

# Diagnostische Arbeit mit dem Befundbogen der Konfliktachse der OPD-KJ: Empirische Ergebnisse an stationären und ambulanten Patient\_innen



Stefan Mayer<sup>1</sup>, Maike Rathgeber<sup>1</sup>, Tobias Sommer<sup>1</sup>, Sybille Winter<sup>2</sup> und Inge Seiffge-Krenke<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psychologisches Institut der Universität Mainz

<sup>2</sup> Kinder- und Jugendpsychiatrie, Charité Berlin

**Zusammenfassung:** In der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie findet die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-KJ) in den letzten Jahren zunehmend Anwendung. Dieser Beitrag stellt die Konfliktachse der OPD-KJ vor, die eine Operationalisierung von sieben psychodynamischen Konflikten und den jeweils zugeordneten Verarbeitungsmodi enthält. Er beschreibt empirische Ergebnisse zum Vergleich der Konfliktachsenratings und des Strukturratings in einer ambulanten und einer stationären Gruppe von Kindern und Jugendlichen (gesamt  $N = 186$ , 12.7 Jahre, 54 % weiblich). Die Befunde zeigen an der Gesamtgruppe, dass die diagnosespezifischen Geschlechtsunterschiede verschwinden und männliche wie weibliche Patienten weitgehend ähnliche intrapsychische entwicklungsbehindernde Konflikte aufweisen. Patient\_innen in stationärer Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie weisen allerdings häufiger einen Selbstwertkonflikt auf und haben auch erwartungsgemäß ein niedrigeres Strukturniveau als gleichaltrige Patient\_innen in ambulanter Psychotherapie. Die Anzahl hoch belastender Ereignisse vor Beginn der Therapie ist in dieser Gruppe auch deutlich erhöht, was möglicherweise zu den strukturellen Defiziten beigetragen hat. Für ambulante Patient\_innen ist ein höheres Niveau im Schuld- und Identitätskonflikt auffallend; in beiden Stichproben ist der Verarbeitungsmodus der Konflikte überwiegend passiv. Ausgehend von diesen Befunden werden mögliche Implikationen für die Therapie diskutiert.

**Schlüsselworte:** Psychodynamische Diagnostik, Konfliktachse, Strukturachse, kritische Lebensereignisse, Verarbeitungsmodus

## Diagnostic work with the conflict axis of the OPD-CA: Empirical results on inpatients and outpatients

**Abstract:** In recent years, the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD-CA) is increasingly being used in child and adolescent psychiatry and psychotherapy. This article presents the conflict axis of the OPD-CA, which contains an operationalization of seven psychodynamic conflicts and the processing modes assigned to them. It describes empirical comparisons of the conflict axis ratings and the structure rating in a group of outpatient and inpatient children and adolescents (total  $N = 186$ , 12.7 years, 54 % female). The findings in the total sample show that diagnosis-specific gender differences are disappearing, and that male and female patients have largely similar intrapsychic development-impairing conflicts. Patients in inpatient treatment in a child and adolescent psychiatry institution, however, more often show a self-conflict and, as expected, have a lower structural level than patients of the same age in outpatient psychotherapy. The number of highly stressful events before the start of therapy is also significantly higher in this group, which may have contributed to the structural deficits. For outpatients, there is a strikingly higher level of guilt and identity conflicts. In both samples, the mode of processing the conflicts is largely passive. Based on these findings, possible implications for therapeutic practice are discussed.

**Keywords:** psychodynamic diagnostic, conflict axis, structure axis, critical life events, processing mode

## Einleitung

Vor mehr als 20 Jahren etablierte sich ein Arbeitskreis aus einer Gruppe von Kinder- und Jugendpsychiater\_innen, Entwicklungspsycholog\_innen und psychodynamisch aus-

gerichteten Kinder- und Jugendpsychotherapeut\_innen mit dem gemeinsamen Anliegen, hilfreiche psychodynamische Konstrukte für die Diagnostik im Kindes- und Jugendalter zu operationalisieren, um sie dadurch mit ausreichender Reliabilität und Validität erfassbar und klinisch

nutzbar zu machen. Das Ergebnis der Bemühungen des Arbeitskreises der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) ist das inzwischen bereits in der dritten Auflage vorliegende OPD-KJ-Manual (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020), das sich als fakultative, modular aufgebaute psychodynamische Diagnostik in Ergänzung des Multiaxialen Klassifikations-schemas (MAS; vgl. Remschmidt, Schmidt & Pouska, 2001) versteht.

Die OPD-KJ wurde in Anlehnung an die OPD für Erwachsene entwickelt (Cierpka & Seiffge-Krenke, 2013) und umfasst vier psychodynamische und deskriptive Achsen. In der Achse *Behandlungsvoraussetzungen* werden Leistungsdruck, Ressourcen und Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung erfasst. Die Achse *Beziehung* stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen zur Verfügung, in dem Nähe und Distanz bzw. Wärme und Kontrolle in der Interaktion zwischen Therapeut\_innen und Patient\_innen eingeschätzt werden können. Die Achse *Konflikt* erfasst zeitlich überdauernde, lebensbestimmende und verinnerlichte Konflikte, die klar von äußeren Alltagskonflikten abgegrenzt werden können. Die Achse *Struktur* erfasst Defizite in der psychischen Struktur, bezogen auf die Emotionsregulierung, die Bindung sowie die Selbst- und Objektwahrnehmung.

In dem vorliegenden Beitrag steht die Konfliktachse der OPD-KJ im Zentrum. Zielsetzung des Beitrags ist der empirische Vergleich der diagnostischen Einschätzung von Patient\_innen anhand des Befundbogens der Konfliktachse in zwei verschiedenen Behandlungssettings, bei Kindern und Jugendlichen in einem ambulanten und einem stationären Setting. Bei den empirischen Vergleichen der Patient\_innen in den beiden Settings wird auch die Strukturachse mit herangezogen. Die diagnostische Einschätzung des Konfliktachsenratings und des Strukturratings in der ambulanten und der stationären Gruppe von Kindern und Jugendlichen fand auf der Grundlage des OPD-KJ-Interviews vor Beginn der jeweiligen Therapie statt.

Die Diagnostik mit der OPD-KJ-Konfliktachse orientiert sich am Freud'schen Konfliktmodell (Freud, 1923), das lange Zeit das zentrale Krankheitsmodell der Psychoanalyse war und erst in den letzten Jahrzehnten durch ein Strukturmodell bzw. ein Traumamodell ergänzt wurde (Seiffge-Krenke, 2020a). Im klassischen psychodynamischen Krankheitsmodell wird ein Konflikt zwischen triebhaften Bestrebungen des Es und Verboten des Über-Ichs so „gelöst“, dass Symptome entstehen; hierbei spielt die vermittelnde Funktion des Ichs eine Rolle, die u. a. die Abwehr in Gang setzt. Die OPD-Achse *Konflikt* ergänzt den klassischen ödipalen Konflikt als Ursache von Symptomen durch sechs weitere, entwicklungsbehindernde Konflikte, die man in der Therapie bearbeiten sollte. Diese Themen erweitern die klassische Engführung des ödi-

palen Themas durch Konflikte um Schuld, Identität, Selbsterleben und Bindung, nehmen also die Komplexität des aktuellen psychodynamischen Theoriegebäudes auf der Basis von Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie (Bohleber, 2019) auf.

Orientiert an psychodynamischen Konzepten wird in der OPD-KJ als Ursache von Symptomen ein intrapsychischer, zeitlich überdauernder Konflikt angenommen, bei dem unvereinbare Bestrebungen aufeinanderprallen, die in einem aktiven bzw. passiven Modus „gelöst“ werden. Entscheidendes Kriterium ist, dass sich der intrapsychische Konflikt in verschiedenen Alltagsbereichen beobachten lässt und die Weiterentwicklung des Kindes oder Jugendlichen blockiert. In der OPD-KJ, wie auch in Arbeiten, die die OPD-Diagnostik an Erwachsenen betreffen (Rudolf, 2001), wird hervorgehoben, dass ein gewisses Maß an Struktur Voraussetzung dafür ist, dass sich überhaupt intrapsychische Konflikte entwickeln können.

Bei der Verarbeitung des Konfliktes werden zwei verschiedene Modalitäten beschrieben: Zunächst ein aktiver Modus, d. h. eine deutliche kontraphobische Abwehr oder Reaktionsbildung, und ein passiver Modus mit einer überwiegend regressiven Abwehrhaltung, wobei die OPD-KJ darauf hinweist, dass aktiver und passiver Modus Prototypen sind, in der klinischen Realität finden sich dagegen häufig Mischtypen. Der jeweilige Konflikt kann sich in vier verschiedenen Entwicklungsbereichen (Familie, Gleichaltrige/Freunde, Schule, Körper/Krankheit) zeigen. In Abhängigkeit davon, wie pervasiv er ist, wird das Kind oder der Jugendliche als umso schwerer beeinträchtigt eingeschätzt. Andererseits ist es als eine Ressource anzusehen, wenn sich ein zeitlich überdauernder Konflikt nur in einem Bereich zeigt, z. B. in der Familie, während die Bereiche Gleichaltrige/Freunde oder Schule noch relativ konfliktfrei geblieben sind.

Die Operationalisierung im Manual der OPD-KJ erlaubt eine Einschätzung nach Altersfenstern mit entsprechenden Ankerbeispielen. Dabei wird in Anlehnung an Piaget in die Altersstufen 1, 2 bis 5 Jahre, d. h. das Vorschulkind, die Altersstufen 2, 6 bis 12 Jahre, d. h. die mittlere Kindheit, und die Altersstufe 3, 13 Jahre und älter, ab der Pubertät, unterschieden. Eingestuft wird jeweils nach dem realen Alter, nicht nach dem augenscheinlichen Alter, denn erfahrungsgemäß wirken viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen deutlich „jünger“.

Im Folgenden werden die sieben Konfliktthemen der OPD-KJ sowie deren aktiver und passiver Modus der Verarbeitung kurz erläutert. Der *Nähe-vs.-Distanz-Konflikt* sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn Bindungen nicht sicher sind. Im aktiven Modus wird dies operationalisiert als Angst vor Nähe und übersteigerte emotionale Unabhängigkeit, im passiven Modus dagegen als Angst vor Trennung und Suche nach engen Beziehungen. Er

sollte nicht diagnostiziert werden, wenn flexible Bindungen zu anderen Personen möglich sind, z.B. außerhalb des Elternhauses. Der zweite Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* bedeutet, dass Selbst- und Fremdkontrolle die Interaktionen färben. Im aktiven Modus ist dies durch ständiges Aufbegehren gegen Pflichten deutlich, im passiven Modus durch Gefügigkeit und Unterordnung. Beim dritten Konflikt, *Selbst-Versorgen vs. Versorgtwerden*, ist Versorgung durch materielle und emotionale Güter bestimmend und findet sich in verschiedenen Lebensbereichen als (Selbst-)Versorgung und Aufopferung für andere (aktiver Modus), während im passiven Modus ein anklammerndes, parasitäres Verhalten zu beobachten ist. Beim *Selbstwertkonflikt* steht die Regulierung des Selbstwertes in Beziehungen im Vordergrund. Im aktiven Modus ist dies operationalisiert durch eine grandiose Selbstüberschätzung, im passiven Modus durch deutliche Einbrüche des Selbstwertes. Der *Schuldkonflikt* zeigt an, dass Kinder und Jugendliche versuchen, die Beziehung zu den Eltern zu sichern, und unangemessene Schuldgefühle haben. Im aktiven Modus lassen sich massive Entwertungen nachweisen, die Kinder und Jugendlichen erscheinen unmoralisch und gewissenlos, im passiven Modus erwecken sie den Eindruck, sie hätten schwere Schuld auf sich geladen und zeigen eine überzogene Treuebindung an die Eltern. Beim *ödipalen Konflikt* stehen erotisch-sexuelle Wünsche und deren Abwehr im Vordergrund; im aktiven Modus wird Sexualität überbetont, während Kinder und Jugendliche im passiven Modus sehr sachlich, sexuell unattraktiv und uneindeutig erscheinen. Beim *Identitätskonflikt* sind Identitätsfindung und -sicherung lebensbestimmend. Im aktiven Modus finden wir eine unkritische Übernahme und rasch wechselnde Identifizierungen, im passiven Modus Orientierungslosigkeit und Ratlosigkeit.

Eine weitere wichtige Einschätzung auf dem Befundbogen der Konfliktachse im Manual (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020, S. 390) betrifft den Bezug zu schweren Lebensbelastungen. Dem Ablaufschema im Manual entsprechend werden Alltagsbelastungen (wie schlechte Noten, Streit mit den Eltern) nicht eingeschätzt, denn sie sind häufig, nur mild belastend und relativ leicht von Kindern und Jugendlichen zu bewältigen (Persike & Seiffge-Krenke, 2015). Demgegenüber sind kritische Lebensereignisse (wie Trennung der Eltern, Armut oder Arbeitslosigkeit) seltener als Alltagsbelastungen, haben aber im gegenwärtigen Entwicklungskontext von Kindern und Jugendlichen zugenommen (Egle, 2016). Sie sind belastend, oft wenig vorhersehbar und deutlich schwieriger zu bewältigen. Unter Traumata erfasst man demgegenüber äußerst selten auftretende, schwerwiegende Belastungen wie Vergewaltigung, Folter, Kriegserlebnisse, bei denen davon ausgegangen werden muss, dass sie nur schwer oder gar nicht bewältigt werden können und zu typischen Abwehrformationen wie etwa Dissoziation führen.

Lediglich die Anzahl schwerer Belastungen (kritische Lebensereignisse und Traumata) vor dem diagnostischen Interview sind zu notieren. Dies ist notwendig, weil ein Vorliegen solcher Belastungen das Strukturniveau erniedrigen und auch den intrapsychischen Konflikt verschärfen bzw. die Fähigkeit, diesen zu verarbeiten, beeinträchtigen kann (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020).

Die Strukturachse, die häufig in Kombination mit der Konfliktachse erhoben wird, beschreibt die möglicherweise vorhandenen strukturellen Defizite in vier Bereichen (*Steuerung, Interpersonalität, Identität und Bindung*) auf insgesamt 19 Subdimensionen, die nach dem Integrationsniveau differenziert werden. Konzeptuell werden Zusammenhänge zwischen dem Strukturniveau und der Konfliktausprägung vermutet (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020). Konflikte sind zwar bei jedem Strukturniveau möglich, doch ist bei einer schlecht integrierten Struktur, d.h. bei strukturellen Defiziten, der Konflikt in einer aktiven oder passiven Verarbeitung schwerer erkennbar. Bisherige Studien haben, insbesondere bezogen auf stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Patient\_innen (Jelen-Mauboussin et al., 2013; Seiffge-Krenke, Fliedl & Katzenschläger, 2013a; Weitkamp, Claaßen, Wiegand-Grefe & Romer, 2014), ein niedriges Strukturniveau, d.h. eine gering integrierte Struktur, gefunden. Insgesamt liegen für ambulante Patient\_innen erst wenige Studien vor, insbesondere der Vergleich zwischen ambulanten und stationären Patient\_innen ist noch eine Forschungslücke. In einer der wenigen vergleichenden Studien wurden bei stationären Patient\_innen ein niedrigeres Strukturniveau und höhere Werte im Selbstwertkonflikt (Seiffge-Krenke, Mayer, Rathgeber & Sommer, 2013), verglichen mit ambulanten Patient\_innen, gefunden. Die Bedeutung schwerer Belastungen im Kontext von Konflikt- und Strukturratings wurde bislang in keiner Studie untersucht.

## Fragestellungen

In der vorliegenden Arbeit wurden an zwei verschiedenen Patientenstichproben, ambulanten und stationären Patient\_innen, die sieben OPD-KJ-Konflikte auf der Basis des Befundbogens im Manual (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020, S. 390) eingeschätzt. Die Einschätzung fand nach dem OPD-KJ-Interview (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020, S. 367–382) während der diagnostischen Phase und vor Beginn der jeweiligen Therapie statt. Bei der Einstufung wurden als Hilfe die im Manual vorgeschlagenen Operationalisierungen in Abhängigkeit von der Altersstufe, dem jeweils betroffenen Lebensbereich und dem verwendeten Verarbeitungsmodus (aktiv vs. passiv) herangezogen. Der Arbeit lagen vier Forschungsfragestellungen zugrunde.

1. Die erste Fragestellung ist genereller Natur. Wir überprüften in der Gesamtgruppe, zusammengesetzt aus ambulanten und stationären Patient\_innen, alters-, geschlechts- und diagnosespezifische Unterschiede in den intrapsychischen Konflikten. Es sollte zunächst geklärt werden, ob es alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in den Diagnosen gibt. Es ging des Weiteren um die Frage, ob sich Kinder bzw. Jugendliche in der Häufigkeit spezifischer intrapsychischer Konflikte unterscheiden und ob etwa bei Mädchen, weil sie auch häufig andere Diagnosen bekommen als Jungen, entsprechend auch andere Konflikthemata diagnostiziert werden.
2. Eine zweite Fragestellung betrifft Unterschiede zwischen ambulanten bzw. stationären Patient\_innen, bezogen auf die Häufigkeit und Verarbeitung intrapsychischer Konflikte. Bislang liegen nur wenige Studien an stationären Patient\_innen und nur eine Studie vor, die ambulante Patient\_innen einbezog. Zunächst wurde überprüft, ob sich die ambulante und die stationäre Gruppe in wesentlichen Stichprobenmerkmalen, den Diagnosen und der Häufigkeit belastender Lebensereignisse unterscheiden. Eine Überprüfung der Häufigkeiten schwerer Lebensbelastungen, die zusätzlich zum Rating der sieben OPD-KJ-Konflikte auf dem Befundbogen der OPD-KJ anzugeben sind, ist notwendig, weil sich beide Gruppen potenziell darin unterscheiden können und diese Unterschiede die Fähigkeit, den intrapsychischen Konflikt zu verarbeiten, beeinträchtigen können. Es wurde dann geprüft, ob sich bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patient\_innen, etwa im Vergleich zur ambulanten Gruppe, besondere Konflikte häufen und ob sich beide Patientengruppen in ihrem Verarbeitungsmodus intrapsychischer Konflikte unterscheiden.
3. In der dritten Fragestellung wurden Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Gruppe bzgl. des Strukturniveaus geprüft. Prinzipiell ist die Ausbildung von Konflikten auf verschiedenen Strukturniveaus möglich (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020), die Konflikte sollten jedoch in ihrer entwicklungsbehindernden Funktion am deutlichsten bei Patient\_innen mit gut bis mäßig integrierter Struktur zu diagnostizieren sein. Da der vorliegende Beitrag den Fokus auf die Konfliktachse der OPD-KJ gelegt hat, sollen lediglich Unterschiede im Gesamtwert der Strukturachse zwischen beiden Gruppen überprüft werden.
4. Eine letzte Fragestellung betrifft den Zusammenhang zwischen Konflikten, Strukturniveau und belastenden Lebensereignissen in der Gesamtgruppe. Der Zusammenhang zwischen intrapsychischen Konflikten und Strukturniveau wird zwar in der OPD-KJ-2 (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020) postuliert, empirische Belege in Form von Korrelationen dazu fehlen jedoch. Desgleichen gibt

es noch keine Befunde zu den Zusammenhängen zwischen belastenden Lebensereignissen, intrapsychischen Konflikten und Strukturniveau.

## Methoden

### Stichprobe

Es wurden die Daten von 186 Patient\_innen ( $M = 12.74$  Jahre,  $SD = 3.5$ , Range 7–18 Jahre) in die Auswertung einbezogen. In der Gesamtgruppe (wie auch in den beiden Untergruppen stationär  $N = 88$  und ambulant  $N = 98$ ) war, wie Tabelle 1 verdeutlicht, die Alters- und Geschlechtsverteilung ausgeglichen. Die Patient\_innen in der Gesamtgruppe kamen zu einem erheblichen Teil aus Trennungsfamilien (49%) und hatten einen Migrationshintergrund (18%, davon 15% der Eltern, 3% der Patient\_innen). 11% der Patient\_innen der Gesamtstichprobe lebten in Stieffamilien, Pflegefamilien oder Wohnheimen. Die durchschnittliche Geschwisterzahl lag insgesamt bei 1.08 ( $SD = 1.0$ ). In der Gesamtgruppe liegen zu einem erheblichen Umfang (64%) bedeutsame Lebensbelastungen vor der diagnostischen Sitzung vor; dabei unterscheiden sich ambulante und stationäre Patient\_innen nicht im Gesamtumfang, sondern, wie später ausgeführt wird, in einzelnen belastenden Lebensereignissen erheblich. Zur Behandlungshistorie gab in der Gesamtgruppe rund ein Drittel an, bereits zuvor in Behandlung gewesen zu sein.

Was die Diagnosen angeht, so waren F3: Affektive Störungen (33%) und F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (42%) die häufigsten Diagnosen in der Gesamtgruppe. F4: Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen wurden mit 18%, F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (6%) sowie Persönlichkeitsstörungen (1%) deutlich seltener diagnostiziert.

### Datenerhebung und Kodierung

#### Studiendesign

Die Erhebung der Daten erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. Zunächst nahmen die vier Rater\_innen (SM, MR, ISK und TB) an einem OPD-KJ-Training teil. Dann erhoben drei der Rater\_innen (SM, MR und TB) im Rahmen von Qualifikationsarbeiten und als Assistent\_innen Patient\_innen in zwei verschiedenen Behandlungssettings. Alle Patient\_innen waren zuvor von unabhängigen Diagnostiker\_innen im Rahmen von Ambulanzgesprächen bzgl. des Vorhandenseins einer krankheitswertigen behandlungsbedürftigen Störung diagnostiziert und nach

**Tabelle 1.** Stichprobenmerkmale der Gesamtgruppe sowie der Untergruppen stationär und ambulant behandelter Kinder und Jugendlicher.

	Gesamtgruppe	Ambulant	Stationär	$\chi^2$ (1)/t (115)	p
N	186	98 (58.1 %)	88 (41.9 %)		
M Alter	12.74 (SD = 3.573)	12.79 (SD = 3.797)	12.41 (SD = 3.247)	0.840	.403
Weiblich/männlich	54.0%/46.0%	54.1%/45.9%	51.1%/48.9%	0.131	.717
Kinder/Jugendliche	51.4%/48.6%	51.7%/48.3%	50.2%/49.8%	0.002	.962
M Anzahl Geschwister	1.09 (SD = 1.068)	1.03 (SD = 1.007)	1.24 (SD = 1.155)	-0.565	.573
Trennung der Eltern	49.1 %	36.8 %	66.7 %	10.067**	.002
Migrationshintergrund	18.0 %	14.2 %	20.5 %	0.768	.381
Pflege- oder Heimkinder	11.1 %	8.8 %	14.2 %	0.860	.354
Bedeutsame Lebensbelastungen	64.4 %	63.2 %	66.1 %	0.032	.895
Vorherige Behandlung	33.8 %	25.3 %	41.5 %	2.323	.127

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, f% = Häufigkeiten, \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; Remschmidt et al., 2001) eingeordnet. Bei 30 % der Patient\_innen lagen Mehrfachdiagnosen vor; hier wurde jeweils die Hauptdiagnose verwendet. Die für eine stationäre Behandlung vorgesehenen Patient\_innen wurden in zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien, die für eine ambulante Therapie vorgesehenen Patient\_innen in einem Ausbildungsinstitut und zwei Praxen niedergelassener Therapeut\_innen im Mainzer und Frankfurter Raum sowie in Berlin rekrutiert. Die Patient\_innen nahmen beim Aufnahmegespräch an einem Interview im Sinne der OPD-KJ teil, in dem nach konflikthaften Themen und deren Verarbeitung sowie nach Strukturaspekten gefragt wurde. Das OPD-KJ-Interview enthält einen Leitfaden, um eine möglichst hohe Standardisierung zu erreichen (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020, S. 367ff). Es wurde bei einem Viertel der Patient\_innen als Video aufgezeichnet, bei den übrigen Patient\_innen dienten die schriftlichen Ausführungen der Rater\_innen, die auch das Interview durchführten, als Auswertungsgrundlage.

### Training und Überprüfung der Beurteilerübereinstimmung

OPD-KJ bietet drei Trainingskurse an, einen Grundkurs und zwei Aufbaukurse, in denen die Einstufung aller Achsen mit einem Gesamtumfang von 35 Stunden eingeübt und zertifiziert wird. Die Untersuchung der Effekte von OPD-KJ-Trainings (Seiffge-Krenke, Mayer & Winter, 2011) erbrachte eine recht gute Beurteilerübereinstimmung

(ICC) für die Konfliktachse (.79); für die Strukturachse war sie dagegen noch verbesserungsbedürftig (.58). Die Kodierung auf den Bögen zur Befunderhebung der Konflikt- und Strukturachse (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020, S. 390 und S. 391) für die vorliegende Patientenstichprobe erfolgte durch vier erfahrene Kodierer\_innen (SM, MR, ISK und TS; zwei weiblich und zwei männlich), die die drei vorgeschriebenen OPD-KJ-Trainings erfolgreich abgeschlossen hatten. Zunächst wurde die Beurteilerübereinstimmung der vier Kodierer\_innen bei der Teilstichprobe der 32 in Videoform vorliegenden Patient\_innen überprüft. Sie betrug für die vier Rater\_innen Kappa = .81. Außerdem wurden 30 zufällig ausgewählte Patient\_innen, für die die Berichtsform vorlag (Zufallsstichprobe aus ambulanten und stationären Patient\_innen), von allen vier Rater\_innen unabhängig kodiert mit einer Übereinstimmung von Kappa = .76).

## Verfahren

### Einschätzung der Konfliktachse

Alle Patient\_innen wurden auf der Konfliktachse mit dem OPD-KJ-2-Befundbogen bzgl. der sieben intrapsychischen, zeitlich überdauernden Konflikte (*Nähe vs. Distanz, Unterwerfung vs. Kontrolle, Selbstversorgen vs. Versorgtwerden, Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, ödipaler Konflikt, Identitätskonflikt*) nach den im Manual vorgegebenen Operationalisierungskriterien und Ankerbeispielen eingestuft. Dabei wurde jeweils nach dem Alter der Patient\_innen (Al-

tersstufen 1 bis 3) und dem Ausprägungsgrad des Konfliktes in verschiedenen Alltagsbereichen (z. B. Eltern, Freunde, Schule) differenziert. Für jeden Konfliktbereich wurde außerdem der aktive oder passive Verarbeitungsmodus eingestuft. Im Manual finden sich entsprechende Operationalisierungen des jeweiligen Konfliktes im aktiven und passiven Modus, jeweils bezogen auf die Familie, die Gleichaltrigen, die Schule und Körper/Krankheit pro Altersstufe. Auf dem Auswertungsblatt des Befundbogens war zu jedem der sieben Konflikte der Ausprägungsgrad (von 0 = *nicht vorhanden* über 1 = *wenig bedeutsam* bis 3 = *sehr bedeutsam*) und jeweils der Modus (aktiv vs. passiv) sowie der wichtigste Konflikt anzugeben. Des Weiteren war das Vorliegen schwerer Belastungen vor dem Interview anzugeben und die Art der schweren Lebensbelastungen zu notieren.

### Einschätzung der Strukturachse

Alle Patient\_innen wurden auf der Strukturachse mit dem OPD-KJ-2-Befundbogen zur Strukturachse eingestuft. Er gliedert sich in vier Dimensionen: *Steuerung* (z. B. Impulssteuerung, Affekttoleranz), *Identität* (z. B. Selbsterleben), *Interpersonalität* (z. B. emotionale Kontaktaufnahme, Empathie) sowie *Bindung* (z. B. innere sichere Basis, Fähigkeit, allein zu sein). Dem Manual entsprechend wird bei der Einschätzung der Struktur zwischen *guter Integration* = 1 (die beschriebenen Strukturdimensionen gelingen in allen beschriebenen sozialen Bereichen unter Alltagsbedingungen zu fast jeder Zeit und ohne wesentliche Hilfe von außen) über *mäßige, eingeschränkte Integration* = 2 (dem Kind oder Jugendlichen gelingen die Strukturdimensionen mit zusätzlicher Hilfe von außen in vielen Bereichen und meistens) zu *geringer Integration* = 3 (dem Kind oder Jugendlichen gelingen die Strukturleistungen nur mit erheblichen Hilfen von außen in wenigen beschriebenen Bereichen sowie selten) bis *Desintegration* = 4 unterschieden. Auf dem Auswertungsblatt wurden die vier Dimensionen der Strukturachse eingestuft. Die Einstufung erfolgte wiederum bezogen auf die drei Altersstufen. Wir verwendeten im vorliegenden Artikel den Gesamtwert, d. h. den Mittelwert der Strukturachse über die vier Dimensionen.

### Statistische Datenanalyse

Was Fragestellung 1, Befunde an der Gesamtgruppe, und Fragestellung 2 (bezogen auf Stichprobenunterschiede zwischen ambulanten und stationären Patient\_innen) angeht, wurden die Daten des OPD-KJ-2-Befundbogens zunächst mittels mehrerer Chi<sup>2</sup>-Unabhängigkeitstests auf Unterschiede in den Stichprobenkennwerten zwischen den Gruppen ambulant und stationär, Mädchen und Jun-

gen sowie Kinder und Jugendliche ausgewertet. Unterschiede in der Verteilung der Auftretenshäufigkeiten der ICD-10-Diagnosekategorien zwischen den genannten Untergruppen wurden jeweils mittels Chi<sup>2</sup>-Verteilungstest überprüft; zu dem Zweck wurden die ICD-10-Diagnosen zu größeren Gruppen zusammengefasst (Dilling & Mombour, 2015). Auch die Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der Diagnosen in der ambulanten und stationären Stichprobe sowie Unterschiede in den bedeutsamen Lebensbelastungen zwischen beiden Gruppen wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Test überprüft. Alter und Geschwisteranzahl wurden zwischen den genannten Gruppen mittels unabhängiger *t*-Tests verglichen.

Zur Beantwortung der Fragestellungen 2 und 3 wurde mittels mehrerer dreifaktorieller ANOVAs überprüft, ob sich die Untergruppen stationär und ambulant in der Ausprägung der sieben Konflikte, dem Gesamtkonfliktwert, den Verarbeitungsmodi der Konflikte und dem Gesamtwert der Strukturachse signifikant unterscheiden. Die drei Faktoren waren dementsprechend Patientenstatus (ambulant/stationär), Geschlecht und Altersstufe; die Ausprägungen der Konflikte und Gesamtwerte von Struktur und Konflikt sind jeweils die abhängige Variable eines Modells. Unterschiede zwischen den ambulanten und stationären Patient\_innen in Bezug auf die beiden Verarbeitungsmodi der sieben Konflikte wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Unabhängigkeitstest auf Signifikanz getestet.

Zur Beantwortung der Fragestellung 4 wurden Korrelationen nach Pearson zwischen allen sieben Konflikten, dem Konflikt- und Strukturgesamtwert und der Schwere der Lebensbelastungen als Summenwert berechnet.

Wegen der Gefahr der Alpha-Fehler-Kumulierung durch multiples Testen wurde eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen; es werden nur Befunde berichtet, die unter Bonferroni-Korrektur statistisch bedeutsam waren. Als Maß für die Effektstärken wurde *Phi* und Cramers *V* benutzt; konventionell gilt für beide der Wert 0.1 als gering, 0.3 als moderat und 0.5 als hoch. Des Weiteren wurde als Maß für die Effektstärken Cohens  $\eta^2$  benutzt; hier ist 0.06 ein geringer Effekt, 0.06 bis 0.14 ein moderater Effekt und > 0.14 als hoher Effekt einzuschätzen. Bei den Korrelationen wurde die statistische Signifikanz angegeben; es wurden nur Korrelationen von > .20 interpretiert. Getestet wurde auf ein Signifikanzniveau von  $\alpha = 0.05$ . Die Testungen erfolgten zweiseitig. Die Voraussetzungen zur Berechnung der (parametrischen) Verfahren waren gegeben, da die verwendeten Verfahren ausreichend robust und die Stichprobengröße ausreichend groß war. Weil die Fallzahlen insgesamt recht groß sind und die meisten Auswertungen an der Gesamtgruppe stationärer bzw. ambulanter Patient\_innen durchgeführt wurden, wurde keine A-priori-Fallzahlschätzung oder Post-hoc-Sensitivitätsanalyse vorgenommen. Alle Berechnungen

wurden mit IBM® SPSS® Statistics 25 und CIBCO® Statistica® (V 13.3) durchgeführt.

## Ergebnisse

### Befunde an der Gesamtgruppe: Geschlechts- und Altersabhängigkeit der Diagnosen und Konflikte?

Die Stichprobenbeschreibung in Tabelle 1 zeigt, dass in der Gesamtgruppe ein in etwa ausgeglichenes Verhältnis von Jungen und Mädchen bzw. von Kindern und Jugendlichen vorliegt. Fast die Hälfte der Patient\_innen wuchs in Trennungs- und Scheidungsfamilien auf, knapp 20 % der Patient\_innen wuchsen in einer Familie mit Migrationshintergrund auf. Auffällig ist ferner die große Anzahl von schweren Lebensbelastungen und die Tatsache, dass bei rund einem Drittel schon andere therapeutische Vorbehandlungen stattgefunden hatten.

#### Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der Diagnosen

Dazu wurden die Diagnosen zu größeren Diagnosegruppen zusammengefasst; es wurden hierbei nur die häufigsten Diagnosen verwendet. Ein Chi<sup>2</sup>-Test nach dem Geschlecht zeigte signifikante Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen ( $\chi^2[4] = 10.744, p < .05, V = .303$ ) auf, mit höheren Werten der Patientinnen bei F3 (38.7%) und F5 (11.3%) gegenüber den männlichen Patienten (27.3% und 0%). Patienten hatten häufiger F9-Diagnosen (50.9%) als die Patientinnen (33.9%) und tendenziell auch höhere Werte in F4-Diagnosen. Die Diagnosen waren also deutlich geschlechtsabhängig. Ein weiterer Chi<sup>2</sup>-Test nach der Altersstufe ergab ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen ( $\chi^2[4] = 28.343, p < .01, V = .492$ ) mit höheren Auftretenshäufigkeiten der Diagnosekategorien F3, F4, F5 und F9 bei den Jugendlichen (45.6%, 22.8%, 12.3% und 19.3%) als bei den Kindern (21.7%, 13.3%, 0% und 63.3%). Die Geschlechtsunterschiede sind in Abbildung 1 dargestellt.

#### Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Konfliktniveaus

Während es geschlechtsabhängige Unterschiede in dem meisten Diagnosegruppen gab, ist die Verteilung der intrapsychischen Konflikte in sechs der sieben Konflikte nicht signifikant verschieden zwischen Mädchen und Jungen. Lediglich beim Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* findet sich ein signifikanter Unterschied ( $F[1, 182] = 7.193, p < .01, \eta^2 = 0.060$ ); Jungen haben in diesem Konflikt höhere Werte als Mädchen. Abbildung 2 verdeutlicht die weitgehend ähnliche Verteilung.

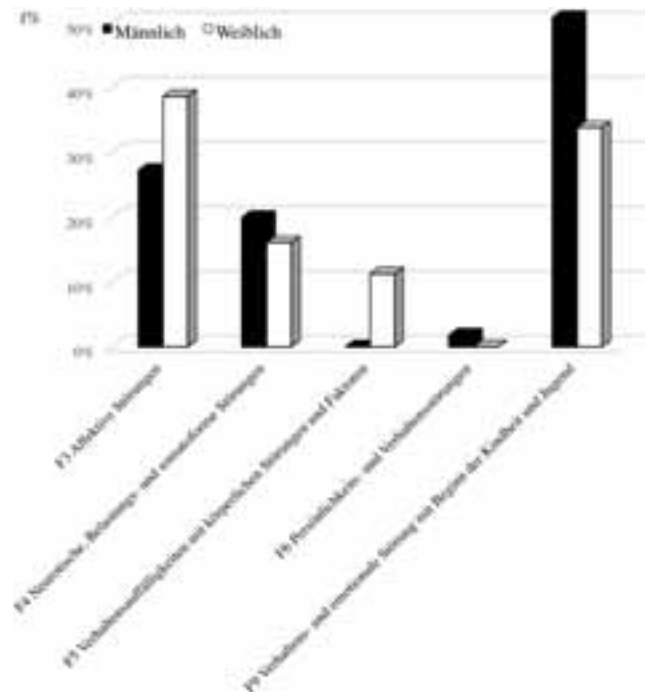


Abbildung 1. Geschlechtsabhängigkeit der Diagnosen in der Gesamtgruppe.

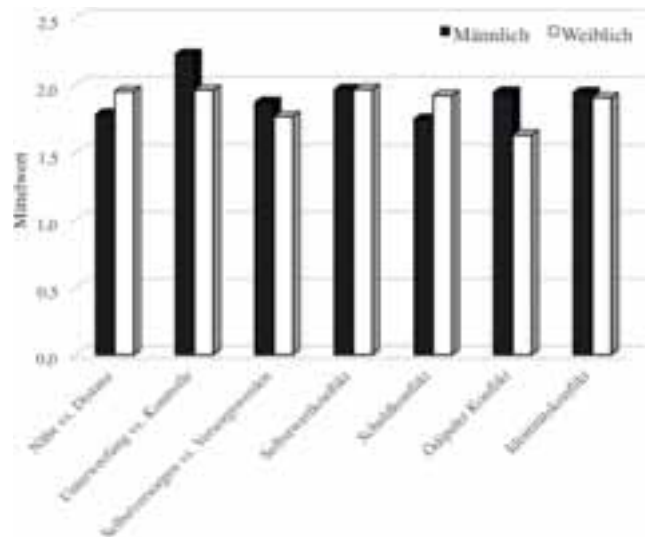


Abbildung 2. Geschlechtsunterschiede in Bezug auf das Konfliktniveau in den sieben intrapsychischen Konflikten.

Kinder und Jugendliche unterschieden sich im Konflikt *Nähe vs. Distanz* ( $F[1, 182] = 4.428, p < .05, \eta^2 = 0.038$ ), mit höheren Werten bei den Kindern als bei den Jugendlichen, und im *Identitätskonflikt* ( $F[1, 182] = 15.098, p < .01, \eta^2 = 0.118$ ), mit höheren Werten bei den Jugendlichen als bei den Kindern.

## Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Patient\_innen in den sieben intrapsychischen entwicklungsbehindernden Konflikten und in bedeutsamen Lebensbelastungen

Bevor auf Unterschiede in den sieben intrapsychischen entwicklungsbehindernden Konflikten eingegangen wird, sollen zunächst einige deskriptive Merkmale, bezogen auf die beiden Stichproben ambulant vs. stationär, beschrieben werden. Dazu gehören auch Unterschiede in den bedeutsamen Lebensbelastungen vor Beginn des Interviews, eine Frage, die regulär bei dem Rating der Konfliktachse gestellt und eingetragen wird.

### Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patient\_innen: Stichprobenmerkmale, Diagnosen und bedeutsame Lebensbelastungen

Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, wiesen stationäre und ambulante Patient\_innen eine etwa gleiche Alters- und Geschlechtsverteilung auf und unterschieden sich nur in wenigen Merkmalen: Stationäre Patient\_innen kamen häufiger aus Trennungsfamilien ( $\chi^2[1] = 10.067, p < .01, \phi = .295$ ) und hatten zwar einen ebenso hohen Gesamtbelastungswert, jedoch häufiger spezifische schwere Belastungen erlebt. Sie hatten, verglichen mit ambulanten Patient\_innen, häufiger den Tod bzw. Suizid von Angehörigen ( $\chi^2[1] = 3.852, p = .05, \phi = .194$ ; 19.1% gegenüber 8%) erlebt und waren Opfer von Missbrauch und Gewalt ( $\chi^2[1] = 2.861, p = .012, \phi = .136$ , 14.3% gegenüber 5.8%). Vernachlässigung war bei stationären Patient\_innen etwas häufiger (12.2% gegenüber 7.4%), sie kamen auch etwas häufiger aus Heimen (14.2% gegenüber 8.8%). Psychische Störungen der Patienteneltern kamen in beiden Stichproben etwa genauso häufig vor (22.4% und 20.6%). Beide Patientengruppen unterschieden sich auch in der Diagnosehäufigkeit. Ein Chi<sup>2</sup>-Test der Verteilungen der Diagnosehäufigkeiten zwischen ambulanten und stationären Patient\_innen ergab einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen ( $\chi^2[4] = 15.593, p < .01, V = .341$ ), mit höheren Werten der ambulanten Patient\_innen bei den Störungskategorien F3 (38.2%) und F4 (25%) gegenüber der stationären Gruppe (26.5% und 8.2%) und höheren Werten bei den stationären Patient\_innen bei F9 (59.2%) gegenüber der ambulanten Gruppe (29.4%).

### Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patient\_innen in der Konflikthäufigkeit

Dreifaktorielle Varianzanalysen sollten klären, ob Konflikte je nach zugewiesener Behandlungsform als unterschiedlich bedeutsam eingestuft wurden, dabei wurden die Faktoren Alter und Geschlecht kontrolliert. Die ANO-

VAs der sieben Konflikte, jeweils mit den drei Faktoren Geschlecht, Altersstufe und Patientenstatus und den Ausprägungen der Konflikte (0–3) als abhängige Variable, ergaben Folgendes: Von den sieben Konflikten wiesen vier Konflikte signifikant verschiedene Mittelwerte zwischen Patient\_innen in ambulanter und stationärer Behandlung auf, der Konflikt *Nähe vs. Distanz* ( $F[1, 182] = 6.091, p < .05, \eta^2 = 0.051$ ) und der *Selbstwertkonflikt* ( $F[1, 182] = 7.963, p < .01, \eta^2 = .006$ ), mit höheren Werten bei stationären als bei ambulanten Patient\_innen. Ambulante Patient\_innen wiesen dagegen höhere Werte im *Schuldkonflikt* ( $F[1, 182] = 2.945, p = .050, \eta^2 = 0.036$ ) und tendenziell im *Identitätskonflikt* ( $F[1, 182] = 2.734, p = .091, \eta^2 = 0.054$ ). auf. Bei den übrigen drei Konflikten unterschieden sich ambulante und stationäre Patient\_innen nicht signifikant. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

### Unterschiede im Verarbeitungsmodus intrapsychischer Konflikte zwischen ambulanten und stationären Patient\_innen

Wir überprüften mit Chi<sup>2</sup>-Tests die Häufigkeitsverteilungen der Verarbeitungsmodi der sieben Konflikte zwischen ambulanten und stationären Patient\_innen: Der Verarbeitungsmodus des Konflikts *Unterwerfung vs. Kontrolle* unterschied sich signifikant zwischen den ambulanten und stationären Patient\_innen ( $\chi^2[1] = 9.783, p < .01, \phi = -.379$ ) mit signifikant höheren Werten im aktiven Modus in der stationären Gruppe. Des Weiteren zeigte sich beim *Schuldkonflikt* ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2[1] = 5.431, p < .01, \phi = -.267$ ) mit ebenfalls höheren Werten im aktiven Modus bei stationären Patient\_innen. Für die anderen Konflikte waren die Verarbeitungsmodi zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant verschieden. Insgesamt überwiegt in beiden Gruppen deutlich der passive Verarbeitungsmodus. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

### Unterschiede im Strukturniveau zwischen stationären und ambulanten Patient\_innen

Es ergab sich ein Gesamtwert der Achse *Struktur* von  $M = 2.69$  ( $SD = 0.772$ ), was bedeutet, dass in der Gesamtstichprobe eine eingeschränkte bis geringe Integration vorlag, die Patient\_innen also die entsprechenden Strukturleistungen nur mit teilweise erheblicher Hilfe in verschiedenen Alltagsbereichen erbringen konnten. Eine dreifaktorielle ANOVA mit den Faktoren Geschlecht, Altersstufe und Patientenstatus und den Gesamtwerten der Strukturachse (1–4) als abhängiger Variable ergab, dass sich die Strukturgesamtwerte signifikant zwischen den ambulanten und stationären Patient\_innen unterschieden.



**Tabelle 2.** Ergebnisse der ANOVAs der sieben Konflikte, des Konfliktgesamtwerts und des Strukturgesamtwerts.

Abhängige Variable	Ambulant		Stationär		F (1, 113) <sup>a</sup>	p	$\eta^2$
	M	SD	M	SD			
Nähe vs. Distanz	1.92	0.94	2.79	0.80	6.091*	.015	0.051
Unterwerfung vs. Kontrolle	2.06	0.86	2.16	0.85	1.344	.249	0.012
Selbstversorgen vs. Versorgtwerden	1.80	0.91	1.86	0.77	0.853	.358	0.007
Selbstwertkonflikt	1.76	0.74	2.18	0.72	7.963**	.006	0.066
Schuldkonflikt	1.89	0.79	1.65	0.86	2.945	.050	0.036
Ödipaler Konflikt	1.74	0.95	1.88	0.85	0.527	.473	0.015
Identitätskonflikt	2.11	0.83	1.71	0.75	2.743	.091	0.054
Konflikte Gesamt	1.99	0.34	1.97	0.26	0.567	.345	0.005
Struktur Gesamt	2.48	0.71	2.99	0.77	6.398*	.013	.0734

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . <sup>a</sup> nur bei Struktur Gesamt

den ( $F[1, 181]$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = 0.073$ ), mit höheren Werten bei stationären ( $M = 2.99$ ,  $SD = 0.77$ ) als bei ambulanten ( $M = 2.48$ ,  $SD = 0.71$ ) Patient\_innen. Zwischen Kindern und Jugendlichen sowie zwischen Mädchen und Jungen gab es keine signifikanten Unterschiede im Gesamtstrukturwert.

### Zusammenhänge zwischen Konflikt- und Strukturniveau und bedeutsamen Lebensbelastungen

Pearson-Korrelationen zwischen den sieben Konflikten, dem Konfliktgesamtwert, dem Strukturgesamtwert und der Schwere der Lebensbelastung zeigten zahlreiche signifikante Zusammenhänge, von denen hier, wegen der Größe des  $N$ , nur die bedeutsamen erwähnt werden: Schwere Lebensbelastungen korrelierten gering, aber signifikant mit dem ersten Konflikt, *Nähe vs. Distanz* ( $r = .217$ ,  $p < .001$ ), was darauf hinweist, dass Patient\_innen mit mehr Lebensbelastungen häufiger diesen Konflikt diagnostiziert bekamen. Dass der Konfliktgesamtwert niedrig bis moderat mit einzelnen Konflikten korreliert war (zwischen  $r = .232$  und  $.505$ ), ergibt sich daraus, dass dieser Gesamtwert aus den einzelnen Konflikten errechnet wurde. Der Strukturgesamtwert korrelierte nicht mit einzelnen Konflikten und auch Konflikt- und Strukturniveau als Gesamtwerte korrelierten nicht. Es gab aber einen signifikanten Zusammenhang zwischen Strukturgesamtwert und schweren Lebensbelastungen ( $r = .197$ ,  $p < .001$ ).

### Diskussion

Konflikte sind im Sinne von OPD-KJ definiert als intrapsychisch, zeitlich überdauernd und durch eine spezifische Verarbeitung in einem aktiven oder passiven Modus gekennzeichnet. Im Unterschied zu Alltagskonflikten, die häufig insbesondere im Jugendalter auftreten und die eher entwicklungsfördernd und normativ sind, sind solche zeitlich überdauernden intrapsychischen Konflikte dysfunktional, d. h. nicht entwicklungsfördernd, und lassen sich auf der Basis des Befundbogens (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020), der in dieser Studie verwendet wurde, und auf der Basis spezifischer altersbezogener Operationalisierungen in verschiedenen Lebensbereichen raten.

Die OPD-KJ-Achse Konflikt ist durch einen komplexen Aufbau – den Einbezug von vier Lebensbereichen, drei Altersfenstern, sieben Themen und zwei Verarbeitungsmodalitäten – gekennzeichnet; es ist ein intensives Training notwendig, um diese Achse sinnvoll anwenden zu können. Wir haben in dieser Studie die Befunde von vier Diagnostiker\_innen vorgestellt, die unmittelbar nach Abschluss ihres OPD-KJ-Trainings mit der Erhebung von Daten zur Konflikt- und Strukturachse an zwei Stichproben begannen. Dabei steht die *Konfliktachse* der OPD-KJ in ihrer klassischen Erhebung durch den Befundbogen im Manual im Vordergrund, aber es wurden auch Informationen zur *Strukturachse* erhoben. Die Erhebungen bezogen sich auf eine Klientel aus stationären Patient\_innen in Kinder- und Jugendpsychiatrien und ambulanten Patient\_innen in einer Ausbildungsinstitution und freien Praxen. Bei der Erhebung wurde darauf geachtet, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung in den Gruppen ambulant und stationär in etwa ausgeglichen war. Die Patient\_innen be-

fanden sich in der diagnostischen Phase, d.h. in den probatorischen Sitzungen, die vor Beginn einer ambulanten Behandlung durchgeführt werden bzw. im stationären Bereich kurz nach der Aufnahme auf die Station.

Die diagnostische Einschätzung der 186 Patient\_innen erfolgte durch vier Rater\_innen, die an einem 35-stündigen OPD-KJ-Training teilgenommen hatten. Zunächst wurde die Beurteilerübereinstimmung der vier Rater\_innen an den Patient\_innen überprüft, für die Videos vorlagen; sie ist mit  $Kappa = .81$  als sehr gut einzustufen. Des Weiteren wurden die Beurteilerübereinstimmungen an einer zufälligen Stichprobe von 30 Patient\_innen (je 15 Patient\_innen in ambulanter und in stationärer Therapie) überprüft; auch diese Interraterübereinstimmung war gut ( $Kappa = .76$ ).

In einer ersten Fragestellung klärten wir anhand der Daten der Gesamtgruppe eine potenzielle Geschlechts- und Altersabhängigkeit von Diagnosen und Konfliktthemen. Tatsächlich sind in vielen Studien, auch auf internationaler Ebene, internalisierende Störungen (wie z.B. F32, F40) häufiger bei weiblichen und ein Überwiegen von externalisierenden Störungen (wie z.B. F91) häufiger bei männlichen Patienten (z.B. Lambert et al., 2013; Ottosen, Petersen, Larsen & Dalsgaard, 2016; Salk, Hyde & Abramson, 2017) gefunden worden – ein Befund, den wir auch an unserer Gesamtstichprobe bestätigen können. Demgegenüber sind die entwicklungsbehindernden intrapsychischen Konflikte, was die sieben Themen angeht, in etwa gleich verteilt. Es fand sich nur ein geschlechtsabhängiger Unterschied: Männliche Patienten wiesen höhere Werte in *Unterwerfung vs. Kontrolle* auf, was möglicherweise mit den höheren Werten in der Diagnose F9 bei männlichen Patienten zusammenhängt, die ja als übergeordnete Kategorie auch F91-Diagnosen (Störungen des Sozialverhaltens) enthält. Dieser OPD-KJ-2-Konflikt ist dadurch gekennzeichnet, dass im aktiven Modus ein Auflehnen gegen jegliche Ordnungsstrukturen diagnostizierbar ist. Ein solcher Konflikt kann nach OPD-KJ (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020) auch bei Patient\_innen mit anderen Diagnosen vorkommen. Dass verschiedene Patient\_innen, die beispielsweise die Diagnose F93.0 bekamen, sehr verschiedene Konfliktthemen haben können, wurde in Seiffge-Krenke und Schmeck (2020) durch Fallanalysen demonstriert. Kinder oder Jugendliche zeigen andererseits Symptome, die sehr unterschiedlich sein können, obwohl sie den gleichen zugrunde liegenden Konflikt aufweisen.

Auf der Basis der Analysen an der Gesamtgruppe, insbesondere der Gegenüberstellung von geschlechtsspezifischen Verteilungen der F-Diagnosen und den geringen Geschlechtsunterschieden, die in der Gesamtgruppe in den sieben OPD-KJ-Konflikten gefunden wurden, zeigte sich, dass es starke geschlechtsspezifische Unterschiede in den meisten Diagnosen gibt, aber nur einen Unter-

schied zwischen Jungen und Mädchen in der Verteilung und Häufigkeit intrapsychischer entwicklungshemmender Konflikte: Jungen weisen höhere Werte im Konflikt *Unterwerfung vs. Kontrolle* auf, der im aktiven Modus ein Aufbegehren gegen Regeln und Pflichten enthält, was von therapeutischer Seite typisch für Jungen angesehen wird (Hopf, 2021). Eine der Grundideen der OPD-KJ, ein Instrument zu schaffen, das über die Diagnose hinausgehend einen Behandlungsfokus ermöglicht, kann damit bestätigt werden. Altersbezogene Unterschiede finden sich demgegenüber nur wenige, u.a. das zu erwartende (Erikson, 1966) höhere Konfliktniveau im *Identitätskonflikt* bei jugendlichen Patient\_innen.

In der zweiten Fragestellung untersuchten wir Unterschiede in Bezug auf das Konfliktniveau, sowohl was den Gesamtkonfliktwert als auch einzelne Konflikte und deren Verarbeitung angeht in den beiden Untergruppen, den ambulanten und stationären Patient\_innen. Das diagnostische Spektrum unterschied sich deutlich zwischen ambulanten und stationären Patient\_innen. Wie auch in anderen Studien (vgl. Seiffge-Krenke, Fliedl & Katzenschläger, 2013b; Seiffge-Krenke & Posselt, 2021; Winter, Jelen, Pressel, Lenz & Lehmkuhl, 2011) fanden sich bei ambulanten Psychotherapiepatient\_innen gehäuft die Diagnosen F3 und F4, bei den stationären Psychiatriepatient\_innen gehäuft F9-Diagnosen. Ambulante und stationäre Patient\_innen unterschieden sich des Weiteren auch in der Anzahl spezifischer, besonders belastender Lebensereignisse. So war in der stationären Gruppe die Anzahl von Patient\_innen besonders hoch, die Missbrauch und Gewalt (14%), Tod und Suizid naher Angehöriger (19%) bzw. psychische Störungen der Eltern (22%) erlebt haben. Besonders hoch war auch die Rate der Kinder und Jugendlichen aus Trennungsfamilien (67%), ein Befund, der immer wieder mit psychischen Störungen bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patient\_innen in Verbindung gebracht wird (Esbjorn, Levin, Hoeyer & Dyrborg, 2008).

Die vergleichende Einschätzung der intrapsychischen entwicklungsbehindernden Konflikte erbrachte einige Unterschiede in der ambulanten und stationären Gruppe. Bei ambulanten Patient\_innen wurden relativ häufig Themen bedeutsam, die um Schuld und Identität kreisen. Es handelt sich um eine Klientel, bei der häufig F3- und F4-Diagnosen, verglichen mit der stationären Stichprobe, vorkamen. Diese beiden Themen, die übrigens wie die meisten Konflikte überwiegend im passiven Modus verarbeitet wurden, zeigen einerseits eine starke Orientierungslosigkeit und Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität auf und andererseits eine überzogene Treuebindung an die Eltern sowie eine stark schuldbelastete Beziehung zu den Eltern. Die starke Orientierungslosigkeit, die bei ambulanten Patient\_innen auftrat in Bezug auf die eigene Identität unterstreicht die große Bedeutung des Identitätsthe-

mas für Jugendliche generell, insbesondere aber für die strukturell besser ausgestatteten ambulanten Patient\_innen, mit großer Verunsicherung bei insgesamt veränderten gesamtgesellschaftlichen Bedingungen durch (zu) viele Optionen (Seiffge-Krenke, 2020b). In der ambulanten Klientel fand sich eine recht große Zahl von belastenden Lebensereignissen und eine überzogene Treuebindung und Schuldgefühle in Bezug auf (nicht verursachte) familiäre Belastungen (wie Trennung, Scheidung, psychische oder körperliche Erkrankung von Eltern). Solche Ergebnisse wurden häufig bei dieser Klientel gefunden (Wiegand-Grefe, 2017).

In Trainings kann man eine Neigung beobachten, Patient\_innen aus Trennungsfamilien häufiger den *Schuldkonflikt* und Patient\_innen mit Migrationshintergrund häufiger den *Identitätskonflikt* zuzuordnen (Seiffge-Krenke, 2012). Unsere vergleichende Analyse der Stichprobenmerkmale in beiden untersuchten Gruppen zeigt, dass das keineswegs zutrifft: Stationäre Patient\_innen stammen häufiger aus Trennungsfamilien, bei ihnen wurden aber signifikant seltener Indikatoren für einen *Schuldkonflikt* gefunden. Seine Verarbeitung erfolgt überwiegend aktiv, was auf starke Entwertungen elterlicher Bindungen hinweist. Auch die Tatsache, dass stationäre Patient\_innen etwas häufiger einen Migrationshintergrund hatten, hat sich nicht etwa in einer stärkeren Zuweisung von Identitätsthemen in dieser Gruppe bemerkbar gemacht. Für einen bedeutsamen *Identitätskonflikt* liegen dagegen deutlich mehr Indikatoren in der ambulanten Stichprobe vor. Da sich in beiden Stichproben gleich viele Kinder und Jugendliche befanden, kann dies auch nicht auf einen größeren Prozentsatz an Jugendlichen in dieser Gruppe zurückgeführt werden, sondern ist vermutlich mit dem besseren Strukturniveau der ambulanten Gruppe in Verbindung zu bringen, das ihnen erlaubt, über Identitätsfragen zu reflektieren und sich über ihre ungewisse zukünftige Entwicklung Sorgen zu machen.

Belastende Lebensereignisse sind in der Gruppe der stationären Patient\_innen, wie bereits erwähnt, in Bezug auf Missbrauch, Gewalt, Suizid und Tod von Angehörigen sowie Vernachlässigung noch deutlich häufiger. In der Stichprobe dieser Patient\_innen fanden sich gehäuft Konflikte, die um *Nähe-Distanz* (passiver Modus) und um den *Selbstwert* (aktiver Modus) kreisen, was darauf hinweist, dass Ängste vor Verlust und Trennungsangst, aber auch ein übersteigertes Selbstbewusstsein („im Mittelpunkt stehen wollen“) mit geringer Frustrationstoleranz bei Patient\_innen mit diesen Konflikten bedeutsam bzw. sehr bedeutsam sind. Sie benutzten Beziehungen zur Nähe-Distanz- und zur Selbstwertregulation. Ganz generell aber ist der überwiegend passive Modus der Verarbeitung der meisten Konflikte auch in dieser stationären Stichprobe auffallend. Lediglich der *Schuldkonflikt* und der

Konflikt *Unterwerfung vs Kontrolle* werden, wie erwähnt, aktiv verarbeitet, was auf massive Entwertungen familiärer Bindungen und ein Auflehnen gegen Pflichten und Regeln hinweist.

In der dritten Fragestellung untersuchten wir Unterschiede in Bezug auf das Strukturniveau in den beiden Untergruppen, den ambulanten und stationären Patient\_innen. Die Patient\_innen, die nach einem diagnostischen Interview im Sinne der OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020, S. 367ff) geratet wurden, befanden sich im Beginn des diagnostischen Prozesses, zu dem eine Zuweisung zur jeweiligen Behandlungsform erfolgen sollte (ambulante Patient\_innen) bzw. gerade erfolgt ist (stationäre Patient\_innen). Die signifikant unterschiedlichen Strukturgesamtwerte mit ihren signifikant höheren Werten in der stationären Stichprobe sprechen dafür, dass die Indikation für diese Behandlungsform sinnvoll gewählt und zutreffend ist. Da hohe Werte ein niedrigeres Strukturniveau anzeigen, bedeutet dies, dass das Strukturniveau der stationären Patient\_innen eher in Richtung *geringe Integration* geht (die Strukturleistungen sind nur mit erheblicher Hilfe von außen in einigen Situationen möglich), während das Strukturniveau der ambulanten Patient\_innen in Richtung *ingeschränkte Integration* (mit geringer Hilfe in den meisten Situationen, häufig) geht.

Unterschiede im strukturellen Gesamtniveau, aber auch in einzelnen Strukturdimensionen, zwischen Patient\_innen aus Kinder- und Jugendpsychiatrien und ambulanten Psychotherapiepatient\_innen wurden bereits mehrfach aufgezeigt. So berichten Jelen-Mauboussin et al. (2013) bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patient\_innen in Berlin und Seiffge-Krenke et al. (2013b) auf der Basis einer Wiener stationären Stichprobe Strukturgesamtwerte, die in etwa denen unserer stationären Stichprobe gleichen. Auch sind unsere Strukturgesamtwerte in der ambulanten Gruppe in etwa mit den Werten einer anderen ambulanten Stichprobe vergleichbar (Seiffge-Krenke et al., 2013a). Unsere vergleichende Studie an ambulanten und stationären Patient\_innen belegt Unterschiede im Strukturgesamtwert zwischen beiden Gruppen von moderater Effektstärke und unterstreicht, dass der Strukturgesamtwert sich gut als Screeninginstrument für Indikationsfragen eignet.

In einer letzten Fragestellung untersuchten wir Zusammenhänge zwischen Konflikt- und Strukturgesamtwert, einzelnen Konflikten und der Häufigkeit belastender Lebensereignisse, wiederum bezogen auf die Gesamtgruppe. Wir vermuten, dass die hohe Zahl hoch belastender, ja traumatischer Ereignisse in der Gruppe der stationären Patient\_innen mit dem vergleichsweise schlechteren Strukturgesamtwert zusammenhängt. In OPD-KJ-Manual (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2020) werden Bezüge zwischen dem Strukturniveau und der Ausbildung von intrapsychi-

schen Konflikten postuliert; wir fanden hingegen zwischen dem Gesamtkonfliktniveau und den schweren Lebensbelastungen keine statistisch signifikante Korrelation. In der Gesamtstichprobe ergab sich eine signifikante, gering positive Korrelation zwischen dem Gesamtwert der belastenden Lebensereignisse und dem Strukturniveau (je mehr Belastungen desto schlechter das Integrationsniveau, d.h. desto höher der Strukturgesamtwert). Dies lässt an einen möglichen Zusammenhang zwischen frühen Belastungen und strukturellen Defiziten denken (Rudolf, 2001).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse hilfreich für die Indikation und die weitere Behandlungsplanung sind. Bei den stationären Patient\_innen geben sowohl die sehr große Zahl belastender Lebensereignisse als auch das niedrige Strukturniveau und das Vorherrschen bestimmter intrapsychischer entwicklungshemmender Konflikte zahlreiche Impulse für die Gestaltung eines unterstützenden multimodalen stationären Angebots, aber auch für die Bearbeitung in den Einzeltherapie settings während des stationären Aufenthaltes. Strukturbezogene Ansätze (Rudolf, 2013) erscheinen besonders sinnvoll. Auch die ambulante Gruppe war zu einem erheblichen Prozentsatz durch schwere Belastungen im Laufe ihres Lebens gekennzeichnet. Es lagen aber weniger traumatische Erfahrungen vor und der Strukturgesamtwert war in dieser Gruppe insgesamt recht gut, sodass eine psychodynamische Arbeit am Konfliktfokus empfohlen werden konnte mit nur relativ geringeren Anteilen am Abbau von strukturellen Defiziten.

## Limitationen

Die diagnostische Erhebung mit dem Interview der OPD-KJ und die Einschätzung auf dem Befundbogen anhand der ausführlichen Operationalisierungskriterien im Manual, die jeweils alters- und bezogen auf den jeweiligen betroffenen Lebensbereich erfolgen und den aktiven oder passiven Modus der Verarbeitung einschließen, ist komplex. Die Ergebnisse sind stichprobenabhängig und sollten an weiteren Stichproben, insbesondere im ambulanten Setting und mit einem breiten Störungsbereich, wiederholt werden, um eine ausreichende empirische Basis als Grundlage für die klinische Arbeit zu haben. Die Rater\_innen in unserer Studie haben die Interviews selbst durchgeführt und anschließend geratet; nur bei einer kleinen Substichprobe konnte auf ein Video zurückgegriffen werden. Für zukünftige Studien wäre es daher wünschenswert, wenn für alle Patient\_innen Videoaufzeichnungen des Interviews während der Eingangsdiagnostik vorlägen, sodass unabhängige Rater\_innen auf der Basis des gleichen Materials und anhand der Operationalisierung im Manual

die Konflikte der jeweiligen Patient\_innen und ihr Strukturniveau raten können. Alternativ könnte zwischen Interviewführenden und Rater\_innen getrennt werden, was in unserer Stichprobe wegen des hohen Aufwandes nicht möglich war. Was die klinische Anwendung angeht, ist darauf hinzuweisen, dass in der Einschätzung im Manual zwei Konflikte anzugeben sind, der wichtigste (für den man die meisten Indikatoren hat) und der zweitwichtigste. Das ist auch deshalb sinnvoll, weil sich im Verlauf einer Langzeittherapie oftmals eine Verschiebung im Konfliktfokus zeigt. Der ursprünglich als zweitwichtig eingeschätzte Konflikt rückt in den Fokus, wie bei Welter und Seiffge-Krenke (2006) beschrieben. Wegen der großen Bedeutung der Konfliktachse für den Therapieprozess wäre es also sinnvoll, in zukünftigen Studien den wichtigsten und den zweitwichtigsten Konflikt zu raten.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD-KJ-2. (Hrsg.). (2020). *OPD-KJ-2: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual* (3., unveränderte Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Bohleber, W. (2019). *Von der Orthodoxie zur Pluralität – Kontroversen über Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Psychodynamik kompakt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cierpka, M. & Seiffge-Krenke, I. (2013). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Komplexes Diagnosesystem für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Editorial. *Psychotherapeut*, 58, 1–3.
- Dilling, H. & Mombour, W. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Göttingen: Hogrefe.
- Egle, U.T. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychisch traumatisierender und emotional depriverender Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend. In U.T. Egle, P. Jorschaky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke & M. Cierpka (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung* (S. 24–39). Stuttgart: Schattauer.
- Erikson, E.H. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Esbjorn, B.H., Levin, E., Hoeyer, M. & Dyrborg, J. (2008). Child and adolescent psychiatry and family status. *European Child and Adolescent Psychiatry* 17, 484–492.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. In S. Freud, *Gesammelte Werke, Band XIII* (S. 237–289). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Hopf, H. (2021). *Psychoanalyse des Jungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jelen-Mauboussin, A., Klipsch, O., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkühl, U. & Winter, S. (2013). OPD-KJ: Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung. *Psychotherapeut*, 58, 24–30.
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I. et al. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 81, 614–627.
- Ottosen, C., Petersen, L., Larsen, J.T. & Dalsgaard, S. (2016). Gender differences in associations between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55, 227–234.

- Persike, M., & Seiffge-Krenke, I. (2015). Stress with parents and peers: How adolescents from 18 nations cope with relationship stress. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29, 38–59.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 der WHO*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rudolf, G. (2001). Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. *Psychotherapeut*, 46, 102–109.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Salk, R.H., Hyde, J.S. & Abramson, L.Y. (2017) Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms *Psychological Bulletin*, 143, 783–822.
- Seiffge-Krenke, I. (2012). Die Konfliktachse der OPD-KJ. Grundlagen, klinische Anwendung und erste empirische Ergebnisse. *Kinderanalyse*, 20, 43–59.
- Seiffge-Krenke, I. (2020a). *Jugendliche in der Psychodynamischen Psychotherapie: Kompetenzen für Diagnostik, Behandlungstechnik, Konzepte und Qualitätssicherung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seiffge-Krenke, I. (2020b). *Die Jugendlichen und ihre Suche nach dem neuen Ich – Identitätsentwicklung in der Adoleszenz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I., Fliedl, R. & Katzenschläger, P. (2013a). Diagnosespezifische Strukturdefizite. Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 58, 15–23.
- Seiffge-Krenke, I., Fliedl, R. & Katzenschläger, P. (2013b). Welche Vorteile bringt eine umfassende Diagnostik mit OPD-KJ bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 121–132.
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S., Rathgeber, M. & Sommer, T. (2013). Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Hilfe bei Indikation und Therapieplanung. *Psychotherapeut*, 58, 6–14.
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S. & Winter, S. (2011). Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training? *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 176–193.
- Seiffge-Krenke, I. & Posselt, M. (2021). Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie: Diagnosespezifische Verläufe, der Einfluss unterschiedlicher Informanten und ihre Sicht auf Moderatoren der Veränderung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49, 19–35.
- Seiffge-Krenke, I. & Schmeck, K. (2020). *Diagnostische und therapeutische Arbeit mit der OPD-KJ-2*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weitkamp, K., Claaßen, S., Wiegand-Greife, S., & Romer, G. (2014). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): die Achsen im Verlauf von analytischer Kinder- und Jugendpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 831–843.
- Welter, N. & Seiffge-Krenke, I. (2006). Essstörung oder dissoziative Störung? Diagnostische Probleme und Verschiebung des Konfliktfokus im Verlauf einer Jugendlichentherapie. *Kinderanalyse*, 14, 307–334.
- Wiegand-Greife, S. (2017). *Psychodynamische Interventionen in Familien mit chronischer Krankheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Winter, S., Jelen, A., Pressel, C., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2011). Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 41–59.

#### Historie

Manuskript eingereicht: 30.09.2020  
Nach Revision angenommen: 13.06.2021  
Onlineveröffentlichung: 10.09.2021

#### Interessenkonflikt

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

#### Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

#### Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke

Kostheimer Landstr. 11  
55246 Mainz-Kostheim  
Deutschland

seiffge-krenke@uni-mainz.de



## CME-Fragen

### 1. Frage: Welche Achsen gehören nicht zu den vier Achsen der OPD-KJ-2? (Mehrfachauswahl)

- a. Behandlungsvoraussetzungen
- b. Therapeutische Beziehung
- c. Konflikt
- d. Struktur
- e. Identität

### 2. Frage: Welche Merkmale charakterisieren einen intrapsychischen Konflikt im Sinne der OPD-KJ-2? (Mehrfachauswahl)

- a. Zeitlich überdauernd
- b. Entwicklungsbehindernd
- c. Aktiver bzw. passiver Verarbeitungsmodus
- d. Beobachtbar in verschiedenen Alltagsbereichen
- e. Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung

### 3. Frage: Welcher zeitlich überdauernde Konflikt ist nicht durch die OPD-KJ-2 diagnostizierbar? (Einfachauswahl)

- a. Nähe-Distanz-Konflikt
- b. Unterwerfung vs. Kontrolle
- c. Selbst versorgen vs. versorgt werden
- d. Selbstwertkonflikt
- e. Autonomiekonflikt

### 4. Frage: Patient\_innen in stationärer Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ... (Mehrfachauswahl)

- a. ... weisen häufiger einen Selbstwertkonflikt auf
- b. ... weisen häufiger einen Nähe-Distanz Konflikt auf
- c. ... weisen einen aktiven Verarbeitungsmodus auf
- d. ... haben ein niedrigeres Strukturniveau als gleichaltrige Patient\_innen in ambulanter Psychotherapie
- e. ... weisen viele hoch belastende Ereignisse vor Beginn der Therapie auf

### 5. Frage: Für ambulante Psychotherapie-Patient\_innen ist ... (Mehrfachauswahl)

- a. ... ein höheres Niveau im Schuldkonflikt auffallend
- b. ... ein höheres Niveau im Versorgungskonflikt typisch
- c. ... der Verarbeitungsmodus der Konflikte überwiegend passiv
- d. ... ein höheres Niveau im Identitätskonflikt typisch
- e. ... eine bessere Mentalisierung typisch

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (min. drei richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag bis zum 29.10.2021 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten und solche ohne bzw. mit nicht frankierten Rückumschlägen können nicht mehr berücksichtigt werden.

**Milena Becker**

LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Heithofer Allee 64  
59071 Hamm, Deutschland

## Fortbildungszertifikat

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit  
2 Fortbildungspunkte an.

Stempel

Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und  
Psychotherapie  
05/2021



Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

„Empirische Ergebnisse zum Befundbogen der  
Konfliktachse der OPD-KJ“

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe  
beantwortet zu haben.

Name \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung, Titel \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_