $< .20$ liegt (Bortz, 2010).
p-Wert = Signifikanzwert; SO = Selbst- und Objekterleben; KF = kommunikative Fähigkeiten.

Zur Prüfung der prädiktiven Validität wurden sowohl die Ratingergebnisse der Items der Achse *Behandlungsvoraussetzungen*, als auch die Werte des *Beeinträchtigungsschwere-Scores für Kinder und Jugendliche* herangezogen. Bei den BSS-K-Werten wurde zunächst ein Differenzwert aus den Angaben zu Therapiebeginn und –ende gebildet, der dann anschließend für die Berechnungen herangezogen wurde. Dabei entsprach der Wert der berechneten Differenz der Verbesserung in der Beeinträchtigungsschwere. Je positiver der Wert ausfiel, desto stärker hatte sich die Beeinträchtigung reduziert und desto höher war somit der Therapieerfolg.

Die Zusammenhänge zwischen den Differenzwerten der Beeinträchtigungsschwere und den Ratergebnissen der Items der *Behandlungsvoraussetzungen* wurden mittels Rangkorrelation nach Spearman untersucht, da bei den Variablen zu den Items der *Behandlungsvoraussetzungen* ein ordinales Skalenniveau vorlag.

In Abhängigkeit von der Gruppenbildung für die jeweilige Untersuchung zeigte die Stichprobengröße eine Variationsbreite von N= 86-109. Das Signifikanzniveau wurde einheitlich auf eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq .05$ festgelegt. Die berechneten Effektgrößen wurden nach Cohen (Cohen, 1988) interpretiert und deren Maße und Einteilungen sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Klassifikation der Effektgrößen

Effektstärke	Einfaktorielle Vari- anzanalyse	Rangkorrelation
	η^2	r
klein	.01	.1
mittel	.06	.3
groß	.14	.5

Die statistische Auswertung der Daten wurde mittels des Statistikprogramms SPSS (Version 20.0) vorgenommen.

6 ERGEBNISSE

In den nachfolgenden Abschnitten erfolgt, neben der Darstellung der deskriptiven Statistik, die Veranschaulichung der Ergebnisse der durchgeführten statistischen Untersuchungen von Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen zur Überprüfung der klinischen und prädiktiven Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Das diesbezügliche Vorgehen wurde unter Absatz 5.4 „Statistische Datenauswertung“ im Teil „Material und Methoden“ dargestellt.

6.1 Überprüfung der klinischen Validität

6.1.1 Ergebnisse der Beziehungsachse

Zunächst werden mittels der Abbildung 4 die Häufigkeiten der Mittelwerte der *positiven* bzw. *negativen Affekte* des *selbstbezüglichen Kreises* veranschaulicht.

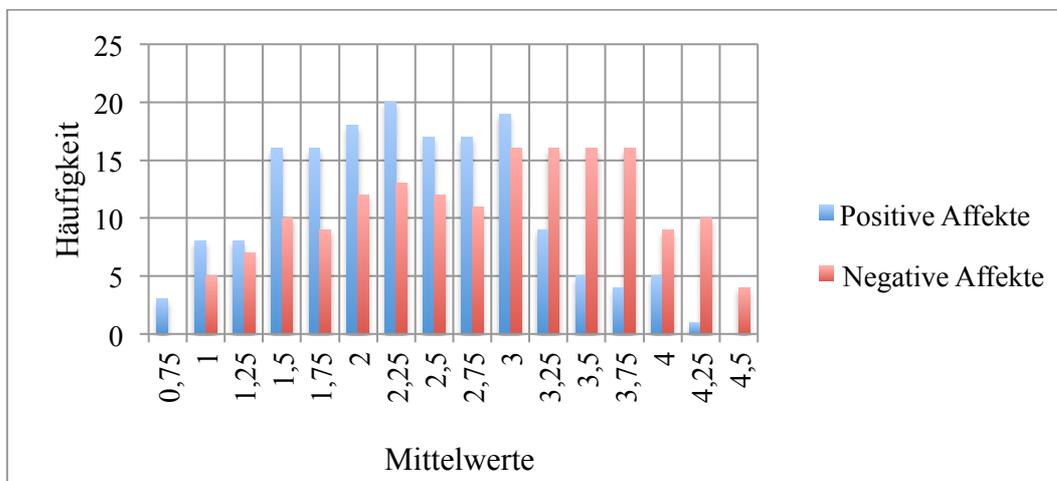


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der mittleren Itemwerte der *positiven* und *negativen Affekte* des *selbstbezüglichen Kreises* (N = 166)

Dabei wurde deutlich, dass die *positiven Affekte* im Vergleich zu den *negativen Affekten* häufiger mit mittleren Itemwerten von 0 bis 3 eingeschätzt wurden. Die negativen Affekte wurden wiederum durchgängig häufiger mit mittleren Itemwerten von 3,25 bis 4,5 bewertet. Dies sprach zum einen für ein geringeres Vorhandensein der *positiven Affekte* und zum anderen für ein stärkeres Vorhandensein von *negativen Affekten* in der untersuchten Stichprobe. Dies war auch anhand der durchschnittlichen Einschätzungswerte abzulesen, angesichts derer die *positiven Affekte* nur etwas vorhanden waren (MW = 2,3; SD = 0,78) und die *negativen Affekte* wiederum mittelmäßig vorlagen (MW = 2,83; SD = 0,93).

Die Einteilungsstatistiken der klinisch auffälligen bzw. der klinisch nicht auffälligen Symptomatikgruppen sind sowohl der Abbildung 2 als auch der Abbildung 3 und den zugehörigen textlichen Beschreibungen zu entnehmen.

Zur Untersuchung der klinischen Validität der *Beziehungsachse* wurden die Hypothesen, dass Patienten in der Ausprägung der Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* Unterschiede bezüglich ihrer Symptomatik zeigen, mittels einfaktorieller Varianzanalysen geprüft (s. Tab. 4 und 5).

Tabelle 4: Varianzanalytische Prüfung der Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* nach externalisierender Symptomatik

Selbstbezüglicher Kreis	Externalisierend	N	MW (SD)	F	p	η^2
Positive Affekte	klinisch nicht auffällig	61	2,39 (0,87)	0,15	.703	.001
	klinisch auffällig	48	2,45 (0,70)			
Negative Affekte	klinisch nicht auffällig	61	2,79 (0,96)	1,18	.279	.011
	klinisch auffällig	48	2,59 (0,87)			

Anmerkung: F = Prüfgröße; p = Signifikanzwert; η^2 = Effektstärke.

Tabelle 5: Varianzanalytische Prüfung der Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* nach internalisierender Symptomatik

Selbstbezüglicher Kreis	Internalisierend	N	MW (SD)	F	p	η^2
Positive Affekte	klinisch nicht auffällig	29	2,64 (0,88)	2,93	.090	.027
	klinisch auffällig	78	2,34 (0,77)			
Negative Affekte	klinisch nicht auffällig	29	2,42 (0,87)	3,38	.069	.031
	klinisch auffällig	78	2,79 (0,93)			

Anmerkung: F = Prüfgröße; p = Signifikanzwert; η^2 = Effektstärke.

Hierbei zeigte sich der höchste Mittelwert mit 2,79 (SD = 0,96), was für mittelmäßig vorhandene Affekte sprach, sowohl bei den *negativen Affekten* klinisch nicht externalisierend auffälliger Patienten als auch bei den *negativen Affekten* klinisch internalisierend auffälliger Kinder und Jugendlicher. Die geringste Einschätzung mit einem durchschnittlichen Wert von 2,34 (SD = 0,77) erhielten Patienten bei *positiven Affekten* und internalisierend auffälliger Symptomatik, was wiederum etwas vorhandene *positive Affekte* aussagte.

Bei Betrachtung der Mittelwerte der *positiven Affekte* in Abhängigkeit von der externalisierenden Verhaltensauffälligkeit wurde deutlich, dass sich diese nicht signifikant unterschieden, was sich bei der einfaktoriellen ANOVA in einem p-Wert von .703 äußerte. Die Mittelwerte der *negativen Affekte* nach externalisierender Auffälligkeit waren mit 2,79 bei den nicht klinisch auffälligen Patienten im Vergleich zu 2,59 bei den klinisch auffälligen Patienten zwar tendenziell höher, jedoch lag kein signifikanter Unterschied vor. Bei den Affekten in Abhängigkeit von einer internalisierenden Auffälligkeit ergaben sich tendenziell signifikante Ergebnisse. So zeigten Patienten eher mittelmäßig vorhandene *positive Affekte*, wenn sie klinisch unauffällig waren und lediglich etwas vorhandene *positive Affekte*, wenn sie internalisierend auffällig waren (p = .090). Bei den *negativen Affekten* stellte es sich umgekehrt dar. So lagen diese etwas vor, wenn die Patienten klinisch nicht internalisierend auffällig waren und stellten sich wiederum mit einem mittelmäßigen Vorhandensein häufiger dar bei klinisch internalisierenden Patienten (p = .069).

6.1.2 Ergebnisse der Konfliktachse

In der nachfolgenden Abbildung 5 erfolgt zuerst die Darstellung der Ergebnisse des Ratings der Konfliktthemen.

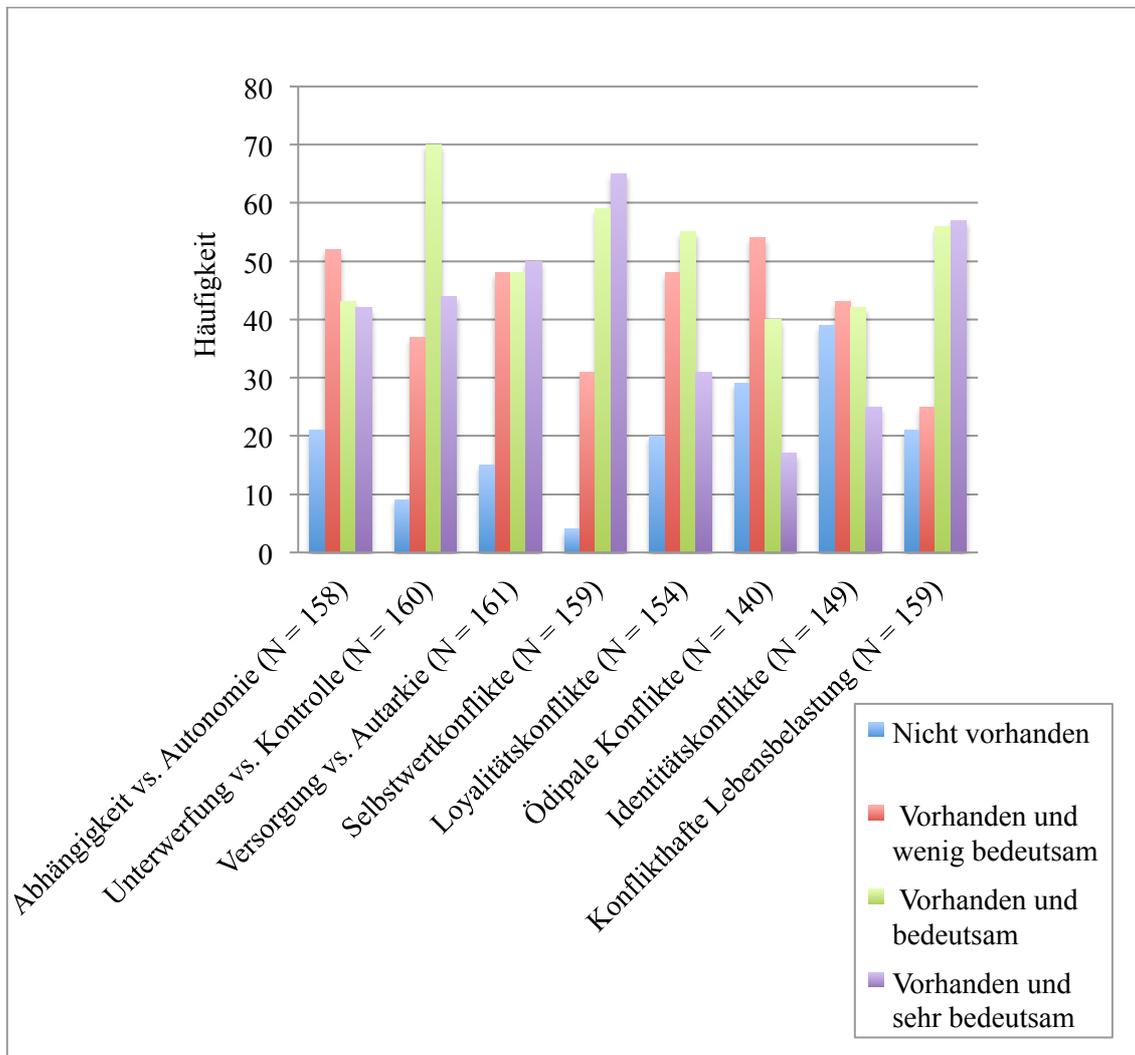


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Bewertungsergebnisse der Konflikte

Dabei wurde deutlich, dass die *Selbstwertkonflikte* (78,0 %), *Unterwerfung vs. Kontrolle* (71,2 %), *Versorgung vs. Autarkie* (60,9 %), die *Loyalitätskonflikte* (55,8 %) und *Abhängigkeit vs. Autonomie* (53,8 %) am häufigsten als vorhanden und bedeutsam und sogar vorhanden und sehr bedeutsam bewertet wurden. Für die *Identitätskonflikte* (45,0 %) und die *Ödipalen Konflikte* (40,7 %) hingegen erfolgte die Vergabe dieser Bewertungsmöglichkeiten merklich seltener. Eine ebenfalls häufige Bewertung wurde

bei den *konflikthaften Lebensbelastungen* vorgenommen, die bei 71,1% der Patienten bedeutsam oder sehr bedeutsam war. Diese Ergebnisse spiegelten sich auch in den mittleren Ratingwerten der Konfliktbedeutsamkeit wieder, die in Tabelle 6 ersichtlich sind. Demnach stellten sich die *Selbstwertkonflikte*, *Unterwerfung vs. Kontrolle* und *Versorgung vs. Autarkie* mit durchschnittlichen Werten von 2,16 - 1,83 als die drei bedeutsamsten Konflikte heraus. Darauf folgten der Konflikt *Abhängigkeit vs. Autonomie* und die *Loyalitätskonflikte*, die ebenfalls im Mittel (1,67 und 1,63) mit vorhanden und bedeutsam eingeschätzt wurden. Als wenig bedeutsam stellten sich die *Identitätskonflikte* (MW = 1,36) und die *Ödipalen Konflikte* (MW = 1,32) heraus. Somit stehen die *Selbstwertkonflikte* in der Rangfolge der Konfliktbedeutsamkeit ganz vorne, währenddessen die *ödipalen Konflikte* die geringste Bedeutsamkeit aufwiesen.

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der Konfliktbedeutsamkeit

	Konflikt							
	Abhängigkeit vs. Autonomie	Unterwerfung vs. Kontrolle	Versorgung vs. Autarkie	Selbstwertkonflikte	Loyalitätskonflikte	Ödipale Konflikte	Identitätskonflikte	konflikt-hafte Lebensbelastungen
MW	1,67	1,93	1,83	2,16	1,63	1,32	1,36	2,11
SD	1,01	0,86	0,98	0,83	0,95	0,94	1,05	1,50

Bezüglich der Verteilung des Verarbeitungsmodus, die der Abbildung 6 zu entnehmen ist, ließ sich feststellen, dass der vorwiegend aktiver Modus am seltensten vorlag und die drei weiteren Modi (gemischt eher aktiv, gemischt eher passiv und vorwiegend passiv) ähnlich oft gewählt wurden. Demnach zeigte der Mittelwert von 1,78 einen durchschnittlich gemischt eher passiven Modus.

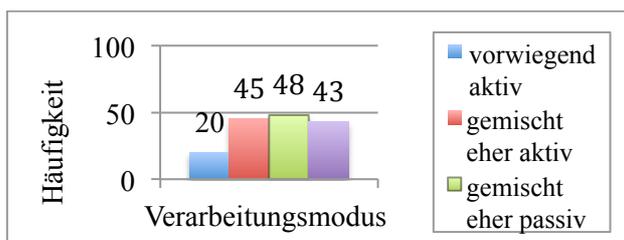


Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Ratingergebnisse der Verarbeitungsmodi (N = 156)

Des Weiteren ist in Tabelle 7 die deskriptive Statistik für die beiden nach CBCL eingeteilten Symptomatikgruppen dargestellt.

Tabelle 7: Deskriptive Statistik der externalisierenden und internalisierenden Symptomatikgruppen

Symptomatik	Anzahl (N)	MW	SD	Median	Minimum	Maximum
externalisierend	131	60,08	9,14	59,00	37,00	78,00
internalisierend	129	66,00	9,67	66,00	38,00	87,00

Die Daten zeigten bei 131 bzw. 129 Patienten eine externalisierende bzw. internalisierende Symptomatik, wobei der durchschnittliche Auffälligkeitswert bei den Patienten mit einer internalisierenden Störungssymptomatik um 5,92 Bewertungspunkte höher ausfiel. Somit war die internalisierende Symptomatik der Patienten in der Stichprobe im Mittel stärker ausgeprägt als die externalisierende Symptomatik.

Zur Untersuchung der klinischen Validität der *Konfliktachse* wurden die Hypothesen, dass Zusammenhänge zwischen der externalisierenden bzw. internalisierenden Symptomatik und den einzelnen Konfliktthemen vorliegen, mittels Korrelationsberechnungen geprüft (s. Tab. 8 und 9).

Tabelle 8: Korrelationsberechnungen zwischen den Konfliktratings und den Punktwerten der CBCL zur Zusammenhangsprüfung der Konfliktausprägung und der Symptomtikstärke

Konflikt	Symptomatik					
	externalisierend			internalisierend		
	N	p	r	N	p	r
Abhängigkeit vs. Autonomie (K1)	104	.538	-.06	102	.763	.03
Unterwerfung vs. Kontrolle (K2)	104	.402	.03	102	.168	-.14
Versorgung vs. Autonomie (K3)	106	.228	-.12	104	.479	.01

Konflikt	Symptomatik					
	externalisierend			internalisierend		
	N	p	r	N	p	r
Selbstwertkonflikte (K4)	103	.984	.00	101	.905	.01
Loyalitätskonflikte (K5)	98	.349	-.10	96	.344	.98
Ödipale Konflikte (K6)	87	.677	-.05	86	.551	-.07
Identitätskonflikte (K7)	94	.332	.10	92	.405	.09
Konflikthafte Lebensbelastungen (K8)	106	.940	-.01	104	.556	-.06
Verarbeitungsmodus	103	.000	-.47	101	.131	-.06

Anmerkung: CBCL: Child Behavior Checklist; p = Signifikanzwert; r = Korrelationskoeffizient.

Nach Tabelle 8 konnten signifikante Zusammenhänge der Konfliktthemen weder mit der externalisierenden noch mit der internalisierenden Symptomatik aufgezeigt werden, was an den geringen Korrelationswerten und nicht signifikanten p-Werten ersichtlich wurde. Lediglich in Bezug auf den Verarbeitungsmodus und die externalisierende Störungsgruppe konnte in Form einer mittleren negativen Korrelation ($r = -.47$) ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden ($p = .000$). Demnach zeigten Patienten bei Anstieg der externalisierenden Symptomatik häufiger einen aktiven Verarbeitungsmodus. Des Weiteren erfolgte eine Untersuchung, ob sich die ermittelten Korrelationen für den Verarbeitungsmodus in Hinblick auf die beiden Störungsgruppen signifikant unterschieden. Dazu wurden die Korrelationskoeffizienten einer Z-Transformation nach Fisher unterzogen und anschließend wurde der z-Wert ermittelt. Der kritische z-Wert lag bei einem 5%- Niveau und zweiseitigem Test bei $\pm 1,96$. Da sich der z-Wert, wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist, mit einem Wert von $+3,48$ außerhalb des Intervalls von $- 1,96$ bis $+1,96$ befand, ließ sich auf einen signifikanten Unterschied zwischen den Verarbeitungsmodi in Bezug auf die externalisierende und internalisierende Störungsgruppe schließen.

Tabelle 9: Vergleich der Korrelationskoeffizienten des Verarbeitungsmodus bezüglich der externalisierenden und internalisierenden Symptomatik

Verarbeitungsmodus	N		Korrelationskoeffizienten r		z-Werte
	N _{ext}	N _{int}	r _{ext}	r _{int}	
Verarbeitungsmodus	103	101	-.47	-.06	3,48

Anmerkung: ext = externalisierend; int = internalisierend; r = Korrelationskoeffizient.

6.1.3 Ergebnisse der Strukturachse

Ein Überblick der deskriptiven Werte der externalisierenden und internalisierenden Symptomatikgruppen ist der Tabelle 7 zu entnehmen. So lag der Mittelwert für die externalisierende Verhaltensauffälligkeit bei 60,08 währenddessen die internalisierende Auffälligkeit mit durchschnittlich 66,0 bewertet wurde. Damit fiel die Einschätzung der internalisierenden Auffälligkeit durchschnittlich um 5,92 Bewertungspunkte höher aus, was bei den Patienten der Stichprobe für eine stärkere Ausprägung der internalisierenden Symptomatik im Vergleich zur externalisierenden Symptomatik sprach.

Mittels Abbildung 7 wird die Verteilung der Therapeuteneinschätzungen der Integrationsniveaus auf den Dimensionen *Steuerung*, *Selbst- und Objekterleben* und *Kommunikative Fähigkeiten* der *Strukturachse* veranschaulicht.

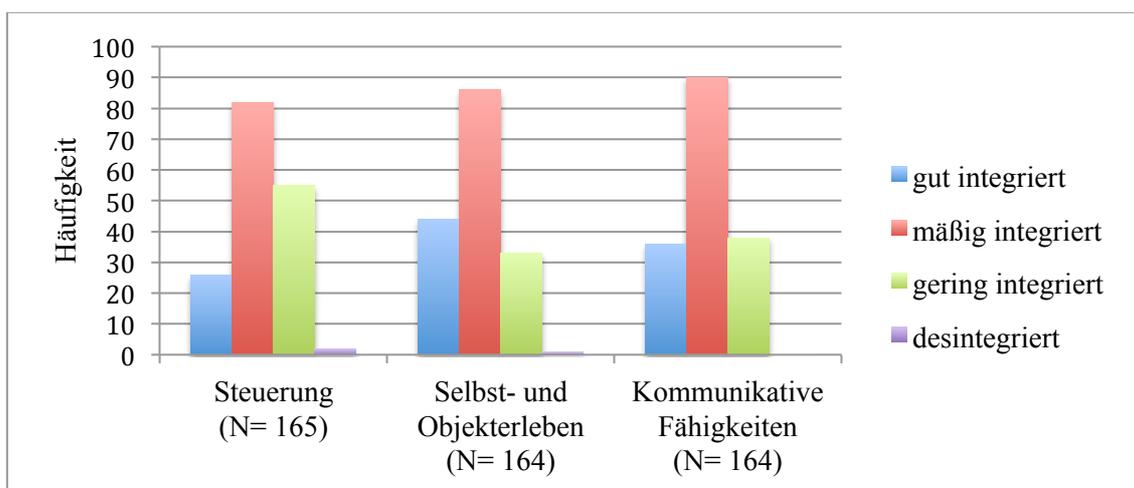


Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung der Einschätzungen des Integrationsniveaus der Dimensionen der *Struktur*

Diese Darstellung zeigt, dass die Einschätzung einer mäßigen Integration auf allen drei Dimensionen überwog. Bei *Steuerung* und *Kommunikative Fähigkeiten* folgten das geringe und anschließend das gute Niveau, in Bezug auf *Selbst- und Objekterleben* war dies genau umgekehrt. In Hinblick auf die Desintegration war die Verteilung wieder einheitlich, wobei sie auf allen drei Dimensionen mit Abstand am seltensten vergeben wurde. Demnach zeigten im Vergleich die Patienten beim *Selbst- und Objekterleben* den geringsten Mittelwert (MW= 1,95), gefolgt von der Dimension der *Kommunikativen Fähigkeiten* mit einem durchschnittlichen Wert von 2,01 und am höchsten stellte sich mit 2,20 der Mittelwert der Dimension *Steuerung* dar.

Zur Prüfung der klinischen Validität der *Strukturachse* wurden die Hypothesen, dass die Patienten in der Ausprägung der externalisierenden oder internalisierenden Symptomatik Unterschiede bezüglich des Integrationsniveaus zeigen, durch einfaktorielles Varianzanalysen untersucht. Die dabei ermittelten Daten sind der Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Varianzanalytische Prüfung der externalisierenden und internalisierenden Symptomatik in Abhängigkeit von der Dimension *Steuerung*, *Selbst- und Objekterleben* und *Kommunikative Fähigkeiten*

Symptomatik	Strukturachse	N	MW (SD)	F	p	η^2
externalisierend	gute Integration	72	59,46 (9,30)	4,352	.039	.039
	schlechte Integration	37	63,24 (8,28)			
internalisierend	gute Integration	71	65,93 (9,18)	0,746	.390	.007
	schlechte Integration	36	67,67 (11,01)			
externalisierend	gute Integration	89	60,09 (9,19)	2,530	.115	.023
	schlechte Integration	20	63,65 (8,33)			
internalisierend	gute Integration	88	66,47 (9,80)	0,012	.914	.000
	schlechte Integration	19	66,74 (10,15)			

Symptomatik	Strukturachse	N	MW (SD)	F	p	η^2
externalisierend	gute Integration	86	60,0 (9,4)	2,670	.105	.024
	schlechte Integration	23	63,5 (7,4)			
internalisierend	gute Integration	85	66,39 (10,46)	0,067	.796	.001
	schlechte Integration	22	67,00 (7,00)			

Anmerkung: F = Prüfgröße; p = Signifikanzwert; η^2 = Effektstärke.

Dabei wurde deutlich, dass die Symptomatikwerte über alle drei Dimensionen hinweg in den Fallgruppen mit guter Integration geringere Werte zeigten im Vergleich zur Fallgruppe mit schlechter Integration. Dies bedeutet, dass bei Kindern und Jugendlichen mit guter Integration die externalisierende oder internalisierende Symptomatik stets schwächer ausgeprägt war. Dabei fielen die Mittelwertsunterschiede bezüglich der beiden Fallgruppen bei externalisierender Verhaltensauffälligkeit in der Signifikanzprüfung durchweg größer aus als bei internalisierenden Patienten. Bei der Dimension *Steuerung* konnte ein signifikanter Unterschied kleinen Effekts aufgezeigt werden ($p = .039$, $\eta^2 = .039$). Demnach lag bei Patienten mit einer guten Ausprägung der Dimension *Steuerung* eine signifikant geringere externalisierende Auffälligkeit vor im Vergleich zu Patienten mit einer schlechten Steuerungsbewertung. Hinsichtlich der beiden anderen Dimensionen (*Selbst- und Objekterleben* und *Kommunikative Fähigkeiten*) stellten sich bei der externalisierenden Symptomatik keine überzufälligen Mittelwertunterschiede dar ($p = .115$ und $.105$). Die Mittelwerte für internalisierende Verhaltensauffälligkeiten differierten bezüglich aller drei Dimensionen nur gering bis kaum, weshalb sich keine überzufälligen Unterschiede ergaben. Um zu prüfen, ob sich auf Itemebene noch weitere Unterschiede in der Symptomatik hinsichtlich des Integrationsniveaus aufzeigen lassen, erfolgte diesbezüglich eine explorative Untersuchung. Dabei ergaben sich noch weitere signifikante Unterschiede, die der Tabelle 11 zu entnehmen sind.

Tabelle 11: Varianzanalytischen Prüfung der externalisierenden und internalisierenden Symptomatik in Abhängigkeit von den Einzelitems der Achse *Struktur*

Symptomatik		Item	N	MW (SD)	F	p	η^2
internalisierend	Selbstgefühl	gute Integration	69	65,06 (10,28)	4,410	.038	.040
		schlechte Integration	38	69,16 (8,43)			
externalisierend	Impulssteuerung	gute Integration	72	58,40 (8,79)	20,438	.000	.160
		schlechte Integration	32	66,38 (7,29)			
externalisierend	Steuerungsinstanz	gute Integration	90	59,63 (9,11)	8,175	.005	.071
		schlechte Integration	19	66,00 (7,19)			
externalisierend	Empathie u. objektbezogene Affekte	gute Integration	81	59,88 (9,15)	5,361	.023	.049
		schlechte Integration	26	64,46 (7,51)			
externalisierend	Internalisierte Kommunikation	gute Integration	82	59,43 (9,07)	7,319	.008	.064
		schlechte Integration	27	64,74 (8,14)			

Anmerkung: Der Levene-Test (Prüfung der Nullhypothese bei einem Signifikanzniveau von $< .20$, dass die Fehlervarianzen über die Gruppen hinweg homogen sind (Bortz, 2010)), ergab bei jeder Untersuchung einen p-Wert $> .20$, weshalb die jeweiligen Gruppenvarianzen als gleich anzunehmen sind. Aufgrund der umfassenden Untersuchung erfolgte in der Tabelle 11 lediglich die Darstellung signifikanter Ergebnisse.

F = Prüfgröße; p = Signifikanzwert; η^2 = Effektstärke.

So fiel zum einen die internalisierende Symptomatik bei Patienten mit gutem Integrationsniveau bezüglich des Items *Selbstgefühl* signifikant geringer aus als bei schlecht integrierten Patienten.

Zum anderen prägte sich die externalisierende Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit gutem Integrationslevel bei der *Impulssteuerung* und *Steuerungsinstanz*, bei *Empathie und objektbezogenen Affekten* und bei *internalisierter Kommunikation* signifikant geringer aus im Vergleich zu Patienten mit einem schlechten Integrationsniveau.

6.2 Überprüfung der prädiktiven Validität

Nachfolgend werden die Ergebnisse, die anhand korrelativer Zusammenhangsprüfungen im Rahmen der Untersuchung zur prognostischen Aussagekraft der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* ermittelt wurden, aufgeführt.

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Ratingergebnisse der *Behandlungsvoraussetzungen*

Behandlungsvoraussetzungen		Ausprägung				MW	SD
		nicht vorhan- den	niedrig	mittel	hoch		
Subjektive Dimensionen	Subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung (N = 164)	63	44	36	21	1,09	1,06
	Subjektiver Schweregrad psychischer Beeinträchtigung (N = 164)	3	30	70	61	2,15	0,78
	Leidensdruck (N = 165)	1	21	60	83	2,36	0,73
	Veränderungsmotivation (N = 165)	2	41	69	53	2,05	0,79
Ressourcen	Beziehungen Gleichaltrige (N = 166)	3	73	71	19	1,64	0,71
	Außerfamiliale Unterstützung (N = 165)	14	56	69	26	1,65	0,85
	Familiale Ressourcen (N = 166)	11	62	76	17	1,60	0,76
	Intrapsychische Ressourcen (N = 162)	1	37	99	25	1,91	0,63

Behandlungsvoraussetzungen		Ausprägung				MW	SD
		nicht vorhan- den	niedrig	mittel	hoch		
Therapie- voraussetzungen	Einsichtsfähigkeit (N = 151)	3	30	81	37	2,01	0,73
	Behandlungsmotivationen (N = 161)	1	21	67	72	2,30	0,72
	Krankheitsgewinn (N = 163)	8	58	70	27	1,71	0,80
	Therapie-/Arbeits- bündnisfähigkeit (N = 162)	0	17	73	72	2,34	0,66

Bei Betrachtung der deskriptiven Statistik zur Achse *Behandlungsvoraussetzungen* (s. Tab. 12) wurde zunächst ersichtlich, dass mit Ausnahme des Items *Subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung*, die Einschätzung einer nicht vorhandenen Ausprägung der Items am wenigsten vorgenommen wurde. Bezüglich des mittleren Itemwerts zeigte das Item *Subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung* mit einem durchschnittlichen Wert von 1,09 als ebenfalls einziges Item eine geringe Ausprägung. Sowohl die Mittelwerte der Dimension *Ressourcen*, als auch die Items *Subjektiver Schweregrad psychischer Beeinträchtigung*, *Veränderungsmotivation*, *Einsichtsfähigkeit* und *Krankheitsgewinn* lagen mit Werten von 1,60 - 2,15 im Bereich mittlerer Ausprägung. Ebenfalls mit einer mittleren Ausprägung stellten sich die Items *Leidensdruck*, *Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit* und *Behandlungsmotivationen* dar, die mit Mittelwerten von 2,30 – 2,36 jedoch eine Tendenz zur hohen Ausprägung zeigten.

Außerdem wurden in Abbildung 8 und 9 die Häufigkeitsverteilungen der Summenwerte unterschiedlicher Beeinträchtigungsschwere-Ratings dargestellt. Die weitere Darstellung deskriptiver Daten zur Beeinträchtigungsschwere ist der Tabelle 13 zu entnehmen.

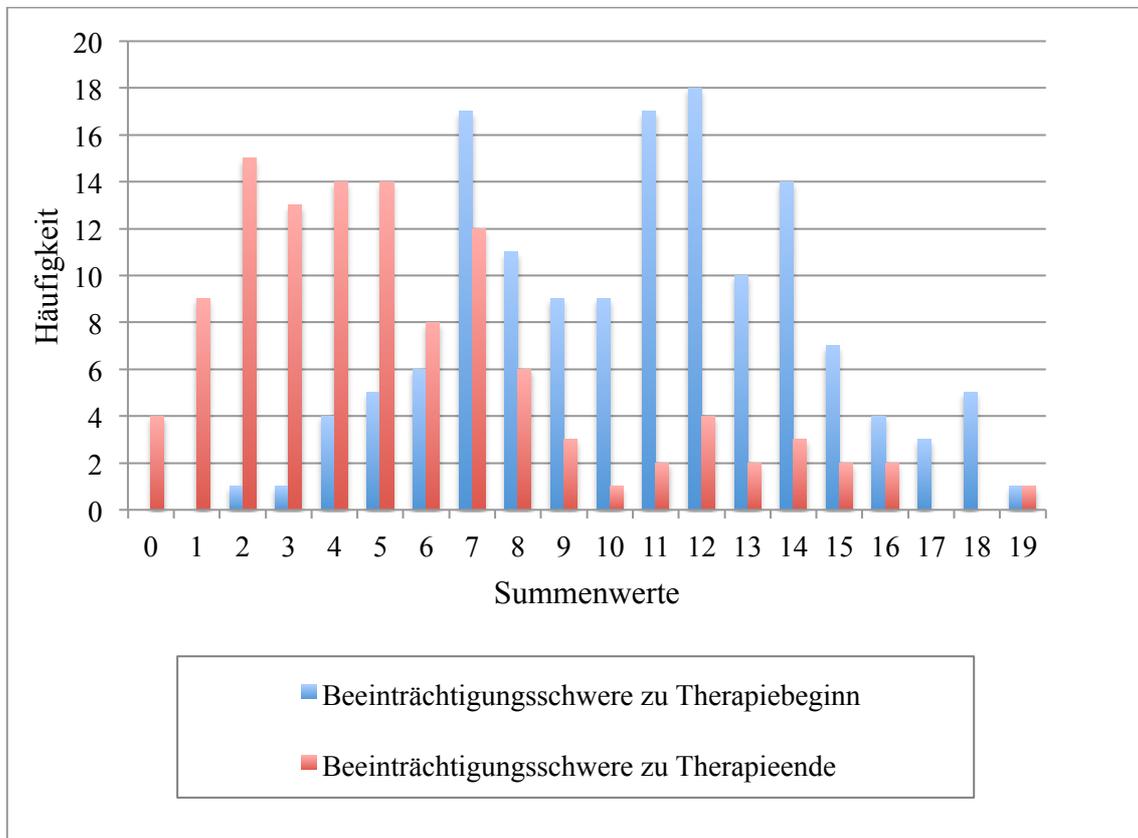


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der Beeinträchtigungsschwere zu Therapiebeginn und -ende

Die Grafik verdeutlicht, dass zu Therapiebeginn die Patienten weniger mit kleineren Summenwerten des *Beeinträchtigungsschweres-Scores* und verstärkt mit höheren Summenwerten eingeschätzt wurden, wobei die Häufigkeit im Bereich der sehr hohen Summenwerte wieder abnahm. Bei Betrachtung der Werte zu Therapieende wurde deutlich, dass der Fokus der häufigen Bewertungen im Bereich der kleinen Summenwerte lag und sich die Einschätzung der Patienten mit hohen Summenwerten deutlich reduziert hatte. Das bedeutete also eine vermehrt starke Beeinträchtigung der Kinder und Jugendlichen zu Therapiestart und eine hohe Anzahl an erfolgreicher Beeinträchtigungsreduktion zu Therapieende. Dies ließ sich auch an den zugehörigen Mittelwerten verdeutlichen, die in der Tabelle 13 dargestellt wurden.

Demnach lag der mittlere Summenwert des BSS-K zu Therapiebeginn bei 10,5 und sank bis hin zum Therapieende auf einen durchschnittlichen Wert von 5,6 was einen durchschnittlichen Rückgang um rund 53% darstellte. Bei der Häufigkeitsverteilung der Differenzwerte der Beeinträchtigungsschwere (s.Abb.9) war festzuhalten, dass je positiver sich die Werte ausprägten, desto stärker auch die Beeinträchtigungsschwere des Patienten im Zuge der Therapie zurückging und umgekehrt.

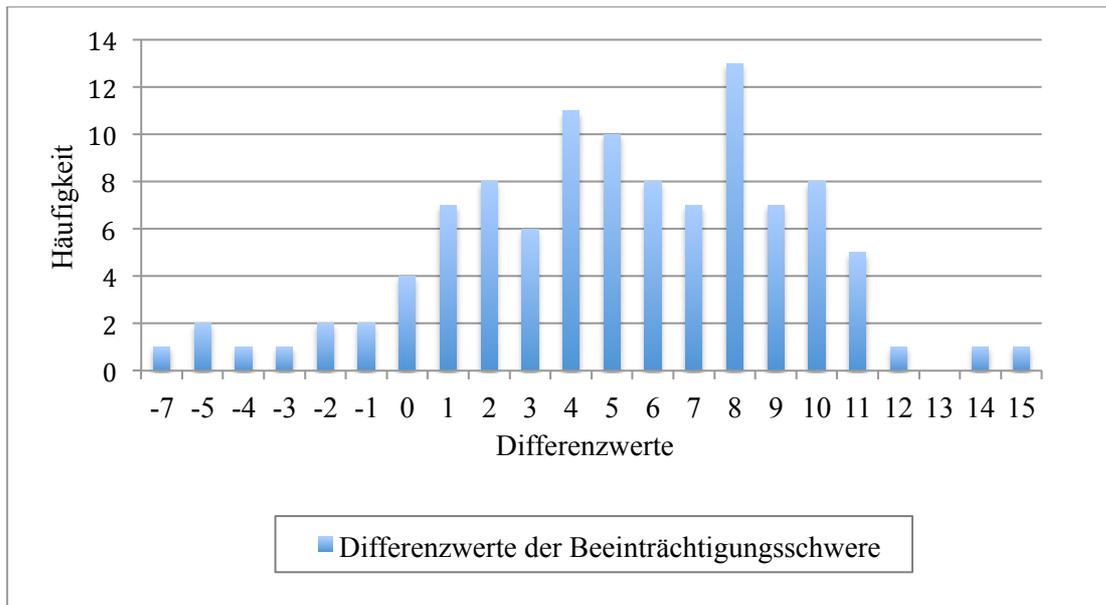


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Differenzwerte der Beeinträchtigungsschwere

Beim Auftreten negativer Differenzwerte handelte es sich sogar um eine größere Beeinträchtigung als zu Therapiebeginn. Anhand der Abbildung 9 lässt sich erkennen, dass es wenige Werte mit negativer Ausprägung gab, sodass nur bei wenigen Patienten die Beeinträchtigungsschwere im Laufe der Therapie zugenommen hatte. Nach den wenigen negativen Differenzwerten folgte ein deutlicher Anstieg der Häufigkeiten im positiven Differenzwertbereich, wobei ab einem Differenzwert von 11 die Anzahl der jeweiligen Werte wieder sank. Auch diese Häufigkeitsverteilung sagt also aus, dass eine Vielzahl der therapierten Kinder und Jugendlichen zu Therapieende eine Reduktion der Beeinträchtigungsschwere erreichen konnten.

Tabelle 13: Deskriptive Statistik der Werte zur Beeinträchtigungsschwere

	N	MW	SD	Median	Minimum	Maximum
Summenwert Therapiebeginn	153	10,5	3,6	11,0	2,0	19,0
Summenwert Therapieende	115	5,6	4,0	5,0	0,0	19,0
Differenzwert	106	5,1	4,2	5,0	- 7	15

Nun erfolgt mittels Tabelle 14 die Präsentation der Daten der Korrelationsberechnungen zur Zusammenhangsprüfung der *Behandlungsvoraussetzungen* als prognostisches Instrument.

Tabelle 14: Korrelationsberechnungen zwischen den Ausprägungen der Items der *Behandlungsvoraussetzungen* und den Differenzwerten der Beeinträchtigungsschwere zur Zusammenhangsprüfung der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* und Therapieerfolg

		Behandlungsvoraussetzungen	Beeinträchtigungsschwere		
			N	r	p
Subjektive Dimensionen	Subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung		105	.19	.029
	Subjektiver Schweregrad psychischer Beeinträchtigung		105	.31	.001
	Leidensdruck		105	.35	.000
	Veränderungsmotivation		106	.20	.037
Ressourcen	Beziehungen Gleichaltrige		106	-.04	.326
	Außerfamiliale Unterstützung		106	-.10	.335
	Familiale Ressourcen		106	.08	.212
	Intrapsychische Ressourcen		104	.21	.031
Therapievoraussetzungen	Einsichtsfähigkeit		96	.14	.179
	Behandlungsmotivationen		103	.23	.009
	Krankheitsgewinn		104	.00	.999
	Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit		103	.13	.096

Anmerkung: r = Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzwert.

Es konnten für alle vier Items der *Subjektiven Dimensionen* signifikante positive Korrelationen kleiner bis mittlerer Effektstärke aufgezeigt werden ($p = .000 - .037$). Das bedeutete, dass bei Kindern und Jugendlichen mit steigender Ausprägung der vier Items auch die Differenzwerte der Beeinträchtigungsschwere stiegen, was wiederum einen großen Rückgang der Beeinträchtigung nach erfolgter Therapie bedeutete. In der Dimension *Ressourcen* trat bei den *Intrapsychischen Ressourcen* ein signifikanter Zusammenhang ($p = .031$) auf, der sich durch eine positive Korrelation mit kleinem Effekt ($r = .21$) auszeichnete. Somit zeigten Patienten mit ansteigender Ausprägung ihrer psychosozialen Kompetenzen eine stärker werdende Reduktion der Beeinträchtigungsschwere. Auf der Ebene der *Therapievoraussetzungen* ergab sich eine signifikante positive Korrelation ($p = .009$) mit geringer Effektstärke ($r = .23$) beim Zusammenhang der *Behandlungsmotivationen*. Demzufolge zeigten Kinder und Jugendliche eine umso höhere Bewertung ihres Interesses an der Therapie, desto größer sich der Rückgang der Beeinträchtigung darstellte. Ebenfalls zu erwähnen ist die tendenziell signifikante positive Korrelation der *Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit* ($p = .096$). Bei den verbleibenden Items ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge, was sich in den dabei auftretenden großen Signifikanzwerten und geringen Korrelationskoeffizienten ausdrückte.

7 DISKUSSION

Im Zuge der vorliegenden Arbeit erfolgte die Untersuchung der klinischen und prädiktiven Validität von OPD-KJ-Befunden anhand einer Stichprobe der Hamburger Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen*. Um sich dabei mit der klinischen Validität in Form eines nützlichen Beitrags der OPD-KJ im Prozess der Indikationsstellung und Therapieplanung zu befassen, erfolgte die Betrachtung der Achsenratings *Beziehung*, *Konflikt* und *Struktur* hinsichtlich von Unterschieden, Zusammenhängen und Besonderheiten von klinischen Patientengruppen mit externalisierenden und internalisierenden Störungsbildern. Um das Manual der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter wiederum in seiner Funktionsweise als prädiktives Instrument für einen positiven Behandlungserfolg überprüfen zu können, wurden die Items der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* herangezogen und in Bezug auf mögliche Zusammenhänge mit der Beeinträchtigungsschwere untersucht.

Im nachfolgenden Abschnitt findet demnach zunächst eine Diskussion und Interpretation der wichtigsten Untersuchungsergebnisse, sowie deren Vergleich mit bestehenden Forschungsergebnissen statt. Darauf folgt eine kritische Betrachtung der methodischen Vorgehensweise, der sich final ein Fazit und Ausblick auf mögliche künftige Untersuchungen anschließt.

7.1 Diskussion der klinischen Validität

7.1.1 Beziehung

Bezüglich der deskriptiven Daten der Affekte des *selbstbezüglichen Kreises* wurde deutlich, dass die untersuchten Patienten häufiger negative als positive Affekte aufwiesen. Dies spiegelte zum einen die aufgrund der psychischen Erkrankungen der Patienten zu erwartenden Beziehungspathologien wieder und zum anderen könnte es dem Diagnostiker aufgrund seiner Schulung durchaus einfacher fallen, pathologisches Verhalten zu erfassen (OPD-KJ, 2007).

Im Hinblick auf die Prüfung der klinischen Validität der *Beziehungsachse* anhand der varianzanalytischen Untersuchungen der Hypothesen H1a bis H2b konnten keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt werden (s. Tab. 4 und 5). So war der in Hypothese H1a postulierte Unterschied in der Ausprägung der *positiven Affekte* bei Patienten mit einer externalisierenden Symptomatik im Vergleich zu Patienten ohne externalisierende Symptomatik nicht zu bestätigen, da die Mittelwerte kaum differierten (s. Tab.4). Der in Hypothese H1b vermutete Unterschied in der Ausprägung der *positiven Affekte* in Abhängigkeit der Zugehörigkeit zur internalisierend klinisch auffälligen oder unauffälligen Patientengruppe konnte ebenfalls nicht klar bestätigt werden. Jedoch lag das Resultat der statistischen Untersuchung zumindest im tendenziell signifikanten Bereich (s. Tab. 5), wonach die Kinder und Jugendlichen mittelmäßig vorhandene *positive Affekte* aufwiesen, wenn sie klinisch internalisierend unauffällig waren und nur etwas vorhandene *positive Affekte* inne hatten bei internalisierender Auffälligkeit. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den negativen Affektausprägungen. Dabei ließ sich die Hypothese H2a, die eine Differenz in der Stärke der *negativen Affekte* aufgrund der Zugehörigkeit zur Gruppe der externalisierend klinisch auffälligen beziehungsweise klinisch unauffälligen Patientengruppe vermuten ließ, nicht bestätigen. Die Mittelwerte unterschieden sich zwar tendenziell (s. Tab. 4), jedoch nicht statistisch signifikant. Bezüglich des in Hypothese H2b angenommenen Unterschieds in der Ausprägung der *negativen Affekte* bei Patienten mit internalisierender Symptomatik im Vergleich zu Patienten ohne internalisierende Symptomatik war ebenfalls keine klare Bestätigung möglich, jedoch erbrachte die statistische Untersuchung auch hier ein tendenziell signifikantes Ergebnis (s. Tab. 5). So waren bei klinisch internalisierend unauffälligen Patienten negative Affekte etwas vorhanden und wiederum mittelmäßig im Falle der klinischen Auffälligkeit.

In Betracht ziehend, dass sich die Untersuchung der *Beziehungsachse* anhand des *selbstbezüglichen Kreises* nur auf einen Teilaspekt der Achse beschränkt hat, lassen sich die Ergebnisse durchaus als Hinweis deren klinischer Validität werten. Da bei einer Betrachtung unter Einbeziehung des *objektbezüglichen* und *subjektbezüglichen Kreises* aussagekräftigere Ergebnisse für die klinische Relevanz der Achse zu erwarten sind und bis dato noch keine weiteren Untersuchungen zur klinischen Validität des *selbstbezüglichen Kreises* vorliegen, bietet sich die Betrachtung der *Beziehungsachse* anhand weiterer Studien an.

7.1.2 Konflikt

Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung aller Konfliktthemen konnte festgestellt werden, dass den *Selbstwertkonflikten* die größte Bedeutung zukam, gefolgt von den Konflikten *Unterwerfung vs. Kontrolle*, *Versorgung vs. Autarkie* und *Abhängigkeit vs. Autonomie* bzw. den *Loyalitätskonflikten*, wobei sich die beiden letztgenannten Konflikte in ihrer Bewertung kaum unterschieden. Des Weiteren lagen die *konflikthaften Lebensbelastungen* mit einer durchschnittlichen Bewertung als vorhanden und bedeutsam im oberen Bedeutsamkeitsbereich. Den *Identitätskonflikten* und den *ödipalen Konflikten* kam wiederum eine geringere Rolle zu, da sie im Mittel als wenig bedeutsam eingeschätzt wurden. Das Überwiegen der Bedeutsamkeit der Konflikte K1- K4 ist sowohl mit Studienergebnissen aus dem Kinder- und Jugendbereich (Benecke et al., 2011; Winter et al., 2011), als auch aus dem Erwachsenenbereich (Nitzgen und Brünger, 2000; Rost, 2011; Schneider et al., 2008) vergleichbar. Die Einschätzung der *Loyalitätskonflikte* als ebenfalls noch bedeutsam konnten gleichermaßen Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b) feststellen. In Bezug auf den *Verarbeitungsmodus* wurde deutlich, dass abgesehen vom vorwiegend aktiven Modus, der deutlich seltener vorlag, die drei weiteren Modi in etwa gleich häufig ausgewählt wurden. Somit überwog im Mittel der gemischt eher passive Modus. Diese Resultate entsprechen den Ergebnissen von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b), wo die gemischte Verarbeitung, bei noch recht häufig vorkommendem passiven Verarbeitungsmodus, deutlich überwog.

Im Hinblick auf die Prüfung der klinischen Validität der *Konfliktachse* anhand der korrelativen Untersuchungen von der internalisierenden bzw. externalisierenden Symptomatikgruppe und den einzelnen Konfliktthemen konnten keine signifikanten Zusammenhänge aufgezeigt werden (s. Tab. 8). Demzufolge konnten weder die ungerichteten noch die gerichteten Hypothesen (H3a bis H8b) bestätigt werden. Diese Ergebnisse differierten im Vergleich zu Winter und Kollegen (2011), die sowohl beim Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* als auch bei *Versorgung vs. Autarkie* signifikante Gruppenunterschiede zwischen einer internalen und externalen Störungsgruppe berichten und demnach Hinweise auf die klinische Validität der *Konfliktachse* aufzeigen konnten. Als möglicher Erklärungsansatz für die fehlende Signifikanz der vorliegenden Untersuchung dient zum einen die Zusammensetzung der externalisierenden Patientengruppe. Denn da die Symptomatikgruppenbildung anhand der CBCL erfolgte, wurden die

hyperkinetischen Störungen nicht mit einbezogen, währenddessen sie in der Studie von Winter und Kollegen (2011) mit aufgenommen wurden. Zum anderen könnten die dargestellten Ergebnisse auch durch die heterogene Zusammensetzung der beiden Störungsgruppen beeinflusst worden sein. Denn es wurden auch Patienten mit beidseitiger Symptomausprägung berücksichtigt, womit streng genommen die Einschätzungen dieser Patienten mehrfach einfließen und demnach auch kein völlig trennscharfer Vergleich vorgenommen wurde. Dieser Sachverhalt wird jedoch noch einmal unter dem Punkt „Methodische Kritik“ aufgegriffen und diskutiert. Zugleich stimmen die vorliegenden Untersuchungsergebnisse jedoch mit der Studie von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b) überein, in der ebenfalls keine Mittelwertsunterschiede zwischen den Konfliktbedeutsamkeiten und einzelner Diagnosegruppen aufgezeigt werden konnten. Als ursächlich vermuteten sie den Umstand, dass sich ein einzelner intrapsychischer Konflikt in Form von unterschiedlichen Symptomen ausprägen kann und wiederum gleiche Symptome auch mit verschiedenen Konflikten verbunden sein können. Dieser Ansatz liefert ebenfalls einen Erklärungsversuch für die Unabhängigkeit der Symptomatikgruppen von einzelnen Konfliktthemen in der vorliegenden Untersuchung. Zudem sollte bedacht werden, dass wie in vorangegangenen Studien berichtet wurde (Benecke et al., 2011; Rost, 2011; Winter et al., 2011), der Verarbeitungsmodus eines Konflikts eine wichtige Einflussgröße bezüglich seiner differenzierten Ausprägung repräsentiert. Da wiederum im Manual die Einschätzung des Modus beim Rating der Einzelkonflikte nicht vorgesehen ist, konnte ein möglicher Einfluss des Verarbeitungsmodus auf die Konfliktthemen in der vorliegenden Untersuchung nicht mit berücksichtigt werden. Demnach kann die fehlende Signifikanz von Zusammenhängen zwischen den Symptomatikgruppen und den Konfliktthemen auch durchaus in einem Informationsverlust aufgrund der fehlenden Konfliktaufspaltung zu suchen sein. Des Weiteren konnte die in Hypothese 9a vermutete stärkere externalisierende Symptomatik bei häufigem aktiven Verarbeitungsmodus bestätigt werden, da sich eine überzufällige negative Korrelation mittlerer Effektstärke (s. Tab. 8) zeigte. Ebenso wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den ermittelten Korrelationen des Verarbeitungsmodus in Hinblick auf beide Störungsgruppen aufgezeigt (s. Tab. 9).

Diese Ergebnisse stimmen sowohl mit den Ergebnissen von Winter und Kollegen (2011) als auch mit denen von Rathgeber und Kollegen (2014) überein, deren Patientengruppe mit externalisierender Symptomatik ebenfalls vermehrt den aktiven Verarbeitungsmodus aufwies und erhärten insgesamt die Bedeutsamkeit des Verarbeitungsmodus.

Insgesamt macht die vorliegende Untersuchung deutlich, dass die Achse *Konflikt* noch mit einigen Schwachstellen behaftet ist, weshalb die klinische Validität nicht bestätigt werden konnte. Allerdings wurden im Zuge der Revision des Manuals (OPD-KJ-2), die bereits Ende 2013 erschien, aussichtsreiche Veränderungen am Achsendesign vorgenommen. So ist die Moduseinschätzung nun auch für jeden vorhandenen Einzelkonflikt vorzunehmen, was einen differenzierteren Blick auf die Konfliktthematik ermöglicht. Des Weiteren wurden die Formulierungen der Ankerbeispiele geschärft und um den Lebensbereich „Körper/Krankheit“ ergänzt. Es erfolgte auch eine Umbenennung der Konflikte *Abhängigkeit vs. Autonomie* in *Nähe vs. Distanz*, *Versorgung vs. Autarkie* in *Selbstversorgen vs. Versorgtwerden* und *Loyalitätskonflikte* in *Schuldkonflikt*, um die jeweilige Konfliktthematik besser zu verdeutlichen. Somit ist eine Verbesserung der klinischen Validität zu erwarten, welche im Rahmen zukünftiger Studien anhand einer auf der OPD-KJ-Neufassung beruhenden Datenbasis erneut zu prüfen ist.

7.1.3 Struktur

Die Betrachtung der deskriptiven Daten zeigte auf allen drei Dimensionen eine durchschnittlich mäßige Integration, wobei die *Steuerung* nach den *Kommunikativen Fähigkeiten* und dem *Selbst- und Objekterleben* den höchsten Mittelwert aufwies und die Patienten somit in dieser Dimension insgesamt am schlechtesten integriert waren. Diese Daten sind vergleichbar mit Angaben aus der vorliegenden Literatur, wobei sich die Werte von Benecke und Kollegen (2011) ebenfalls im durchgängig gemäßigten Bereich bewegten und die Ergebnisse von Winter und Kollegen (2011) oder auch Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a) sich zwischen einer mäßigen und geringen Integration befanden.

Im Zuge der varianzanalytischen Untersuchungen zur klinischen Validität der *Strukturachse* konnte die Hypothese H11a, die einen Unterschied in der Ausprägung der externalisierenden Symptomatik in Abhängigkeit vom guten bzw. schlechten Integrationsniveau bezüglich der *Steuerung* postulierte, bestätigt werden. Dabei fiel die externalisierende Symptomatik bei Patienten mit einem guten Integrationsniveau signifikant geringer aus im Vergleich zur Patientengruppe mit schlechten Integrationswerten in dieser Dimension (s. Tab.10). Hinsichtlich der verbleibenden Dimensionen konnten die Hypothesen H11b bis H13b nicht bestätigt werden, da die Mittelwerte sowohl bei externalisierender als auch bei internalisierender Symptomatik in Abhängigkeit der beiden Fallgruppen zu geringfügig differierten. Eine mögliche Erklärung für das Ausbleiben noch weiterer signifikanter Ergebnisse könnte neben der fehlenden Einbeziehung von hyperkinetischen Störungen innerhalb der Gruppe mit externalisierender Auffälligkeit auch die heterogene Zusammensetzung der beiden Symptomatikgruppen sein. Es bleibt zum einen jedoch anzumerken, dass die Patienten beider Symptomatikgruppen über alle drei Dimensionen hinweg beim Vorliegen einer guten Integration durchgängig tendenziell geringer ausgeprägte Auffälligkeiten zeigten als beim Vorhandensein einer schlechten Integration, wobei die Unterschiede in der Gruppe der externalisierenden Symptomatik stets deutlicher ausgeprägt waren, was zu einer erhöhten strukturellen Problematik bei Patienten mit antisozialem und oppositionellem Verhalten passen würde. Und zum anderen konnten auf Itemebene bei deren explorativ erfolgten Untersuchung noch weitere signifikante Unterschiede in der Ausprägung der internalisierenden oder externalisierenden Symptomatik in Abhängigkeit vom guten bzw. schlechten Integrationsniveau aufgezeigt werden. Dabei fiel zum einen die internalisierende Symptomatik bei Patienten mit gutem Integrationsniveau bezüglich des Items *Selbstgefühl* signifikant geringer aus als bei schlecht integrierten Patienten. Zum anderen prägte sich die externalisierende Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit gutem Integrationslevel bei der *Impulssteuerung* und *Steuerungsinstanz*, bei *Empathie* und *objektbezogenen Affekten* und bei *internalisierter Kommunikation* signifikant geringer aus im Vergleich zu Patienten mit einem schlechten Integrationsniveau. Wenn man die ermittelten Resultate im Vergleich mit der vorhandenen empirischen Datenlage betrachtete, fanden sie ihre Entsprechung zum einen in den Ergebnissen von Winter und Kollegen (2011). So ließ sich bei deren Untersuchung auf klinische Validität der *Strukturachse* in Form einer signifikant

schlechteren Integration bei der *Steuerungsinstanz* ein ebenfalls signifikantes Ergebnis im Bereich der *Steuerung* und bei externaler Auffälligkeit aufzeigen. Des Weiteren konnten im Vergleich zu Winter und Kollegen (2011) weiterführende Unterschiede aufgezeigt werden, da sich die dortigen überzufälligen Ergebnisse lediglich einmal auf Itemebene und auch nicht auf der Dimensionsebene bewegten. Das Ergebnis von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a) in Bezug auf deren signifikanten Nachweis einer besseren Integration im Bereich der Dimension *Selbst- und Objekterleben* bei Patienten mit affektiven Störungen konnte jedoch nicht bestätigt werden. Und bei vergleichender Betrachtung der Veröffentlichung von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013b) aus dem gleichen Jahr stellte sich ein differentes Bild dar. So zeigte sich auch dort im Bereich der *Steuerung* eine signifikant schlechtere Integration bei F9-Diagnosen im Vergleich zu F3-Diagnosen. Des Weiteren konnte diese für die F9- Diagnosen aber auch beim *Selbst- und Objekterleben* bestätigt werden, wobei in diesem Bereich in der vorliegenden Untersuchung wiederum keine überzufälligen Resultate aufgetreten sind.

Abschließend ist die *Strukturachse* durchaus als klinisch valide zu bewerten. Noch deutlichere Untersuchungsergebnisse, wie sie sich bereits bei Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a, 2013b) angedeutet haben, sind vor allem nach der erfolgten Überarbeitung des OPD-KJ-Manuals, in dessen Zuge die drei Dimensionen modifiziert und um den Bindungsaspekt als Dimension ergänzt, die Möglichkeiten der Integrationseinstufung um drei Zwischenstufen (1,5;2,5;3,5) ausgebaut und auch um Ankerbeispiele für jedes Integrationsniveau erweitert wurden, in künftigen Studien auch für die *Strukturachse* zu erwarten.

7.2 Diskussion der prädiktiven Validität

Deskriptiv konnte zunächst festgestellt werden, dass die Patienten, mit Ausnahme einer niedrigen *subjektiven somatischen Beeinträchtigung*, durchweg mittelgradige Ausprägungen der Items zeigten (s. Tab.12). Dabei war der seelische *Leidensdruck* tendenziell hoch ausgeprägt, was die Behandlungsbedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen stützt, während sich die *familiale Unterstützung* mit einer tendenziell niedrigen Ausprägung darstellte.

Hinsichtlich der Untersuchungen des prädiktiven Charakters der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* ergaben sich differente Resultate. Sowohl die Hypothese 14, dass mit sinkender Ausprägung des Items *subjektiver Schweregrad der somatischen Beeinträchtigung* der Differenzwert der Beeinträchtigungsschwere vom Therapiebeginn zum –ende ansteigt als auch die Hypothese 15, dass mit sinkender Einschätzung des Items *subjektiver Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung* der Differenzwert der Beeinträchtigungsschwere im Verlauf von Therapiebeginn zum Therapieabschluss zunimmt, konnten nicht bestätigt werden. Zwar ergaben sich signifikante Korrelationen mit kleinem bis mittlerem Korrelationskoeffizienten (s. Tab. 14), diese besagten jedoch einen positiven Zusammenhang der jeweiligen Variablen. Somit stellte sich die Differenz der Beeinträchtigungswerte umso größer dar, desto höher die Kinder bzw. Jugendlichen die von ihrer Erkrankung herrührenden körperlichen und psychischen Beeinträchtigung angaben. Ursächlich dafür könnte gewesen sein, dass die Patienten aufgrund der großen Beeinträchtigung ein ausgeprägter Besserungswille auszeichnete und sie aufgrund dessen auch aktiv und intensiv für einen Therapieerfolg arbeiten wollten. Somit ergaben sich im Vergleich zu Winter und Kollegen (2007) differente Ergebnisse. Denn in deren Veröffentlichung sprachen eine geringe somatische und psychische Beeinträchtigung für einen positiven Therapieerfolg. Diese gegensätzlichen Ergebnisse ließen sich jedoch durch das vom Arbeitskreis der OPD-KJ (2007) dargestellte Merkmal in Einklang bringen, dass die subjektiven Angaben vor allem bei Heranwachsenden deutlich vom objektiven Maßstab differieren können und die somit hier präsentierten Angaben erhöhter Beeinträchtigungen als nicht verwunderlich erschienen. So ließen sich eine erhöhte somatische und psychische Beeinträchtigung noch nicht eindeutig als Prädiktor für einen Therapieerfolg werten, weshalb mittels zukünftiger Untersuchungen eine erneute Prüfung erfolgen sollte. Bei stützenden Forschungsergebnissen könnten eine erhöhte somatische und psychische Beeinträchtigung dann als Prädiktor interpretiert werden.

Des Weiteren ließ sich die Hypothese 16, mittels derer ein Zusammenhang zwischen dem Item *Leidensdruck* und der Höhe der Beeinträchtigungsschwere im Verlauf des Therapiebeginns bis hin zum Therapieabschluss vermutet wurde, aufgrund eines überzufälligen positiven Zusammenhangs mittlerer Effektstärke bestätigen.

Die subjektiven Angaben des Leidens angesichts des aktuellen seelischen Befindens fielen also umso größer aus, desto höher der Differenzwert der Beeinträchtigungsschwere war. Dieses Ergebnis deckte sich plausibel mit den Befunden der beiden voran gegangenen Items, da bei starker Beeinträchtigung durch somatische und psychische Beschwerden auch ein hoher emotionaler Leidensdruck mit dem Zusammenhang des Bestrebens nach einem Therapieerfolg zu erwarten war. Da ein hoher Differenzwert Ausdruck einer nur noch geringen oder sogar vollständig zurückgegangenen Beeinträchtigungsschwere am Therapieende ist, stellte die aufgezeigte hochsignifikante Korrelation das Item *Leidensdruck* als prognostischen Faktor dar.

Das gleiche Ergebnis konnte bei der Betrachtung des Items *Veränderungsmotivation* erzielt werden. Denn die Hypothese 17, dass ein Zusammenhang zwischen dem Item der *Veränderungsmotivation* und dem Differenzwert der Beeinträchtigung von Therapiebeginn und –ende auftritt, konnte durch eine überzufällige positive Korrelation mit mittlerer Effektstärke (s. Tab.14) bestätigt werden. Dieses Ergebnis passte sich gut in das vorangegangene Bild ein, da bei einem positiven Zusammenhang von Behandlungserfolg sowohl mit einer hohen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Beschwerden als auch mit hohem seelischen Leidensdrucks ebenfalls eine Korrelation des Veränderungswunsches und einem positiven Therapieerfolg als inhaltlich gut nachvollziehbar erschien. Die beiden Items *Leidensdruck* und *Veränderungsmotivation* konnten somit im Vergleich mit der Studie von Winter und Kollegen (2007) als weitere prädiktive Items identifiziert werden.

Die Untersuchung der Hypothese 18, dass mit steigender *Beziehung zu Gleichaltrigen* ebenfalls der Differenzwert der Beeinträchtigungsschwere größer ausfällt, erbrachte keine Bestätigung. Demnach trat bei Kindern und Jugendlichen, die besonders gut in altersentsprechende soziale Netzwerke integriert waren und durch diese unterstützt wurden, kein erhöhter Therapieerfolg auf. Somit konnte, entgegen der Studie von Winter und Kollegen (2007), das Item der *Beziehung zu Gleichaltrigen* nicht als Prädiktor identifiziert werden.

Auch der in der Hypothese 19 vermutete Zusammenhang zwischen dem Item der *außerfamilialen Unterstützung* und der Bewertung der Beeinträchtigungsschwere im Verlaufe vom Therapiebeginn bis hin zum Therapieende konnte nicht bestätigt werden (s. Tab. 14). Folglich war der zu erwartende Behandlungserfolg als unabhängig vom Wissen und der Inanspruchnahme externer Hilfsangebote und sozialer Beziehungen zu bewerten. Deshalb stellte das Item, wie auch schon bei Winter und Kollegen (2007), keinen primären Indikator für den Therapieerfolg dar.

Ebenso war der in Hypothese 20 postulierte positive Zusammenhang zwischen den *familialen Ressourcen* und der Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere vom Therapiebeginn hin zum Therapieende nicht zu bestätigen (s. Tab. 14). Deswegen hing der zu erwartende Behandlungserfolg auch nicht von der den Heranwachsenden positiv beeinflussenden, familiären Unterstützung und dem familiären Umgang mit der Erkrankung ab. Aufgrund dessen konnte das Item, gegenüber den Untersuchungen von Winter und Kollegen aus dem Jahre 2007, nicht als Prädiktor für den Therapieerfolg bestätigt werden.

Der in Hypothese 21 vermutete Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items *intrapyschische Ressourcen* und dem Differenzwert der Beeinträchtigungsschwere konnte wiederum bestätigt werden (s. Tab.14). Je höher nämlich die bewussten psychosozialen Kompetenzen und Zuversicht für eine Problembewältigung ausgeprägt waren, desto deutlicher hatte sich auch die Beeinträchtigungsschwere reduziert und umso größer war demnach der Therapieerfolg. Somit konnte das Item als prognostisch bedeutsam beurteilt werden. Nach Betrachtung der Untersuchungsergebnisse der subjektiven Dimensionen und Ressourcen lag insgesamt nahe, dass es für einen positiven Therapieverlauf besonders auf die inneren Kompetenzen des Patienten anzukommen schien.

Die Hypothese 22, bei der ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items *Einsichtsfähigkeit* und dem Grad der Beeinträchtigungsschwere vermutet wurde, konnte nicht bestätigt werden (s. Tab.14), weshalb der Therapieerfolg nicht von der Fähigkeit des Patienten, die Zusammenhänge seines psychischen Zustandes, der symptomatischen Ausprägungen und auftretenden Lebenssituationen zu erkennen, abhing. Im Vergleich mit der empirischen Datenlage kam es zu differenten Ergebnissen. So stimmten Winter und Kollegen (2007), die ebenfalls keinen überzufälligen Zusammenhang feststellen konnten, mit den hier vorliegenden Ergebnissen überein.

Schneider und Kollegen (2000) hingegen konnten bei Untersuchungen der OPD bezüglich des Items der *Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge* eine signifikant positive Korrelation mit dem Therapieerfolg aufzeigen, was aber bei Strauß und Kollegen (1997) wiederum nicht der Fall war. Aufgrund der fehlenden Signifikanz im Bereich der Untersuchungen zur OPD-KJ und ebenfalls uneinheitlicher Ergebnisse im Bezug auf die OPD im Erwachsenenbereich war das Item *Einsichtsfähigkeit* nicht als Prädiktor hervorzuheben.

Anders hingegen stellten sich die Ergebnisse der Untersuchung zur Hypothese 23 dar, weil der postulierte Zusammenhang von einer höheren Bewertung der *Behandlungsmotivation* mit einem steigenden Differenzwert der Beeinträchtigungsschwere bestätigt werden konnte (s. Tab.14). Demnach war der Behandlungserfolg umso größer, desto mehr sich das Kind bzw. der Jugendliche auf eine spezifische psychodynamisch orientierte Therapieführung in der Behandlung seiner Erkrankung einlassen konnte und wollte. Erklären ließe sich dieses Ergebnis mit dem inhaltlichen Zusammenhang zu den Items *Leidensdruck* und *Veränderungsmotivation*, wonach eine übereinstimmende Bewertung der drei Items zu erwarten war. Da die signifikanten Ergebnisse der beiden subjektiven Dimensionen sowohl den Zusammenhang eines hohen emotionalen Leidens als auch eines starken Wunschs nach Veränderung der vorherrschenden Situation mit dem Behandlungserfolg hervorbrachten, ist eine Steigerung des Therapieerfolgs bei ansteigender Bereitschaft an einer Therapieteilnahme ebenfalls naheliegend. Da sowohl Winter und Kollegen (2007) in ihrer Studie eine signifikante Beziehung der *Behandlungsmotivation* mit dem Therapieerfolg aufzeigen konnten, als auch Schneider und Kollegen (2000) einen signifikant höheren Behandlungserfolg bei steigender *Motivation zur Psychotherapie* feststellten, erhärtete sich somit auch die Annahme des Items als Prädiktor für den Behandlungserfolg.

Der in Hypothese 24 vermutete Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Items *Krankheitsgewinn* und der Differenz der Beeinträchtigungsschwere von Therapiebeginn hin zum Therapieende konnte nicht bestätigt werden (s. Tab.14), weshalb die Ausprägung subjektiver Gründe für eine Aufrechterhaltung der Symptomatik in keinem Zusammenhang zu stehen schien mit dem Therapieerfolg. Somit stellte das Item, wie auch schon in der Studie von Winter und Kollegen aus dem Jahre 2007, keinen prognostischen Indikator für einen Behandlungserfolg dar.

Ursächlich für die dargestellten Resultate könnte wohlmöglich das Zusammenwirken des *Krankheitsgewinns* mit den Items *Leidensdruck*, *Veränderungsmotivation* und *Behandlungsmotivation* gewesen sein. Denn der *Krankheitsgewinn* stellt eine Art Gegengewicht zu den drei anderen Items dar. Weil diese in der Stichprobe eine deutlich höhere Ausprägung und somit auch eine größere Relevanz aufgewiesen haben, könnte gleichzeitig eine insgesamt geringere Bedeutsamkeit des subjektiven Krankheitsgewinns vorgelegen haben.

Die abschließend untersuchte Hypothese 25, dass mit steigender Ausprägung einer *Therapie-/ und Arbeitsbündnisfähigkeit* auch der Differenzwert der Beeinträchtigungsschwere steigt, ließ sich nicht bestätigen. Jedoch ließ sich ein tendenziell signifikanter Zusammenhang zwischen einer steigenden Bereitschaft des Patienten, sich im Zuge der Therapie an getroffene Vereinbarungen zu halten und einem steigenden Behandlungserfolg aufzeigen. Diese Tendenz deckte sich ebenfalls mit den Ergebnissen von Winter und Kollegen (2007), in deren Studie sich das Item als Prädiktor herausstellte. Da es sich in der vorliegenden Untersuchung aber lediglich um einen tendenziell signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen *Therapie-/ Arbeitsbündnisfähigkeit* und Therapieerfolg handelte, konnte die Funktion als Prädiktor nicht klar bestätigt werden, wozu es zukünftiger Untersuchungen bedarf.

7.3 Methodische Kritik

Im Folgenden sollen nun einige Schwachstellen der praktischen Durchführung und des methodischen Vorgehens erörtert werden.

In Abhängigkeit von der Gruppenbildung für die jeweilige Betrachtung zeigte die Stichprobengröße eine Variationsbreite von $N = 86-109$, was als ausreichende Größe einzuschätzen ist.

Bezüglich der Einteilung in die externalisierende und internalisierende Symptomatikgruppe ist anzuführen, dass dabei auch Patienten berücksichtigt wurden, die beide symptomatischen Ausprägungen zeigten. Damit flossen die Bewertungen dieser Kinder und Jugendlichen streng genommen mehrfach in die vorgenommenen Untersuchungen mit ein und es konnte kein völlig trennscharfer Vergleich erfolgen.

Für eine alternative Vorgehensweise mit einer strikten Gegenüberstellung hätten bei den Untersuchungen lediglich die Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden können, die unter einer reinen externalisierenden bzw. reinen internalisierenden Störung litten. Jedoch weisen Kinder und Jugendliche eine hohe Komorbiditätsrate in Bezug auf Störungen aus dem externalisierenden und internalisierenden Formenkreis auf (Angold et al., 1999), weshalb eine Erfassung von Patienten mit nur einer einzelnen Symptomatik vor allem eine deutliche Verkleinerung der Fallzahlen der externalisierenden Symptomatik bedingt hätte. Aufgrund dessen wurde auf eine trennscharfe Einbeziehung der Symptomatik verzichtet und Patienten mit einer externalisierenden bzw. internalisierenden Komorbidität wurden ebenfalls in der vorliegenden Dissertation mit einbezogen.

Hinsichtlich des Messinstruments für den Behandlungserfolg fiel die Wahl auf den *Beinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche*, da dessen Einschätzung durch den Therapeuten erfolgt und so unterschiedliche Beurteilerperspektiven vermieden werden konnten.

Des Weiteren ist anzuführen, dass bei den Untersuchungen der *Beziehungsachse* auf eine gesamtheitliche Betrachtung des interpersonellen Beziehungssystems des Patienten samt dyadischer und triadischer Ebenen verzichtet wurde und nur eine Berücksichtigung des selbstbezüglichen Kreises erfolgte. In zukünftigen Studien könnten bei einer umfänglichen Einbeziehung aller Ebenen der interpersonellen Beziehungsgestaltung aussagekräftigere Ergebnisse bezüglich der klinischen Validität der *Beziehungsachse* aufgezeigt werden. Auch muss für die Einschätzung der berichteten Ergebnisse zur klinischen Validität der drei Achsen *Beziehung*, *Konflikt* und *Struktur* kritisch mit angeführt werden, dass die Überprüfung anhand der externalisierenden und internalisierenden Symptomatik und damit nur anhand eines Kriteriums erfolgte. Für eine komplexere Betrachtungsweise würden sich multiperspektivische Untersuchungen beispielsweise unter Heranziehung soziodemografischer Parameter oder weiterer klinischer Parameter anbieten.

7.4 Fazit

Zusammenfassend ließ sich hinsichtlich der klinischen Validität der drei OPD-KJ-Achsen *Beziehung*, *Konflikt* und *Struktur* ein differentes Bild darlegen.

So konnten die Hypothesen zur Achse *Beziehung* nicht klar bestätigen werden. Jedoch ergaben sich für die *positiven* und *negativen Affekte* des *selbstbezüglichen Kreises* bei der internalisierenden Symptomatikgruppe Ergebnisse im tendenziell signifikanten Bereich (s. Tab. 5), woraus sich zumindest ein Hinweis für eine klinisch valide Operationalisierung der Achse *Beziehung* ergab. Um die klinische Validität zu stützen und auch aussagekräftige Schlüsse für die praktische Anwendung ziehen zu können, sollten noch weiterführende Untersuchungen unter Einbeziehung des objekt- und subjektbezüglichen Kreises erfolgen.

Die bestätigte Hypothese H11a in Form einer signifikant geringeren externalisierenden Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit einem guten im Vergleich zu einem schlechten Integrationsniveau und die signifikanten Resultate bei der explorativ erfolgten Untersuchung auf Itemebene der *Struktur* stellten zum einen eine Entsprechung und Erweiterung der Studienergebnissen von Winter und Kollegen (2011) dar, zum anderen stützten sie zum Teil die Ergebnisse von Seiffge-Krenke und Kollegen (2013a, 2013b). Somit sprachen die Resultate bezüglich des Achsensystems *Struktur* durchaus für deren klinisch valide Operationalisierung. Für die Anwendung der OPD-KJ in der alltäglichen Praxis bedeutet dies die Möglichkeit einer differentiellen Therapieplanung. So sollte bei Patienten mit externalisierender Symptomatik und Defiziten im Bereich der *Steuerung* und des *Selbst- und Objekterlebens* im Zuge der Therapie primär an der Selbstbeherrschung, Handlungsweise und Emotionslenkung gearbeitet werden.

Da bezüglich der Achse *Konflikt* keine der Hypothesen H3a bis H8b bestätigt werden konnten, die Zusammenhänge zwischen der internalisierenden bzw. externalisierenden Symptomatikgruppe und den einzelnen Konfliktthemen postulierten (s. Tab. 8) und sich lediglich eine signifikante Korrelation zwischen dem aktiven Verarbeitungsmodus und der externalisierenden Symptomatik (s. Tab. 8) zeigte wurde deutlich, dass die *Konfliktachse* noch einige Schwachstellen aufweist und die klinische Validität nicht bestätigt werden konnte.

Dabei ist aber anzumerken, dass die Ergebnisse im Kontext der empirischen Datenlage und der methodischen Durchführung durchaus nachvollziehbar erörtert werden konnten. Da sowohl für die beiden Achsen *Beziehung* und *Struktur* als im Besonderen auch für die Achse *Konflikt* im Zuge der Überarbeitung des Manuals deutliche Modifikationen und Ergänzungen des Achsendesigns im Hinblick auf die aufgezeigten Schwachstellen vorgenommen wurden, sind demnach in künftigen Untersuchungen aussagekräftigere Resultate für die klinische Validität zu erwarten.

Die Untersuchung der prädiktiven Bedeutung der *Behandlungsvoraussetzungen* hat insgesamt positive und interessante Ergebnisse ergeben. So stellten sich neben den Items *Leidensdruck* und *Veränderungsmotivation* auch die Items *intrapyschische Ressourcen* und *Behandlungsmotivation* als Prädiktoren für den Behandlungserfolg heraus. Da es sich dabei vor allem um innere Kompetenzen handelte, wurde die Intention des Arbeitskreis OPD-KJ gestützt, sich im Zuge des diagnostischen Prozesses ausführlich den subjektiven Empfindungen der jungen Patienten zu widmen. Die Hypothesen 14 und 15, dass mit sinkendem *subjektiven Schweregrad körperlicher bzw. psychischer Beeinträchtigung* die Schwere dieser von Therapiebeginn zu Therapieende hin stärker abnehmen würde, bestätigten sich bei den Untersuchungen nicht. Somit konnten die beiden Items im Gegensatz zur Arbeit von Winter und Kollegen (2007) auch nicht als Prädiktoren gewertet werden. Da die Prüfungen jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem hohen *subjektiven Schweregrad somatischer bzw. geistiger Beeinträchtigung* und einem steigenden Unterschied in der anfänglichen und finalen Beeinträchtigungsschwere ergaben und diese Resultate ebenfalls inhaltlich nachvollziehbar zu erläutern waren, bedarf es weiterer Untersuchungen zur eindeutigen Klärung der Prädiktortätigkeit einer erhöhten somatischen und psychischen Beeinträchtigung für einen Therapieerfolg. Ein ähnliches Vorgehen würde sich zum einen bezüglich der starken Ausprägung des Items *Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit* anbieten, da sich bei den Untersuchungen zur Hypothese 25 nur tendenziell signifikante Resultate aufzeigten und demnach noch keine eindeutige Bewertung der prognostischen Aussagekraft vorgenommen werden konnte. Zum anderen in Bezug auf einen vermehrten *Umgang mit Gleichaltrigen* und eine starke *familiale Unterstützung*, da eine Prädiktortätigkeit, wie sie sich bei Winter und Kollegen (2007) darstellte, in der vorliegenden Arbeit nicht nachzuweisen war. Demzufolge ließ sich für die Achse *Behandlungsvoraussetzungen* abschließend

festhalten, dass diese mit *Leidensdruck*, *Veränderungsmotivation*, *intrapsychische Ressourcen* und *Behandlungsmotivation* wichtige Items beinhaltet, die als prognostisch bedeutsam für den Therapieerfolg zu bewerten sind. Denn durch diese wird dem Therapeuten im Zuge des diagnostischen Prozesses eine Einschätzung darüber ermöglicht, inwieweit der Patient entsprechende Voraussetzungen erfüllt, um die Behandlung positiv zu gestalten und letztendlich einen Therapieerfolg zu erzielen. Somit konnte insgesamt das Vorliegen einer prädiktiven Validität der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* bestätigt werden.

8 LITERATURVERZEICHNIS

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4- 18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatrie.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-VI* (4.Aufl.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A. (1999). *Comorbidity*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen*, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers, K. Heim (2.Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - Grundlagen und Manual* (2. korr. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2007). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter - Grundlagen und Manual* (2. korr. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Arbeitskreis OPD-KJ-2 (Hrsg.) (2013). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter - Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber.

Benecke, C., Bock, A., Wieser, E., Tschiesner, R., Lochmann, M., Küspert, F., Schorn, R., Viertler, B., Steinmayr-Gensluckner, M. (2011). *Reliabilität und Validität der OPD-KJ-Achsen Struktur und Konflikt*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60(1), 60-73.

Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W., Dörring, S. (2009). *Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 84-96.

Benjamin, L. S. (1974). *A Structural Analysis of Social Behavior (SASB)*. *Psychological Review*, 81(5), 392-425.

- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, L., Nelson, B. (1996). *Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 years. Part I.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(11), 1427-1439.
- Bortz, J., Lienert, G. A., Boehnke, K. (2008). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., Davies, M. (1985). *The Assessment of Affective Disorders in Children and Adolescents by Semistructured Interview - Test-Retest Reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version.* Archives of General Psychiatry, 42(7), 696-702.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Kernberg, O. F. (2000). *Inventory of Personality Organization.* Weill College of Medicine of Cornell University, White Plains, New York.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cropp, C., Salzer, S., Hausser, L. F., Streeck-Fischer, A. (2013). *Interrater-Reliabilität und Konstruktvalidität der OPD-KJ-Achse Struktur – Erste Forschungsergebnisse zum Einsatz der OPD-KJ im Rahmen der klinischen Routine.* Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 62(4), 270-284.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. (2011). *Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13–15 der Psychotherapie-Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren.* Forum der Psychoanalyse, 27, 1-85.
- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. (1994). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL/4- 18).* Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

- Fahrig, H., Kronmüller, K. T., Hartmann, M., Rudolf, G. (1996). *Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 42(4), 375-395.
- Fairburn, C. G., Beglin, S. J. (1994). *Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?*. International Journal of Eating Disorders, 16, 363–370.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I., Burda-Viering, M. (1998). *Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag*. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 6(4), 309-326.
- Fisher, S., Greenberg, P. R. (1977). *The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapies*. New York: Basic Books.
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik - Mit Hinweisen zur Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Fliedl, R., Katzenschläger, P. (unveröffentl.). *Reliabilitäten OPD-KJ (Beziehungs-, Strukturachse und Behandlungsvoraussetzungen)*
- Franke, G. H. (2000a). *BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G. H. (2000b). *SCL-90-R - Symptom Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version – Manual (2. vollst. überarb. Aufl.)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freud, S. (1972). *Bruchstück einer Hysterie-Analyse In: Sigmund Freud Gesammelte Werke, Bd. 5. (5.Aufl.)*. Frankfurt am Main: Fischer. 163-286.
- Groen, G., Petermann, F. (2013). *Depressive Störungen In: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Petermann, F. (Hrsg.) (7. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, 439-458.
- Horowitz, D., Strauß, B., Kordy, H. (2000). *IIP-D - Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version (2. überarb. und neu normierte Aufl.)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders - Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.

- Kessler, R. C., McLeod, J. D. (1985). *Social support and mental health community samples In: Social Support and Health*. Cohen, S., Syme, S.L. (Hrsg.). New York: Academic Press. 219-240.
- Kuhl, J., Kazén, M. (2009). *PSSI - Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar* (2. überarb. und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Laucht, M. (2003). *Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern - Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie In: Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Brisch, K.H., Hellbrügge, T. (Hrsg.) (3.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. 53-71
- Lukesch, H. (2006). *FEPAA - Fragebogen zur Erfassung von Empathie Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und Aggressivem Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Nitzgen, D., Brünger, M. (2000). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde In: Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Schneider, W., Freyberger, H. (Hrsg.). Bern: Hans Huber. 238-252
- Rathgeber, M., Sommer, T., Seiffge-Krenke, I. (2014). *Die Achse Konflikt der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Reliabilität und klinische Validität*. *Kinderanalyse*, 22(1), 26-47.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A., Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Hölling, H., Bullinger, M., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., Döpfner, M. (2008). *Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl.1), 22-33.
- Remschmidt, H. (2011). *Affektive Störungen In: Kinder- und Jugendpsychiatrie - Eine praktische Einführung*. Remschmidt, H. (Hrsg.) (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme. 223-233.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO - Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV* (5. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Resch, F., Schulte-Markwort, M., Burgin, D. (1998). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47(6), 373-386.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009. (2009). Bundesanzeiger, 58, 1399.

Rost, R. (2011). *Subtypen depressiver Persönlichkeitsentwicklung zur Validierung der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)* - Dissertation. Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

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.

Rudolf, G., Rüger, U. (2006). *Analytische Psychotherapie In: Psychodynamische Psychotherapien - Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. Reimer, C., Rüger, U. (Hrsg.) (3. vollst. neu bearb. und aktual. Aufl.), Heidelberg: Springer, 39-48.

Schneider, G., Mendle, T., Heuft, G., Burgmer, M. (2008). *Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1) – empirische Ergebnisse und Folgerungen für die OPD-2*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54, 46-62.

Schneider, W., Buchheim, P., Cierpka, M., Freyberger, H. J., Hoffmann, S. O., Janssen, P. L., Muhs, A., Rudolf, G., Rüger, U., Schüßler, G. (1995). *Entwicklung eines Modells der operationalen psychodynamischen Diagnostik (OPD)*. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 45, 121-130.

Schneider, W., Klauer, T., Freyberger, H. J., Hake, K., v. Wietersheim, J. (2000). *Die Achse I "Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen" der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) - Erfahrungen in der klinischen Praxis*. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50, 454-463.

- Seiffge-Krenke, I., Fliedl, R., Katzenschlager, P. (2013a). *Diagnosespezifische Strukturdefizite - Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen*. *Psychotherapeut*, 58, 15-23.
- Seiffge-Krenke, I., Fliedl, R., Katzenschlager, P. (2013c). *Welche Vorteile bringt eine umfassende Diagnostik mit OPD-KJ bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten?*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(2), 121-131.
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S., Rathgeber, M., Sommer, T. (2013b). *Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik des Kindes- und Jugendalters - Hilfe bei Indikation und Therapieplanung*. *Psychotherapeut*, 58(1), 6-14.
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S., Winter, S. (2011). *Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training?*. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4(2), 176-193.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U., Freyberger, H. J. (2002). *Die Strukturachse der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen*. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52, 392-397.
- Stefini, A., Reich, G., Horn, H., Winkelmann, K., Ohmes, U., Frost, U., Kronmüller, K. T. (2013). *Interrater-Reliabilität der OPD-KJ-Achsen Konflikt und Struktur*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(4), 255-269.
- Strauß, B., Hüttmann, B., Schulz, N. (1997). *Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik - Erste Erfahrungen mit der "OPD-1" im stationären Rahmen*. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 58-63.
- Strupp, H. H., Binder, J. L. (1993). *Kurzpsychotherapie* (2., in der Ausstattung veränd. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sullivan, H. S. (1980). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Tress, W. (1993). *Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB)*. Heidelberg: Asanger.

- Weber, M., v. Klitzing, K., Westhoff, K., Willemin, M.-A., Bürgin, D. (unveröffentl.). *Interraterreliabilitätsstudie OPD-KJ, Achse Beziehung*. KJUP Basel.
- Weitkamp, K., Claaßen, S., Wiegand-Grefe, S., Romer, G. (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): die Achsen im Verlauf von analytischer Kinder- und Jugendpsychotherapie*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 831-843.
- Weitkamp, K., Wiegand-Grefe, S., Romer, G. (2013). *Reliabilität und Konstruktvalidität der OPD-KJ-Achsen Struktur und Behandlungsvoraussetzungen*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(4), 243-254.
- Wiehe, K. (2006). *Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(1), 3-22.
- Winter, S., Jelen, A., Lehmkuhl, U. (2007). *Ist die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ der OPD-KJ ein Prädiktor für den Therapieerfolg?*. Kongressbeitrag auf der DGPPN, Berlin. *Nervenarzt*, 78, 492.
- Winter, S., Jelen, A., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2011). *Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60(1), 41-59.
- Winter, S., Märzheuser, S., Schmidt, D., Jelen-Mauboussin, A., Lenz, K., Noeker, M. (2012). *Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit - Eine Pilotstudie bei Patienten mit Anorektaler Malformation*. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(7), 259-265.
- World Health Organization (WHO) (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf: World Health Organization
- Zolkoski, S. M., Bullock, L. M. (2012). *Resilience in children and youth: A review*. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295-2303.

9 ANHANG

9.1 Befunderhebungsbögen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)

Achse «Beziehung»: Selbstbezoglicher Kreis

Im Folgenden finden Sie kreisförmig angeordnet 8 Items, die der **Erfassung der Beziehung des Patienten zu sich selbst** dienen. Bitte schätzen Sie für jedes Item auf einer Skala von 1 (wenig/nicht vorhanden) bis 5 (stark vorhanden), wie sehr die jeweilige Eigenschaft derzeit bei Ihrem Patienten vorhanden ist.

Die Einschätzung basiert auf folgender Untersuchungssituation:

- Beobachtung
- Anamnese
- Symbolisiert

Einschätzskala:

- n. b. nicht beurteilbar
- 1 gar nicht vorhanden
- 2 etwas vorhanden
- 3 mittelmäßig vorhanden
- 4 ziemlich vorhanden
- 5 stark vorhanden

1. frei und sorglos

n.b. 1 2 3 4 5

2. zufrieden mit sich

n.b. 1 2 3 4 5

3. sich Genuss verschaffend

n.b. 1 2 3 4 5

4. für sich sorgend

n.b. 1 2 3 4 5

5. sich kontrollierend

n.b. 1 2 3 4 5

6. sich Vorwürfe machend

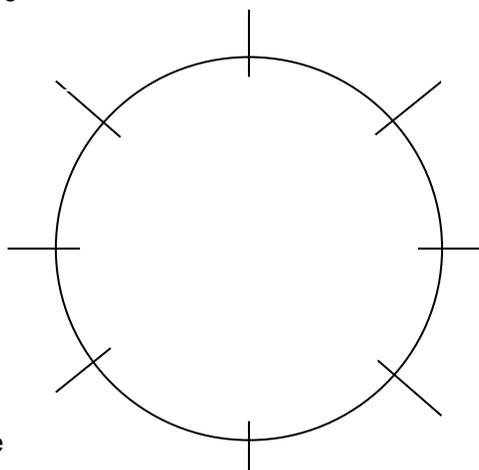
n.b. 1 2 3 4 5

7. sich quälend

n.b. 1 2 3 4 5

8. sich vernachlässigend

n.b. 1 2 3 4 5



Achse «Konflikt»					
	nicht vorhanden	vorhanden und wenig bedeutsam	vorhanden und bedeutsam	vorhanden und sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Abhängigkeit vs. Autonomie	0	1	2	3	9
2. Unterwerfung vs. Kontrolle	0	1	2	3	9
3. Versorgung vs. Autarkie	0	1	2	3	9
4. Selbstwertkonflikte (Selbst- vs. Objektwert)	0	1	2	3	9
5. Loyalitätskonflikte (Schuld- und Über-Ich-Konflikte)	0	1	2	3	9
6. Ödipale Konflikte	0	1	2	3	9
7. Identitätskonflikte (Identität vs. Dissonanz)	0	1	2	3	9
8. Konflikthafte Lebensbelastungen	0	1	2	3	9
	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	Vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
Modus der Verarbeitung	0	1	2	3	9
Wichtigster Konflikt: Nr. _____		zweitwichtigster Konflikt: Nr. _____			

Achse «Struktur»

Einschätzung basiert auf:

- ₁ Fremdinformation
- ₂ Szene
- ₃ Gespräch

Bitte wählen Sie die Integration in den drei verschiedenen Bereichen aus und tragen Sie die Zahlen in die dafür vorgesehenen Kästchen ein. Bitte beachten Sie die Altersstufen aus dem Manual.

Bereiche	orientierende Einzelcores					Gesamt- wert*
Steuerung →	Negativer Affekt	Selbstge- fühl	Impuls- steuerung	Steu- erungs- instanz	Konflikt- bewälti- gung	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
Selbst- und Objektwahr- nehmung →	Selbster- leben	Selbst- Objektdif- ferenzie- rung	Objekter- leben	Empathie und objektbe- zogene Affekte		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
Kommunikati- ve Fähigkeiten →	Kontakt	Ent- schlüsse- lung fremder Affekte	Kommuni- kative Funktion eigener Affekte	Reziprozi- tät	Internali- sierte Kommuni- kation	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	Gesamt- sam- t- wert*					<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

* Entscheiden Sie nach klinischen Ermessen, welchen Gesamtscore Sie an dieser Stelle vergeben möchten (darf vom rechnerischen Durchschnitt abweichen)

Beurteilung des Strukturniveaus (Bezogen auf die letzten 6 Monate)

- in welcher Situation (Flexibilität)
- in welcher Ausprägung (Intensität)
- wie häufig (Kontinuität)
- mit welchen Hilfen (Unterstützung)

Bewältigt das Kind die o. g. Leistungen?

1. Gute Integration =

Die in den Ankerbeispielen beschriebene Leistung hat bislang befriedigende, flexible, situationsbezogene Interaktionen ermöglicht:

- in allen beschriebenen sozialen Feldern
- unter Alltagsbedingungen (d. h. nicht unter starken aktuellen Belastungen)
- zu fast jeder Zeit
- ohne wesentliche zusätzliche Hilfe von außen

2. Mäßige Integration =

Die in den Ankerbeispielen beschriebenen Leistungen sind so weit verändert, dass die obigen Interaktionen nicht mehr in voll ausreichendem Maße gelingen. Sie gelingen:

- nur mit (zusätzlichen) Hilfen durch andere
- nicht in allen, aber in den meisten (beschriebenen) sozialen Feldern und Situationen
- nicht zu jeder Zeit, aber meistens
- noch annähernd befriedigend (mit persönlicher Befriedigung)

3. Geringe Integration =

Die in den Ankerbeispielen beschriebenen Leistungen sind so weit verändert, dass die obigen Interaktionen in stärkerem Maße beeinträchtigt sind. Sie gelingen:

- nur mit erheblichen zusätzlichen Hilfen durch andere
- nur in wenigen (beschriebenen) sozialen Feldern und Situation
- nur noch bei seltenen Gelegenheiten und oft nicht
- in vielen wichtigen sozialen Feldern gelingen bezüglich der obigen Beispiele keine situationsangemessenen Interaktionen mehr

4. Desintegration =

Die in den Ankerbeispielen beschriebenen Leistungen sind so weit verzerrt und verändert, dass:

- sie trotz intensiver Hilfen überhaupt nicht befriedigend gelingen
- sie praktisch in keiner für das Kind relevanten Situation gelingen
- sie praktisch zu keiner Zeit gelingen
- praktisch jede situationsangemessene Interaktion vereitelt wird

Achse «Behandlungsvoraussetzungen»

Kategorie	Ausprägung			
	nicht vor- handen	niedrig	mittel	hoch
Subjektive Dimensionen				
Subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung	0	1	2	3
Subjektiver Schweregrad psychischer Beeinträchtigung	0	1	2	3
Subjektive Krankheitshypothesen („wörtliches Zitat“)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Altersangemessenheit der Krankheitshypothese	0	1	2	3
Leidensdruck	0	1	2	3
Veränderungsmotivation	0	1	2	3
Ressourcen				
Beziehungen Gleichaltrige	0	1	2	3
Außerfamiliäre Unterstützung	0	1	2	3
Familiale Ressourcen	0	1	2	3
Intrapsychische Ressourcen	0	1	2	3
Therapievoraussetzungen				
Einsichtsfähigkeit	0	1	2	3
Behandlungsmotivation	0	1	2	3
Krankheitsgewinn	0	1	2	3
Therapie-/Arbeitsbündnisfähigkeit	0	1	2	3

10 DANKSAGUNG

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort, der mir die Möglichkeit bot diese Dissertation anzufertigen. Auch für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich bedanken.

Weiterhin danke ich im Besonderen Frau Dr. Katharina Weitkamp für die engagierte Betreuung. Mit ihrer großartigen und verständnisvollen Unterstützung stand sie mir während der gesamten Zeit über alle Maßen mit Rat und Tat zur Seite.

Abschließend möchte ich von ganzem Herzen meinen Eltern und meinem Bruder danken. Durch konstruktive Gespräche, ihren stets uneingeschränkten Rückhalt und liebevollen Zuspruch habe ich es auch in schwierigen Phasen geschafft nie den Mut zu verlieren. Danke, dass ihr immer für mich da seid!

11 LEBENSLAUF

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

12 EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: