

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Anwendung der Strukturachse der Operationalisierten  
Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter  
(OPD-KJ) im klinischen Kontext“

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna Jelen-Mauboussin

aus Gleiwitz

Datum der Promotion: 14.02.2014

## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	3
Einleitung und Zielstellung .....	5
Methodik .....	7
Ergebnisse.....	10
Diskussion .....	12
Literaturverzeichnis.....	15
Anteilerklärung .....	19
Druckexemplare der ausgewählten Publikationen.....	20-55

### 1. Publikation

Winter, S., **Jelen, A.**, Pressel, Ch., Lenz, K., Lehmkühl, U. (2011).

*Klinische und empirische Befunde mit der OPD-KJ.*

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 39 – 55.

### 2. Publikation

**Jelen-Mauboussin, A.**, Klipsch, O., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkühl, U., Winter, S. (2013). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung.*

Psychotherapeut 58: 24 – 30. DOI 10.1007/s00278-012-0954-4

### 3. Publikation

Winter, S., Märzheuser, S., Schmidt, D., **Jelen-Mauboussin, A.**, Lenz, K., Noecker, M. (2012). *Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit. Eine Pilotstudie bei Patienten mit Anorektaler Malformation.*

Psychother Psych Med 2012; 62: 259 – 265. DOI 10.1055/s-0032-1314784

Lebenslauf .....	56
Publikationsliste .....	59
Eidesstattliche Erklärung.....	63
Danksagung.....	64

**Titel:** „Anwendung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) im klinischen Kontext“.

**Autor/in:** Dipl.-Psych. Anna Jelen-Mauboussin

Mit der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) kann die psychische Struktur von Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines psychodynamischen Befundes erhoben werden. Die psychische Struktur wird hier auf drei Dimensionen operationalisiert: *Steuerung, Selbst- und Objekterleben* sowie *Kommunikative Fähigkeiten*. Diese drei Skalen bilden Qualitäten und Defizite psychischer Strukturelemente ab. Die OPD-KJ erfasst nicht nur zeitstabile Merkmale, sondern sie berücksichtigt die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Derzeit liegen nur wenige empirische Befunde zur Strukturachse der OPD-KJ in veröffentlichter Form vor.

In einer Studie zur Anwendung der OPD-KJ im teil-/stationären Setting wurde die klinische und empirische Validität dieser Achse überprüft. In einem Gruppenvergleich zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen konnte die klinische Validität nicht bestätigt werden. Es zeigte sich kein statistisch relevanter Unterschied zwischen den beiden Störungsgruppen in Bezug auf den Strukturgesamtwert und die einzelnen Strukturbereiche. Die interne Konsistenz ist gut und es gibt Hinweise auf eine 2-Faktorlösung der Achse Psychische Struktur.

Im Rahmen einer Nachuntersuchung an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Patientengruppe wurde die Strukturachse auf ihre Veränderungssensitivität hin überprüft. Die Patienten zeigten zu t2 eine signifikant bessere Anpassung im Strukturturniveau in Bezug auf Steuerung und ihre Kommunikationsfähigkeit.

In einer weiteren Studie ist die psychische Struktur bei Patienten mit Anorektalen Malformationen (ARM) erhoben worden. Im Gruppenvergleich (psychiatrische Patienten vs Patienten mit ARM) zeigten die Patienten mit ARM eine signifikant bessere Anpassungsleistung in der psychischen Struktur, insbesondere in der Konfliktbewältigung und Wahrnehmung fremder Affekte sowie Kommunikation eigener Affekte.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Strukturachse das Strukturturniveau von Kindern und Jugendlichen valide und differenziert erfassen kann. In einer Nachuntersuchung von psychiatrischen Patienten konnte die Veränderungssensitivität der Strukturachse bestätigt werden. Darüber hinaus konnten Unterschiede in der Integrationsleistung zwischen psychiatrischen und somatischen Patienten aufgezeigt werden.

**Title:** “Application of the diagnostic axis structure of the Operationalized Psychodynamic Diagnostics system in Children and Adolescents (OPD-CA) in clinical use.”

**Author:** Anna Jelen-Mauboussin

The “Operationalized Psychodynamic Diagnostics system in Children and Adolescents” (OPD-CA) quantifies the psychic structure of children and adolescents in the context of a psychodynamic evaluation. The psychic structure becomes operationalized on three dimensions: *control*, *self-perception/object-perception* and *communication skills*. These scales show qualities and deficits of psychic structure elements. The OPD-CA does not include only time stable features but also takes into account the development of children and teenagers. At present, there are few published results on the axis structure of the OPD-CA.

One study investigating the application of the OPD-CA in a day clinic and inpatient psychotherapy setting aimed at testing the clinical validity and construct validity of the axis structure. In a group comparison between internalizing and externalizing disorders the clinical validity could not be confirmed. No significant difference was demonstrated between both groups on the total score of structure as well as on the sub-dimensions. The internal consistency is good and there are indications of a two factor solution of the axis psychic structure.

The change sensitivity of the axis structure was examined in a follow-up study of a psychiatric patient sample of children and adolescents. At t<sub>2</sub>, there was a significantly improved score on the total score of structure and the dimensions control and communication skills.

Another study compared the psychic structure of patients with anorectal malformations (ARM) to psychiatric patients. In terms of the psychic structure, patients with ARM showed a significantly better level of integration, in particular on the scales conflict management, perception of own emotions and communication of own emotions.

In conclusion, the axis structure of the OPD-CA quantifies the mental structure of children and adolescents in a valid and differentiated manner. Within a follow-up study of psychiatric patients, the change sensitivity of the axis structure was shown. Furthermore, differences on the level of integration between psychiatric and somatic patients were demonstrated.

## **Einleitung und Zielstellung**

Die vorliegende Arbeit fasst Ergebnisse unserer umfangreichen Untersuchungen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ, Arbeitsgruppe OPD-KJ, 2003) zusammen. Im Focus stehen die Ergebnisse zur Strukturachse neben der Konfliktachse eine weitere Hauptachse des Manuals.

Die psychische Struktur entwickelt sich in einem biographischen Prozess über frühe psychosoziale und genetische bzw. konstitutionelle Einflüsse. Struktur umfasst die Fähigkeiten zu integrieren, zu differenzieren und zu regulieren des Selbst und seiner Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten (Resch & Koch, 2012). Bei Kindern befindet sich die Struktur noch in einem Reifeprozess und je nach Lebensalter stehen ihnen verschiedene Handlungsbereitschaften zur Verfügung (Resch & Freyberger, 2009). Die OPD-KJ operationalisiert die psychische Struktur in drei Dimensionen: Steuerung, Selbst- und Objekterleben sowie kommunikative Fähigkeiten. Die Einschätzung der Strukturleistung orientiert sich an vorgegebenen optimalen Ankerbeispielen und wird im Grad des strukturellen Integrationsniveaus der jeweiligen Funktion beschrieben. Die kognitive und affektive Entwicklung wird in drei verschiedenen Altersstufen berücksichtigt, in Anlehnung an die Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget (1973).

Die Strukturachse der OPD in der Version für Erwachsene (OPD-E, Arbeitskreis OPD, 1996) fand inzwischen breite Anwendung in der Forschung und im klinischen Kontext. Um einige Beispiele zu nennen: Rudolf et al. (1996) prüfte den Zusammenhang zwischen ICD-10 Diagnosen und Strukturniveau. Grande et al. (2000) unternahm den Versuch die OPD-E im Rahmen einer stationären Behandlung einzusetzen, um Veränderungen in der psychischen Struktur abzubilden. Es gibt mehrere Untersuchungen zur psychischen Struktur bei Suchtkranken (vgl. Nitzgen & Brünger 2000; Reymann et al., 2000; Thomasius et al., 2001). Des Weiteren wurde die OPD bei schizophrenen Patienten im Prodromalstadium eingesetzt (Uzdawinis et al., 2010) sowie von Himmighoffen & Böker (2011) in der Psychotherapie von bipolaren Störungen. Die Reliabilität und Validität der Strukturachse der OPD-E sind gut belegt (Übersicht bei Cierpka et al., 2007; Cierpka et al., 2001). Der Selbstbeurteilungsfragebogen zur Strukturdiagnostik (OPD-SF) entwickelt von Schauenburg und Kollegen (2012) stellt eine Erweiterung der Strukturachse dar. Der OPD-SF soll das Expertenrating ergänzen und eine erste Studie zur Reliabilität und Validität bestätigt

zufriedenstellende bis gute interne Konsistenz der OPD-SF Skalen  $\alpha = .72$  bis  $\alpha = .91$  (Ehrenthal et al., 2012).

Dem gegenüber steht die OPD-KJ noch am Anfang ihrer empirischen Validierung. Die Strukturachse der OPD-KJ kann sich, seit der Veröffentlichung des Manuals vor knapp 10 Jahren, nur auf sehr wenige empirische Daten stützen. Erste Studien zu psychometrischen Gütekriterien dieser Achse bestätigen eine gute bis befriedigende Reliabilität. Benecke und Kollegen (2011) untersuchten die Interraterreliabilität an Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren. Die Kappa-Koeffizienten betragen bei geschulten klinisch erfahrenen Ratern zwischen .62 und .83 für die Einzelitems und .81 für den Strukturgesamtwert. In der Untersuchung von Stefini und Kollegen (im Druck, zitiert nach Weitkamp, 2012) mit ausschließlich weiblichen, bulimischen Patientinnen lag die Intraclass-Korrelation (ICC) zwischen .91 und .93 als nahezu perfekte Übereinstimmung. In einer Arbeit von Seiffge-Krenke et al. (2011) mit zuvor geschulten Psychologiestudenten war die Interraterreliabilität auf der Strukturachse mit ICC = .58 zufriedenstellend. Bei Weitkamp et al. (2012) lag die interne Konsistenz der Achse „Psychische Struktur“ im guten Bereich zwischen  $\alpha = .80$  und  $\alpha = .83$ . In einer unveröffentlichten Studie von Fliedl & Katzenschläger fiel die interne Konsistenz mit  $\alpha = .74$  bis  $\alpha = .78$  moderat aus. Die konkordante Validität dieser Achse wurde in der Studie von Benecke et al. (2011) überprüft. Es zeigten sich hohe Korrelationen zwischen einer geringen Strukturleistung und Persönlichkeitsstörungen.

Für die Erhebung der OPD-KJ-Diagnostik empfehlen die Autoren bei jüngeren Kindern die Verwendung des Scenotests (von Staabs, 1964), um im Symbolspiel die psychischen Fähigkeiten besser einzuschätzen. Weber et al. (2011) setzten stattdessen Geschichtenergänzungsaufgaben zur Strukturdiagnostik ein. Dabei wurden standardisierte Geschichtenanfänge mit konflikthaften bzw. emotionalen Inhalten dem Kind vorgespielt. Das Kind sollte die Geschichte zu Ende erzählen oder spielen. Bei der Lösung der Situation greift das Kind auf die jeweiligen Strukturanteile (z.B. Empathie, Impulssteuerung, Umgang mit negativen Affekten) zurück. Auf diese Weise sollten die psychischen Fähigkeiten besser eingeschätzt werden. Weber und Kollegen machten deutlich, dass diese Form der Diagnostik der psychischen Struktur nur ein Bestandteil neben der Anamnese sein kann. Die Gefahr dieser Herangehensweise besteht zum einen darin, dass Kinder im Spiel durchaus enthemmter und rücksichtsloser wirken können, was bei fehlender Berücksichtigung der Anamnese zu einer schlechteren Einstufung der Dimension Steuerung führen kann. Zum anderen können besonders verhaltensauffällige Kinder

mit wenig empathischen Verhalten im Alltag, im Spiel eine größere Empathie zeigen. Auch dies kann zu einer falschen Einschätzung führen (Weber et al. 2011). Ziel der vorliegenden Arbeit war es weitere Erfahrungen in der Anwendung der Strukturachse der OPD-KJ im klinischen Setting zu gewinnen und ihre Konstruktvalidität zu überprüfen. Dazu wurde eine kinder- und jugendpsychiatrische Stichprobe zu Beginn ihrer teil-/stationären Behandlung untersucht (Winter et al., 2011). Es sollte nach Möglichkeit eine große Altersgruppe einbezogen werden. Eine Neuartigkeit lag in der Verwendung der Strukturachse im Rahmen einer Veränderungsmessung der psychischen Struktur bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen (Jelen-Mauboussin et al., 2013). Hierbei wurde die Strukturachse auf ihre Veränderungssensitivität hin überprüft. Darüber hinaus wurden erstmalig psychiatrische Patienten im Gruppenvergleich mit somatischen Patienten hinsichtlich der psychischen Struktur verglichen (Winter et al., 2012). Bislang gibt es keine empirischen Befunde zur Strukturachse bei körperlich chronisch Kranken.

## **Methodik**

### *Stichprobe mit psychischen Störungen*

60 Patienten wurden in den ersten vier Wochen ihres Klinikaufenthalts (t1) in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin, untersucht. Die Geschlechtsverteilung war ausgeglichen, 28 Mädchen und 32 Jungen. Ihr Altersdurchschnitt lag bei 11.6 Jahren ( $SD = 3.6$  Jahre). Ihre durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 67 Tage ( $SD = 25$  Tage). Verhaltensauffälligkeiten waren, die am häufigsten gestellten Diagnosen, gefolgt von depressiven Störungen und Angststörungen sowie Anorexie und Autismus.

Die Gruppe der internalisierenden Störungen ( $N = 17$ ) bestand aus 12 Mädchen und 5 Jungen mit einem Altersdurchschnitt von 13.1 Jahren ( $SD = 3.2$  Jahre). Hier wurden die Angststörungen ( $N = 5$ ), depressive Störungen ( $N = 10$ ), Zwangsstörungen ( $N = 1$ ) und Posttraumatische Belastungsstörung ( $N = 1$ ) zusammengefasst. In der externalisierenden Störungsgruppe dagegen befanden sich 16 Jungen und 3 Mädchen. Ihr Alter lag im Durchschnitt bei 9.8 Jahren ( $SD = 2.9$  Jahre). Die hyperkinetischen Störungen ( $N = 10$ ), Störungen des Sozialverhaltens ( $N = 4$ ) sowie kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen ( $N = 5$ ) bildeten diese Störungsgruppe.

Alle Patienten ( $N = 60$ ), die an der Untersuchung zu t1 teilgenommen hatten, wurden rund 27 Monate ( $SD = 3,9$  Monate) nach ihrer Entlassung aus der Klinik erneut kontaktiert. 25 Patienten erklärten sich bereit, an unserer Nachuntersuchung (t2) teilzunehmen. Der Altersdurchschnitt der Patienten ( $N = 25$ ) zu t1 lag bei 10,7 Jahren ( $SD = 3,5$  Jahre), zu t2 betrug das Durchschnittsalter 13,2 Jahre ( $SD = 3,5$  Jahre). Die Geschlechtsverteilung war ausgeglichen mit 12 Mädchen (48%) und 13 Jungen (52%).

#### *Drop-Out-Analyse*

Drop-Out-Analysen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern und Nichtteilnehmern zu t2 hinsichtlich der Geschlechtsverteilung, der Behandlungsmotivation, des Leidensdruck zu Beginn der Behandlung und der Anpassungsleistung in der Psychischen Struktur.

#### *Stichprobe mit Anorektalen Malformationen*

Die Patienten mit Anorektalen Malformationen wurden in Kooperation mit der kinderchirurgischen Spezialsprechstunde der Klinik für Kinderchirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin rekrutiert. 14 Teilnehmer konnten in unsere Studie eingeschlossen werden, davon waren 12 Jungen und zwei Mädchen. Das Durchschnittsalter war bei 10,0 Jahren (*Range: 4,3 – 17,7 Jahre*).

#### *Ausschlusskriterien*

Für alle drei Patientengruppen waren ein IQ < 70, akute psychotische Episode sowie mangelnde deutsche Sprachkenntnisse die Ausschlusskriterien.

Die Studien wurden von der Ethikkommission der Charité - Universitätsmedizin Berlin genehmigt. Von allen Teilnehmern und Sorgeberechtigten liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor.

#### *Untersuchungsinstrumente:*

##### Zur Erfassung der Struktur:

*OPD-KJ Achse „Psychische Struktur“* (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003)

*Interviewleitfaden zur OPD-KJ Diagnostik* (Winter, 2004 unveröffentlicht)

*Sceno-Test* (von Staabs, 1964)

##### Zur Erfassung der psychiatrischen Symptomatik

*K-Sads-PL – Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version* (Delmo et al., 2001)

*SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997)

*CBCL – Child Behaviour Checklist 4,5 – 18* (Achenbach, 1991a)

Zur Erfassung der Anamnese

*BaDo – Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche* (Englert et al., 1998)

*Vorgehen*

Die Untersuchungen erfolgten standardisiert: Zunächst wurde der Patient und seine Eltern/Bezugspersonen gemeinsam zur aktuellen Situation befragt. Mittels der Basisdokumentation wurde eine Anamnese erhoben. Danach füllten die Eltern den CBCL und den SDQ aus. Bei den Teilnehmern wurde der psychodynamische Befund mit der OPD-KJ in Abwesenheit der Eltern erhoben. Dazu wurde der OPD-KJ-Interviewleitfaden verwendet mit zum Teil vorformulierten Fragen. Bei allen Patienten unter 12 Jahren wurde das Gespräch durch den Scenotest ergänzt. Zur Überprüfung der psychiatrischen Diagnosen wurde mit den Eltern und allen Patienten ab 12 Jahren das K-Sads-PL durchgeführt. Die gesamte Untersuchungssituation wurde per Video aufgezeichnet und dauerte zwischen 70 und 90 Minuten.

Die Auswertung der OPD-KJ erfolgte in einem Konsensrating durch drei erfahrene Rater. Zwei Raterinnen hatten eine tiefenpsychologisch/analytisch fundierte Ausbildung abgeschlossen und einen Grundkurs und zwei Aufbaukurse bei zertifizierten OPD-Trainern absolviert. Die dritte Raterin, die Verfasserin, hatte einen Grundkurs und einen Aufbaukurs bei zertifizierten OPD-Trainern absolviert. In der ersten Studie waren die Patienten von ihren Bezugstherapeuten interviewt worden und das Konsens-Rating fand durch jeweils zwei Rater statt, während in den Studien zwei und drei die Interviewerin gleichzeitig auch eine Raterin war.

*Datenauswertung*

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 18.0 und 20.0 für Windows. Neben der deskriptiven Darstellung der OPD-KJ Strukturachse wurde für die klinische Validität ein Gruppenvergleich (externalisierend vs internalisierend) innerhalb der psychiatrischen Stichprobe mittels eines t-Test für ungepaarte Stichproben durchgeführt. Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch ermittelt. Mit multivariater Varianzanalyse und Chi-Quadrat-Test erfolgte eine Drop-Out-Analyse in der zweiten Studie. Prä-Post-Unterschiede wurden mit t-Test für gepaarte Stichproben auf Signifikanz überprüft. Um eine Alpha-Kumulierung zu vermeiden, wurde eine Alpha-Adjustierung nach Holm (1979) vorgenommen. Mit multiplen Regressionsanalysen wurden mögliche Einflüsse auf die Veränderung der Psychischen Struktur geprüft. Korrelative Zusammenhänge wurden mit

Pearsonkorrelationen berechnet. Gruppenunterschiede in der dritten Studie wurden mit t-Test für unabhängige Stichproben korrigiert nach Bonferroni (1936) berechnet mit einer Anpassung des Signifikanzniveaus auf  $p < 0.003$ . In den anderen Studien wurde als Signifikanzniveau jeweils  $\alpha = .05$  gewählt.

Die folgenden Ergebnisse werden inhaltlich zusammenhängend, nicht in chronologischer Reihenfolge der veröffentlichten Publikationen, dargestellt.

## **Ergebnisse**

In der Überprüfung der klinischen Validität der Strukturachse zeigte sich im Gruppenvergleich zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen ein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Item „Steuerungsinstanz“. Die externalisierenden Störungen erreichten ein geringeres Integrationsniveau ( $T = 2,5$ ,  $df = 31$ ,  $p = .018$ ). Weitere Bereiche der Dimension Steuerung sowie der Gesamtwert konnten keinen Unterschied zwischen den beiden Störungsgruppen aufweisen. Ebenso verhält es sich für die anderen Dimensionen (Selbst- und Objektwahrnehmung sowie kommunikative Fähigkeiten) und den Gesamtwert der Strukturachse (Winter et al., 2011). Es konnte immerhin beobachtet werden, dass auf allen Items und Dimensionen die internalisierenden Störungen eine tendenziell bessere Integration zeigten.

Die Konstruktvalidität wurde mit der Faktorenanalyse durchgeführt. Es bildete sich eine 2-Faktorenlösung ab, dabei entsprach die Dimension Steuerung einem Faktor mit Cronbach's Alpha .90. Der zweite Faktor entsprach den beiden Dimensionen Selbst- und Objekterleben sowie kommunikative Fähigkeiten. Die interne Konsistenz lag bei  $\alpha = .96$  (Winter et al., 2011).

Knapp die Hälfte der Patienten ( $N = 25$ ) wurden rund 27 Monate nach ihrer Entlassung aus der Klinik nachuntersucht (Jelen-Mauboussin et al., 2013). Bei 10 Patienten konnte noch eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose nach dem K-Sads festgestellt werden. Dabei handelte es sich um Verhaltensauffälligkeiten, die depressiven und Angststörungen haben sich nahezu ganz zurückgebildet. In der Post-Messung zeigte der Gesamtwert der Achse Psychische Struktur eine signifikant bessere Anpassung der Patienten. Die Anpassungsleistung verbesserte sich von einer geringen Integration auf ein mäßiges Strukturniveau ( $T = 2,17$ ,  $df = 24$ ,  $p = 0.045$ ).

Zwei der drei Einzeldimensionen wiesen signifikante Veränderungen auf im Sinne einer besseren Anpassung: Steuerung ( $T = -3,07$ ,  $df = 24$ ,  $p = 0.005$ ) und kommunikative Fähigkeiten ( $T = 2,65$ ,  $df = 24$ ,  $p = 0.014$ ). Lediglich die Skala Selbst- und Objekterleben blieb nach der Alpha-Korrektur stabil ( $T = 1,05$ ,  $df = 24$ ,  $p = 0.103$ ). Alter und Geschlecht hatten keinen Einfluss auf die Veränderung von Steuerung [Alter:  $F(1,25) < 2$ ; *n.s.*; Geschlecht:  $F(1,25) = 3,19$ ,  $p = 0,88$ ], kommunikative Fähigkeiten [Alter:  $F(1,25) = 0$ ; *n.s.*; Geschlecht:  $F(1,25) < 1$ ; *n.s.*], und den Gesamtwert der psychischen Struktur von t1 zu t2 [Alter:  $F(1,25) < 1$ ; *n.s.*; Geschlecht:  $F(1,25) < 2$ ; *n.s.*].

Im Gruppenvergleich zwischen Probanden mit einer noch vorliegenden kinder- und jugendpsychiatrischen Störung ( $N = 10$ ) und Probanden ohne eine Störung ( $N = 15$ ) lagen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in den Einzelskalen Steuerung, Selbst- und Objekterleben, Kommunikative Fähigkeiten und dem Gesamtwert der Psychischen Struktur ( $F(4,2) = .93$ ,  $p = 0.47$  *n.s.*) vor. Die Teilnehmer mit Medikation unterschieden sich nicht signifikant von den Teilnehmern ohne Medikamente ( $F(4,2) = 1.19$ , *n.s.*).

Neben dem teilweise verbesserten strukturellen Funktionsniveau, zeigte sich aus der Sicht der Eltern eine Symptomreduktion. Es gab eine hohe Korrelation zwischen dem Gesamtwert der psychischen Struktur und dem CBCL-Total-Problem-Score ( $r = .709$ ,  $p < 0,01$ ). Der Zusammenhang zum SDQ-Total-Problem-Score war mit  $r = .591$ ,  $p < 0,01$  etwas schwächer.

Winter et al. (2012) untersuchte die psychische Struktur bei Patienten mit Anorektalen Malformationen. Im Vergleich zu Patienten mit psychischen Störungen fielen die Werte der Patientengruppe mit ARM überwiegend in ein mäßiges Integrationsniveau. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen konnten in Bezug auf den Gesamtwert der psychischen Struktur ( $T = -3,2$ ,  $df = 72$ ,  $p = 0.002$ ) sowie in Bezug auf die Dimension Steuerung ( $T = -3,2$ ,  $df = 72$ ,  $p = 0.002$ ) festgestellt werden. Die Werte der Patienten mit psychischen Störungen bildeten die größeren strukturellen Defizite in den genannten Bereichen ab (Winter et al., 2012). In der Dimension Steuerung zeigten die Patienten mit ARM eine signifikant bessere Konfliktbewältigung ( $T = -4,3$ ,  $df = 72$ ,  $p = 0.000$ ). Im Bereich der Kommunikation fanden sich signifikante Unterschiede in Bezug auf „Entschlüsselung fremder Affekte“ ( $T = -4,0$ ,  $df = 33,1$ ,  $p = 0.000$ ), „kommunikative Funktion eigener Affekte“ ( $T = -3,9$ ,  $df = 33,3$ ,  $p = 0.000$ ) sowie „internalisierte Kommunikation“ ( $T = -3,5$ ,  $df = 72$ ,  $p = 0.001$ ). Die Dimension Selbst- und Objekterleben zeigte im Gruppenvergleich keinen statistisch relevanten Unterschied. Die Werte dieses Strukturbereichs fielen mäßig bis gering in beiden Gruppen aus.

## **Diskussion**

Obwohl die OPD-KJ als psychodynamisches Diagnostikverfahren in Klinik und Praxis gut etabliert ist, bestehen Forschungslücken unter anderem zur klinischen Anwendung der Strukturachse. Das Ziel dieser Arbeit war es, weitere empirische Daten zur Strukturachse im klinischen Setting zu erheben.

In der Arbeit von Winter et al. (2011) konnte die klinische Validität der Strukturachse nicht bestätigt werden. Dieses Ergebnis ist überraschend und steht im Widerspruch zu unseren klinisch beobachteten Erfahrungen. Im Gruppenvergleich zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen konnte lediglich auf der Itemebene ein signifikanter Unterschied beobachtet werden. In der „Steuerungsinstanz“ hatten die Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten einen signifikant schlechteren Wert. Dass weitere Unterschiede zumindest im Bereich Steuerung nicht aufgezeigt werden konnten, hängt vermutlich mit der kleinen Stichprobengröße zusammen. Außerdem könnte die heterogene Zusammensetzung der externalisierenden Störungsgruppe eine Rolle spielen. In dieser Gruppe befanden sich vier Patienten mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, was möglicherweise zur Verzerrungen der Ergebnisse geführt hat. Literaturangaben nach können die gemischten Störungen der einen oder anderen Störungsgruppe zugeordnet werden (Laucht et al., 2000). Immerhin konnten deskriptiv stärkere strukturelle Probleme bei den Patienten mit externalisierenden Störungen beobachtet werden. Studien mit einem größeren Stichprobenumfang könnten vielleicht einen Unterschied zwischen den Störungsgruppen abbilden.

Die Konstruktvalidität der Strukturachse wurde faktorenanalytisch berechnet. Es ergaben sich zwei Faktoren, Steuerung und der zweite Faktor beinhaltete die Dimensionen Selbst- und Objekterleben sowie kommunikative Fähigkeiten. Die internen Konsistenzen waren gut. Die Ergebnisse sprechen für ein eindimensionales Konstrukt der Struktur. Die verschiedenen Teilfunktionen der Struktur könnten interdependent wirken (Winter et al., 2011). Die 2-Faktorlösung könnte zugleich aus dem Einfluss der kleinen Stichprobe resultieren. In einer größeren Stichprobe müsste geprüft werden, ob sich nicht doch drei differenzierte Faktoren abbilden lassen. Es gibt Anhaltspunkte, dass sich die Dimensionen Selbst- und Objekterleben sowie kommunikative Fähigkeiten teilweise überlappen, tendenziell aber zwei verschiedene Faktoren sind (Weitkamp et al., 2012). In der OPD-E ergab die Faktorenanalyse ein eindimensionales Konzept (Cierpka et al., 2007).

In der Nachuntersuchung (Jelen-Mauboussin et al., 2013) konnte die Veränderungssensitivität der Strukturachse aufgezeigt werden. Dies ist die erste veröffentlichte Studie zur Veränderungsmessung der Strukturachse der OPD-KJ. Die strukturellen Veränderungen im Sinne einer besseren Integrationsleistung konnten im Expertenrating bestätigt werden. Die Verbesserung der Strukturleistung war besonders in den Dimensionen Steuerung und kommunikative Fähigkeiten sowie dem Gesamtwert der psychischen Struktur deutlich. Die in dieser Arbeit vorhandene Zeitspanne von 27 Monaten ermöglichte strukturelle Veränderungen in der Persönlichkeitsorganisation, die anhand der Strukturachse der OPD-KJ erfasst werden können. Eine ähnliche Arbeit, mit einem wesentlich kleinerem Zeitintervall von 12 Wochen, wurde von Grande et al. (2000) durchgeführt. Sie versuchten strukturelle Veränderungen bei 49 stationär behandelten erwachsenen Patienten mit der OPD-E zu erfassen. Die Prä-Post-Messung ergab keine signifikanten Veränderungen in der psychischen Struktur. Es wäre interessant zu prüfen, ob bereits in einer Ein-Jahres-Katamnese Strukturveränderungen bei Kindern und Jugendlichen mit der OPD-KJ abgebildet werden können.

Die Dimension Selbst- und Objekterleben veränderte sich nicht. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Untersuchung von Romer (2011), der ebenfalls eine hohe Stabilität dieser Dimension feststellen konnte. Auch Dreher (2006) hatte in einer Studie mit erwachsenen Patienten wenig Veränderungspotential im Bereich Objekterleben festgestellt. Eine denkbare Erklärung für das unveränderte Selbst- und Objekterleben könnte sein, dass in der therapeutischen Arbeit die Bereiche im Vordergrund gestanden haben, die den Patienten im Alltag am stärksten gefährdeten. Zu t1 war das Selbst- und Objekterleben am wenigsten beeinträchtigt. Bei Patienten mit mehreren strukturellen Problemen sollte die Domäne im Mittelpunkt stehen, die den Patienten und die Beziehung zum Therapeuten am stärksten gefährden (Resch & Koch, 2012). In Folgestudien sollte überprüft werden, ob eine Veränderung auch in der Selbst- und Objektwahrnehmung erreicht werden kann, wenn in der Therapie dieser Bereich im Focus steht. Zum zweiten Messzeitpunkt gab es in der Anpassungsleistung der Struktur keinen Unterschied, ob die Nachuntersuchten noch Symptome vom Krankheitswert hatten oder nicht. Tendenziell fielen die Mittelwerte der diagnosefreien Teilnehmer in den drei Dimensionen und dem Gesamtwert besser aus. Wahrscheinlich kann die kleine Stichprobe mögliche Unterschiede nicht abbilden. Die Teilnehmer, die weiterhin medikamentös behandelt worden waren, unterschieden sich in ihren strukturellen Fähigkeiten nicht von den Probanden ohne medikamentöse Behandlung. Auch dieses Ergebnis könnte auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt werden.

Aus der Sicht der Eltern nahmen Verhaltensprobleme im Zeitverlauf ab. Mit Verbesserung der Psychischen Struktur bildete sich das expansive Verhalten zurück (Jelen-Mauboussin et al., 2013). Diskussionswürdig sind die Ursachen der Strukturveränderungen und der Symptomminderung in der Elterneinschätzung. In dieser Arbeit kann nicht abschließend geklärt werden, welche Elemente der Therapie oder, ob bereits die durchgeführte Intervention in der Klinik bzw. die Behandlung nach dem Klinikaufenthalt die Strukturverbesserung beeinflusst haben könnten. Zudem erschweren die heterogenen Interventionen (ambulante Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologischer Schwerpunkt sowie Fremdunterbringung) eine Generalisierung der Ergebnisse. Die Therapieform und -elemente sollten in Folgestudien genauer untersucht werden. Dennoch sind wir der Ansicht, dass unsere Ergebnisse eine Veränderungssensitivität der psychischen Struktur aufzeigen konnten, was zur Therapieevaluation herangezogen werden kann.

Neu war der Vergleich der psychischen Struktur zwischen psychiatrischen und somatischen Patienten. Die Ergebnisse zeigten ein signifikant höheres Integrationsniveau im Strukturgesamtwert sowie der Dimension Steuerung bei Patienten mit ARM (Winter et al., 2012). In Bezug auf die einzelnen Funktionen der Struktur können Patienten mit ARM auf größere Fähigkeiten in der Konfliktbewältigung, Kommunikation von Affekten und internalisierte Kommunikation zurückgreifen, was für den Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf maßgeblich ist (Burgmer et al., 2004).

Zusammenfassend sprechen unsere Daten für eine gute Konstruktvalidität der Strukturachse im Manual OPD-KJ. Weitere klinische Erfahrungen mit der OPD-KJ sind notwendig, insbesondere in diesem Bereich gibt es große Forschungsrückstände im Vergleich zur OPD für Erwachsene. Die Veränderungssensitivität der Strukturachse wurde durch unsere Daten bekräftigt. Die Erhebung der psychischen Struktur, basierend auf der OPD-KJ, ermöglicht eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Strukturbereiche. Auf diese Weise kann ein individueller Schwerpunkt für die Behandlung gesetzt werden und eine Therapieevaluation erfolgen. Die Erhebung der jeweiligen Strukturbereiche bei körperlich chronisch Kranken gibt Hinweise auf Stärken bzw. Defizite in der psychischen Struktur, die für die Krankheitsbewältigung wichtig sind.

## Literaturverzeichnis

1. Arbeitskreis OPD-KJ. (Hrsg.) *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber. 2003.(1.Aufl.).
2. Resch F & Koch E. *Bedeutung der Strukturachse für Therapieplanung und Behandlung*. *Kinderanalyse*, 2012; 20 (2):4-20.
3. Resch F & Freyberger H. *Struktur und Identität in Adoleszenzpsychiatrie*. In: Fegert J, Streeck-Fischer S & Freyberger H (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer. 2009; 105-111.
4. Piaget J. *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta. 1973.
5. Arbeitskreis OPD. (Hrsg.) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD*. Bern, Huber. 1996.
6. Rudolf G. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD): Die Einschätzung des Strukturniveaus*. In: Buchheim P, Cierpka M & Seifert T (Hrsg.) *Lindauer Texte*. Berlin: Springer. 1996; 275-297.
7. Grande T, Rudolf G, Oberbracht C. *Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept*. In: Schneider W & Freyberger H. (Hrsg.) *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber. 2000; 148-161.
8. Nitzgen D & Brünger M. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde*. In: Schneider W & Freyberger H (Hrsg.) *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber. 2000; 238-252.
9. Reymann G, Zbikowski A, Martin K, Tetzlaff M & Janssen P. L. *Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken*. In: Schneider W & Freyberger H (Hrsg.) *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber. 2000; 229-237.
10. Thomasius R, Kraus D, Sack P.M, et al. *Zum Einsatz der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik in der Suchtforschung: Erste Erfahrungen in Querschnitts- und Verlaufsuntersuchungen*. In: Schneider W & Freyberger H (Hrsg.) *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen*

- mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber. 2000; 218-228.
11. Uzdawinis D, Edel M.A, Özgürdal S, et al. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) bei Patienten im schizophrenen Prodromalstadium – Eine explorative Studie*. Z Psychosom Med Psychother, 2010; 56, 150-162.
  12. Himmighoffen H & Böker H. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Psychotherapie von Patienten mit bipolarer affektiver Störung*. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 2011; 16 (1): 56-64.
  13. Cierpka M, Grande T, Rudolf G, von der Tann M, Stasch M, & OPD Task Force. *The operationalized psychodynamic diagnostics system: Clinical relevance, reliability and validity*. Psychopathology, 2007; 40, 209-220.
  14. Cierpka M, Grande T, Stasch M, et al. *Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)*. Psychotherapeut, 2001; 46:122-133.
  15. Schauenburg H, Dinger U, Komo-Lang M. et al. *Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF)*. In: Doering S & Hörz S (Hrsg.) Handbuch der Strukturdiagnostik. Stuttgart: Schattauer.2012, 284-307.
  16. Ehrenthal J.C, Dinger U, Horsch L, et al. *Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität*. Psychother Psychosom Med Psychol, 2012; 62:25-32.
  17. Benecke C, Bock A, Wiesner E, et al. *Reliabilität und Validität der OPD-KJ-Achsen Struktur und Konflikt*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2011; 60:60-73.
  18. Stefini A, Reich G, Horn H, Winkelmann K, Kronmüller K.-T. (im Druck). *Interrater-Reliabilität der OPD-KJ – Die Achsen „Konflikt“ und „Struktur“*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.
  19. Seiffge-Krenke I, Mayer S, Winter S. *Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training?* Klin Diagn Eval; 2011; 4:176-193.
  20. Weitkamp K, Wiegand-Grefe S, Romer G. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)*. Kinderanalyse, 2012; 20 (3):148-170.
  21. Fliedel R, & Katzenschläger P *Reliabilitäten OPD-KJ (Beziehungs-Strukturachse und Behandlungsvoraussetzungen)*. (unveröffentl.).
  22. von Staabs G. *Der Scenotest*. 4. Auflage. Bern, Huber. 1964.

23. Weber M & Stadelmann S. *Verwendung von Geschichtenergänzungsaufgaben zur OPD-KJ-Strukturdiagnostik*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2011; 60: 27-40.
24. Winter S, Jelen A, Pressel C, Lenz K, Lehmkuhl U. *Klinische und empirische Befunde mit OPD-KJ*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2011; 60:41-59.
25. Jelen-Mauboussin, A, Klipsch O, Pressel C, Lenz K, Lehmkuhl U, Winter S. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Diagnose*. Psychotherapeut, 2013; 58:24-30.
26. Winter S, Märzheuser S, Schmidt D, Jelen-Mauboussin A, Lenz K, Noecker M. *Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit. Eine Pilotstudie bei Patienten mit Anorektaler Malformation*. Psychother Psychosom Med Psychol, 2012; 62:259-265.
27. Arbeitskreis OPD-KJ. (Hrsg.) *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber. 2007; (2. korr. Aufl.).
28. Winter S. *OPD-KJ – Interviewleitfaden*. Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum. 2004; (unveröffentl.).
29. Delmo C, Weiffenbach O, Gabriel M, Stadler C, Poustka F. *Diagnostisches Interview. Kiddie-Sads-Present- and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. 5. Auflage der deutschen Forschungsversion, erweitert um ICD-10-Diagnostik 2001; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Frankfurt am Main.
30. Goodman R. *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note*. J Child Psychol Psys, 1997; 38, 581-586.
31. Achenbach TM. *Child Behaviour Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik. 1991a.
32. Englert E, Jungmann J, Lam L, Wienand F, Poustka F. *Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis*. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 1998; 27:129-146.
33. Holm S. *A simple sequentially rejective multiple test procedure*. Scandinavian Journal of Statistics. Vol. 6, 1979; 65-70.

34. Bonferroni C.E. *Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilita.* (Italian). (Pubbl. d. R. Ist. Super. di Sci. Econom. e Commerciali di Firenze. Firenze: Libr. Internaz. Seeber. 1936.
35. Laucht M, Esser G, Schmidt M.H. *Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie.* Z Klin Psychol Psychiatr Psychother, 2000; Vol. 29, (4) 284-292.
36. Romer G. *Zum Stand der empirischen Forschung der OPD-KJ. 17. Konferenz der VAKJP – Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftlichen Austausch,* Vortrag, 19.02.2011, Frankfurt/Main.
37. Dreher C. *Persönlichkeitsstrukturelle und symptombezogene Veränderungen während der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie im stationären Behandlungssetting.* Dissertation, Philosophisch-historische Fakultät der Universität Basel. 2006.
38. Burgmer M, Fiori W, Bunzemeier H, et al. *Comorbidity of mental disorders in the German G-DRG system - effect on length of stay and revenue at a university hospital.* Z Psychosom Med Psychother, 2004; 50:306-316.

## Anteilserklärung an den folgenden Publikationen

Anna Jelen-Mauboussin hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

### 1. Publikation

Winter, S., **Jelen, A.**, Pressel, Ch., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2011). *Klinische und empirische Befunde mit der OPD-KJ*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 39 – 55.

Beteiligung: 65% - Beitrag im Einzelnen:

Patientenrekrutierung, Erhebung experimenteller Daten, Datenauswertung sowie -analyse, Mitarbeit an der Manuskripterstellung

### 2. Publikation

**Jelen-Mauboussin, A.**, Klipsch, O., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U., Winter, S. (2013). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung*. Psychotherapeut 58: 24 – 30.

Beteiligung: 90% - Beitrag im Einzelnen:

Rekrutierung der Patienten, Datenerhebung, Diagnostik, Datenauswertung und -analyse, Manuskripterstellung

### 3. Publikation

Winter, S., Märzheuser, S., Schmidt, D., **Jelen-Mauboussin, A.**, Lenz, K., Noecker, M. (2012). *Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit. Eine Pilotstudie bei Patienten mit Anorektaler Malformation*. Psychother Psychosom Med Psychol 62: 259 – 265.

Beteiligung: 40% - Beitrag im Einzelnen:

Patientenrekrutierung, Diagnostik, Datenerhebung und Datenauswertung, Mitarbeit an der Manuskripterstellung

Unterschrift der Doktorandin

---

## Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

1. Publikation:

Winter, S., **Jelen, A.**, Pressel, Ch., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2011).

*Klinische und empirische Befunde mit der OPD-KJ.*

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 39 – 55.

2. Publikation:

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

*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung.*

Psychotherapeut 58: 24 – 30.

3. Publikation:

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

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

Psychother Psychosom Med Psychol 62: 259 – 265.

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

## **Komplette Publikationsliste**

### Zeitschriftenbeiträge

**Jelen-Mauboussin, A.**, Eickhorst, A., Seitz-Keppner, S. *Väter in Elternzeit: Motivation und Vaterschaftswahrnehmung – eine qualitative Interviewstudie.* Zeitschrift für Familienforschung. (eingereicht)

Winter, S., **Jelen-Mauboussin, A.**, Lenz, K., Pressel, C., Lehmkuhl, U. (2013). *Eine Pilotstudie zur Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund.* Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 63:285-299.

**Jelen-Mauboussin, A.**, Klipsch, O., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U., Winter, S. (2013). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung.* Psychotherapeut 58:24-30.

Winter, S., Märzheuser, S., Schmidt, D., **Jelen-Mauboussin, A.**, Lenz, K., Noecker, M. (2012). *Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit. Eine Pilotstudie bei Patienten mit Anorektaler Malformation.* Psychother Psychosom Med Psychol 62:259-265.

Winter, S., **Jelen, A.**, Pressel, Ch., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2011). *Klinische und empirische Befunde mit der OPD-KJ.* Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60:39-55.

Eickhorst, A., Schweyer, D., Köhler, H., **Jelen-Mauboussin, A.**, Kunz, E., Sidor, A., Cierpka, M. (2010). *Elterliche Feinfühligkeit bei Müttern und Vätern mit psychosozialen Belastungen.* Bundesgesundheitsblatt 53:1126-1133.

**Jelen, A.** (2007). *ADHD in Frankreich – Was berichten Eltern betroffener Kinder und Jugendlichen? Ergebnisse der französischen ADHD-Profil-Studie.* Die Akzente, BV-AUEK

## Freie Vorträge

Winter, S., **Jelen, A.**, Pressel, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2011). *Empirische Befunde zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)*.

32. DGKJP Kongress, Essen, 2.-5. März 2011

Winter, S., **Jelen, A.**, Lehmkuhl, U. (2009). *Haben die psychodynamischen Befunde der OPD-KJ einen prädiktiven Wert für den Therapieerfolg?*

4. Internationaler OPD Kongress, Heidelberg, 23.-24. Oktober 2009

Winter, S., **Jelen, A.**, Lehmkuhl, U. (2009). *Welchen Beitrag kann die OPD-KJ zur Diagnostik und Therapieplanung von internalen und externalen Störungen leisten?*

4. Internationaler OPD Kongress, Heidelberg, 23.-24. Oktober 2009

**Jelen, A.**, Lehmkuhl, U., Winter, S. (2008). *Welchen Beitrag können die Achsen „Beziehung“ und „Psychische Struktur“ der OPD-KJ zur Diagnostik und Therapieplanung von internalen und externalen Störungen leisten?*

„OPD-KJ Anwendertagung“, Basel, 12. Dezember 2008

**Jelen, A.**, Huss, M., Lehmkuhl, U. (2008). *Treatment of children and adolescents suffering from ADHD in France*. International Journal of Psychology, Vol. 43, 3/4, Abstracts of the 29th International Congress of Psychology, Berlin, 20-25. July 2008

Winter, S., **Jelen, A.**, Lehmkuhl, U. (2008). *Ist die Achse „Behandlungsvoraussetzung“ der OPD-KJ ein Prädiktor für den Behandlungserfolg?*

1. Arbeitstagung „Psychotherapieforschung im Kindes- u. Jugendalter“ Heidelberg, 6.-7. März 2008

**Jelen, A.**, Lehmkuhl, U., Winter, S. (2008). *Welchen Beitrag kann die Achse „Psychische Struktur“ zur Therapieplanung von internalisierenden und externalisierenden Störungen leisten?*

1. Arbeitstagung „Psychotherapieforschung im Kindes- u. Jugendalter“ Heidelberg, 6.-7. März 2008

Winter, S., Pressel, C., **Jelen, A.**, Lehmkuhl, U. (2007). *Ist die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ der OPD-KJ ein Prädiktor für den Therapieerfolg?*

30. Kongress der DGKJP, Aachen, 14.-17. März 2007

Winter, S., Pressel, C., **Jelen, A.**, Lehmkuhl, U. (2005). *Bietet die Anwendung der OPD-KJ bei (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten Vorteile?*

29. Kongress der DGKJP, Heidelberg, 16.-19. März 2005

### Posterpräsentationen

Fischer, C., Eickhorst, A., Sidor, A., **Jelen-Mauboussin, A.**, Schweyer, D., Köhler, H., Kunz, E., Cierpka, M. (2012). *Feinfühligkeit bei psychosozial belasteten Müttern und Vätern.*

48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bielefeld, 23.-27. September 2012

Kachler, M., Eickhorst, A., Frey, B., **Jelen-Mauboussin, A.**, Sidor, A., Borchardt, S., Schwinn, L., Cierpka, M. (2012). *Dyadische und triadische Eltern-Kind-Interaktionen im Vergleich.*

48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bielefeld, 23.-27. September 2012

Eickhorst, A., Frey, B., **Jelen, A.**, Sidor, A., Borchardt, S., Schwinn, L., Cierpka, M. (2012). *Dyadic and triadic family interactions.*

13th World Congress of the World Association for Infant Mental Health, Kapstadt, 17.-21. April 2012

Winter, S., **Jelen, A.**, Lehmkuhl, U. (2011). *Die psychische Struktur: Veränderungssensitivität bei Kindern und Jugendlichen anhand von OPD-KJ.*

4. Wissenschaftliche Tagung für Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter, Marburg, 29.-30. September 2011

Sidor, A., Kunz, E., Schweyer, D., Köhler, H., **Jelen-Mauboussin, A.**, Cierpka, M. (2010). *Projekt frühe Interventionen für Familien (PFIFF).*

„...Eltern sein dagegen sehr!“, Jahrestagung des Bundesverbands Psychoanalytische Paar- und Familientherapie (BvPPF), Heidelberg, 15.-17. April 2010

**Jelen, A.,** Lehmkuhl, U., Winter, S. (2007). *Wie unterscheiden sich internale und externale Störungen auf der Achse „Psychische Struktur“ der OPD-KJ?*

DGPPN Kongress Berlin 2007

**Jelen, A.,** Huss, M., Lehmkuhl, U. (2007). *Wie werden ADHD-betroffene Kinder und Jugendliche in Frankreich behandelt? - Ergebnisse der französischen ADHD-Profil-Studie.*

DGPPN Kongress Berlin 2007

**Jelen, A.,** Huss, M., Lehmkuhl, U. (2007). *Werden ADHD-Betroffene in Frankreich anders behandelt als in Deutschland? Ergebnisse der französischen ADHD-Profil-Studie.*

30. Kongress der DGKJP, Aachen, 14.-17. März 2007

## **Eidesstattliche Versicherung**

„Ich, Anna Jelen-Mauboussin versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Anwendung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) im klinischen Kontext“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet. Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

---

Unterschrift

*Ich danke ganz herzlich...*

... *Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl*, für die vielseitige Unterstützung und die mir stets alle theoretischen und praktischen Fragen, die im Laufe dieser Arbeit entstanden sind, prompt und zuverlässig beantwortet hat,

... *Dr. med. Sibylle M. Winter*, die mir ein großes Vorbild in Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist und mit viel Engagement diese Arbeit begleitet hat sowie für die fruchtbaren Diskussionen in allen Phasen dieser Arbeit und die kritischen Anmerkungen, die diese Arbeit verbessert haben,

... *Frédéric*, meinem Ehemann und meinen Kindern, *Louis* und *Victor*, für die wundervolle Unterstützung et la confiance, AJM,

... *Helga*, meiner Mutter und meinen Schwestern, *Karin* und *Hiacynta, B.Sc.*, die immer da sind und für ihre unschätzbare Hilfe,

... *Prof. Dr. med. M. Cierpka* und *Prof. em. Dr. med. G. Rudolf*, für die wertvollen Hinweise und Anregungen bei der Entstehung der Publikationen,

... *Dipl.-Math. K. Lenz* und *Dipl.-Psych. O. Klipsch*, die mich in Fragen der statistischen Auswertung beraten haben,

... *G. Danko, B.A.*, die immer hilft, wo sie kann,

... *Dr. phil. Dipl.-Psych. A. Sidor* und *Dr. med. C. Nikendei*, für den konstruktiven Dialog und die klugen Einwände,

... *K. Baumunk*, für Korrektur lesen, die entscheidenden Impulse einer Außenstehenden, ihre Energie und ihren Beistand!