

Aus dem Charité Centrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik (CC17), Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Direktorin: Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Ulrike Lehmkuhl

HABILITATIONSSCHRIFT

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): Empirische Überprüfung und klinische Anwendung

zur Erlangung der Lehrbefähigung

für das Fach

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Sibylle Maria Winter

geb. am 10.09.1963 in Stuttgart

Eingereicht: Dezember 2012

Dekanin: Prof. Dr. med. Annette Grüters-Kieslich

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Franz Resch

2. Gutachter: Prof. Dr. med. Georg Romer

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	4
1.1 Entwicklung und Inhalte der OPD-KJ	4
1.2 Empirische Überprüfung der OPD-KJ	10
1.3 Klinische Anwendung der OPD-KJ	14
1.4 Fragestellungen und Hypothesen	18
2. Ergebnisse	21
2.1 Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training?	21
2.2 Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ	41
2.3 Eine Pilotstudie zur Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund	62
2.4 Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit. Eine Pilotstudie bei Patienten mit Anorektaler Malformation	79
2.5 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung	88
3. Diskussion	97
3.1 Empirische Überprüfung	97
3.2 Klinische Anwendung	104
4. Zusammenfassung	109
5. Literatur	111
Danksagung	123
Erklärung	125

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ARM	anorektale Malformation
BADO	Basisdokumentation
BSI	Brief Symptom Inventory
CBCL	Child Behavior Checklist
Cure-Net	Network for Congenitale Uro-Rectal Malformations
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FABEL	Familienbelastungsskala
FEPAA	Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten
ICC	Intraclass-Korrelation
ICD-10	Internationale Klassifikation Psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation
IIP	Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme
IPO	Inventar of Personality Organisation
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
K-SADS-PL	Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
MSSB	MacArthur Story Stem Battery
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
OPD-KJ	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter
PSSI	Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar
SASB	Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV

1. EINLEITUNG

1.1 Entwicklung und Inhalte der OPD-KJ

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 1996) wurde nach langjähriger Entwicklung im Jahre 1996 publiziert. Seither fließt diese psychodynamische Betrachtungsweise in unsere tägliche klinische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ein und die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ; Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) wurde entwickelt. Das Anliegen dieser Habilitation war es, in einem ersten Schritt die OPD-KJ empirisch und hinsichtlich ihrer Kultursensibilität zu überprüfen. Im zweiten Schritt erfolgte die klinische Anwendung bei psychiatrischen Patienten* zur Diagnostik und zur Veränderungsmessung sowie zur Diagnostik bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen.

Im Folgenden wird auf die wichtigsten Anliegen der OPD eingegangen, die eine wesentliche Erweiterung unserer klinischen Diagnostik darstellen. Die OPD eröffnet die Operationalisierung der psychodynamischen Diagnostik mit der Möglichkeit der differenziellen Indikationsstellung zur Psychotherapie sowie der darauf basierenden Therapieplanung und Therapieevaluation. Demgegenüber stehen die gängigen Diagnostikinventare, wie z. B. die Internationale Klassifikation psychischer Krankheiten der WHO (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2010), die eine phänomenologische Diagnostik ermöglichen, dabei allerdings eine Reihe von Kriterien vermissen lassen, die für die Einschätzung der Behandlungsmotivation, der Beziehungsmuster, der strukturellen Voraussetzungen und der zugrunde liegenden Konflikte notwendig sind (Seiffge-Krenke, 2006). Daher war die Operationalisierung dieser psychodynamischen Konzepte ein zentrales Anliegen der OPD. Durch die Entwicklung dieses diagnostischen Instruments, das fünf Achsen – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (I), Beziehung (II), Konflikt (III), Struktur (IV), Psychische und Psychosomatische Störungen (V) – unterscheidet und dadurch eine gut operationalisierbare Einschätzung dieser für die Diagnose und Indikation wichtigen Dimensionen möglich macht, wurde zudem eine einheitliche Nomenklatur geschaffen, die eine Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und inhaltlichen Ausrichtungen der helfenden Berufe (Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten, systemische Familientherapeuten, Psychiater, Psychologen) erleichtert. Dies gelang durch die Erarbeitung

* Frauen sind stets als mit einbezogen zu denken, auch wenn nur die männliche Form geschrieben wird.

einer schulenübergreifenden, einheitlichen und präzisen, möglichst nah an der klinischen Phänomenologie orientierten Sprach- und Begriffskultur, die so weit wie möglich auf eine spezifische schulenabhängige Terminologie verzichtet (Arbeitskreis OPD, 1996). Die Achse V stellt die Verbindung zur ICD-10 dar, so dass die psychodynamischen und die phänomenologischen Aspekte gleichzeitig erhoben werden können. Inzwischen wird die OPD in zahlreichen Praxisfeldern wie der Psychosomatik, der Psychotherapie und der Psychiatrie zur Status- und Prozessdiagnostik sowie zur Therapieevaluation verwendet. Ihre klinische Relevanz, Reliabilität und Validität wurde in 65 Studien nachgewiesen (Cierpka, Grande, Rudolf, von der Tann & Stasch, 2007). Seit 2006 liegt die OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) vor, eine inhaltlich erweiterte und überarbeitete Version des Manuals für die diagnostische psychodynamische Einschätzung bei Erwachsenen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass seit der Publikation der OPD-2 das ursprüngliche Manual als OPD-1 (Cierpka et al., 1995) bezeichnet wird.

1996 hat sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur Entwicklung der OPD-KJ, also zur Operationalisierung psychodynamischer auf der OPD beruhenden Konzepte für das Kindes- und Jugendalter zusammengefunden (Arbeitskreis OPD-KJ). Schnell wurde deutlich, dass die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einer eigenen Herangehensweise bezüglich psychodynamischer Diagnostik bedarf, die entwicklungspsychologische Gesichtspunkte berücksichtigt (Seiffge-Krenke, 1999). Das Ergebnis der Bemühungen des Arbeitskreises OPD-KJ führte zur Konzeptionalisierung von nur vier Achsen: „**Beziehung**“, „**Konflikt**“, „**Struktur**“ und „**Behandlungsvoraussetzungen**“. Die Reihenfolge der vier Achsen unterscheidet sich von der OPD: „Behandlungsvoraussetzungen“ stellt die letzte Achse der OPD-KJ dar, bei der OPD hingegen die erste. Ein weiterer Unterschied zur OPD besteht im Wegfall der Achse V (Psychische und Psychosomatische Störungen) und damit dem Bezug zur ICD-10. Das OPD-KJ-Manual versteht sich als fakultativ, modular aufgebaute psychodynamische Diagnostik in Ergänzung zum „Multiaxialen Klassifikationsschema“ (MAS; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006). Innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist das Manual des MAS, mit dem auf sechs Achsen psychische Störungen mit allen notwendigen Zusatzdiagnosen klassifiziert werden, seit vielen Jahren etabliert. Diese Basisklassifikation wird auch weiterhin die Grundlage jeder Diagnostik sein. Es wird angestrebt, die OPD-KJ als – unverzichtbares – Zusatzinstrument für die psychodynamischen Aspekte der Diagnostik und der Therapieevaluation zu etablieren. Zur Berücksichtigung der Entwicklungsaspekte wurden drei Altersstufen für die Achsen „Konflikt“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ definiert (Altersstufe 1: 1,5-5 Jahre; Alters-

stufe 2: 6-12 Jahre; Altersstufe 3: ab dem 13. Lebensjahr). Das ursprünglich etwas umfangreichere Manual der ersten Auflage (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) wurde in der zweiten Auflage praktikabler für die klinische Arbeit gestaltet (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Ein wesentliches Ziel der OPD-KJ ist die komplexe Erfassung psychodynamischer Befunde gemäß den vier Achsen, also Befunde zur Beziehungsgestaltung, intrapsychischen Konflikten, psychischer Struktur und den Behandlungsvoraussetzungen von Kindern und Jugendlichen. Diese können analog zur OPD zu Beginn der Behandlung zwecks psycho-dynamischer Diagnostik mit Indikationsstellung und Therapieplanung sowie im Weiteren zur Therapieevaluation herangezogen werden. Es ist zu beachten, dass die Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ „keine voneinander unabhängigen Konstrukte“ (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 75) sind; vielmehr werden die Konflikte „durch das ihnen zugrunde liegende Integrationsniveau der Struktur bestimmt und bilden sich in charakteristischen Beziehungsepisoden ab“ (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 75).

Die **Achse „Beziehung“** untersucht die interpersonelle Beziehungsgestaltung. Grundlage für das beobachtbare und geschilderte Beziehungsverhalten sind Beziehungserfahrungen mit relevanten Bezugspersonen aus Kindheit und Jugend. Wesentlich dabei ist, dass das Kind diese Beziehungen von Anfang an selbst beeinflusst. Das zentrale Anliegen ist nicht nur die Beschreibung von dysfunktionalen Mustern, sondern auch die Identifikation von Ressourcen in den Beziehungen des Patienten. Das Beziehungsverhalten wird nach interpersonellen Kreismodellen erfasst (Leary, 1957; Kiesler, 1983). Die Qualitäten interpersonellen Verhaltens sind Mischungsverhältnisse von zwei Polen: Dem vertikalen Pol mit vier Items zur *Kontrolle* (dominant/kontrollierend vs. submissiv/unterwürfig) und dem horizontalen Pol mit vier Items zur *Affiliation* (liebvoll/zugewandt vs. feindselig/distanziert). Das Beziehungsverhalten wird zwei Kreisen zugeordnet: *Dem objekt- und dem subjekt-gerichteten Kreis*. Der objektgerichtete Kreis beschreibt die Kommunikation, die auf den Interaktionspartner hin ausgerichtet ist. Der subjektgerichtete Kreis beschreibt die Reaktion auf die Botschaft des Interaktionspartners. Jedes Item kann auf einer fünfstufigen Skala zwischen *nicht* vorhanden (1) und *stark* vorhanden (5) eingeschätzt werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003).

Die **Achse „Konflikt“** erfasst zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte. Diese enthalten widerstreitende Erlebens- und Handlungsperspektiven, deren Integration nicht gelingt. Die Konflikte sind gekennzeichnet durch festgelegte Erlebnismuster eines Menschen, die in entsprechenden Situationen immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern führen, ohne

dass diese bewusst werden. Sie sind dysfunktional und behindern die psychische Entwicklung. In Bezug auf die Verarbeitung der Konflikte werden zwei Modalitäten beschrieben: Ein *aktiver Modus* liegt vor, wenn kontraphobische Abwehr und Reaktionsbildung überwiegen; beim *passiven Modus* dominieren regressive Abwehrhaltungen. In der klinischen Realität finden sich häufig Mischtypen. Insgesamt finden sich sieben Konfliktthemen: *Abhängigkeit vs. Autonomie (K1)*, *Unterwerfung vs. Kontrolle (K2)*, *Versorgung vs. Autarkie (K3)*, *Selbstwertkonflikt (K4)*, *Loyalitätskonflikt (K5)*, *Ödipaler Konflikt (K6)*, *Identitätskonflikt (K7)*. Beim Konflikt *Abhängigkeit vs. Autonomie (K1)* geht es zum einen um die existenzielle Bedeutung von Bindung und Beziehung und zum anderen um den Grundbestand emotionaler Selbständigkeit. Im Konfliktfall ist die Integration der widerstrebenden Positionen nicht gelungen, es bestehen keine sicheren Bindungen mit den wichtigsten Bezugspersonen. Im aktiven Modus dominiert die Angst vor Nähe mit übersteigter emotionaler Unabhängigkeit, im passiven Modus die Angst vor Trennung mit der Suche nach engen Beziehungen. Für den Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle (K2)* spielen die Selbst- und Fremdkontrolle bei zunehmender motorischer und kognitiver Reifung des Kindes im Wechselspiel mit den gewährenden und bestimmenden Interaktionen der Erziehungspersonen eine bedeutende Rolle. Der Grundkonflikt kreist um die Auseinandersetzungen Gehorsam/Unterwerfung vs. Kontrolle (Machtausübung)/Sich-Auflehnen. Für den Konflikt *Versorgung vs. Autarkie (K3)* ist charakteristisch, dass die Interaktion von Eltern und Kind getragen ist durch das Erleben von Beziehungssicherheit. Allerdings wird die Interaktion im passiven Modus vorwiegend bestimmt durch Versorgungsansprüche nach materieller und/oder affektiver Versorgung bzw. im aktiven Modus durch Abwehr dieser Bedürfnisse, was mit einem Streben nach Selbst-Versorgen verbunden ist. Der *Selbstwertkonflikt (K4)* beruht darauf, dass Kinder und Jugendliche im Laufe ihrer Entwicklung lernen, in zunehmendem Maße ihr positives Selbstwertgefühl zeitlich überdauernd und weniger abhängig von anderen zu regulieren. Treten Konflikte auf, kommt es im aktiven Modus zu einer grandiosen Selbstüberschätzung und im passiven Modus zu einem Einbruch des Selbstwertes. Beim *Loyalitätskonflikt (K5)* ist auf Subjektebene die Verpflichtung gegenüber den eigenen internalisierten Normen und auf Objektebene das Bedürfnis nach Anerkennung durch die inneren und äußeren Objekte entscheidend. Im Konfliktfall stehen prosoziale den egoistischen Tendenzen gegenüber und die Kinder erscheinen in außerfamiliären Beziehungen im passiven Modus unscheinbar, zurückhaltend und ängstlich-opferbereit mit unangemessener Übernahme von Schuld, während sie im aktiven Modus egoistisch, grenzverletzend und rücksichtslos wirken und Schuld von sich weisen. Bei Konflikten zwischen prosozialen und familiären Strebungen

steht bei Kindern und Jugendlichen die existenzielle Sicherung der Beziehung zu den Eltern an erster Stelle, auch wenn sie dabei ihre Glaubwürdigkeit und ihren Realitätssinn preisgeben. Der *Ödipale Konflikt (K6)* kreist um die Befriedigung erotischer und sexueller Wünsche zum einen und diesen entgegenstehenden Strebungen und Hemmungen zum anderen. Im aktiven Modus kommt es zur Betonung der Sexualität, im passiven Modus zur Vermeidung der Geschlechtsrolle. Zum Verständnis des *Identitätskonflikts (K7)* ist von Bedeutung, dass die Identitätsbildung einen lebenslangen Prozess darstellt, in dem immer wieder neue Selbstbilder und Selbstbildaspekte entstehen, die im konfliktfreien Falle als eine umfassende Selbstidentität mit einem subjektiven Gefühl von Kontinuität und Kohärenz integriert werden. Im konflikthaften Falle jedoch kann dies zu widersprüchlichen, verwirrenden Selbstbildern führen. Im aktiven Modus kann es dann zu einer unkritischen Übernahme wechselnder Identifizierungen kommen, im passiven Modus zu Orientierungslosigkeit und Ratlosigkeit. An dieser Stelle sind auch interkulturelle Konflikte berücksichtigt.

Über die beschriebenen Konfliktthemen hinaus werden in der OPD-KJ auch *konflikthafte Lebensbelastungen* berücksichtigt. Unter Lebensbelastungen verstehen wir ausgeprägte Belastungen, deren Ausmaß zum einen das Strukturniveau herabsetzen können, zum anderen die zuvor geschilderten intrapsychischen Konflikte verschärfen bzw. die Fähigkeit, diese zu verarbeiten, beeinträchtigen können. In der Bewältigungsforschung unterscheidet man drei verschiedene Stressoren: aktuell auftretende kritische Lebensereignisse (wie z.B. Scheidung oder Arbeitslosigkeit der Eltern), chronische Stressoren (wie z.B. chronische Krankheit) und akute Traumata wie Vergewaltigung oder Folter. Hierbei geht es ausschließlich um Belastungen, die sich in den letzten sechs Monaten ereignet haben. Jeder Konflikt kann auf einer Skala zwischen *nicht vorhanden* (0), *wenig bedeutsam* (1), *bedeutsam* (2) und *sehr bedeutsam* (3) eingeschätzt werden. Im Manual ist vorgesehen, sich anhand der Bedeutsamkeit der einzelnen Konflikte auf den wichtigsten und den zweitwichtigsten Konflikt festzulegen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003).

Die **Achse „Struktur“** setzt sich aus insgesamt drei Dimensionen zusammen: *Steuerung*, *Selbst- und Objekterleben* sowie *kommunikative Fähigkeiten*. Die Dimension *Steuerung* umfasst fünf Items: die Fähigkeiten, mit negativen Affekten umzugehen, einen positiven Selbstwert zu entwickeln, Impulse zu steuern, moralisch zu urteilen sowie Konflikte zu bewältigen. Die Dimension *Selbst- und Objekterleben* umfasst vier Items: die Fähigkeiten, die eigene Person sowie das Gegenüber zu beschreiben, das Gegenüber als eigenständige Person zu sehen und die Bedürfnisse und Gefühle anderer differenziert wahrzunehmen. Die

Dimension *kommunikative Fähigkeiten* umfasst fünf Items: die Fähigkeiten, Kontakt aufzunehmen, fremde Affekte zu verstehen, eigene Gefühle zu kommunizieren, ein „Wir-Gefühl“ entstehen zu lassen und das Alleinsein zur Konfliktbewältigung nutzen zu können. Die drei Dimensionen und jedes Einzelitem können anhand einer siebenstufigen Skala von *gute* Integration (1) über *mäßige* Integration (3) und *geringe* Integration (5) bis *Desintegration* (7) mit den jeweiligen Zwischenwerten eingeschätzt werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003). Zudem ist vorgesehen, aus den einzelnen Bewertungen *klinisch* – nicht rechnerisch – einen Gesamtwert für die psychische Struktur zu ermitteln.

Die Achse „**Behandlungsvoraussetzungen**“ beinhaltet zunächst die *subjektiven Dimensionen* mit fünf Items zum subjektiven Schweregrad der somatischen und psychischen Beeinträchtigung, den subjektiven Krankheitshypothesen, dem Leidensdruck und der Veränderungsmotivation. Mit dieser Dimension wurde besonderer Wert darauf gelegt, die subjektive Sichtweise der Kinder und Jugendlichen zu erfassen. In Bezug auf die Dimension *Ressourcen* mit vier Items werden neben intrapsychischen und familialen auch die außerfamilialen und sozialen Ressourcen erfasst. Bezüglich der Dimension *Therapievoraussetzungen* sind vier Items zur Einsichtsfähigkeit, zur Behandlungsmotivation, zum Krankheitsgewinn und zur Bündnisfähigkeit vorgesehen. Es erschien inhaltlich sinnvoll, zwischen einer allgemeinen Veränderungsmotivation und einer spezifischen Behandlungsmotivation zu unterscheiden. Auf den Begriff der Compliance wurde wegen seiner Unschärfe verzichtet und dafür der Begriff der Bündnisfähigkeit eingeführt. Jedes Item kann nach der Skala in *nicht vorhanden* (0), *niedrig* (1), *mittel* (2) und *hoch* (3) eingeschätzt werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003).

Gegenwärtig wird die OPD-KJ im Rahmen der Aus- und Weiterbildung an verschiedenen Zentren und in verschiedenen Ausbildungsinstituten in einzelnen Bundesländern in Deutschland sowie in Österreich und der Schweiz intensiv trainiert. Dazu nehmen die Teilnehmer an einem zertifizierten Angebot bestehend aus einem Grundkurs und zwei Aufbaukursen (insgesamt 45 Std.) teil. Anhand von Videomaterialien werden zunächst im Grundkurs die elementaren Einschätzungen der vier Achsen erarbeitet und verdeutlicht. Die Aufbaukurse haben eine vertiefende Funktion.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die OPD-KJ eine wesentliche Hilfe für das Gutachtenverfahren in der Richtlinienpsychotherapie (Finden eines Konfliktfokus, Beschreiben von wesentlichen Strukturdefiziten; Seiffge-Krenke, 2007) und für die Therapieplanung leistet (Aufbau von Struktur, Verschieben im Konfliktfokus; Welter & Seiffge-Krenke, 2006).

Des Weiteren ist die OPD-KJ bei den probatorischen Sitzungen und Erstgesprächen eine wesentliche Hilfe für die psychodynamische Diagnostik. Für die Durchführung des diagnostischen Interviews wurden Interviewleitfäden entwickelt (Winter, 2004; Benecke, 2009; Rathgeber et al., 2009; Diederichs-Paeschke et al., 2011).

1.2 Empirische Überprüfung der OPD-KJ

Empirische Daten zur Validität und Reliabilität wurden zunächst im Erwachsenenbereich für die OPD-Achsen „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ (I), „Beziehung“ (II) und „Struktur“ (IV) erhoben (Arbeitskreis OPD, 2006). Zu den OPD-Achsen „Konflikt“ (III) und „Psychische und Psychosomatische Störungen (V) gibt es bisher kaum Daten.

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

Für die OPD-Achse „**Beziehung**“ liegen zwei Validitätsstudien vor. Stasch et al. (2004) verglichen die Ergebnisse zur Achse „Beziehung“ mit den Angaben im Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000). Die Korrelationskoeffizienten lagen im akzeptablen Bereich (zwischen .342 und .556). In einer anderen Studie (Leising, 2000) wurden die Befunde zur OPD-Achse „Beziehung“ mit denen einer Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB; Benjamin, 1974) verglichen und vergleichbare Korrelationen gefunden.

Die OPD-Achse „**Struktur**“ zeigt im Vergleich mit den anderen Achsen die beste Interrater-Reliabilität (Freyberger, Schneider, Heuft, Schauenburg & Seidler, 1998; Rudolf, 1996; Rudolf, Cierpka, Freyberger, Heuft & Schneider, 1997; Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000). Eine zur Prüfung der Konstruktvalidität durchgeführte Faktorenanalyse ergab eine Ein-Faktor-Lösung mit einer hohen internen Konsistenz (Cronbachs $\alpha = .87$). Validitätshinweise ergaben sich in Studien, die Zusammenhänge zwischen dem Strukturniveau und Diagnosegruppen zeigen konnten. Nietzgen und Brunner (2000) fanden bei neurotischen Patienten ein

signifikant besseres strukturelles Integrationsniveau als bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Allerdings konnte Rudolf (1996) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Strukturniveau und ICD-Diagnosen darstellen. Insgesamt scheint sich die OPD-Achse „Struktur“ zur Beschreibung einer psychodynamisch konzeptionalisierten Persönlichkeitsstruktur gut zu eignen.

Im Vergleich zur OPD gibt es für die **OPD-KJ** bisher nur wenige Studien zur Validität und Reliabilität. In einer Übersicht konnten im Jahre 2012 sechs Studien erfasst werden, davon waren vier Studien noch unveröffentlicht (Weitkamp, Wiegand-Grefe & Romer, 2012). Bevor die Ergebnisse zu den einzelnen Achsen im Folgenden referiert werden, folgt ein Überblick über diese Studien hinsichtlich Stichprobe und Ratern. Eine der beiden veröffentlichten Studien stammt von Benecke et al. (2011), die bei 36 Probanden (18 Jugendliche mit psychischen Störungen, 18 Jugendliche ohne psychische Störung) Einzelratings mit Gruppen-Konsensratings (N=8) hinsichtlich der Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ verglichen haben. Alle Rater waren zertifiziert. Von den Probanden waren 53 % weiblich und das Alter betrug im Mittel 15.7 Jahre (SD = 0,94; Range 14-17). Die andere veröffentlichte Studie stammt von uns und befasst sich mit der prädiktiven Validität (Winter, Jelen & Lehmkuhl, 2007): Regressionsanalytisch wurden Einflussfaktoren der Achse Behandlungsvoraussetzungen auf den Therapieerfolg bei 60 (teil-)stationären Patienten (Alter: MW = 11.3, SD=3.6) von drei zertifizierten Ratern ermittelt. Bei den vier unveröffentlichten Studien handelt es sich um Folgende: Fliedl und Katzenschläger (2009) haben eine Stichprobe von 233 Patienten (44 % weiblich; Alter: MW=12.6, Range: 3-18) einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik hinsichtlich der Achsen „Beziehung“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ mit bis zu 50 geschulten Ratern untersucht. Die Studie von Stefini, Reich, Horn, Winkelmann und Kronmüller (in Druck) hat ausschließlich weibliche Patientinnen mit Bulimie (Altersrange: 14-20) mit drei geschulten Ratern eingeschlossen. Weber, v. Klitzing, Westhoff, Willemin und Bürgin (2009) untersuchten 20 stationäre Patienten mit gemischten Störungsbildern (20 % weiblich, Alter: MW= 7.9, Range 4-10) mit drei geschulten Ratern. Weitkamp, Wiegand-Grefe und Romer (eingereicht) legten eine Studie vor, die über 171 ambulante Psychotherapie-Patienten mit gemischten Störungsbildern (76 % weiblich; Alter: MW=13.1, Range 4-21) mit 26 geschulten Ratern einschließt.

Für die OPD-KJ-Achse „**Beziehung**“ liegen aus zwei der referierten Studien psychometrische Befunde zur Interrater-Reliabilität (Weber et al., 2009) und zur Reliabilität (Fliedl & Katzenschläger, 2009) vor. In Bezug auf die Interrater-Reliabilität lagen die Intraclass-

Korrelationen (ICC) für alle Items zwischen .32 und .91. Die Bewertung der ICC erfolgt nach Portney und Watkins (2000), wonach ein Wert zwischen .40 und .60 als moderate, ein Wert zwischen .60 und .80 als beachtliche und ein Wert über .80 als nahezu perfekte Übereinstimmung gilt. Bis auf das Item *freundlich anleitend* (ICC = .32), welches eine geringe Übereinstimmung aufwies, zeigten alle übrigen Items eine moderate bis sehr gute Übereinstimmung. Inhaltlich war die Übereinstimmung vor allem bei den Items mit negativen Affekten sehr hoch. Die interne Konsistenz betrug Cronbachs $\alpha = .70 - .85$ und ist demnach als zufriedenstellend bis gut zu beurteilen.

Für die OPD-KJ-Achse „**Konflikt**“ liegen ebenfalls aus zwei der referierten Studien psychometrische Befunde zur Kriteriumsvalidität (Benecke et al., 2011) und zur Interrater-Reliabilität (Benecke et al., 2011; Stefini et al., in Druck) vor. Die Kriteriumsvalidität wurde anhand der Zusammenhänge der Bedeutsamkeit der vier Konflikte (K1-K4) mit interpersonellen Problemen (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme, IIP; Horowitz et al., 2000) und Persönlichkeitsstilen (Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar, PSSI; Kuhl & Kazén, 1997) der Patienten überprüft. Es zeigten sich insgesamt mittlere Korrelationen gemäß den Skalen IIP und PSSI. Eine Reihe von höheren Korrelationen zeigten sich für den Konflikt *Abhängigkeit vs. Autonomie* (K1, nur aktive Verarbeitung), gefolgt vom *Selbstwertkonflikt* (K4, aktive und passive Verarbeitung). Für die Konflikte *Unterwerfung vs. Kontrolle* (K2, nur passive Verarbeitung) und *Versorgung vs. Autarkie* (K3, nur passive Verarbeitung) zeigten sich ebenfalls mittlere Korrelationen – allerdings nur vereinzelt. Beachtenswert ist, dass die Korrelationen sich für die Konfliktthemen K1-K4 insgesamt und je nach aktivem oder passivem Verarbeitungsmodus stark unterschieden. Die Interrater-Reliabilität zeigte in beiden Studien gute bis sehr gute Übereinstimmungen. Kappa-Werte zwischen .60 und .74 gelten als gut und größer als .75 als sehr gut (Cicchetti, 1994; Fleiss, 1981). In den Studien betrug der Kappa-Wert $\kappa = .61 - .93$ (Benecke et al., 2011) bzw. die Intraclass-Korrelation ICC = .68 - .97 (Stefini et al., in Druck).

Für die OPD-KJ-Achse „**Struktur**“ liegen aus vier der referierten Studien psychometrische Befunde zur konkordanten Validität (Benecke et al., 2011), zur Konstruktvalidität (Weitkamp et al., eingereicht), zur Interrater-Reliabilität (Benecke et al., 2011, Stefini et al., in Druck) und zur internen Konsistenz (Weitkamp et al., eingereicht; Fliedl & Katzenschläger, 2009) vor. Bei Benecke et al. (2011) zeigten sich in Bezug auf die konkordante Validität hochsignifikante Zusammenhänge ($r = .59 - .76$) zwischen den OPD-KJ-Strukturratings und den SKID-Achse-II-Diagnosen (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II;

Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997). Mittlere Zusammenhänge ($r = -.31 - -.33$) zeigten sich bezüglich der Übereinstimmung der OPD-KJ-Strukturratings und dem Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (FEPA; Lukesch, 2006). Keine signifikanten Zusammenhänge zeigten sich für die Selbsteinschätzungsskalen Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000) und Inventar of Personality Organisation (IPO; Clarkin, Foelsch & Kernberg, 2000). Eine Faktorenanalyse ergab eine Zwei-Faktoren-Lösung; jedoch war eine forcierte Drei-Faktoren-Lösung entsprechend den inhaltlichen Dimensionen der Strukturachse ebenfalls möglich (Weitkamp et al., eingereicht). Die Interrater-Reliabilität war gut bis sehr gut: $\kappa = .62 - .83$ (Benecke et al., 2011), ICC = $.91 - .93$ (Stefini et al., in Druck). Die interne Konsistenz war gut (Cronbachs $\alpha = .80 - .83$, Weitkamp et al., eingereicht) bis zufriedenstellend (Cronbachs $\alpha = .74 - .78$, Fliedl & Katzenschläger, 2009).

Für die OPD-KJ-Achse „**Behandlungsvoraussetzungen**“ liegen aus vier der referierten Studien psychometrische Befunde zur prädiktiven Validität (Winter et al., 2007), zur Konstruktvalidität (Weitkamp et al., eingereicht) und zur internen Konsistenz vor (Weitkamp et al., eingereicht; Fliedl & Katzenschläger, 2009). In der Studie zur prädiktiven Validität zeigte sich, dass der Therapieerfolg – dokumentiert anhand der Basisdokumentation (BaDo; Englert, Jungmann, Lam, Wienand, & Poustka, 1998) – durch bessere familiäre Ressourcen, vorhandene Beziehungen zu Gleichaltrigen, höhere Behandlungsmotivation und Bündnisfähigkeit sowie geringere psychische und somatische Beeinträchtigung positiv beeinflusst wurde (Winter et al., 2007). Die Überprüfung der Konstruktvalidität ergab eine Drei-Faktoren-Lösung (Weitkamp et al., eingereicht) nach den inhaltlichen Dimensionen der OPD-KJ: subjektive Dimensionen, Ressourcen und Therapiebedingungen. Zwei Items bildeten eine Ausnahme: Die außerfamiliäre Unterstützung wurde nicht den Ressourcen, sondern den Therapiebedingungen, die Einsichtsfähigkeit wurde nicht den Therapiebedingungen, sondern den subjektiven Dimensionen zugeordnet. Die internen Konsistenzen waren gering bis zufriedenstellend (Cronbachs $\alpha = .50 - .75$, Fliedl & Katzenschläger, 2009; Cronbachs $\alpha = .55 - .75$, Weitkamp et al., eingereicht). Die subjektiven Dimensionen ergaben zufriedenstellende Werte, die Ressourcen und Therapiebedingungen eher geringe Werte (Weitkamp et al., 2012).

Für die OPD-KJ Achsen liegen bisher zur klinischen Validität keine Studien vor, die anhand eines Vergleichs von verschiedenen Krankheitsbildern untersuchen, inwieweit die OPD-KJ diese mit unterschiedlichen Befunden je nach Charakteristika abbilden kann. Wir gehen

davon aus, dass sich bei Prototypen wie internalen und externalen Störungen Unterschiede in den OPD-KJ Befunden finden.

1.3 Klinische Anwendung der OPD-KJ

Vor Entwicklung der OPD-KJ wurden zwei Studien zur klinischen Anwendung der OPD bei Kindern und Jugendlichen publiziert: Eine Studie (Völger et al., 1999) verglich ambulante psychotherapeutische Patienten, deren Familien aus West-Berlin bzw. aus Ost-Berlin stammten, und konnte keine signifikanten Unterschiede finden. Eine andere Studie (Welke, Winter & Völger, 1999) erfasste die Veränderungen auf der Beziehungachse während eines stationären Aufenthaltes. Zur Anwendung der OPD-KJ im klinischen Alltag liegen bis dato nur vier Studien vor: Zwei Studien setzen die OPD-KJ zur Diagnostik bei stationären Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern (Müller, 2007) und bei drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen während der stationären Entzugsbehandlung ein (Thoms, 2007). Zwei weitere Studien (Romer, 2011; Müller-Knapp, 2012) wenden sie zur Therapieevaluation während des stationären Aufenthaltes bei verschiedenen Krankheitsbildern an.

Im Rahmen dieser Habilitation wurde die Praktikabilität und Anwendbarkeit der OPD-KJ erstmals in drei neuen, unterschiedlichen Anwendungsbereichen mit spezifischen Patientengruppen geprüft: zur Diagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund, zur Diagnostik bei Patienten mit einer chronischen somatischen Erkrankung und zur Veränderungsmessung bei Patienten zwei Jahre nach stationärer KJP-Behandlung.

Bisher war nicht untersucht worden, ob die OPD-KJ ein kultursensibles Instrument ist. In den bisherigen Studien wurden **Patienten mit Migrationshintergrund** in der Diagnostik nicht gesondert betrachtet. Dies ist verwunderlich, da in Deutschland jedes dritte Kind unter sechs Jahren einen Migrationshintergrund aufweist (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012). Die OPD-KJ ist im Rahmen eines langjährigen Austauschprozesses aus der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie/Psychoanalyse im deutschsprachigen Raum hervorgegangen. Unter den Entwicklern waren Experten mit Migrationshintergrund stark unterrepräsentiert. In mehreren Veröffentlichungen wird die unkritische Anwendung von diagnostischen Verfahren bei Patienten mit Migrationshintergrund und das Fehlen kultursensibler Instrumente diskutiert (Beckmann, 2009; Gavranidou & Kahraman, 2009; Schepker & Toker, 2009a). Aus diesem Grunde fordern Gavranidou und Kahraman (2009) die Überprüfung der Validität und Reliabilität von diagnostischen Verfahren an Patienten mit Migrationshintergrund. Dies gilt

auch für Kinder und Jugendliche, die der zweiten oder dritten Migrantengeneration angehören. Hier stellt sich die Frage, ob im Rahmen der Diagnostik die Normen des Herkunftslandes oder des Aufnahmelandes oder eigene Normen angewandt werden sollten. Schepker und Toker (2009b) empfehlen als adäquate Referenzpopulation eine eigene Normierung für Kinder und Jugendliche der zweiten oder dritten Migrantengeneration, da die Patienten einerseits im Rahmen der Familien durch die Kultur der Eltern geprägt, andererseits aber auch in Deutschland sozialisiert werden. Zudem wird die Diagnostik durch sprachliche oder auch kulturelle Kommunikationsschwierigkeiten erschwert (Erim, 2009; Gavranidou & Kahraman, 2009; Wohlfart, Hodzic & Özbek, 2006). Gavranidou und Kahraman (2009) weisen darauf hin, dass Patienten mit Migrationshintergrund zum Teil aus bildungsfernen Regionen kommen und weniger Erfahrung mit anamnestischen Fragen haben.

Aus den obengenannten Gründen kommt es bei Patienten mit Migrationshintergrund zu Fehlern im diagnostischen Prozess und in der Folge zu Fehldiagnosen. Fragebögen (CBCL; Achenbach, 1991) scheinen mit einer höheren Fehlerquote behaftet zu sein (Remschmidt & Walter, 1990), Interviews scheinen die Problematik eher systematisch zu unterschätzen (Haasen, Yagdiran, Maas & Krausz, 2000; Schepker, Toker & Eberding, 1998/2005). Da die OPD-KJ ebenfalls ein diagnostisches Interview darstellt, das sich ethnisch überwiegend am deutschen Kulturraum orientiert, stellt sich die Frage, ob die OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund eine kultursensible Diagnostik gewährleisten kann.

Als zweiter neuer Einsatzbereich wurde die klinische Anwendung der OPD-KJ erstmals bei **Patienten mit chronischer somatischer Erkrankung** überprüft mit der Frage, ob die OPD-KJ auch bei diesen Patienten einen wertvollen Beitrag zur Diagnostik leisten kann. Kinder und Jugendliche mit einer chronischen somatischen Erkrankung aufgrund einer angeborenen körperlichen Fehlbildung müssen neben den allgemeinen Entwicklungsaufgaben zusätzliche, krankheitsspezifische Anforderungen erfüllen (Warschburger & Petermann, 2000). Wenn die Bewältigung scheitert, können sich psychiatrische Störungen entwickeln (Sarimski, 2008). Ein Beispiel für eine chronische somatische Erkrankung mit einer angeborenen Fehlbildung sind die anorektalen Malformationen (ARM), deren Inzidenz in Deutschland ca. 1:2500 beträgt (Jenetzky, 2007). Eine Fehlbildung im Sinne einer ARM beinhaltet die inkomplette Öffnung der Analmembran, die den Analkanal verschließt und kann Fistelbildungen zwischen Darm und Damm, Vestibulum, Skrotum, Urethra oder Blase bis hin zum nicht getrennten, gemeinsamen Ausgang von Darm- und Urogenitalanlagen involvieren. Die Ätiopathogenese ist multifaktoriell (Wijers et al., 2010; Zwink, Jenetzky, Schwarzer & Reutter, 2010). Gleich

nach der Geburt sind oft lebenserhaltende operative Therapien erforderlich. Je nach Ausprägung weiterer assoziierter Malformationen sind operative und nichtoperative Maßnahmen in teils erheblichem Maße erforderlich.

Ein Erfolgskriterium im Behandlungsverlauf ist die Kontinenz. Bis zu 55 % der Patienten hatten drei bis zehn Jahre nach chirurgischer Intervention schwerwiegende Probleme bei der Darmentleerung (Holschneider, Jesch, Stragolz & Pfrommer, 2002; Rintala, Mildh & Lindahl, 1994), d. h. die Patienten haben funktionelle Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und benötigen dauerhaft medizinisch-pflegerische Behandlungen. Für diese Patienten ist die Definition einer chronischen Krankheit nach der WHO erfüllt. Auch Studien über Kinder und Jugendliche mit ARM belegen eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität und eine erhöhte Rate an psychischen Problemen, die je nach Studie zwischen 18 % und 73 % variiert (Bai et al., 2000; Diseth, Egeland & Emblem, 1998; Ditesheim & Templeton, 1987; Ludman & Spitz, 1995). Es wird der Einfluss der Kontinenzleistung insbesondere auf die Lebensqualität der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter hinein betont (Rintala et al., 1994). Neben der Inkontinenz hat auch die psychosoziale Funktionsfähigkeit einen starken Einfluss auf die Lebensqualität (Hartman et al., 2004). Die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei ARM ist im Allgemeinen höher als in der Normalbevölkerung (Ludman & Spitz, 1995). Schneider (1987) hielt fest, dass Eltern nach der Geburt betroffener Kinder oft ungenügenden emotionalen Beistand und nur unzureichende Aufklärungen über die Erkrankung erfahren. Der Anpassungs- und Bewältigungsmöglichkeit der Eltern kommt jedoch gerade in den ersten Lebensjahren eine bedeutsame Rolle in der kindlichen Entwicklung zu. Dabei spielt insbesondere die Art des familiären Umgangs mit der chronischen Krankheit gegenüber der Umwelt (offener Umgang vs. Verheimlichung) eine bedeutsame Rolle (Schneider, 1987).

Bisher liegt keine Studie vor, die Befunde der OPD-KJ hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine chronische somatische Erkrankung prüft. Studien an erwachsenen Krankenhauspatienten geben Anhaltspunkte, dass neben somatischen Befunden auch psychische Befunde, z. B. die Persönlichkeitsstruktur, Einfluss auf den Anpassungsprozess und somit auf Compliance, Verweildauer sowie Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf haben (Burgmer, Fiori, Bunzemeier, Roeder & Heuft, 2004). Wir gehen davon aus, dass die OPD-KJ in diesem Zusammenhang wesentliche Hinweise für die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, für die Akzeptanz und Integration der Erkrankung, für eine ggf. vorhandene spezifische anale Konfliktproblematik und für die Therapievoraussetzungen geben kann.

Als dritter neuer Bereich wurde die klinische Anwendung der OPD-KJ zur **Veränderungsmessung bei Patienten zwei Jahre nach stationärer KJP-Behandlung** überprüft. Die bisherigen Studien haben die OPD-KJ im Rahmen der psychodynamischen Diagnostik zu einem bestimmten Zeitpunkt im Sinne einer Statusdiagnostik eingesetzt. Bisher gibt es zwei Studien (Romer, 2011; Müller-Knapp, 2012) mit der Fragestellung, ob Veränderungen mithilfe der OPD-KJ dargestellt werden können und die OPD-KJ in diesem Sinne als Instrument zur Prozessdiagnostik und Therapieevaluation eingesetzt werden kann. In diesen Studien wurden die Patienten zu Beginn und am Ende des stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthaltes nach ca. drei Monaten untersucht. Es konnten in beiden Studien Veränderungen im Integrationsniveau der psychischen Struktur festgestellt werden. Darauf basierend stellte sich die Frage, ob die OPD-KJ auch Veränderungen der psychischen Struktur über einen längeren Zeitraum hinweg erfassen kann.

In der Literatur (Resch, 1999; 2002) wird beschrieben, dass psychotherapeutische Behandlungen im Entwicklungsverlauf eine bedeutende Veränderung im Bereich der psychischen Struktur bewirken können, die eine dauerhafte Veränderung der Symptome, des Erlebens und des Verhaltens nach sich zieht: Der Patient wird in seinen Verhaltensweisen weniger von seinen Affekten geleitet. Vielmehr wird die Wahrnehmung von sich selbst und anderen realistischer und ein angepassteres Verhalten bzw. eine zufriedenstellendere Beziehungsfähigkeit möglich. Die psychische Struktur ist zwar im Entwicklungsverlauf relativ zeitstabil, jedoch nicht starr und somit veränderbar. Um strukturelle Veränderungen zu messen, gibt es für den Erwachsenenbereich im deutschsprachigen Raum derzeit zwei Messinstrumente, die auf dem Konzept der strukturellen Veränderung basieren und zufriedenstellende psychometrische Gütekriterien aufweisen. Huber, Klug und Wallerstein (2006) haben mit der deutschen Version der „*Scales of Psychological Capacities*“ (DeWitt, Hartley, Rosenberg, Zilberg & Wallerstein, 1991) unter dem Titel „*Die Skalen psychischer Kompetenzen*“ ein valides, reliables und änderungssensitives Fremdeinschätzungsinstrument entwickelt. Die *Focus-Liste* der OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006), die zusammen mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000) angewandt wird, kann strukturelle Veränderungen erfassen. Die Interrater-Reliabilität mit $r = .77$ ist gut (Grande, Rudolf, Oberbracht & Jakobsen, 2001). Die Validität des Instruments wurde bereits in zahlreichen Studien nachgewiesen (Grande et al., 2001; Rudolf et al., 2001; 2006). Der Arbeitskreis der OPD-KJ hat bisher keine zusätzlichen Instrumente zur Veränderungsmessung entwickelt.

1.4 Fragestellungen und Hypothesen

Das Ziel der im Folgenden referierten Studien war es, die OPD-KJ als diagnostisches Instrument hinsichtlich der psychometrischen Gütekriterien zu überprüfen und die klinische Anwendung in neuen Bereichen zu erproben. Es erfolgte primär der Einsatz bei stationären KJP-Patienten. Dabei wurden interkulturelle Aspekte berücksichtigt und auch der Migrationshintergrund erfasst. Im Weiteren wurde das Einsatzspektrum der OPD-KJ erweitert und auch bei Patienten mit einer chronischen somatischen Erkrankung eingesetzt. Schließlich wurde eine Wiederholungsmessung bei psychiatrischen Patienten zwei Jahre nach stationärer KJP-Behandlung durchgeführt.

Im Speziellen wurden folgende Fragestellungen behandelt:

1. Interrater-Reliabilität: Sind die psychodynamischen Befunde der OPD-KJ-Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ zwischen unabhängigen Ratern vergleichbar? Ist es möglich durch Training die Konkordanz zu verbessern?

Hypothese 1a: Die Interrater-Reliabilität der OPD-KJ ist zufriedenstellend.

Hypothese 1b: Die Interrater-Reliabilität der OPD-KJ lässt sich durch Training erhöhen.

2. Konstruktvalidität: Können anhand von Faktorenanalysen übergeordnete latente Variablen (z. B. Struktur) abgebildet werden, die die theoretischen Vorannahmen der OPD-KJ bestätigen?

Hypothese 2: Die Konstruktvalidität der OPD-KJ ist zufriedenstellend.

3. Interne Konsistenz: Kann die OPD-KJ die Konstrukte der einzelnen Faktoren homogen abbilden?

Hypothese 3: Die interne Konsistenz der OPD-KJ ist zufriedenstellend.

4. Klinische Validität: Zeigen sich beim Vergleich zwischen Patienten mit internalen und externalen Störungsbildern die Unterschiede, die aufgrund der verschiedenen Krankheitscharakteristika erwartet werden?

Hypothese 4a: Patienten mit internalen Störungen zeigen im Vergleich in größerem Maße Beziehungsgestaltungen mit positiven Affekten.

Hypothese 4b: Patienten mit internalen Störungen zeigen im Vergleich bei intrapsychischen Konflikten in größerem Maße einen passiven Bearbeitungsmodus, Patienten mit externalen Störungen einen aktiven Bearbeitungsmodus.

Hypothese 4c: Patienten mit internalen Störungen zeigen im Vergleich ein besseres Integrationsniveau der psychischen Struktur.

Hypothese 4d: Patienten mit internalen Störungen zeigen im Vergleich bessere Behandlungsvoraussetzungen.

5. Kultursensibilität: Gibt es Unterschiede hinsichtlich der psychodynamischen Befunde der OPD-KJ bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund?

Hypothese 5: Die psychodynamischen Befunde der OPD-KJ bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht.

6. Anwendungsgebiet: Gibt es Unterschiede hinsichtlich der psychodynamischen Befunde bei Patienten mit einer chronischen somatischen Erkrankung im Vergleich zu stationären KJP-Patienten?

Hypothese 6a: Patienten mit ARM zeigen im Vergleich in größerem Maße Beziehungsgestaltungen mit dem Thema Unterwerfung versus Kontrolle.

Hypothese 6b: Patienten mit ARM zeigen im Vergleich in höherem Ausmaß Konflikte mit dem Thema Unterwerfung versus Kontrolle.

Hypothese 6c: Patienten mit ARM zeigen im Vergleich ein besseres Integrationsniveau der psychischen Struktur.

Hypothese 6d: Patienten mit ARM zeigen im Vergleich bessere Behandlungsvoraussetzungen.

7. Änderungssensitivität: Eignet sich die OPD-KJ-Achse „Struktur“ zur Erfassung von Veränderungen bei Patienten zwei Jahre nach stationärer KJP-Behandlung?

Hypothese 7a: Die Dimension *Steuerung* zeigt zwei Jahren nach stationärer KJP-Behandlung ein besseres Integrationsniveau.

Hypothese 7b: Die Dimension *Selbst- und Objekterleben* zeigt zwei Jahren nach stationärer KJP-Behandlung ein besseres Integrationsniveau.

Hypothese 7c: Die Dimension *kommunikative Fähigkeiten* zeigt zwei Jahren nach stationärer KJP-Behandlung ein besseres Integrationsniveau.

2. ERGEBNISSE

2.1 Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training?

Seiffge-Krenke, I., Mayer, S. & Winter, S. (2011).

Klinische Diagnostik und Evaluation, 4, 176-193.

In dieser Studie wurde die Interrater-Reliabilität der Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ der OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007) untersucht. Dazu wurden 18 Patienten (M = 12,6 Jahre, SD = 3.7) von 20 Ratern (M = 28,5 Jahre, SD = 7.33) nach Absolvierung eines Trainings beurteilt. Im ersten Trainingsblock von acht Stunden wurden die Grundlagen der beiden Achsen vermittelt und die Beurteilung der beiden Achsen beispielhaft anhand von zwei Videos (Kind und Jugendlicher) gezeigt. Im zweiten Trainingsblock erfolgte die Einschätzung der 18 Patientenvideos wöchentlich im Rahmen eines zweistündigen Seminars (36 Std.). Die Videos dieser Patienten stammten aus zwei Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin und Hamburg sowie aus einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Göttingen. Sieben Patienten zeigten internale Störungsbilder, vier Patienten ein externes Störungsbild und sieben Patienten ein gemischtes Störungsbild. Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen. Die Rater waren 20 Psychologie-Studenten (16 Frauen, 4 Männer) am Ende des Studiums. Insgesamt erhielten die Studenten ein Training, das dem Zeitumfang (44 Std.) des bisherigen zertifizierten OPD-KJ-Trainings (Grundkurs und zwei Aufbaukurse) nahezu entsprach.

Als Maß der Interrater-Reliabilität betrug die Intraclass-Korrelation (ICC) für die Konfliktachse $ICC = 0.785$, für die Strukturachse $ICC = 0.575$ und für beide Achsen gemeinsam $ICC = 0.758$. Das Störungsbild hatte einen signifikanten Einfluss auf die Raterübereinstimmung. Während bei den internalen Störungsbildern die Interrater-Korrelation für beide Achsen $ICC = 0.688$ betrug, stieg sie bei den externalen Störungsbildern auf $ICC = 0.725$ an. Bei der getrennten Betrachtung der beiden Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ ergaben sich gegenläufige Effekte. Die Interrater-Korrelation war bei der Konfliktachse bei den internalen Störungsbildern höher ($ICC = 0.800$) als bei den externalen Störungsbildern. Im Gegensatz dazu fand sich bei der Strukturachse bei den externalen Störungsbildern eine höhere Interrater-Reliabilität ($ICC = 0.424$) als bei den internalen Störungsbildern. Darüber hinaus scheint die Konsistenz der Urteile bei weiblichen Patienten signifikant besser zu sein ($p = 0.005$). Das Alter der Patienten hatte hierauf hingegen keinen Einfluss. Die Raterübereinstimmung war für

Frauen und Männer gleich gut. Jüngere Rater (<24 Jahre) hatten eine signifikant höhere Übereinstimmung ($M = 0.737$) mit den anderen Ratern als ältere Rater ($M = 0.688$). Ein interessantes Ergebnis ist, dass sich sowohl bei der Struktur- als auch bei der Konfliktachse ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Raters und dem Geschlecht des Patienten findet. In Bezug auf die Konfliktachse lag die mittlere Korrelation bei weiblichen Patienten signifikant höher ($M = 0.820$) als bei männlichen Patienten ($M = 0.748$). Ebenso wurden männliche Patienten von männlichen Ratern signifikant übereinstimmender beurteilt ($M = 0.767$) als weibliche Patienten ($M = 0.740$). Dieses Ergebnis zeigte sich auch bei der Strukturachse: Weibliche Beurteiler stimmten bei weiblichen Patienten signifikant besser ($M = 0.493$) überein als bei männlichen Patienten ($M = 0.300$). Ebenso beurteilten männliche Beurteiler männliche Patienten signifikant konsistenter ($M = 0.578$) als weibliche Patienten ($M = 0.509$).

Vom Beginn bis zum Ende des Seminars stieg über 18 Wochen die Übereinstimmung der Ratings im Mittel um 0.10 (Intraclass-Korrelation) signifikant an. In Bezug auf die Konfliktachse zeigte sich eine kontinuierliche Verbesserung von 0.04. Im Gegensatz dazu wurden für die Strukturachse große Schwankungen mit sowohl sehr hohen als auch extrem niedrigen Übereinstimmungen über den gesamten Verlauf des Seminars gefunden.

2.2 Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ.

Winter, S., Jelen, A., Pressel, C., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2011).

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60, 41-59.

In dieser Studie wurden 60 (teil-)stationäre Patienten auf allen Achsen der OPD-KJ beurteilt. Die Stationstherapeuten führten das Interview anhand eines Interviewleitfadens (Winter, 2004) durch. Mit den jüngeren Patienten (<12 Jahre) wurde zusätzlich der Scenotest (von Staabs, 1964) durchgeführt. Alle Interviews (ca. 40 Min.) wurden auf Video aufgenommen. Die Auswertung des videographierten Materials erfolgte unabhängig vom Interviewer in einem Konsensrating von jeweils zwei zuvor zertifizierten, klinisch erfahrenen Ratern nach dem Manual (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003). Zusätzlich zur Diagnostik mit der OPD-KJ erfolgte ein semistrukturiertes diagnostisches Interview psychischer Störungen (K-SADS-PL; Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Stadler & Poustka, 2001).

Die Studienstichprobe umfasste 28 Mädchen und 32 Jungen mit einem Durchschnittsalter von 11.3 Jahren (SD = 3.6). Die Patienten hatten Diagnosen aus den Bereichen Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9; N = 28), affektive Störungen (F3; N = 11), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4; N = 11), Essstörungen (F5; N = 8) und Autismusspektrumstörungen (F8; N = 2). Zur Überprüfung der klinischen Validität konnte die Gesamtgruppe in zwei Gruppen mit internalen (N = 17) und externalen (N = 19) Störungsbildern eingeteilt werden.

Die Achse „**Beziehung**“ zeigte für die Gesamtgruppe der Patienten überwiegend positive Affekte und Verhalten im Sinne von Unterwerfung. Zwischen internalen und externalen Störungsbildern ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Beziehungsgestaltung. Eine Faktorenanalyse ergab für den objektbezogenen Kreis zwei Faktoren (F1: positiver Affekt; F2: negativer Affekt/Kontrolle), die 73,9 % der Varianz aufklärten. Die interne Konsistenz des Faktors 1 betrug Cronbachs $\alpha = .845$, für Faktor 2 Cronbachs $\alpha = .790$. In Bezug auf den subjektbezogenen Kreis ergab sich ein Faktor mit unterschiedlichen Ladungsvorzeichen, der 55,6 % der Varianz aufklärte. Die interne Konsistenz betrug für die Gruppe 1 (positiver Affekt/Unterwerfung) Cronbachs $\alpha = .865$, für die Gruppe 2 (negativer Affekt/Kontrolle) Cronbachs $\alpha = .774$.

Die Achse „**Konflikt**“ zeigte für die Gesamtgruppe der Patienten folgende Häufigkeitsverteilungen: Überwiegend wurden fünf intrapsychische Konflikte in absteigender Rangfolge benannt: konflikthafte Lebensbelastung (70,7 %), Selbstwertkonflikt (56,9 %), Autonomie vs.

Abhängigkeit (53,4 %), Versorgung vs. Autarkie (32,8 %), Unterwerfung vs. Kontrolle (24,3 %). Bei Patienten mit internalen Störungen überwog statistisch signifikant der passive Verarbeitungsmodus, bei Patienten mit externalen Störungen der aktive Verarbeitungsmodus. Zudem zeigten die Patienten mit internalen Störungen signifikant mehr Konflikte bei dem Thema Versorgung vs. Autarkie, bei Patienten mit externalen Störungen wurden mehr Konflikte bei dem Thema Unterwerfung vs. Kontrolle gefunden.

Die Achse „**Struktur**“ zeigte für die Gesamtgruppe der Patienten einen Zwischenwert zwischen mäßigem und geringem Integrationsniveau. In der Steuerungsinstanz zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit internalen und externalen Störungen. Die Faktorenanalyse ergab ein zweifaktorielles Modell mit 73,7 % Varianzaufklärung. Der erste Faktor entsprach der Dimension Steuerung mit einer internen Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .895$, der zweite Faktor den Dimensionen Selbst- und Objekt-erleben sowie kommunikative Fähigkeiten mit einer internen Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .956$.

Die Achse „**Behandlungsvoraussetzungen**“ zeigte für die Gesamtgruppe der Patienten eine psychische Beeinträchtigung mit Leidensdruck und Bündnisfähigkeit von mittlerer Ausprägung. Niedrigere Mittelwerte zeigten die familialen Ressourcen, die Behandlungsmotivation und der Krankheitsgewinn. Bei Patienten mit internalen Störungen fanden sich in folgenden Bereichen signifikant höhere Werte als bei Patienten mit externalen Störungen: bei der psychischen Beeinträchtigung, bei der Veränderungs- und Behandlungsmotivation, bei der Einsichtsfähigkeit sowie beim Krankheitsgewinn. Die Faktorenanalyse ergab ein dreifaktorielles Modell mit einer Varianzaufklärung von 71 %. Faktor 1 (subjektive Dimensionen) wies eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .785$ auf, Faktor 2 (Ressourcen) eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .767$, Faktor 3 (Therapievoraussetzungen) eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .771$. Alle Items konnten faktorenanalytisch den inhaltlichen Dimensionen des OPD-KJ-Manuals zugeordnet werden. Nur die außerfamiliale Unterstützung gehörte inhaltlich laut Manual zur Dimension Ressourcen, faktorenanalytisch wurde das Item jedoch der Dimension Therapievoraussetzungen zugeordnet.

2.3 Eine Pilotstudie zur Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund.

Winter, S., Jelen-Mauboussin, A., Lenz, K., Pressel, C. & Lehmkuhl, U. (2013).

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 62, 285-299.

In dieser Studie wurden 32 (teil-)stationäre Patienten mit und ohne Migrationshintergrund auf allen Achsen der OPD-KJ – „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“, „Behandlungsvoraussetzungen“ – beurteilt. Von diesen hatten 14 Patienten einen Migrationshintergrund: Vier stammten aus der Türkei, drei aus Polen, zwei aus Russland und zwei aus dem Iran. Jeweils ein Patient stammte aus den Niederlanden, Großbritannien, Griechenland, dem Libanon, der Ukraine, Indien, den Philippinen sowie den USA. Einen Migrationshintergrund hat der Definition des Statistischen Bundesamtes (2010) zufolge, wer nach 1949 nach Deutschland eingewandert ist, als Ausländer in Deutschland geboren ist oder als Deutscher zumindest einen zugezogenen Elternteil hat. Die übrigen 18 Patienten hatten keinen Migrationshintergrund.

Die Beurteilung der Achsen erfolgte anhand des Interviewleitfadens (Winter, 2004) und bei jüngeren Patienten (<12 Jahre) zusätzlich anhand des Scenotests (von Staabs, 1964). Die Interviews wurden videographiert und von jeweils zwei zertifizierten Ratern anhand des Manuals (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) ausgewertet. Zudem wurde mit den Patienten ein semistrukturiertes diagnostisches Interview bezüglich psychischer Störungen (K-SADS-PL; Delmo et al., 2001) geführt. Alle Patienten hatten eine Diagnose aus dem Bereich Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD 10: F9). Die Alters- und Geschlechterverteilung zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund war vergleichbar.

In Bezug auf die Achsen „Behandlungsvoraussetzungen“, „Beziehung“ und „Konflikt“ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Alle Patienten zeigten bei den Behandlungsvoraussetzungen eine mittlere *psychische Beeinträchtigung* und *Leidensdruck* bei eher niedrigen Werten in den Dimensionen *Veränderungsmotivation*, *Ressourcen* und *Therapievoraussetzungen*. Bei der Achse „Beziehung“ überwog im objekt- und subjektgerichteten Kreis der *positive Affekt* gegenüber dem *negativen Affekt* sowie die *Unterwerfung* gegenüber der *Kontrolle*. Bei allen Patienten zeigten sich vier zentrale Konflikte:

Konflikthafte Lebensbelastung, Abhängigkeit vs. Autonomie, Selbstwertkonflikt, Versorgung vs. Autarkie.

Die Achse „Struktur“ zeigte signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen in den Dimensionen *Steuerung* sowie *Selbst- und Objektwahrnehmung*. Insgesamt hatten die Patienten mit Migrationshintergrund ein signifikant niedrigeres Integrationsniveau in den genannten Bereichen. Im Bereich *Steuerung* zeigten Patienten mit Migrationshintergrund ein geringes Integrationsniveau ($M = 4.9$), Patienten ohne Migrationshintergrund ein mäßiges bis geringes Integrationsniveau ($M = 4.4$). Auf Einzelitem-Ebene fand sich für das Item *Selbstgefühl* ein signifikanter Unterschied ($p = .010$): Patienten mit Migrationshintergrund hatten ein niedrigeres *Selbstgefühl*. Im Bereich *Selbst- und Objekterleben* zeigten Patienten mit Migrationshintergrund ein mäßiges bis geringes Integrationsniveau ($M = 4.2$), Patienten ohne Migrationshintergrund ein mäßiges Integrationsniveau ($M = 3.5$). Der *Gesamtwert* ($p = .042$) und das Item *Selbsterleben* ($p = .014$) wiesen einen signifikanten Unterschied auf: Patienten mit Migrationshintergrund hatten im Bereich *Selbsterleben* ein niedrigeres Integrationsniveau. Im Bereich *Kommunikation* ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen.

2.4 Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit. Eine Pilotstudie bei Patienten mit Anorektaler Malformation.

Winter, S., Märzheuser, S., Schmidt, D., Jelen-Mauboussin, A., Lenz, K. & Noeker, M. (2012).

Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 62, 259-265.

In dieser Studie wurden 44 Patienten mit anorektaler Malformation (ARM) in einer chirurgischen Spezialsprechstunde untersucht. Ein kinder- und jugendpsychiatrisches Screening (SDQ; Goodman, 1997; FABEL; Ravens-Sieberer et al., 2001) konnte bei 30 Patienten durchgeführt werden. 30 % der Eltern berichteten über Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen und 70 % der Eltern wünschten sich psychosoziale Unterstützung (Winter et al., 2009). Eine standardisierte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik (K-SADS-PL; Delmo et al., 2001; HAWIK III; Tewes, Rossmann & Schallberger, 2005; CBCL; Achenbach, 1991) fand bei 15 Patienten statt und ergab bei 30 % der Patienten eine behandlungsbedürftige psychiatrische Diagnose (Schmidt et al., 2010).

Zusätzlich wurde ein OPD-KJ-Interview über alle Achsen – „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ – anhand des Interviewleitfadens (Winter, 2004) bei 14 Patienten mit ARM (M = 10.0; Range 4–17) durchgeführt, bei jüngeren Kindern (<12 Jahre) fand zusätzlich der Scenotest (von Staabs, 1964) statt. Es wurden Videoaufzeichnungen angefertigt, die von zertifizierten Ratern ausgewertet wurden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden mit den Ergebnissen einer OPD-KJ-Anwendung bei 60 (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (KJP-Patienten; Winter, Jelen, Pressel, Lenz & Lehmkuhl, 2011) verglichen. Das Altersspektrum der beiden Stichproben war vergleichbar; bei den Patienten mit ARM überwog das männliche Geschlecht.

Die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ zeigte signifikante Unterschiede: Patienten mit ARM hatten im Vergleich zu KJP-Patienten einen niedrigeren *Leidensdruck*, größere *familiäre Ressourcen* und weniger häufig *altersentsprechende Krankheitshypothesen*. Subjektive *Krankheitshypothesen* nannten nur 35,7 % der Patienten mit ARM im Vergleich zu 60 % der KJP-Patienten. Die Achse „Beziehung“ zeigte ebenfalls signifikante Unterschiede: Patienten mit ARM zeigten sich im Vergleich mit KJP-Patienten im objektgerichteten Kreis weniger *gewähren-lassend*, weniger *vorwurfsvoll* sowie weniger *aggressiv-feindselig*. Im subjektgerichteten Kreis reagierten die Patienten mit ARM im Vergleich zu den KJP-Patienten weniger *missmutig*, *sich-verschließend* sowie weniger *wütend im Kontakt*. Die

Achse „Struktur“ zeigte signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen: Patienten mit ARM hatten im Vergleich zu KJP-Patienten im Gesamtwert Struktur, im Gesamtwert der Dimension Steuerung sowie in den Einzelitems *Konfliktbewältigung*, *Entschlüsselung fremder Affekte*, *kommunikative Funktion eigener Affekte* und *internalisierte Kommunikation* ein signifikant höheres Integrationsniveau. Die „Konflikte“ wurden als Rangfolge dargestellt: Bei allen Patienten (100 %) mit ARM wurde eine *konflikthafte Lebensbelastung* gesehen; hingegen wiesen nur 70 % der KJP-Patienten eine *konflikthafte Lebensbelastung* auf. Dies stellte einen statistisch signifikanten Unterschied dar ($p < 0.001$). Als zweitwichtigster Konflikt wurde bei Patienten mit ARM *Versorgung vs. Autarkie* (64 %) angegeben, bei KJP-Patienten der *Selbstwertkonflikt* (57 %). Die übrigen Konflikte, insbesondere auch *Unterwerfung vs. Kontrolle*, waren bei beiden Patientengruppen nachgeordnet.

2.5 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung.

Jelen-Mauboussin, A., Klipsch, O., Pressel, C., Lenz, U., Lehmkuhl, U. & Winter, S. (2013).

Psychotherapeut, 58, 24-30.

In dieser Studie wurden 60 (teil-)stationäre KJP-Patienten zu Behandlungsbeginn (t1) hinsichtlich ihrer psychischen Struktur untersucht. 27,6 Monate (SD = 3,9 Monate) nach der Entlassung konnten 25 Patienten ein zweites Mal (t2) für eine Untersuchung gewonnen werden. Die Teilnehmer unterschieden sich von den Nichtteilnehmern nicht signifikant in Bezug auf Alter, Geschlecht, Behandlungsmotivation, Leidensdruck, Behandlungsdauer und die psychische Struktur. Die Eingangs- und Nachuntersuchung umfasste: ein videographiertes OPD-KJ-Forschungsinterview (Winter, 2004), das K-SADS-PL (Delmo et al., 2001) und Fremdratingskalen (CBCL; Achenbach, 1991; SDQ; Goodman, 1997). Es folgte ein Konsensrating durch jeweils zwei zertifizierte Rater.

Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (t1) hatten alle 25 Patienten, die an der Verlaufsuntersuchung teilnahmen, eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose: Essstörung (N = 6), hyperkinetische Störung (N = 6), emotionale Störung des Kindesalters (N = 3), Enkopresis (N = 2), depressive Störung (N = 2), Angststörung (N = 2), Zwangsstörung (N = 1), posttraumatische Belastungsstörung (N = 1), somatoforme Störung (N = 1), Störung des Sozialverhaltens (N = 1). Bei den nachuntersuchten Patienten persistierte zum Zeitpunkt t2 noch bei zehn Patienten eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose nach dem K-SADS-PL. Dabei handelt es sich vorwiegend um Störungen aus dem externalisierenden Bereich (hyperkinetische Störung (N = 3), Störung des Sozialverhaltens (N = 3)). Die internalisierenden Störungen hatten sich überwiegend zurückgebildet (Essstörung (N = 3), Angststörung (N = 1)).

Das Integrationsniveau der psychischen Struktur (Gesamtwert) war zum Zeitpunkt t1 gering (M = 3.8). Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t2) verbesserte sich das Integrationsniveau von einem geringen auf ein mäßiges Strukturniveau (M = 3.3). Für den Gesamtwert ($p = 0.045$) sowie für die Bereiche *Steuerung* ($p = 0.005$) und *kommunikative Fähigkeiten* ($p = 0.016$) zeigten sich signifikante Verbesserungen des Integrationsniveaus. Der Bereich *Selbst- und Objekterleben* blieb jedoch stabil. Es fanden sich keine Zusammenhänge zwischen den Veränderungen und potenziellen Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter und Diagnosen.

Im SDQ ergaben sich signifikante Verbesserungen der Symptomatik in den Bereichen emotionale Probleme ($p = 0.015$) und Hyperaktivität ($p = 0.019$) sowie beim Gesamt-Score ($p = 0.001$). Im CBCL zeigten sich signifikante Veränderungen auf der internalisierenden ($p = 0.005$) und externalisierenden ($p = 0.005$) Skala sowie beim Gesamtwert ($p < 0.001$). Die auffälligen Werte von t1 lagen zu t2 im Normalbereich. Zwischen den Gesamt-Scores von SDQ ($r = .591$) bzw. CBCL ($r = .709$) und dem Gesamtwert der psychischen Struktur ergaben sich positive Korrelationen.

3. DISKUSSION

Die vorliegenden Studien haben die Gütekriterien der OPD-KJ überprüft und in der klinischen Anwendung erprobt. Ausgehend von einer Stichprobe von 60 (teil-)stationären KJP-Patienten wurden zur empirischen Überprüfung die Interrater-Reliabilität sowie die Validität und Reliabilität (interne Konsistenz) überprüft.

3.1 Empirische Überprüfung

In unserer Studie zur Interrater-Reliabilität wurden 18 Patienten von 20 Ratern auf den OPD-KJ-Achsen „**Konflikt**“ und „**Struktur**“ beurteilt. Die Interrater-Übereinstimmungen waren insgesamt *gut* (ICC = 0.758), fielen jedoch bei der Konfliktachse (ICC = 0.785) höher aus als bei der Strukturachse mit nur *moderater* Übereinstimmung (ICC = 0.575). Ähnliche Ergebnisse mit insgesamt zufriedenstellenden Übereinstimmungen haben zwei andere Studien zur Interrater-Reliabilität ergeben: Die Studien von Benecke et al. (2011) und Stefini et al. (in Druck) ergaben sehr gute Ergebnisse für die Strukturachse und ein eher gemischtes Bild bzw. gute Werte für die Konfliktachse. Die schwankenden Ergebnisse in Bezug auf Konflikt- und Strukturachse könnten möglicherweise durch voneinander abweichende Arten der Interviewführung bedingt sein, die unterschiedlich geeignet waren, die komplexen Informationen zur Einschätzung zu erheben. Dies legte die Entwicklung von Interviewleitfäden (Winter, 2004; Benecke, 2009; Rathgeber, Sommer, Dietrich, Winter & Seiffge-Krenke, 2009) nahe. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Vorläufer-Interviews wird von uns für die Neuauflage der OPD-KJ 2, die für das Jahr 2013 in Planung ist, ein Interviewleitfaden in Anlehnung an die OPD-2 für die Praxis entwickelt. Zur spielerischen Befunderhebung bei jüngeren Patienten ist der Scenotest (von Staabs, 1964) nur eingeschränkt empfehlenswert. Im Verhältnis zum Zeitaufwand sind die gewonnenen Informationen nur eingeschränkt wegweisend. In der Zwischenzeit wird das Geschichten-ergänzungs-Verfahren basierend auf der Mac Arthur Story Stem Battery (MSSB; Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, & Emde, 2003) empfohlen (Weber & Stadelmann, 2011). Insbesondere für die Beurteilung der OPD-KJ-Achse „Struktur“ sind acht Geschichtenanfänge etabliert. Darüber hinaus ist gerade bei jüngeren Patienten das Interview mit den Bezugspersonen von großer Bedeutung.

Als Einflussfaktoren der Interrater-Reliabilität konnten Diagnose und Geschlecht der Patienten sowie das Alter der Rater identifiziert werden: Bei der Strukturachse waren, bezogen auf internale Störungen, die Übereinstimmungen geringer als bei externalen

Störungsbildern. Bei der Konfliktachse dagegen war die Übereinstimmung bei externalen Störungen am geringsten. Es könnte sein, dass in der hier beschriebenen Untersuchungssituation (Videoaufzeichnung, Beurteiler ohne klinische Erfahrung, kein Einbezug fremdanamnestischer Angaben) sich internale und externale Störungsbilder möglicherweise unterschiedlich darstellen, insbesondere hinsichtlich der verbalen Äußerungen der Patienten. Die klinische Erfahrung lehrt, dass Patienten mit externalen Störungen mehr Schwierigkeiten haben über ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ängste zu sprechen. Unter den genannten Bedingungen halten es die Autoren für möglich, dass das insbesondere bei externalen Störungen weniger ausführliche Beurteilungsmaterial als Grundlage für das Rating der Studierenden zu weniger übereinstimmenden Beurteilungen hinsichtlich der intrapsychischen Konflikte geführt haben könnte. Unter Berücksichtigung der genannten Bedingungen, die keiner realen klinischen Situation entsprechen, könnte die Operationalisierung der intrapsychischen Konflikte nicht ausreichend präzise gewesen sein, insbesondere bei den externalen Störungsbildern. Es bleibt in weiteren Studien zu prüfen, ob sich auch in einer realen klinischen Untersuchungssituation (direktes Interview, Beurteiler mit klinischer Erfahrung, Einbezug fremdanamnestischer Angaben) die Interrater-Reliabilitäten bei verschiedenen Störungsbildern unterscheiden.

Entsprechend den Annahmen des Arbeitskreises OPD-KJ, dass der intrapsychische Konflikt leichter in den höheren Altersstufen diagnostizierbar ist, fanden wir höhere Übereinstimmungen bei Jugendlichen als bei jüngeren Patienten. Es ist davon auszugehen, dass Jugendliche über ihre Fähigkeiten zur Emotionsregulierung, zur Selbst- und Objektdifferenzierung etc. leichter Auskunft geben können, da ihnen psychologische Beschreibungskategorien eher zugänglich sind als Kindern (Oerter & Montada, 2002). Obwohl die OPD-KJ bereits entwicklungspsychologische Gesichtspunkte berücksichtigt (Seiffge-Krenke, 1999), ist dies möglicherweise noch zu optimieren.

Zudem interagiert das Geschlecht der Rater mit dem der Patienten. Sowohl bei der Struktur- als auch bei der Konfliktachse stimmen die Urteile der Rater bei Patienten des gleichen Geschlechts stärker überein als bei Patienten des anderen Geschlechts. Dies legt nahe, dass gleichgeschlechtliche Therapeuten sich in ihre Patienten möglicherweise besser einfühlen können. Was das Alter der Beurteiler angeht, so stimmen jüngere Beurteiler generell mehr überein als ältere (Median-Split bei 24 Jahren). Möglicherweise ist dies der Fall, weil sie mit weniger Hintergrundwissen, also ohne wesentliche klinische Erfahrung oder Psychotherapieausbildung, die Beurteilung vornehmen und sich daher mehr an die Vorgaben des Test-

manuals halten. Es ist eine Erfahrung aus den Trainings mit Praktikern, dass viel klinische Erfahrung und theoretische Ausbildung den Blick für das objektiv Beobachtbare und Operationalisierbare erschweren können (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Dies spiegelt sich auch darin wieder, dass unsere Hypothese bestätigt werden konnte, dass Trainings die Interrater-Reliabilität erhöhen können.

Über die Konflikt- und Strukturachse hinaus liegt bisher nur eine Studie zur Interrater-Reliabilität der Achse „**Beziehung**“ (Weber et al., 2009) vor, die ebenfalls moderate bis sehr gute Übereinstimmungen zeigte. Allerdings gab es eine Ausnahme bei dem Item *freundlich anleitend* mit geringer Übereinstimmung. Dies könnte möglicherweise dadurch bedingt sein, dass bei diesem Item ein positiver Affekt (freundlich) und ein affektneutrales Verhalten (anleitend) zusammen befundet werden müssen. Für die Überarbeitung des OPD-KJ-Manuals wäre eine Verbesserung der Trennschärfe bei diesem Item zu prüfen.

Über die Interrater-Reliabilität hinaus werden in unserer zweiten Studie weitere empirische Daten zu Validität und Reliabilität für alle OPD-KJ-Achsen diskutiert.

Das Gesamtergebnis der **OPD-KJ-Achse „Beziehung“** zeigte bei allen Patienten im Verhalten überwiegend *positive Affekte* und *Unterwerfung*. Die Patienten mit internalen Störungen ließen sich tendenziell eher auf die Beziehung ein, waren freudiger im Kontakt und fügten sich fremden Handlungsimpulsen eher. In Bezug auf die klinische Validität zeigten sich allerdings entgegen unserer Hypothese keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Störungsgruppen. Eine Replikation mit einer größeren Stichprobe könnte möglicherweise stärkere Unterschiede zwischen den beiden Störungsgruppen abbilden. Die Überprüfung der Konstruktvalidität ergab zwei Faktoren: *positiver Affekt/Unterwerfung* sowie *Kontrolle/negativer Affekt* mit befriedigenden bis guten internen Konsistenzen. Inhaltlich entspricht dies dem Kreismodell, wonach horizontal die *Affiliation* (liebevoll vs. feindselig) und vertikal die *Kontrolle* (kontrollierend vs. unterwürfig) verortet werden (Benjamin, 1974). Auch die internen Konsistenzen für die einzelnen Items der in der OPD-KJ vorgesehenen Kreise konnten durch Fliedl und Katzenschläger (2009) mit befriedigend bis gut bestätigt werden.

Von insgesamt sieben Konfliktthemen der **OPD-KJ-Achse „Konflikt“** spielten lediglich vier eine bedeutsame Rolle. Übereinstimmend mit Studien aus dem Erwachsenenbereich (Rudolf, 1996; Schneider et al., 1998) konnte ein Vorherrschen der Konflikte *Abhängigkeit* vs. *Autonomie*, *Unterwerfung* vs. *Kontrolle*, *Versorgung* vs. *Autarkie* und *Selbstwertkonflikt*

gezeigt werden. Dies konnte in der Studie von Benecke et al. (2011) bestätigt werden. Darüber hinaus spielte im Kinder- und Jugendlichenbereich die *konflikthafte Lebensbelastung* eine entscheidende Rolle. Ganz im Gegensatz dazu wurde diese Zuordnung in der Studie von Benecke (2011) nicht ein einziges Mal vergeben. Dies könnte folgende Gründe haben: Aufgrund der häufigen Vergabe der *konflikthafte Lebensbelastungen* auch bei Patienten, bei denen eine Belastung schon länger als sechs Monate vorlag, wäre zu überlegen, ob das Zeitfenster von sechs Monaten der Situation der Kinder und Jugendlichen gerecht wird. Im Unterschied zu Erwachsenen, bei denen unbewusste Konflikte durch Lebensbelastungen aktualisiert werden, geht es bei Kindern und Jugendlichen häufig um länger andauernde Lebensbelastungen (z.B. psychisch kranke Eltern, Migration, Trennung der Eltern, somatische Erkrankung), die unbewusste Konflikte beeinflussen bzw. diese entstehen lassen. Insofern könnte es sinnvoll sein, das Zeitfenster über sechs Monate hinaus zu vergrößern. Auf der anderen Seite könnte bei den Ratern eine Neigung bestanden haben, die *konflikthafte Lebensbelastung* anstelle anderer Konflikte zu vergeben. Gründe dafür könnten sein, dass andere Konflikte nach den Kriterien des OPD-KJ-Manuals nicht vergeben werden konnten oder dass den Kindern und Jugendlichen aufgrund des Alters die anderen Konflikte noch nicht zugeschrieben wurden.

Beim Vergleich der Patienten mit internalen und externalen Störungen ergaben sich Hinweise auf die klinische Validität für die Achse „Konflikt“. Unserer Hypothese entsprechend kam der passive Verarbeitungsmodus bei Patienten mit internalen Störungen und der aktive Verarbeitungsmodus bei Patienten mit externalen Störungen signifikant häufiger vor. Zudem zeigten sich bei zwei Konflikten zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikante Unterschiede: Der Konflikt *Versorgung vs. Autarkie* war signifikant häufiger bei Patienten mit internalen Störungen, der Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* bei Patienten mit externalen Störungen.

Über die klinische Validität hinaus überprüften Benecke et al. (2011) die Kriteriumsvalidität. Bedeutsame Korrelationen finden sich anhand der Selbsteinschätzungsskalen (PSSI, Kuhl & Kazén, 1997; IIP, Horowitz, Strauß & Kordy, 2000) für den Konflikt *Abhängigkeit vs. Autonomie* – nur aktiver Modus – und für den Selbstwertkonflikt – aktiver und passiver Modus. Ein interessantes Ergebnis war, dass die Korrelationen sich für jeden einzelnen Konflikt je nach Modus der Verarbeitung unterschieden. Dem steht gegenüber, dass nach der OPD-KJ der Verarbeitungsmodus für alle Konflikte gemeinsam eingeschätzt wird. Dieses Ergebnis legt jedoch die Beurteilung des Verarbeitungsmodus für jeden einzelnen dieser

Konflikte nahe. Dies scheint auch deshalb von Bedeutung, weil eine Studie im Rahmen der OPD zur prädiktiven Validität ergab, dass der Therapieerfolg insbesondere vom aktiven Verarbeitungsmodus und nicht vom Konfliktthema abhing (Cierpka et al., 2007).

Das Gesamtergebnis der **OPD-KJ-Achse „Struktur“** zeigte bei allen Patienten ein mäßiges bis geringes Integrationsniveau. Bei kleineren Schwankungen war das geringste Integrationsniveau bei der Dimension *Steuerung* zu verzeichnen. Zur Überprüfung der klinischen Validität fand ein Vergleich von Patienten mit internalen und externalen Störungen statt, der nur für die Dimension *Steuerung* einen statistisch signifikanten Unterschied ergab. Unserer Hypothese entsprechend wiesen Patienten mit externalen Störungen hinsichtlich der Steuerungsinstanz ein schlechteres Strukturniveau auf als Patienten mit internalen Störungen. Möglicherweise würden sich bei einer größeren Stichprobe deutlichere strukturelle Unterschiede auch in den anderen Dimensionen ergeben. Aufgrund klinischer Erfahrung wäre sicherlich für Patienten mit internalen Störungen eine psychische Struktur mit einem besseren Integrationsniveau zu erwarten gewesen. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass es sich hierbei um (teil-)stationäre Patienten mit internalen Störungen handelte, die häufig auch ein niedrigeres Integrationsniveau aufweisen. Eine andere Erklärung könnte sein, dass in unserer Studie eine Tendenz zur Mitte gerade bei der OPD-KJ-Achse „Struktur“ festzustellen war und insofern Unterschiede in der Strukturachse nur eingeschränkt abgebildet werden konnten. Die Überprüfung der Konstruktvalidität ergab eine Zwei-Faktoren-Lösung mit sehr guten internen Konsistenzen. Dies konnte durch zwei Studien bestätigt werden (Fliedl & Katzenschläger, 2009; Weitkamp et al., eingereicht).

Die konkordante Validität überprüfte Benecke et al. (2011), der bedeutsame Korrelationen mit den DSM-IV-Diagnosen und einer Selbsteinschätzungsskala (FEPAA; Lukesch, 2006) nachweisen konnte. Diese Befunde weisen auf eine gute Konstruktvalidität der im Manual vorgenommenen Differenzierung von drei voneinander unabhängigen Strukturdimensionen hin (Weitkamp et al., 2012). Für die OPD ergab sich hingegen ein eindimensionales Konzept (Cierpka et al., 2007). Dies bedeutet, dass dem Arbeitskreis OPD-KJ unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte im Vergleich eine differenziertere Operationalisierung gelungen ist.

Die **OPD-KJ-Achse „Behandlungsvoraussetzungen“** wies für die Gesamtgruppe der (teil-)stationären Patienten eine psychische Beeinträchtigung mit Leidensdruck und Bündnisfähigkeit von mittlerer Ausprägung auf. Niedrigere Mittelwerte fanden sich bei den familialen

Ressourcen, der Behandlungsmotivation und dem Krankheitsgewinn. Diese Items könnten für die Entscheidung einer notwendigen stationären Behandlung eine entscheidende Rolle gespielt haben.

Zur Überprüfung der klinischen Validität der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ wurden die Patienten mit internalen und externalen Störungen verglichen. Es ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede. Bei den subjektiven Dimensionen fühlten sich Patienten mit internalen Störungen stärker *psychisch beeinträchtigt*, zeigten einen höheren *Leidensdruck*, mehr *Krankheitshypothesen* und *Einsichtsfähigkeit* sowie höhere *Veränderungs- und Behandlungsmotivation*. Diese Ergebnisse sprechen für bessere Behandlungsvoraussetzungen bei Patienten mit internalen Störungen und entsprechen unserer Hypothese. Allerdings zeigte sich bei den Patienten mit internalen Störungen auch ein höherer *Krankheitsgewinn*, was eine ungünstigere Behandlungsvoraussetzung darstellt. Diese Ergebnisse entsprechen unseren klinischen Erfahrungen. In Studien mit erwachsenen Patienten wurden für verschiedene Störungsbilder ebenfalls Unterschiede auf der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ beschrieben. Schneider, Klauer und Freyberger (2008) konnte zeigen, dass Patienten mit affektiven Störungen oder Angststörungen signifikant häufiger den Wunsch nach aufdeckender Psychotherapie äußerten als Patienten mit Essstörungen oder somatoformen Störungen. Über die klinische Validität hinaus bestätigt eine unserer Studien auch die prädiktive Validität der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ (Winter et al., 2007).

Die Überprüfung der Konstruktvalidität ergab eine Drei-Faktoren-Lösung mit guten internen Konsistenzen. Diese Ergebnisse stützen die theoretischen Vorannahmen bei der Entwicklung der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“. Das Item „außerfamiliale Unterstützung“ machte eine Ausnahme. Nach der OPD-KJ inhaltlich der Dimension *Ressourcen* zugeordnet, erscheint es in der Faktorenanalyse bei der Dimension *Therapievoraussetzungen*. Laut Definition ist in dieser zu erfassen, inwieweit die Familie Kenntnisse von Hilfsangeboten hat und ob diese bisher genutzt wurden. Dies kann zu den Therapievoraussetzungen gerechnet werden, denn erst wenn die Familie von Hilfsangeboten weiß, kann sie diese auch nutzen. In einer anderen Studie (Weitkamp et al., eingereicht) ergab sich ebenfalls eine Drei-Faktoren-Lösung. Allerdings ließ sich das Item „Einsichtsfähigkeit in psychosoziale Zusammenhänge“ nicht – wie im OPD-KJ-Manual vorgegeben – den *Therapievoraussetzungen* zuteilen, sondern musste den *subjektiven Dimensionen* zugeordnet werden. Dies ist inhaltlich gut nachvollziehbar, da im Interview zum Teil Überschneidungen zwischen dem Item „Einsichtsfähigkeit in psychosoziale Zusammenhänge“ und dem Item „Krankheitshypothesen“, welches auch zu den

subjektiven Dimensionen gehört, beobachtet werden konnten. Auf der Basis dieser Ergebnisse sollte für die Weiterentwicklung der OPD-KJ überlegt werden, die beiden Items „außerfamiliale Unterstützung“ und „Einsichtsfähigkeit in psychosoziale Zusammenhänge“ inhaltlich entsprechend zuzuordnen.

Demgegenüber stehen Studien zur OPD, die eine gute Konstruktvalidität für die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ nicht bestätigen konnten (Cierpka et al., 2007). In zwei weiteren Studien waren die internen Konsistenzen nur gering bis zufriedenstellend (Fliedl & Katzenschläger, 2009; Weitkamp et al., eingereicht). Diese unterschiedlichen Ergebnisse können möglicherweise mit der Art der Interviewführung im Zusammenhang stehen, da die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ zur Beurteilung durch die Rater direkt erfragt werden muss.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass unsere Studien auf der Grundlage von klinischen Stichproben gewonnen wurden. Erwartungsgemäß (Remschmidt & Schmidt 2000) war die Patientengruppe mit internalen Störungen älter und umfasste mehr Mädchen; umgekehrt war die Patientengruppe mit externalen Störungen jünger und umfasste mehr Jungen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnte. Auf eine Kontrollgruppe wurde aus ethischen Gründen verzichtet.

Zusammenfassend muss betont werden, dass unsere Studie zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität der Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ als bisher einzige veröffentlichte Studie mit einer Anzahl von 20 Ratern befriedigende Ergebnisse zeigte. Unsere zweite Studie ist bislang die einzige veröffentlichte Studie zur klinischen Validität und zur Konstruktvalidität anhand von Faktorenanalysen sowie zur Reliabilität anhand von internen Konsistenzen. Diese Analysen zeigen eine zuverlässige und valide Erfassung psychodynamischer Befunde und stellen eine wichtige Voraussetzung für die klinische Anwendung der OPD-KJ dar.

Trotz der geringen Datenlage der OPD-KJ im Vergleich zur OPD fällt die empirische Bestandsaufnahme zur Validität und Reliabilität der OPD-KJ insgesamt ermutigend aus. Die Replizierung der Ergebnisse an größeren und unabhängigen Stichproben wäre der nächste wichtige Schritt. Wichtig wären Hypothesen zu erwartenden Zusammenhängen zwischen der OPD-KJ und anderen Instrumenten sowie Befunde zur Retest-Reliabilität.

3.2 Klinische Anwendung

Zur Überprüfung der klinischen Anwendung wurde die OPD-KJ in drei neuen Bereichen eingesetzt: zur Diagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund und bei Patienten mit chronischer somatischer Krankheit sowie zur Veränderungsmessung bei Patienten zwei Jahre nach stationärer Psychotherapie.

Das Ziel unserer ersten Studie war die Beantwortung der Frage, ob die OPD-KJ bei **Patienten mit Migrationshintergrund** eine kultursensible Diagnostik leisten kann. Unsere Hypothese war, dass sich die Ergebnisse von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund bei vergleichbaren Eingangsvoraussetzungen nicht unterscheiden. Dies konnte nicht für alle Bereiche belegt werden. Für die Achsen „Beziehung“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ ergaben sich erwartungsgemäß keine signifikanten Unterschiede in allen Bereichen. Bei der Beziehungsgestaltung konnten Patienten mit Migrationshintergrund in den Beziehungen positive Affekte zulassen und den Untersucher gewähren lassen. Dies spricht für eine *kultursensible Begegnungskultur*. Die Ergebnisse der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ mit *hoher psychischer Beeinträchtigung* bei geringer *Veränderungsmotivation* und geringen *Ressourcen* sind typische Voraussetzungen für die Indikationsstellung einer (teil-)stationären Behandlung (Färber, 1991).

Auch auf der Konfliktachse zeigten sich vergleichbare Ergebnisse. Diese Befunde könnten für einen hohen Integrationsgrad bei den Patienten mit Migrationshintergrund sprechen. Auf der anderen Seite könnte es sein, dass die Rater aufgrund wohlmeinender Tendenzen im Sinne von interkultureller Toleranz bzw. bewusster politischer Korrektheit die Unterschiede bei der Beurteilung ausgeblendet haben (Schatz, Holtz-Bacha & Nieland, 2000). Insbesondere in Bezug auf die Entwicklung eines Identitätskonfliktes gibt es in der Literatur durchaus unterschiedliche Standpunkte. Auf der einen Seite werden bei Patienten mit Migrationshintergrund Unsicherheiten bei der Identitätsentwicklung und Identitätskonflikte beschrieben (Kohte-Meyer, 2006; 2009). Auf der anderen Seite wird beschrieben, dass die Auseinandersetzung zwischen der „Kultur der Familie“ und der „Kultur der Gesellschaft“ die psychische Entwicklung fördert (Schepker & Toker, 2009a). Bisher wird im OPD-KJ-Manual beim Identitätskonflikt das Thema Migration nicht erwähnt. Es scheint sinnvoll zu sein, im Manual explizit darauf hinzuweisen, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund die Entwicklung der Identität bzw. eines Identitätskonflikts besonderen Bedingungen unterworfen ist.

Demgegenüber zeigten sich auf der Strukturachse signifikante Unterschiede in den Dimensionen Steuerung und Selbst- und Objektwahrnehmung. Nach der Beurteilung durch die Rater verfügten die Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich über niedrigere Kompetenzen in den Bereichen *Steuerung (Selbstgefühl)* und *Selbst- und Objektwahrnehmung (Selbsterleben)*. Die Gründe dafür bleiben offen. Auf der einen Seite können ursächlich die Migrationsgeschichte (Özbek & Wohlfart, 2006) einschließlich multipler Diskriminierungserfahrungen (Haufe, 2006), die Erziehungsmethoden (Uslucan, 2009) und Wertevorstellungen (Petrowski, Joraschky, Juen, Benecke & Cierpka, 2009) der Familie diskutiert werden, die sich in der psychischen Struktur widerspiegeln und das niedrigere Integrationsniveau im Bereich Steuerung und Selbst- und Objekterleben bedingen können. Zudem werden gerade bei Patienten mit Migrationshintergrund im Kindes- und Jugendalter Unsicherheiten in der Identität und damit auch Entwicklungsdefizite in der psychischen Struktur beschrieben (Kohte-Meyer, 2006; 2009). Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob dies mit grundsätzlichen Schwierigkeiten bei der Operationalisierung der Items in diesem Bereich zusammenhängt. Nicht zuletzt könnte eine weitere Überlegung eine Rolle spielen: Die Therapeuten und die Rater selbst hatten keinen Migrationshintergrund. Für eine kultursensible Beurteilung ist vielfach die Integration von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund empfohlen worden. Therapeuten mit Migrationshintergrund können speziell auf Patienten mit Migrationshintergrund als positive Identifikationsfiguren wirken (Scheper, 2009) und haben Zugang zu den „transnationalen Lebenswelten“ (Reich & Roth, 2002).

Auf der Basis unserer Studie wird trotz methodischer Schwächen (klein Stichprobe, verschiedene ethnische Hintergründe) eine zurückhaltende Anwendung der Strukturachse der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund empfohlen. Dringend erforderlich ist die Replikation an einer größeren Stichprobe unter Einbeziehung eines multikulturellen Therapeuten- und Raterteams.

Das Ziel unserer zweiten Studie war die Beantwortung der Frage, ob die OPD-KJ auch bei **Patienten mit einer chronischen somatischen Krankheit** wertvolle Hinweise zur Diagnostik bieten kann. Dazu wurden OPD-KJ-Befunde von Patienten mit ARM mit Befunden von KJP-Patienten verglichen. Dass psychiatrische Patienten zum Vergleich herangezogen wurden, ist dem Fehlen von Vergleichsdaten einer Normalpopulation zum Untersuchungszeitpunkt geschuldet. Allerdings sollte dabei bedacht werden, dass bei gesunden Probanden die OPD-KJ-Diagnostik keine Normalverteilung ergäbe, sondern ein individuelles Profil. Eine aktuelle Untersuchung von Rathgeber (2012) hat gezeigt, dass gesunde Kontrollprobanden eine gut integrierte psychische Struktur haben und in Bezug auf die intrapsychischen

Konflikte zwar niedrigere Mittelwerte haben als eine klinische Stichprobe, aber durchaus auch bedeutsame intrapsychische Konflikte (Versorgung vs. Autarkie, Identitätskonflikt) aufweisen. Die Achsen „Beziehung“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ wurden in dieser Studie nicht überprüft.

Die Anwendung der OPD-KJ bei Patienten mit chronischer Krankheit ergab wichtige Befunde über die etablierte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik hinaus. Patienten mit ARM zeigten im Vergleich zu KJP-Patienten signifikante Unterschiede: Unserer Hypothese entsprechend zeichneten sich die Patienten mit ARM durch strukturelle Stärken im Gesamtwert und bei den Items Konfliktbewältigung und Kommunikation von Affekten aus. Diese Stärken werden in der Literatur als wesentlicher Baustein zur Akzeptanz und Integration einer Erkrankung gesehen (Burgmer et al., 2004). Entgegen unseren Erwartungen spielte bei ARM-Patienten im Vergleich zu KJP-Patienten der Konflikt *Unterwerfung versus Kontrolle* als spezifischer analer Konflikt im Rahmen der Grunderkrankung keine größere Rolle. Dies entspricht den Ergebnissen bei der Beziehungsgestaltung: ARM-Patienten zeigten im Vergleich das Thema Unterwerfung versus Kontrolle ebenfalls nicht in größerem Maße. Vielmehr zeigten die Patienten mit ARM mehr konflikthafte Lebensbelastungen, die vermutlich im engen Zusammenhang mit der Grunderkrankung ARM (vielfache Operationen und Krankenhausaufenthalte) und deren Tabuisierung stehen. Auf die Tabuisierung und Belastungen wird in der Literatur ebenfalls hingewiesen (Noeker, 2010; Berglein, 2010).

Unseren Hypothesen entsprechend zeigten die Patienten mit ARM in unserer Studie im Vergleich bessere Behandlungsvoraussetzungen (geringerer Leidensdruck und höhere familiäre Ressourcen), welche den Verlauf der Erkrankung bedeutend unterstützen. Überraschend war für uns das Ergebnis, dass die Patienten mit ARM im Vergleich weniger Krankheitshypothesen hatten. Aus diesem Grund scheint die frühzeitige aufklärende Beratung in Bezug auf die Ätiopathogenese sehr empfehlenswert, um die Entwicklung des Krankheitsverständnisses zu fördern. Sehr wichtig für die Ausdifferenzierung von Krankheitshypothesen scheint auch die Haltung der Eltern (offener Umgang vs. Verheimlichung) im Zusammenhang mit der Erkrankung zu sein (Schmidt et al., 2010). In diesem Zusammenhang leistet die Selbsthilfeorganisation SoMA e. V. einen beachtlichen Anteil an aufklärerischer und vernetzender Informationsarbeit (Schwarzer, 2010). Aufgrund der ausgeprägten Lebensbelastungen sind im Bedarfsfall Maßnahmen zur familiären Unterstützung und psychotherapeutische Hilfen indiziert. Dem tragen die systematischen Untersuchungen bei kongenitalen urorektalen Malformationen im Rahmen von **CURE-Net** (**Network for Congenitale Uro-REctal Mal-formations** (Zwink et al., 2010)) auf

internationaler Ebene Rechnung. Es soll unter anderem ein Nachsorgepass entwickelt werden, der auch psycho-soziale Aspekte der Erkrankung berücksichtigt.

Auf der Basis unserer Studie wird empfohlen, insbesondere die psychische Struktur, die Lebensbelastungen und die Krankheitshypothesen anhand von OPD-KJ auch bei Patienten mit chronisch somatischer Erkrankung zu erfassen, da diese Befunde einen wichtigen Beitrag zur Integration und Akzeptanz der Krankheit leisten können.

Ziel unserer dritten Studie war, die Frage zu beantworten, ob die OPD-KJ zur Veränderungsmessung bei **Patienten zwei Jahre nach stationärer KJP-Behandlung** beitragen kann. Dazu konnten von insgesamt 60 Patienten nach etwa 27 Monaten 25 Patienten erneut mittels OPD-KJ untersucht werden. Im Katamnese-Zeitraum wurden fast alle Patienten psychotherapeutisch behandelt. Im Rahmen einer Drop-Out-Analyse haben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Teilnehmern und Nichteilnehmern der Nachuntersuchung gezeigt. Zum zweiten Messzeitpunkt lag bei 40 % der Teilnehmer immer noch eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose vor. Es handelte sich vorwiegend um Verhaltensauffälligkeiten, die der Literatur zufolge eine recht hohe zeitliche Stabilität aufweisen (Döpfner, 2011).

In dieser Erhebung konnte eine Änderungssensitivität der Achse „psychische Struktur“ der OPD-KJ nachgewiesen werden. Positive Veränderungen in der psychischen Struktur von Kindern und Jugendlichen zeigten sich in der *Steuerung*, was eine bessere Regulierung innerpsychischer Prozesse ermöglicht und die Fähigkeit zur Bewältigung von inneren Konflikten stärkt. Die Anpassungsleistung der kommunikativen Fähigkeiten war ebenfalls verbessert, was die psychosoziale Adaptation fördert. Lediglich in der Dimension Selbst- und Objekterleben zeigte sich die psychische Struktur unverändert. Ähnliche Ergebnisse berichtet auch Romer (2011), der keine signifikanten Veränderungen im Selbst- und Objekterleben während des stationären Aufenthaltes beobachten konnte. In einer Prä-Post-Studie mit Erwachsenen, die im stationären Setting psychotherapeutisch behandelt wurden, hatte Dreher (2006) ähnliche Ergebnisse erhalten. Die Veränderungen bilden sich auch anhand von Fremdbeurteilungs-Fragebögen ab, so dass der Zusammenhang von Verbesserung der strukturellen Fähigkeiten und abnehmenden Verhaltensproblemen naheliegt. Ob diese Veränderungen im Entwicklungsverlauf auch ohne therapeutische Maßnahmen eingetreten wären oder inwiefern der Entwicklungsverlauf anhand der psychotherapeutischen Maßnahmen unterstützt worden ist, kann nicht abschließend bewertet werden.

Auf der Basis unserer Studie konnte erstmals gezeigt werden, dass sich über einen längeren Zeitraum von ca. zwei Jahren hinweg Veränderungen der psychischen Struktur anhand der OPD-KJ abbilden lassen. Bisherige Studien konnten dies nur für einen Zeitraum von einigen Monaten belegen (Dreher, 2006; Romer, 2011).

Zusammenfassend belegen alle drei Studien zur klinischen Anwendung eindrucksvoll, dass die OPD-KJ im klinischen Alltag praktikabel ist und wertvolle Befunde zu verschiedenen Patientengruppen erheben kann. Speziell anhand der Achse „psychische Struktur“ kann ein individuelles Profil für Patienten mit psychischen sowie auch somatischen Problemen erstellt werden, das eine differenzielle Therapieindikation und -planung sowie eine Evaluation in Bezug auf die Behandlung ermöglicht.

Bislang wird innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie weitgehend auf psychodynamische Diagnostik verzichtet. In Anbetracht unserer Forschungsergebnisse sollte die OPD-KJ zur Dokumentation der psychodynamischen Befunde – zusätzlich zur routinemäßigen Diagnostik nach ICD-10 – in Zukunft in den klinischen Alltag einbezogen werden und eine wesentliche Grundlage für eine – orientiert an OPD-KJ-Befunden – differenzierte Behandlung darstellen.

4. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit werden fünf Studien zur empirischen Überprüfung und klinischen Anwendung der OPD-KJ zusammengefasst.

Die empirische Überprüfung der OPD-KJ ergab befriedigende Daten zur Interrater-Reliabilität sowie zur klinischen Validität und zur Konstruktvalidität mit guten internen Konsistenzen. Die Interrater-Reliabilität zeigte für die Achse „**Konflikt**“ gute Werte und für die Achse „**Struktur**“ moderate Werte. Dies wurde im Zusammenhang mit einer möglicherweise unterschiedlichen Interviewführung diskutiert. Verschiedene Einflussfaktoren auf die Ausprägung der Übereinstimmungen konnten gefunden werden: Höhere Übereinstimmungen ergaben sich bei Patienten mit internalen Störungsbildern sowie bei jüngeren Ratern und bei Ratern, bei denen das Geschlecht mit dem Geschlecht des Patienten übereinstimmte. Die klinische Validität konnte anhand eines Vergleichs zwischen Patienten mit internalen und externalen Störungsbildern belegt werden, insbesondere für die Achsen „Behandlungsvoraussetzungen“ und „Konflikt“. Die Konstruktvalidität konnte für die Achsen „**Behandlungsvoraussetzungen**“, „**Beziehung**“ und „**Struktur**“ anhand von Faktoren-Lösungen mit guten internen Konsistenzen belegt werden, die inhaltlich den theoretischen Überlegungen des OPD-KJ-Manuals entsprachen.

Die klinische Anwendung der OPD-KJ wurde in drei neuen Anwendungsbereichen erprobt. Bei **Patienten mit Migrationshintergrund** ergaben sich im Vergleich zu Patienten ohne Migrationshintergrund Besonderheiten auf der Achse „Struktur“: In den Bereichen *Steuerung* (Selbstgefühl) und *Selbst- und Objekterleben* (Selbsterleben) wurde ein niedrigeres Integrationsniveau festgestellt. Dieses Ergebnis weist auf die Notwendigkeit einer weiteren Überprüfung der Kultursensibilität der OPD-KJ-Achse „Struktur“ hin. Im Weiteren zeigten sich bei **Patienten mit chronischer somatischer Erkrankung** im Vergleich zu psychiatrischen Patienten ebenfalls Besonderheiten auf der Achse „Struktur“: Im Bereich *Steuerung* (Konfliktbewältigung) und *kommunikative Fähigkeiten* (Umgang mit Affekten) wurden Befunde erhoben, die für ein höheres Integrationsniveau sprechen. Dies ermöglicht den Patienten mit chronischer Erkrankung eine bessere Akzeptanz und Integration der Erkrankung und dadurch bessere Möglichkeiten der Bündnisfähigkeit und des Rehabilitationsverlaufs. Schwächen zeigten die Patienten mit chronischer somatischer Krankheit hingegen bei der Entwicklung von *Krankheitshypothesen* (OPD-KJ-Achse „Behandlungsvoraussetzungen“). Dieses Ergebnis sollte zu einer altersentsprechenden Aufklärung der Patienten und einer Enttabuisierung der Erkrankung führen. Die Patienten mit ARM zeigten zudem *hohe*

Lebensbelastungen, zu deren Bewältigung Unterstützung angeboten werden sollte. Entgegen unserer Hypothese konnten keine spezifischen analen Konfliktthemen gefunden werden. Zuletzt erfolgte die Anwendung der OPD-KJ bei **Patienten zwei Jahre nach stationärer KJP-Behandlung** zur Veränderungsmessung. Die OPD-KJ konnte Veränderungen in der psychischen Struktur für die Bereiche *Steuerung* und *Kommunikation* aufzeigen. Nur der Bereich *Selbst- und Objektwahrnehmung* blieb unverändert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die vorgelegten empirischen Ergebnisse zur Validität und Reliabilität der OPD-KJ zufriedenstellend sind. In Bezug auf die klinische Anwendung zeigen die Ergebnisse, dass unterschiedliche Patientengruppen insbesondere anhand der psychischen Struktur charakterisiert werden können. Veränderungen im Entwicklungsverlauf können ebenfalls anhand der OPD-KJ-Achse „Struktur“ abgebildet werden.

5. LITERATUR

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Check List/4-18*. University of Vermont, Department of Psychiatry. Burlington: VT.

Arbeitskreis OPD (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD*. Bern: Huber.

Arbeitskreis OPD (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Bern: Huber.

Arbeitskreis OPD-KJ (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber.

Arbeitskreis OPD-KJ (2007). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter* (2. korrigierte Aufl.). Bern: Huber.

Bai, Y., Yuan, Z., Wang, W., Zhao, Y., Wang, H. & Wang, W. (2000). Quality of life in children with fecal incontinence after surgically corrected anorectal malformation. *Journal of pediatric surgery*, 35, 462-464.

Beckmann, M. (2009). Die transkulturelle Adaptation - Eine Methode zur Entwicklung kulturspezifischer Messverfahren. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch* (S. 299-313). Stuttgart: Kohlhammer.

Benecke, C. (2009). *OPD-KJ - Interviewleitfaden*. Unveröffentlichtes Manuskript, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Kassel.

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

Benjamin, L. S. (1974). A structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review*, 81, 392-425.

Berglein J. (2010). Anorektale Fehlbildung: Von der Schwierigkeit darüber zu reden – Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 22-37.

Bretherton, I., Oppenheim, D., Emde, R. N., & the MacArthur Narrative Working Group (2003). The MacArthur Story Stem Battery. In R. N. Emde, D. P. Wolf & D. Oppenheim (Edd.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent - child narratives* (pp. 381-396). New York: Oxford University Press.

Bundeszentrale für politische Bildung (2012). http://www.migration-info.de/mub_artikel.php?Id=060609. Zugriffsdatum: 06.12.2012.

Burgmer, M., Fiori, W., Bunzemeier, H., Roeder, N. & Heuft, G. (2004). Komorbidität psychischer Störungen im G-DRD-System – Einfluss auf Verweildauer und Erlössituation an einem deutschen Universitätsklinikum. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 306-316.

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.

Cierpka, M., Buchheim, P., Freyberger, H. J., Hoffmann, S. O., Janssen, P., Muhs, A., Rudolf, G., Rüger, U., Schneider, W. & Schübler, G. (1995). Die erste Version einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1). *Psychotherapeut*, 40, 69-78.

Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., & Stasch, M. (2007). The operationalized diagnostic system: Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40, 209-220.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A. & Kernberg, O. F. (2000). *Inventory of Personality Organisation*. Weill College of Medicine of Cornell University. White Plains: New York.

Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C. & Poustka F. (2001). *Diagnostisches Interview. Kiddie-Sads-Present- and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. 5. Auflage der deutschen Forschungsversion, erweitert um ICD-10-Diagnostik 2001. Frankfurt a. M.: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität.

DeWitt, K. N., Hartley, D. E., Rosenberg, S. E., Zilberg, N. J. & Wallerstein, R. S. (1991). Scales of Psychological capacities: Development of an Assessment Approach. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14: 343-361.

Diederichs-Paeschke, V., Forkel, C., Held, U., Jaletzke, B., Stafski, B. & Bilke, O. (2011). Psychoanalytisches Erstgespräch und OPD-KJ-Interview – kein Spagat! *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 4-26.

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). *ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Bern: Huber.
- Diseth, T. H., Egeland, T. & Emblem, R. (1998). Effects of anal invasive treatment and incontinence on mental health and psychosocial functioning of adolescents with Hirschsprungs' Disease and low anorectal anomalies. *Journal of pediatric surgery*, 33, 468-475.
- Ditesheim, J. A. & Templeton, J. M. (1987). Short-term versus long-term quality of life in children following repair of high imperforate anus. *Journal of pediatric surgery*, 22, 581-587.
- Döpfner, M. (2011). Hyperkinetische Störungen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (4. unveränd. Aufl.), (S. 202-226). Stuttgart: Thieme.
- Dreher, C. (2006). *Persönlichkeitsstrukturelle und symptombezogene Veränderungen während der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie im stationären Behandlungssetting*. Unveröffentlichte Dissertation, Philosophisch-historische Fakultät der Universität Basel.
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (1998). Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 27, 129-146.
- Erim, Y. (2009). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Färber, H. (1991). Indikation zur stationären und ambulanten Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus tagesklinischer Sicht. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 91, 26-29.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Fliedl, R. & Katzenschläger, P. (2009). *Reliabilitäten OPD-KJ (Beziehungs-, Strukturachse und Behandlungsvoraussetzungen)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Landesklinikum Baden-Mödling, Standort Hinterbrühl, Österreich.
- Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz.

- Franz, M., Dahlbender, R. W., Gündel, H., Hake, K., Klauer, T., Kessler-Scheeler, S., Siol, T. & Schneider, W. (2000). Ergebnisse der Multicenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsildienst. In W. Schneider & H. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Freyberger, H. J., Schneider, W., Heuft, G., Schauenburg, H. & Seidler, G. H. (1998). Zur Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität, und zukünftigen Forschungsfragestellungen der OPD. In H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchmann (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 105-119). Bern: Huber.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Gavranidou, M. & Kahraman, B. (2009). Einsatz diagnostischer Verfahren bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2, 94-105.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. & Jakobsen, T. (2001). Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 213-233.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Maas, R. & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 101, 125-129.
- Hartman, E. E., Oort, F. J., Aronson, D. C., Hanneman, M. J., van der Zee, D. C., Rieu, P. N., Madern, G. C., De Langen, Z. J., van Heurn, L. W., van Silfhout-Bezemer, M., Looyard, N. & Sprangers, M. A. (2004). Critical factors affecting quality of life of adult patients with anorectal malformations or Hirschsprungs' Disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 33, 907-913.

- Haufe, S. G. (2006). Interkulturelle Öffnung und Professionalisierung in Europa. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie* (S. 227-238). Heidelberg: Springer.
- Holschneider, A., Jesch, N. K., Stragholz, E. & Pfrommer, W. (2002). Surgical methods for anorectal malformations from Rehbein to Peña-critical assessment of score systems and proposal for a new classification. *European Journal of pediatric surgery*, 12, 73-82.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, deutsche Version. Manual* (2. überarbeitete und neunormierte Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Huber, D., Klug, G. & Wallerstein, R. S. (2006). *Skalen psychischer Kompetenzen (SPK): Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jenetzky, E. (2007). Prevalence estimation of anorectal malformations using German diagnosis related groups system. *Pediatric surgery international*, 23, 1161-1165.
- Kiesler, D. J. (1983). The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-211.
- Kohte-Meyer, I. (2006). Kindheit und Adoleszenz zwischen verschiedenen Kulturen und Sprachen. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie* (S. 81-94). Heidelberg: Springer.
- Kohte-Meyer, I. (2009). Funktionsstörungen des Ich und die Neuorientierung der Ich-Identität im Migrationsprozess. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie* (S.146-157). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: The Ronald Press Co.
- Leising, D. (2000). *Die klinische Emotionsliste. Ein Instrument zur Erfassung des selbstberichteten affektiven Erlebens*. Unveröffentlichtes Manuskript, Ruprecht-Karls-Universität.
- Ludman, L. & Spitz, L. (1995). Psychosocial adjustment of children treated for anorectal anomalies. *Journal of pediatric surgery*, 30, 495-499.

- Lukesch, H. (2006). *FEPAA. Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und Aggressivem Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Müller, V. (2007, März). *Psychodynamische Diagnostik mit der OPD-KJ in der stationären Jugendpsychiatrie: Ein Projektbericht*. Poster auf dem XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Aachen.
- Müller-Knapp, U. (2012). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): Eine Untersuchung der Reliabilität, Validität und Änderungssensitivität im stationären kinderpsychiatrischen Alltag*. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Basel.
- Nietzgen, D. & Brünger, M. (2000): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In W. Schneider & H. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Noeker, M. (2010) . Adaptation und Lebensqualität bei anorektalen Malformationen: Empirische Befunde, theoretisches Modell, psychodiagnostische Erfassung und verhaltensmedizinische Intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 1, 52-70.
- Oerter, R. & Montada, L. (2002). *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Özbek, T. & Wohlfart, E. (2006). Der transkulturelle Übergangsraum - ein Theorem und seine Funktion in der transkulturellen Psychotherapie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 169-176). Heidelberg: Springer.
- Petrowski, K., Joraschky, P., Juen, F., Benecke, C. & Cierpka, M. (2009). Unterschiede im Spielverhalten von Vierjährigen aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 297-309.
- Plück J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 133–142.
- Portney, L. G. & Watkins, M. P. (2000). *Foundations of Clinical Research*. Prentice Hall: New Jersey.

- Rathgeber, M. (2012, Oktober). *Konflikt- und Strukturachse: Ein Vergleich zwischen klinischer und gesunder Stichprobe*. Vortrag auf dem Arbeitstreffen der Arbeitsgruppe OPD-KJ, Basel.
- Rathgeber, M., Sommer, T., Dietrich, H., Winter, S. & Seiffge-Krenke, I. (2009). *Halbstrukturiertes Interview zur OPD-KJ*. Unveröffentlichtes Manuskript, Abteilung für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie, Johannes Gutenberg Universität Mainz.
- Ravens-Sieberer, U., Morfeld, M., Stein, R. E. K., Jessop, D. J., Bullinger, M. & Thyen, U. (2001). Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 384-393.
- Reich, H. H. & Roth, H. J. (2002). *Spracherwerb zweisprachig aufwachsender Kinder und Jugendlicher. Ein Überblick über den Stand der nationalen und internationalen Forschung*. Hamburg: Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (Hrsg.).
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (2000). Epidemiologie und Pathogenese in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen* (S. 71-84). Berlin: Springer.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD -10 der WHO*. Bern: Huber.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung*. Göttingen: Hogrefe.
- Resch, F. (1999). Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 556-563.
- Resch, F. (2002). Struktur und Veränderungen im Kindes- und Jugendalter. In G. Rudolf, T. Grande & P. Hennigsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur psychotherapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 116-131). Stuttgart: Schattauer.
- Rintala R., Mildh L. & Lindahl H. (1994). Fecal continence and quality of life for adult patients with an operated high or intermediate anorectal malformation. *Journal of pediatric surgery*, 29, 770-780.

- Romer, G. (2011, Februar). *Zum Stand der empirischen Forschung der OPD-KJ*. Vortrag auf der 17. Konferenz der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten – Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftlichen Austausch, Frankfurt a. M.
- Rudolf, G. (1996). *Operationalisierte Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Die Einschätzung des Strukturniveaus*. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), *Lindauer Texte* (S. 275-292). Berlin: Springer.
- Rudolf, G. (2006). Empirische Annäherung an einen unmöglichen Gegenstand. In G. Mattanza, I. Meier & M. Schlegel (Hrsg.), *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (S. 13-26). Basel: Karger.
- Rudolf, G., Cierpka, M., Freyberger, H. J., Heuft, G. & Schneider, W. (1997). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). In C. Mundt, M. Linden & W. Barnett (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Wien: Springer.
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S. & Wilke, S. (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.), *Langzeittherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 238-259). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sarimski, K. (2008). Psychische Probleme chronisch kranker Kinder. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 444-447). Stuttgart: Thieme.
- Schatz, H., Holtz-Bacha, C. & Nieland, J.-U. (2000). *Migranten und Medien*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schepker, R. (2009). Prävention und Integration bei Kindern in Zuwandererfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 263-277.
- Schepker, R. & Toker, M. (2009a). *Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen und Praxis*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schepker, R. & Toker, M. (2009b). Kinder und Jugendliche mit Zuwanderungshintergrund als Patienten. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schepker, R., Toker, M. & Eberding, A. (1998, 2005). *Familiäre Bewältigungsstrategien. Bewältigungsstrategien und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten Jugendlicher in Familien aus der Türkei unter besonderer Berücksichtigung Versorgung*. Abschlussbericht an die DFG, Projekt Sche 374/2-1, 2-2, 2-3. Ulmer Volltextserver, Verfügbar unter: <http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5354> [09.12.2012]

Schmidt, D., Märzheuser, S., Jenetzky, E., Lenz, K., Lehmkuhl, U., Mau, H. & Winter, S. (2010). Psychiatrische Komorbidität und psychosozialer Betreuungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen mit anorektalen Malformationen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 38-51.

Schneider, W. (1987). Psychosoziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 36, 56-62.

Schneider, W., Klauer, T. & Hake, K. (1998, März). *Prädiktive Validität der OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen*. Vortrag auf der 47. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Leipzig.

Schneider, W., Klauer, T. & Freyberger, H. (2008). Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process. *European archiv of psychiatry and clinical neuroscience*, 258, Suppl. 5, 86-91.

Schwarzer, N. (2010). Wie kann Selbsthilfe Patienten mit anorektalen Fehlbildungen und ihre Familien unterstützen? Psychosoziale Hilfsangebote von SoMA e. V. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 5-21.

Seiffge-Krenke, I. (1999). Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 548-555.

Seiffge-Krenke, I. (2006). Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. In R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapieführer Kinder und Jugendliche* (S. 58-66). München: Beck.

Seiffge-Krenke, I. (2007). *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stasch, M., Cierpka, M., Dahlbender, R. W., Grande, T., Hillenbrand, E., Kraul, A. & Schauenburg, H. (2004). OPD und Repräsentativität interpersonellen Beziehungsverhaltens: ein Ansatz zur Konstruktvalidierung. In R. W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüßler (Hrsg.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Huber.

Statistisches Bundesamt (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2008*: Wiesbaden.

Stefini, A., Reich, G., Horn, H., Winkelmann, K. & Kronmüller, K.-T. (in Druck). Interrater-Reliabilität der OPD-KJ – Die Achsen „Konflikt“ und „Struktur“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*.

Tewes, U., Rosmann, P. & Schallberger, U. (2005). *Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWIK III)*. In: Testzentrale. Testhandbuch. Göttingen: Hogrefe.

Thoms, E. (2007, März). *Behandlungsvoraussetzungen und Krankheitserleben bei drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen - Anwendung der OPD-KJ bei stationären Patienten in der qualifizierten Entzugsbehandlung*. Poster auf dem XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Aachen.

Uslucan, H.-H. (2009). Gewalterfahrungen, Erziehung im Elternhaus und Wohlbefinden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 278-296.

Völger, M., Gensecke, J., Pressel, A.-Ch., Welke, M., Winter, S., Lenz, K. & Toch, H.-D. (1999, September). *Internal Structures and Conflicts: An East-West Comparison*. Paper presented at the 11th International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Hamburg.

Von Staabs, G. (1964). *Der Scenotest* (4. Aufl.). Bern: Huber.

Von Wietersheim, J. (2000). Entwicklung und Perspektiven der OPD Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. In W. Schneider & H. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.

- Warschburger, P. & Petermann, F. (2000). Belastungen bei chronisch kranken Kindern und deren Familien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 479-512). Göttingen: Hogrefe.
- Weber, M., v. Klitzing, K., Westhoff, K., Willemin, M.-A. & Bürgin, D (2009). *Inter-Rater-Reliabilitätsstudie OPD-KJ, Achse Beziehung*. Unveröffentlichtes Manuskript, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -Poliklinik, Basel, Schweiz.
- Weber, M. & Stadelmann, S. (2011). Verwendung von Geschichtenergänzungsaufgaben zur OPD-KJ-Strukturdiagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 27-40.
- Weitkamp, K., Wiegand-Grefe, S. & Romer, G. (2012). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ). Ein systematischer Review zur empirischen Validierung. *Kinderanalyse*, 20, 148-170.
- Weitkamp, K., Wiegand-Grefe, S. & Romer, G. (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)*: Reliabilität und Konstruktreliabilität der Achsen Struktur und Behandlungsvoraussetzungen.
- Welke, M., Winter, S. & Völger, M. (1999, September). *Group Therapy - Evaluation by Visualisation*. Paper presented at the 11th International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Hamburg.
- Welter, N. & Seiffge-Krenke, I. (2006). Essstörung oder dissoziative Störung? Diagnostische Probleme und Verschiebung des Konfliktfokus im Verlauf einer Jugendlichenherapie. *Kinderanalyse*, 14, 307-334.
- Wijers C. W., de Blaauw I., Marcelis C. M., Wijnen, R. M. H., Brunner, H., Midrio, P., Gamba, P., Clementi, M., Jenetzky, E., Zwink, N., Reutter, H., Bartels, E., Grasshoff-Derr, S., Holland-Cunz, S., Hosie, S., Märzheuser, S., Schmiedeke, E., Crétolle, C., Sarnacki, S., Levitt, M. A., Knoers, N. V. A. M., Roeleveld, N. & van Rooij, I. A. L. M. (2010). Research perspectives in the etiology of congenital anorectal malformations using data of the International Consortium on Anorectal Malformations: evidence for risk factors across different populations. *Pediatric surgery international*, 26, 1093-1099.
- Winter, S. (2004). *OPD-KJ - Interviewleitfaden*. Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité, Universitätsmedizin-Berlin.

Winter, S., Jelen, A. & Lehmkuhl, U. (2007, März). *Ist die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ der OPD-KJ ein Prädiktor für den Therapieerfolg?* Vortrag auf dem XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Aachen.

Winter, S., Schmidt, D., Lenz, K., Lehmkuhl, U., Jenetzky, E., Mau, H. & Märzheuser, S. (2009). Prospective evaluation of comorbidity and psychosocial need in children and adolescents with anorectal malformations. Part 2: Evaluation of psychosocial need. *Pediatric surgery international*, 25, 895-900.

Wohlfart, E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie* (S. 243-267). Berlin: Springer.

Zwink, N., Jenetzky, E., Schwarzer, N. & Reutter, H. (2010). Congenitale urorektale Fehlbildungen - BMBF richtet deutschlandweites Netzwerk ein. *Deutsche Zeitschrift für Klinische Forschung*, 11/12, 36-38.

DANKSAGUNG

Hiermit möchte ich allen danken, die mich und das Habilitationsprojekt begleitet haben:

meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Ullrich Knölker, der mich für die Wissenschaft gewonnen hat;

meinem Kollegen Herrn Dipl. Psych. Michael Rademacher, der als Erster die Idee hatte, dass ich habilitieren soll;

meiner Oberärztin Frau Dr. Margot Völger, die mich mit zwei Themen – Psy-BaDo und OPD – in Berührung brachte, die ich dann in Rahmen von Forschungsprojekten weiterverfolgte;

meiner Kollegin PD Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Harriet Salbach-Andrae, die mich motivierte meine Forschungsergebnisse zu publizieren;

Herrn Prof. Dr. Reiner Frank, der mich 2009 inhaltlich von der Idee der Habilitation überzeugte;

Herrn Prof. Dr. Henning Studt, der mich 2010 bei seiner Jubiläumsfeier zur Weiterführung der Habilitation motiviert hat;

dem Mentorenprogramm der Charité, das die Idee der Habilitation realistisch machte, sowie den Kolleginnen Frau Prof. Elke Mertens, Dr. med. Angelika Kusch und Lucia Valentini, die mich dabei begleitet haben;

den Kolleginnen des Lesekreises (Xenia Ruhrig, Dipl. Psych. Dorothea Zimmermann, Cathrin Pelz, Dr. med. Astrid Stock), die mir immer wieder Mut machten;

den Kolleginnen des Konsildienstes, die mir durch ihre Unterstützung bei der klinischen Arbeit Raum für die wissenschaftliche Arbeit gaben;

den KollegenInnen des Arbeitskreises OPD-KJ, die mir wichtige inhaltliche Anregungen gaben, um das Projekt OPD-KJ zu entwickeln und zu gestalten;

der Kollegin Dr. med. Christine Pressel, die mich in Bezug auf das OPD-Projekt immer unterstützt hat und wesentliche inhaltliche Diskussionen mit mir geführt hat;

der Doktorandin Dipl. Psych. Anna Jelen, die inhaltlich das Projekt OPD-KJ mitgetragen hat;

der Kollegin Dr. med. Stefanie Märzheuser, die das Projekt ARM maßgeblich mitgestaltet hat;

dem Doktoranden Dr. med. Dominik Schmidt, der inhaltlich das Projekt ARM wesentlich mitgetragen hat und anschließend sein Wissen in die SoMA e. V. und in CURE-Net eingebracht hat;

meinen Kolleginnen Frau Dipl. Psych. Lea Sarrar und Frau Dipl. Psych. Julia Wager, die mich bei der Fertigstellung des Manuskriptes unterstützt haben;

meinem Kollegen Herrn Dipl. Math. Klaus Lenz für die Unterstützung bei der Dateneingabe und der Statistik;

meinem Kollegen Herrn Dr. Ernst Pfeiffer für die inhaltliche Unterstützung und die Vertretung während forschungsbedingter Abwesenheitszeiten;

meiner Chefin Frau Prof. Dr. Dipl. Psych. Ulrike Lehmkuhl für die tatkräftige Unterstützung bei meinem Habilitationsvorhaben;

meiner Freundin PD Dr. Annette Vowinckel, die für mich ein Vorbild war;

meinem Ehemann Ugur Özbay, der an mich und das Habilitationsprojekt immer geglaubt hat;

meinen beiden Töchtern, Sarah und Anna-Sophia, die mich aufgrund der wissenschaftlichen Arbeit häufig entbehren mussten.

ERKLÄRUNG

§4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wird bzw. wurde,

die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,

mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Berlin, 19. Dezember 2012

Dr. med. Sibylle Maria Winter