



Bachelorarbeit

Achse Behandlungsvoraussetzungen OPD-KJ

Diskursanalyse von drei OPD-KJ-Interviews mit
Jugendlichen

Nadja Signer

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Prof. Dr. Agnes von Wyl

St. Gallen, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Ich bedanke mich bei meiner Referentin Prof. Dr. Agnes von Wyl für ihre konstruktiven Feedbacks und ihre Unterstützung während der gesamten Entstehungszeit dieser Arbeit. Weiter bedanke ich mich bei der Arbeitsgruppe OPD-KJ des KJPD St. Gallen für die Möglichkeit, an ihrer Arbeitsgruppe teilnehmen und einen praxisnahen Einblick in die Anwendung der OPD-KJ erlangen zu können. Ferner bedanke ich mich bei Verena Graf für ihre tatkräftige Unterstützung, indem sie die Interviews erhob und sich für die Analyse in dieser Arbeit zur Verfügung gestellt hat. Ein besonderer Dank gilt Stefan Wehrle, der den Aufwand und die Mühe auf sich genommen hat, meine Arbeit zu lektorieren.

Abstract

Gegenstand der vorliegenden Studie ist die Achse Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, den empirisch noch wenig erforschten Bereich der Achse Behandlungsvoraussetzungen vertieft zu untersuchen. Es wird der Frage nachgegangen, wie Jugendliche in einem diagnostischen Interview auf die Fragen zu den subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ antworten. Grundlage für die Untersuchung bilden drei diagnostische Interviews mit Jugendlichen, die im Rahmen eines internen Seminars im KJPD St. Gallen erhoben wurden. Die Daten werden anhand der diskursanalytischen Forschungsmethode ausgewertet. Dabei werden die Antworten der Jugendlichen auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und klinische Auffälligkeiten hin untersucht. Die Resultate dieser Untersuchung zeigen auf, dass zu Beginn der Gespräche eine Zurückhaltung seitens der Jugendlichen spürbar ist. Die anfängliche Zurückhaltung geht einher mit der knappen Beantwortung der Fragen sowie der Schwierigkeit, Blickkontakt zur Therapeutin aufzunehmen. Das Antwortverhalten gestaltet sich je nach Fragestellung unterschiedlich. Mehrheitlich können die Jugendlichen differenzierte und ausführliche Antworten liefern. Dabei weisen zwei Jugendliche, allerdings zu unterschiedlichen Fragestellungen, abstrakte kognitive Fähigkeiten auf, indem sie die Beantwortung der Frage mit einer bildlichen Metapher untermauern. Bei der Symptombenennung werden von zwei Jugendlichen Fachbegriffe verwendet, woraus geschlossen wird, dass die Jugendlichen bereits Kontakt mit Fachpersonen hatten. Dieses Wissen zeichnet sich bei der Frage nach den Erwartungen an die Therapie erneut ab. Dieselben Jugendlichen konnten klare Vorstellungen hinsichtlich der Therapie entwickeln, während die dritte Jugendliche keine Aussage dazu machen konnte. Die Krankheitshypothesen werden grösstenteils externalen Bedingungsfaktoren zugeschrieben. Bei allen Jugendlichen werden schwierige Erfahrungen mit den Eltern benannt. Aus den Untersuchungsergebnissen geht die Annahme hervor, dass das Antwortverhalten der Jugendlichen von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig ist. Es konnte herausgearbeitet werden, dass sich die jeweiligen Störungsbilder der Jugendlichen in ihrem Antwortverhalten widerspiegeln. Weiter können positive Effekte hinsichtlich des Antwortverhaltens der Jugendlichen angenommen werden, wenn die Therapeutin eine wertschätzende und wohlwollende Gesprächsatmosphäre schaffen kann.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Hintergrund	1
1.2	Zielsetzung und Fragestellung	2
1.3	Aufbau.....	2
1.4	Abgrenzung.....	3
I	THEORETISCHER TEIL	3
2	Subjektive Konzepte	4
2.1	Begriffsdefinition subjektive Konzepte	4
2.2	Kognitiv-strukturalistischer Ansatz	5
2.3	Inhaltlich-wissensorientierter Ansatz.....	8
2.4	Sozialisationstheoretischer Ansatz.....	10
2.5	Aktueller Forschungsstand.....	11
2.6	Fazit.....	13
3	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)	14
3.1	Das Konzept der psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter im Allgemeinen	15
3.2	Achse IV Behandlungsvoraussetzungen im Besonderen.....	19
3.2.1	Subjektive Dimensionen	19
3.2.2	Aktueller Forschungsstand.....	23
II	EMPIRISCHER TEIL	24
4	Methodik und Forschungsgegenstand	24
4.1	Ausgangslage und Absicht.....	24
4.2	Untersuchungsdesign und Datenerhebung.....	25
4.3	Durchführung der Interviews	25
4.4	Stichprobe	26
4.5	Datenaufbereitung und Datenanalyse	27
5	Ergebnisse	28
5.1	Interviews: Erste Beobachtungen.....	28
5.2	Subjektives Befinden	33
5.3	Symptome	34
5.4	Subjektive Krankheitshypothesen.....	35

5.5	Leidensdruck.....	36
5.6	Veränderungsmotivation.....	38
5.7	Erwartungen an die Therapie.....	39
6	Diskussion.....	40
6.1	Zusammenfassung der empirischen Grundlagen.....	40
6.2	Interpretation der Ergebnisse.....	43
6.3	Beantwortung der Fragestellung.....	47
6.4	Kritische Stellungnahme.....	49
6.5	Weiterführende Gedanken.....	50
	Literatur.....	52
	Anhang.....	56

Tabellen

Tabelle 1: Items der Achse Behandlungsvoraussetzungen..... 19

Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe 26

Abkürzungen

OPD-KJ	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalters
KJPD SG	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst St. Gallen
FaBe	Fachangestellte Betreuung

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Seit rund zehn Jahren wird die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) in Forschung und Praxis eingesetzt. Die OPD-KJ soll die phänomenologisch ausgerichteten Klassifikationssysteme um eine psychodynamische Perspektive ergänzen. Nachdem das OPD-KJ bei Klinikern und in der Forschung auf grosses Interesse gestossen ist und sich in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum erfolgreich etablierte, wurde im Jahr 2007 eine zweite korrigierte und überarbeitete Fassung der OPD-KJ herausgegeben. Nach der gelungenen Einführung des Manuals besteht aktuell das Ziel darin, die Operationalisierung der einzelnen Achsen zu verbessern und die Interraterreliabilität zu steigern. Insbesondere bei der Achse Behandlungsvoraussetzungen fehlt bis anhin eine systematische Verbindung der Klinik mit der Forschung. Im OPD-KJ-Manual werden zu den einzelnen Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen mögliche Aussagen und Reaktionen der Kinder in den verschiedenen Altersstufen gemacht und entsprechende Kodierungen definiert. Diese Angaben basieren jedoch auf Erfahrungswissen und nicht auf systematischer Untersuchung von Interviews mit jungen Patienten und Patientinnen.

Bei der diagnostischen Erhebung der subjektiven Dimensionen und den Therapievoraussetzungen spielt das umfassende Wissen der Therapierenden über die subjektiven Konzepte von Kindern über Gesundheit und Krankheit eine zentrale Rolle. Für Lohaus (1996a) gehören Erkrankungen bereits früh zur Erfahrungswelt von Kindern. Krankheitserfahrungen und Informationen, die Kinder aus ihrer sozialen Umgebung über Erkrankungen erhalten, bilden die Entwicklungsbasis eigener Vorstellungen über die Verursachung, den Verlauf und die Beeinflussungsmöglichkeiten von Erkrankungen. Die Kinder versuchen, die vielfältigen Informationen, die sie erhalten, zu integrieren und zu einem Verständnis der Krankheitsvorgänge zu gelangen. Das Wissen über die Konzeptbildung von Kindern ist für Lohaus (1996b) die Voraussetzung um als Erwachsener angemessen auf ihre Informationsbedürfnisse einzugehen. Informationen können dadurch gezielt dem vorhandenen Kenntnisstand der Kinder angepasst werden. Die subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen im OPD-KJ stehen in einem engen Zusammenhang mit den subjektiven Konzepten über Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen. Das Verständnis über diese Theorien stellt eine Grundvoraussetzung dar um eine adäquate

Erhebung der Behandlungsvoraussetzungen im OPD-KJ gewährleisten zu können. Aus diesem Grund wird einleitend ein Gesamtüberblick über die subjektiven Konzepte dargestellt.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Im Rahmen dieser empirischen Arbeit soll mithilfe von OPD-KJ-Interviews herausgearbeitet werden, wie Jugendliche in einem diagnostischen Interview auf die Fragen der subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ antworten. Verschiedene Items der Achse Behandlungsvoraussetzungen werden aufgrund von diagnostischen Interviews mit Jugendlichen analysiert. Dabei werden die fünf Items der subjektiven Dimensionen, „subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung“, „subjektiver Schweregrad psychischer Beeinträchtigung“, „subjektive Krankheitshypothesen“, „Leidensdruck“ und „Veränderungsmotivation“ näher beleuchtet.

1.3 Aufbau

Der theoretische Einstieg dient als Grundlage für die darauffolgende empirische Untersuchung. Er gliedert sich in die Hauptthemen subjektive Konzepte (Kapitel 2) und Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Kapitel 3). Einleitend ins Kapitel 2 wird auf die Begriffsdefinition subjektiver Konzepte eingegangen. Anschließend werden die wichtigsten Theorien über die Entwicklung von subjektiven Konzepten aufgeführt. Dabei wird der kognitiv-strukturalistische, der inhaltlich-wissensorientierte sowie der sozialisationstheoretische Ansatz vorgestellt. Darauf folgt ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand subjektiver Konzepte über Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen. Einige Themen stehen zwar nicht unmittelbar mit der Fragestellung in Verbindung, tragen jedoch zum Gesamtverständnis der vorliegenden Arbeit bei. Im Kapitel 3 wird das Konzept der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes und Jugendalter vorgestellt. Dabei werden die Achsen Struktur, Beziehung und Konflikt thematisiert. Im Fokus dieser Arbeit steht die Achse Behandlungsvoraussetzung, weshalb diese ausführlicher beleuchtet wird und die einzelnen Items der subjektiven Dimensionen erläutert werden.

Im empirischen Teil werden zu Beginn die Methodik und der Forschungsgegenstand beschrieben (Kapitel 4). Es werden Informationen zur Ausgangslage und Absicht der Arbeit dargelegt und auf das Untersuchungsdesign sowie die Untersuchungsmethode eingegan-

gen. Weiter folgen Angaben zur Auswahl der Stichprobe, zur Durchführung der Interviews, der Art der Datenaufbereitung sowie der Datenauswertung. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im Kapitel 5 des empirischen Teils dargestellt.

Den Abschluss der Arbeit bildet die Diskussion (Kapitel 6). Die Untersuchungsergebnisse werden hinsichtlich der Fragestellung zusammenfassend dargestellt. Anschliessend folgen die Interpretation der Ergebnisse, die Beantwortung der Fragestellung, eine kritische Stellungnahme zum methodischen Vorgehen sowie weiterführende Überlegungen, immer unter Einbezug der aufgeführten theoretischen Grundlagen.

1.4 Abgrenzung

Der attributionstheoretische Ansatz, welcher das „Health Locus of Control“ und das „Health-Belief-Model“ beinhaltet, kann bei der Aufführung der subjektiven Konzepte nicht berücksichtigt werden. Bei der Darstellung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter werden die Dimensionen Ressourcen und Therapievoraussetzungen der Achse Behandlungsvoraussetzungen ausgeklammert. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt beim Jugendalter. Aus diesem Grund wird bei der Einschätzung und Kodierung der einzelnen Items der Achse Behandlungsvoraussetzung des OPD-KJ nicht auf die aufgeführten Beispiele zu den Ausprägungen der Altersstufen 1 und 2 eingegangen.

I THEORETISCHER TEIL

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Achse Behandlungsvoraussetzungen der OPD-KJ. Ein zentraler Aspekt der Achse Behandlungsvoraussetzungen sind die subjektiven Dimensionen: subjektives psychisches und physisches Befinden, Krankheitshypothesen, Leidensdruck und Veränderungsmotivation. Der theoretische Hintergrund dieser Dimension basiert auf dem Wissen über die Entwicklung der subjektiven Konzepte bei Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen sowie der Entstehung der Konzepte über Gesundheit und Krankheit im Besonderen. Für ein umfassendes Gesamtverständnis wird als Hintergrundwissen ein Überblick über die Theorien und Konzepte hinsichtlich der Entwicklung subjektiver Konzepte, insbesondere der Konzepte über Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen, dargestellt. Im nachfolgenden Kapitel werden der kognitiv-strukturalistische Ansatz, basierend auf der kognitiven Theorie von Jean Piaget, der inhalt-

lich-wissensorientierte Ansatz sowie der sozialtheoretische Ansatz, vorgestellt. Einführend wird auf die Begriffsdefinition subjektive Konzepte eingegangen.

2 Subjektive Konzepte

In der vorliegenden Arbeit spielen die subjektiven Konzepte immer wieder eine zentrale Rolle. Im OPD-KJ wird auf die subjektiven Dimensionen eingegangen, welche in einem engen Zusammenhang mit den subjektiven Konzepten stehen. Weiter werden wesentliche Theorien über die Entwicklung von subjektiven Konzepten bei Kindern und Jugendlichen beleuchtet. Der Begriff „subjektive Konzepte“ wird in der psychologischen Fachliteratur unterschiedlich verwendet und durch diverse andere Formulierungen ersetzt oder synonym benutzt. Lohaus (1990) spricht z. B. von „impliziten Konzepten“, Flick (1991) hingegen von „Alltagswissen“. Um Klarheit über die Verwendung in der vorliegenden Arbeit zu schaffen, wird zu Beginn auf einige wesentliche Begriffsdefinitionen zu den subjektiven Konzepten eingegangen.

2.1 Begriffsdefinition subjektive Konzepte

Dreher und Dreher (1999) beschreiben den Begriff subjektive Konzepte als die Gesamtheit von themenspezifischen Vorstellungen, die kognitive, emotionale sowie motivationale Aspekte umfassen. Es wird zwischen einem engen und einem weiten Konzeptbegriff unterschieden. Im engeren Sinn werden subjektive Konzepte als „geordnetes Wissen über komplexe Sachverhalte“ verstanden. Hier weisen sich entwicklungsbezogene Unterschiede hinsichtlich (a) des Umfangs des Wissens und dessen Differenziertheit sowie (b) der Erwartung und dem Verständnis auf. Der weite Konzeptbegriff geht über eine Begriffsbestimmung hinaus und betrachtet den Begriff vor dem Hintergrund der subjektiven Lebenswelt und des Alltags. Persönliche Erfahrungen und Erwartungen, Erklärungen und Prognosen von Individuen werden als Explikationen herangezogen und verweisen auf die individuellen Qualitäten von Konzepten.

Dann (1983) wiederum betrachtet die subjektiven Theorien und Konzepte in der Vielschichtigkeit ihrer Funktionen. Er geht davon aus, dass subjektive Theorien das Individuum befähigen, seine Lebenswelt zu gliedern und zu ordnen, Situationen zu definieren und sich an ihnen zu orientieren. Somit erleichtern sie die Informationsverarbeitung, bieten nachträglich Erklärungsansätze für Geschehenes und erlauben Vorhersagen zukünftiger

Ereignisse durch Bildung von Erwartungen und Prognosen. Auf der Grundlage dieser Funktionen eignen sich subjektive Theorien zur Generierung von Handlungsempfehlungen. Somit beinhalten subjektive Theorien und Konzepte handlungssteuernde und handlungsleitende Aspekte und vermitteln dem Individuum eine gewisse Verhaltenssicherheit und spielen eine wesentliche Rolle bei der Stabilisierung des Selbstwerts.

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf die Definition von Dreher und Dreher (1999) und versteht unter den subjektiven Konzepten die Vorstellungen und Annahmen eines Individuums über bestimmte themenspezifische Sachverhalte, hier insbesondere über Gesundheit und Krankheit.

2.2 Kognitiv-strukturalistischer Ansatz

Bei der Auseinandersetzung damit wie sich subjektive Theorien entwickeln, spielt der kognitiv-strukturalistische Ansatz basierend auf der kognitiven Theorie von Jean Piaget, eine zentrale Rolle. In den letzten Jahrzehnten hat dieser Ansatz die weitaus grösste Beachtung erhalten bei der Beschäftigung mit Gesundheits- und Krankheitskonzepten von Kindern. Die Mehrzahl der durchgeführten Studien zu diesem Thema orientiert sich an der kognitiv-strukturalistischen Perspektive. Da dieser Ansatz bis heute eine grosse Rolle in der Forschungsaktivität einnimmt, wird er als erstes aufgeführt.

Nach Piaget (1976) entwickelt sich die Intelligenz stufenweise, wobei er die Übergänge von einer Entwicklungsstufe zur nächsten als fliegend beschreibt. Es werden aufeinanderfolgende Entwicklungsstadien unterschieden, die durch ihre feste Reihenfolge gekennzeichnet sind. Die spezifische Abfolge der einzelnen Stadien ergibt sich aus der Tatsache, dass ein Kind im vorhergehenden Entwicklungsstadium bestimmte Denkstrukturen entwickeln muss, um zur nächstfolgenden Stufe übergehen zu können. Jeder Übergang von der einen Stufe zur nächsten ist durch eine neue Koordinierung und Differenzierung der Systeme, die die Einheiten der vorherigen Stufe bilden, charakterisiert (Piaget, 2000). Piaget erwähnt zwei komplementäre Prozesse, die durch ihr dialektisches Wechselspiel die stetige geistige Weiterentwicklung vorantreiben: die Assimilation und die Akkomodation. Assimilation ist die Integration von Neuem in bestehende mentale Strukturen und Akkomodation die Anpassung bestehender mentaler Strukturen als Reaktion auf Umwelтанforderungen (Sodiam, 2008).

Piaget (2000) hält vier Hauptstufen der Entwicklung in Kindheit und Jugendalter fest: die sensumotorische, die vor- oder präoperationale, die konkret-operationale und die formal-operationale Entwicklungsstufe. Die sensumotorische Stufe reicht bis zum zweiten Lebensjahr und wird bei der folgenden Darstellung ausgeklammert, da in diesem Alter kaum ein Konzeptaufbau im Erkrankungsbereich stattfindet. Die Altersangaben der einzelnen Entwicklungsstufen sind lediglich als Anhaltspunkte zu sehen. Das Auftrittsalter sowie die Dauer der einzelnen Entwicklungsperioden können in Abhängigkeit von diversen Faktoren wie Intelligenzniveau oder Sozialisationsbedingungen variieren.

Beim vor- oder präoperationalen Stadium (Altersbereich 2 bis 7 Jahre) fokussiert Piaget mehr auf die Fähigkeiten, die ein Kind noch nicht hat und weniger darauf, wozu es bereits in der Lage ist (Mietzel, 2002). Das Denken des Kindes bindet sich an unmittelbar vorliegende Gegebenheiten und kennzeichnet sich durch die Unfähigkeit, die beobachteten Gegebenheiten mental rückgängig zu machen. Im sozialen Bereich zeigt sich im präoperationalen Stadium die Tendenz zu Egozentrismus. Dies zeigt sich in der egozentrischen Betrachtung der eigenen Perspektive und der noch nicht hinreichend entwickelten Möglichkeit, Dinge auch aus einem anderen Blickwinkel wahrzunehmen (Sodian, 2008).

Hinsichtlich Gesundheit und Krankheit stehen unmittelbar erkennbare Aspekte wie Symptome oder Krankheitserfahrungen, im Mittelpunkt, so Natapoff (1982). Die Fähigkeit, Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu erkennen ist noch nicht ausreichend ausgebildet, was häufig zu irrationalen Erklärungskonzepten von Erkrankungen führt. Studien von Bibace und Walsh (1981) sowie von Perrin und Gerrity (1981) führen aus, dass Kinder im präoperationalen Stadium Erkrankungen als magische Kräfte oder als Bestrafung für eigenes Fehlverhalten betrachten. Es entwickelt sich ebenfalls das Verständnis dafür, dass Krankheiten ansteckend sein können. Wenn rationale Verursachungsprinzipien vorhanden sind, wird auf einzelne Prinzipien zentriert, welche häufig übergeneralisiert auf diverse Erkrankungen übertragen werden (Eiser, 1990).

Das konkret-operationale Stadium (Altersbereich 7 bis 11 Jahre) bezeichnet Piaget als Alter der Vorbereitung und Vollendung der konkreten Operationen. Das operative Stadium bereitet auf den Höhepunkt der kognitiven Entwicklung vor. Regulierungen, Funktionen und Identitäten entwickeln sich zu Operationen, die differenzierter und stabiler werden. Operationen sind verinnerlichte Handlungen und Teil einer organisierten Struktur. Mit der Fähigkeit, diese Operationen zu gebrauchen, stehen die Repräsentationen des Kindes, im Gegensatz zum präoperativen Stadium, nicht mehr isoliert nebeneinander, sondern gewin-

nen an Eigenleben. In diesem Stadium können Kinder mehrere Aspekte eines Sachverhaltes sehen und zeitliche Abfolgen eines Ereignisses werden im Sinne von Ursache-Wirkungs-Abfolgen verstehbar (Miller, 1993). Ein weiteres zentrales Merkmal des konkret-operationalen Denkens ist die zunehmende Fähigkeit zu reversiblen Denken. Reversibilität benennt die Befähigung, eine und dieselbe Handlung in den beiden Durchlaufrichtungen auszuführen, im Bewusstsein, dass es dieselbe Handlung ist (Bugge, 1985). Auf die soziale Ebene übertragen gehen Kinder in dieser Phase weniger egozentrisch vor und können die eigene Perspektive von der Perspektive anderer trennen. In ihrem moralischen Urteil beginnen sie auch Absichten und Intentionen zu berücksichtigen (Miller, 1993).

In Bezug auf Gesundheit und Krankheit beschreiben Lohaus und Ball (2006) in diesem Stadium Veränderungen, die auf die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Einzelaspekte zurückgehen. Hierzu gehört die Erkenntnis von Ursache-Wirkungsmechanismen, die irrationale oder zirkuläre Erklärungsprinzipien durch zunehmend realistische Erklärungskonzepte ersetzen. Durch die Fähigkeit, sich in die Perspektive und die Situation anderer hineinzusetzen, können die Intentionen sowie die Gesundheits- und Krankheitserfahrungen anderer angemessen verstanden und zunehmend in die eigenen Konzepte integriert werden. Der aktuelle Krankheitszustand kann durch das sich ausbildende prozesshafte Denken als Teil eines möglicherweise länger andauernden Prozesses erkannt werden. Auch Teil-Ganzes-Beziehungen in dem Sinne, dass man trotz Beschwerden gesund sein kann, können nun verstanden werden.

Im formal-operationalen Stadium (ab 12 Jahren) löst sich das Denken immer deutlicher von der Bindung an konkrete Erfahrungen und entwickelt allgemeinere und abstraktere Strukturen. Die Fähigkeit zu abstrakten Denkopoperationen sowie die Systematisierung und Integration zu stetig umfassenderen Gesamtstrukturen nimmt zu (Bugge, 1985). Während das Kind der konkret-operationalen Stufe seine Kenntnisse noch unmittelbar im Umgang mit konkreten Realitäten gewinnt, entwickelt es auf dem formal-operationalen Niveau zunehmend die Fähigkeit zu hypothetischem Denken. Es kann Situationen denkerisch simulieren, ohne dass sie in der Realität eintreffen müssen (Bugge, 1985). Weiter können systematische Hypothesen formuliert, kontrollierte Experimente durchgeführt und schliesslich entsprechende Schlussfolgerungen gezogen werden. Während konkret-operatorisch denkende Kinder einzelne Faktoren identifizieren, streben formal denkende Jugendliche und Erwachsene nach einer vollständigen und analytischen Durchdringung komplexer Problemstellungen (Sodian, 2008).

Lohaus (1996a) argumentiert, dass sich die zunehmende Komplexität des Denkens in den Konzepten widerspiegelt, die zu Krankheit und Gesundheit entwickelt werden. Das Auftreten spezifischer somatischer Zustände wird nun multifaktoriell bedingt gesehen und nicht nur auf einfache Ursache-Wirkungs-Mechanismen reduziert. Die zunehmende Abstraktionsfähigkeit ermöglicht die Berücksichtigung von inneren psychischen Vorgängen. Es können somit Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Prozessen erkannt werden. Gesundheits- und Krankheitszustände werden im Zusammenhang mit umweltbezogenen, somatischen und psychischen Vorgängen betrachtet, wodurch auch komplexe Wechselwirkungen zwischen den Einflussgrößen verstanden werden können. Zunehmend nähern sich die Konzepte zu Gesundheit und Krankheit denen Erwachsener an.

Myers-Vando, Steward, Folkins und Hines (1979) postulieren, dass Krankheitserfahrungen zu erhöhten emotionalen Belastungen führen und es auf allen Entwicklungsstufen zu kognitiven Regressionseffekten kommen könne. Hohe emotionale Belastungen können die Fähigkeit zu komplexen Informationsverarbeitungsleistungen einschränken und ein Ausweichen auf einfachere kognitive Leistungen erfordern. Dies kann für die formal-operationale Entwicklungsstufe beispielsweise bedeuten, dass komplexe logische Beziehungen nur schwer verstanden werden, wenn ein hoher emotionaler Belastungsgrad besteht (Lohaus, 1996a).

Kritiker der kognitiv-strukturalistischen Perspektive beanstanden, dass im Stufenmodell persönliche Erfahrungen sowie soziale Faktoren zu wenig berücksichtigt werden und bevorzugen eine wissensorientierte Analyse von Krankheitskonzepten (Eiser, 1990). Die inhaltlich-wissensorientierte Perspektive stellt daher ein weiterer zentraler Ansatz in Bezug auf die Entwicklung von subjektiven Konzepten dar, und wird im nachfolgenden Unterkapitel näher beleuchtet.

2.3 Inhaltlich-wissensorientierter Ansatz

Im Gegensatz zu den kognitiven Entwicklungstheorien beziehen sich die inhaltlich-wissensorientierten Theorien nicht auf die strukturellen Entwicklungsmerkmale bei der Konzeptbildung, sondern auf die Rekonstruktion des inhaltlichen Wissens von Kindern. Im Zentrum stehen die Analyse des Wissensumfangs und der spezifischen Wissensdefizite. Es wird nicht von einem Stufenmodell, sondern vielmehr von einer kontinuierlichen Entwicklung ausgegangen (Eiser, 1990). Innerhalb des inhaltlich-wissensorientierten Ansatzes werden zwei Theorien hervorgehoben: die Theorie der konzeptuellen Veränderung nach

Carey (1985) und die Skripttheorie nach Nelson (1986). Diese beiden Theorien werden nun ausführlicher dargestellt.

Bei der Theorie der konzeptuellen Veränderung steht die Frage im Zentrum, wie Kinder unterschiedlichen Alters bereichsspezifisches Wissen organisieren. Carey (1985) geht davon aus, dass konzeptuelle Entwicklung auf Prozessen der Informationsverarbeitung beruht, die nicht an strukturelle Niveaus gebunden sind, sondern an die Erweiterung bereichsspezifischen Wissens und die Rekonstruktion von Wissensstrukturen. Carey (1985) postuliert, dass Entwicklung nicht auf eine Wissensaneignung reduziert werden kann. Durch das Hinzukommen von neuen Wissens-elementen werden neue Erklärungsmöglichkeiten entwickelt, die eine Rekonstruktion des Wissens und somit möglicherweise eine konzeptuelle Veränderung herbeiführen können. Carey (1991) unterscheidet verschiedene Prozesse für die Entwicklung kindlicher Konzepte. Zum einen wird von Konzepten ausgegangen, die sich im Entwicklungsverlauf grundsätzlich nicht verändern, sondern sich lediglich durch eine Anreicherung mit neuen Informationen auszeichnen. Diese Konzepte ähneln bereits in frühen Entwicklungsstadien denen von Erwachsenen. Zum anderen werden kindliche Konzepte angenommen, die sich strukturell von denen Erwachsener unterscheiden. Durch eine bereichsspezifische Wissenszunahme werden die vorhandenen Konzepte reorganisiert und umstrukturiert (Dreher und Dreher, 1999).

Die Skripttheorie hingegen basiert auf der Grundlage der Schematheorie von Schank & Abelson (1977). Die kognitive Entwicklung wird anhand des Inhalts und der Struktur des Wissens über Ereignisse im Kontext alltäglicher Erfahrungen untersucht. Unter Skripts werden Repräsentationen von Ereignissen anhand von typisierten Verlaufsschemata verstanden (Nelson, 1986). Skripts generieren Erwartungen darüber „was folgt auf was“ und geben Aufschluss über den zeitlichen Verlauf von Handlungen und Ereignissen, über die Aktivitäten der beteiligten Personen und über einbezogene Objekte (Eiser, 1990).

Nelson & Gründel (1986) belegen, dass bereits dreijährige Kinder über skriptähnliche Repräsentationen von Alltagsereignissen, wie Anziehen oder Kuchen backen, verfügen. Eiser, Eiser und Lang (1989) untersuchten in einer Studie die Konzeptentwicklung im Bereich von Gesundheit und Krankheit anhand der Skripttheorie. Es wurden für diverse Ereignisse, wie Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte, die Beschreibungen typischer Ereignissequenzen von fünf- und achtjährigen Kindern aufgezeichnet. Die Ergebnisse belegen, dass sich die beiden Altersgruppen hinsichtlich der Komplexität und der sequentiellen Organisation der Skripts unterscheiden. Die älteren Kinder verfügen über mehr Wissen und eine

kohärentere Ablaufstruktur als die jüngeren Kinder. Die Untersuchung von Bearison und Pacifici (1989), welche den Skriptansatz zur Erfassung des Ereigniswissens krebskranker Kinder und Jugendlicher zwischen vier und siebzehn Jahren benutzte, stützt die Annahme von Eiser et al. (1989). Es wird aufgezeigt, dass die Differenziertheit der Repräsentationen zunimmt und die dargestellten Ereignisfolgen an Konsistenz und Genauigkeit gewinnen. Es kann also mit zunehmendem Alter von einer Steigerung der Vernetzungsfähigkeit der Wissens Elemente sowie einem grösseren Wissen über die Verknüpfungen zwischen Ereignis- und Handlungssequenzen ausgegangen werden. Die ermittelten Skripts lassen keine Aussage über das gesamte Wissensspektrum von Kindern zu. Die Erkenntnisse sprechen jedoch für eine frühe Entwicklung von krankheits- und gesundheitsrelevanten Konzepten, basierend auf Repräsentationen bereichsspezifischer Erfahrungen (Dreher und Dreher, 1999).

Als Grundlage für die Erforschung der subjektiven Krankheitskonzepte wird überwiegend auf zwei unterschiedliche Perspektiven zurückgegriffen. Einerseits ist dies der kognitiv-strukturalistischen Ansatz basierend auf der kognitiven Theorie von Jean Piaget, andererseits die inhaltlich-wissensorientierten Perspektiven wie die Skripttheorie nach Nelson (1986) oder die Theorie der konzeptuellen Veränderung nach Carey (1985). Die beiden Ansätze sollen jedoch nicht isoliert betrachtet werden, da sie sich komplementär verhalten (Bibace, Schmidt und Walsh, 1994). Für das Verständnis und den Einbezug von Krankheits- und Behandlungskonzepten im klinischen Alltag sind beide Aspekte bedeutsam. Strukturelle und inhaltliche Konzeptmerkmale sind eng miteinander verbunden, da die in bestimmten Entwicklungsstadien verfügbaren kognitiven Operationen bestimmte Inhalte nahelegen und andere ausschliessen (Petermann und Wiedebusch, 2001). Lohaus (1993) spricht diesbezüglich von einer Präferenz für bestimmte Denkinhalte in Abhängigkeit von kognitiven Denkstrukturen. Aufgrund der vielfältigeren kognitiven Fähigkeiten weisen die Krankheitskonzepte Jugendlicher somit andere inhaltliche Themen auf als die Konzepte jüngerer Kinder.

2.4 Sozialisationstheoretischer Ansatz

Aus der sozialisationstheoretischen Perspektive wird der Aufbau von Krankheits- und Gesundheitskonzepten als Teil des kognitiven Sozialisationsprozesses gesehen, in dessen Verlauf Rollenverhalten und relevante Handlungsorientierungen erworben werden (Dreher und Dreher, 1999). Die Entwicklung der Konzepte ergibt sich durch die Interaktion mit der

sozialen Umwelt und den damit verbundenen Lernerfahrungen, die sich einerseits in Wissensanreicherung und andererseits in strukturellen Veränderungen widerspiegeln. Im Laufe der Entwicklung werden die Wahrnehmungen des Kindes innerhalb seiner sozialen Umwelt differenzierter und es bilden sich neue Bewertungsmaßstäbe und Handlungskompetenzen heraus. Diese Veränderungen zeigen sich ebenfalls im Rollenverhalten, welches sich spezifischen Kontexten anpassen kann. Der Prozess, in dem Erfahrungen bezüglich der Krankenrolle konzeptualisiert wird, beginnt analog zum Erlernen anderer spezifischer Rollen in der Kindheit und erstreckt sich über die gesamte Lebensspanne. Es ist zu erwarten, dass die Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit mit der Verarbeitung von diversen Erfahrungen und Interaktionen mit der sozialen Umwelt einhergeht (Dreher und Dreher, 1999). Eine wichtige Erkenntnis aus den Arbeiten von Campbell (1975) ist, dass die Konzeptentwicklung nicht ausschliesslich von den Kompetenzen der sozialen Umwelt abhängig ist, sondern ebenfalls entwicklungsbezogene Veränderungen wie die Zunahme von verbalen Kompetenzen oder eine komplexere Informationsverarbeitung eine entscheidende Rolle spielen. Im Vergleich zu den strukturalistischen Ansätzen, die sich auf die kognitiven Aspekte der Konzeptentwicklung fokussieren, werden beim sozialisationstheoretischen Ansatz sowohl kognitive als auch soziale Komponenten miteinbezogen. Als wesentliches Bindeglied zur Entwicklung der Konzepte der Kinder definiert Campbell (1978) familiäre Einflussfaktoren (sozioökonomischer Status, Krankheitserfahrungen, Ausbildung) sowie die Einstellungen und Werthaltungen der Eltern.

2.5 Aktueller Forschungsstand

Im folgenden Kapitel soll auf den aktuellen Forschungsstand hinsichtlich der subjektiven Konzepte von Kindern über Gesundheit und Krankheit eingegangen werden. Bei der Sichtung der Forschungsliteratur fällt auf, dass es bis 1990 kaum einschlägige deutschsprachige Studien gab. Die Mehrheit der damals vorliegenden deutschsprachigen Arbeiten bezog sich auf das Erwachsenenalter. Die Forschungsergebnisse zum Thema Vorstellungen von Kindern über Gesundheit und Krankheit stammt bis zu den 90er Jahren überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum. In den letzten 20 Jahren sind jedoch auch im deutschsprachigen Raum Studien zur Thematik entstanden, was auf die zunehmende Bedeutung der Erkenntnisse für den Bereich der medizinischen Praxis zurückzuführen ist (Lohaus und Ball, 2006). Die meisten Konzepte von Gesundheit und Krankheit im Kindesalter wurden unter dem Aspekt des kognitiven Entwicklungsstandes nach Piaget untersucht. Dies widerspie-

gelt sich in der Tatsache, dass in den vergangenen Jahrzehnten der kognitiv-strukturalistische Ansatz die weitaus grösste Bedeutung bei der Beschäftigung mit Gesundheits- und Krankheitskonzepten von Kindern gefunden hat (Campbell 1975, Lohaus 1990). Viele dieser Untersuchungen richteten sich schwerpunktmässig auf Konzepte von Kindern über organische Erkrankungen aus. In der vorliegenden Arbeit interessieren insbesondere die Forschungsaktivitäten hinsichtlich der Konzepte von Kindern über psychische Erkrankungen. Für Dollinger, Thelen und Walsh (1980) ist die Erforschung besagter Konzepte bedeutsam. Es wird argumentiert, dass die Konzepte von Kindern die Erwartungen in psychotherapeutische Behandlungen bestimmen. Es ist daher von grosser Bedeutung, die Konzepte von Kindern in diesem Bereich zu kennen, um in einer Therapie adäquat darauf eingehen zu können (Lohaus und Ball, 2006). Dollinger et al. (1980) befragten in einer Studie insgesamt 818 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren. Sie wurden gebeten, Probleme aufzulisten, bei denen professionelle psychotherapeutische Hilfe erforderlich sein könnte. Die genannten Problembereiche wurden fünf allgemeinen Kategorien zugeordnet: internale Probleme, externale Probleme, soziale Probleme, allgemeine Etikettierungsbegriffe, Restkategorie. Probleme, die innerhalb der Person lokalisiert sind (Gedanken, Gefühle, ect.), wurden als internale Probleme definiert. Probleme, die sich auf offen sichtbares Handeln beziehen (Kriminalität, Rauchen, ect.), wurden unter der Kategorie externale Probleme zusammengefasst. Unter sozialen Problemen wurden Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion (familiäre, sexuelle Probleme, ect.) verstanden. Themen, die keine enge Umschreibung eines spezifischen Problems enthalten (Neurose, psychosomatische Störung, ect.) wurden in der Kategorie allgemeine Etikettierungsbegriffe subsumiert. Problembereiche die sich keiner der Kategorien zuordnen liessen, wurden der Restkategorie zugeordnet. Die Ergebnisse weisen auf den Entwicklungstrend hin, dass mit zunehmendem Alter immer mehr internale Probleme benannt werden. Diese Erkenntnis weist darauf hin, dass Kinder und Jugendliche in der Konzeptbildung zunehmend Gedanken und Gefühle integrieren. Die Bedeutung der externalen Problemkategorie hingegen zeigt eine abnehmende Tendenz. Es wird nicht mehr in erster Linie auf offen sichtbares Handeln fokussiert, sondern primär auf die zugrunde liegenden Kognitionen, Motivationen und Emotionen geachtet. Die sozialen Problemkategorien nehmen in allen Altersbereichen den höchsten Stellenwert ein. Während dies für die Mädchen durchgängig gültig ist, kann bei den Jungen mit zunehmenden Altern sogar ein Anstieg verzeichnet werden. Dies mag darin liegen, dass bestimmte soziale Problemkategorien (bsp. Aggressivität) bei Mädchen bereits früh als interpersonale Probleme betrachtet werden, während sie für Jungen als nicht problema-

tisch beurteilt werden. Zusammenfassend kann die Aussage gemacht werden, dass jüngere Kinder psychologische Probleme in stärkerem Masse externalen Aspekten zuschreiben als ältere Kinder. In späteren Entwicklungsstadien hingegen werden zunehmend internale Aspekte bedeutsam. Dieselbe Entwicklung konnte bereits in der Studie von Maas, Marecek und Travers (1978) nachgewiesen werden.

Kinder werden vielfach früh mit psychologischen Problemen konfrontiert. Dabei kann es sich um eigene psychische Probleme oder um Probleme von anderen Personen handeln. Novak (1974) hat sich diesbezüglich mit der Frage beschäftigt, ob Kinder in der Lage sind, andere Kinder mit psychologischen Problemen von Kindern ohne psychologische Auffälligkeiten zu unterscheiden. Er hat Kinder im Alter von 10 bis 12 Jahren untersucht, indem er sie bat, fünf kurze Texte zu lesen, die gleichaltrige Kinder mit psychologischen Problemen beschrieben. In den Texten wurden imaginäre Kinder mit depressiven, entwicklungsverzögerten, aggressiven und phobischen Verhaltensweisen beschrieben. Als Kontrollgruppe wurde die Beschreibung eines Kind ohne psychologische Auffälligkeiten in die Untersuchung integriert. Novak (1974) konnte in seiner Studie nachweisen, dass die Kinder wahrnehmen, wenn ein anderes Kind Auffälligkeiten aufweist. Die Fähigkeit von Kindern, zwischen psychologisch auffälligen und unauffälligen Kindern zu unterscheiden, konnte in einer vergleichbaren Untersuchung von Marsden, Kalter, Plunkett und Barr-Grossmann (1977) repliziert werden.

2.6 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Erforschung der Konzepte von Gesundheit und Krankheit im Kindesalter bis 1990 überwiegend auf den angloamerikanischen Raum beschränkt hat. In den letzten 20 Jahren hat die Thematik jedoch auch im deutschsprachigen Gebiet an Bedeutung gewonnen. Der Fokus der Untersuchungen zu dieser Thematik lag bis anhin grösstenteils bei somatischen Erkrankungen, wobei mittlerweile auch Studien zu psychologischen Problemen vorliegen. Die meisten Arbeiten zur Entwicklung von Konzepten über Gesundheit und Krankheit im Kindesalter stützen sich auf den kognitiv-strukturalistischen Ansatz, basierend auf der kognitiven Theorie von Jean Piaget. Entscheidend für die Fragestellung ist, welche kognitiven Fähigkeiten von Jugendlichen in der formal-operationalen Entwicklungsstufe erwartet werden können. Jugendliche sind dazu fähig, bestimmte somatische Zustände multifaktoriell bedingt zu sehen und nicht mehr nur auf einfache Ursache-Wirkungs-Mechanismen zurückzuführen. Die Berücksich-

tigung von inneren psychischen Vorgängen wird durch die zunehmende Abstraktionsfähigkeit ermöglicht. Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Prozessen können erkannt werden. Gesundheits- und Krankheitszustände werden im Zusammenhang mit umweltbezogenen, somatischen und psychischen Vorgängen betrachtet und nähern sich den Konzepten zu Gesundheit und Krankheit denen Erwachsener an (Lohaus, 1996a). Die Fähigkeit, dass Jugendliche zunehmend internale Aspekte psychologischer Probleme benennen können, kann in der Studie von Dollinger et al. (1980) nachgewiesen werden. Auch die Benennung sozialer Aspekte wurde von Dollinger et al. aufgeführt.

Unter Einbezug der inhaltlich-wissensorientierten Theorien kann davon ausgegangen werden, dass Jugendliche über differenzierte Repräsentationen im Bereich von Gesundheit und Krankheit verfügen. Ereignisse wie Krankheitsaufenthalte oder Arztbesuche können von älteren Kindern deutlich komplexer und ausführlicher beschrieben werden als von jüngeren Kindern (Eiser, Eiser und Lang, 1989).

Die vorliegende Arbeit orientiert sich schwerpunktmässig am kognitiv-strukturalistischen Ansatz nach Jean Piaget, da dieser Ansatz bis heute einer der zentralsten Perspektiven im Zusammenhang mit der Entwicklung von subjektiven Konzepten im Allgemeinen und die Entwicklung subjektiver Konzepte über Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen im Besondern, darstellt. Des Weiteren jedoch auch Aspekte des inhaltlich-wissensorientierten Ansatzes integriert.

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

Eine wesentliche Grundlage dieser Arbeit ist die OPD-KJ. Nachfolgend wird zunächst auf das Konzept der OPD-KJ eingegangen. Anschliessend werden die einzelnen vier Achsen vertieft dargestellt. Die Achsen Beziehung, Struktur und Konflikt werden zusammenfassend aufgeführt, da sich die vorliegende Arbeit ausschliesslich mit der Achse Behandlungsvoraussetzung auseinandersetzt.

In den frühen 1990er Jahren wurde im deutschsprachigen Raum mit der Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik (OPD) ein System zur Ergänzung und Erweiterung der nosologischen Klassifikation durch psychodynamisch orientierte diagnostische Achsen entwickelt (Cierpka et al., 1995). Es wurde ein Instrument geschaffen, welches der psychodynamischen Theoriebildung Rechnung trägt und die Unschärfe psychoanalytischer

Begriffe aufzuheben versucht. 1996 wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, mit dem Ziel, dieses Instrument an die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen anzupassen. Im Zentrum stand die Frage nach dem Einfluss der Entwicklung auf psychodynamische Prozesse. Die OPD-KJ verbindet folglich psychodynamische, entwicklungspsychologische und klinisch-psychiatrische Perspektiven und vertritt multidimensionale Modelle der Entstehung von psychischen Störungen (Resch, Schulte-Markwort & Bürgin, 1998).

3.1 Das Konzept der psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter im Allgemeinen

Der Arbeitskreis OPD-KJ (2007) strebt eine komplexe Erfassung psychodynamischer Prozesse an und integriert sie in den Entwicklungskontext. Der Entwicklungsgedanke steht im Zentrum und betrifft alle Aspekte des Prozesses, von der Art der Befunderhebung über die Auswahl relevanter diagnostischer Kategorien bis zur diagnostischen Einschätzung auf diversen inhaltlichen Dimensionen sowie der Behandlungsempfehlung. Bestimmte Altersfenster dienen als Orientierungshilfe, in denen entwicklungsbezogene Adaption beziehungsweise Maladaption und strukturelle Ressourcen sichtbar werden. Das OPD-KJ setzt sich aus vier zentralen psychodynamischen Achsen zusammen: Beziehung, Konflikte, Struktur und Behandlungsvoraussetzungen. Die jeweiligen Achsen können getrennt voneinander eingesetzt werden, ergänzen sich jedoch inhaltlich. Die Befunderhebung vollzieht sich entlang dieser vier Achsen. Die Ergebnisse können zu Beginn der Behandlung zur Diagnostik und Therapieplanung und am Ende der Behandlung zur Therapieevaluation herangezogen werden.

Der Arbeitskreis OPD-KJ (2007) strebt weitreichende Ziele an, die sich wie folgt zusammenstellen:

1. Dem psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten sollen diagnostische Kategorien an die Hand gegeben werden, die handlungsanleitend sein sollen für den therapeutischen Prozess, bezogen auf die Indikationsstellung und die Durchführung spezifischer therapeutischer Verfahren.
2. Die operationalisierte Erfassung psychodynamischer Abläufe soll ein didaktisches Hilfsmittel in der psychotherapeutischen Ausbildung darstellen. Die Anwendung der OPD-KJ hilft den Auszubildenden, die Beobachtungen und Eindrücke zu präzisieren und damit mitteilbar zu machen.
3. Die Anwendung der OPD-KJ stellt im klinischen Alltag eine qualitätssichernde Massnahme dar. Die Indikation spezifischer therapeutischer Verfahren kann festgelegt und Veränderungen im Behandlungsverlauf können explizit dokumentiert werden.
4. Ein zentrales Ziel ist die Anwendung der OPD-KJ in der Psychotherapieforschung. Zunehmend werden von psychotherapeutischen Verfahren empirische Wirksamkeitsnachweise gefordert. Notwendige Verlaufsuntersuchungen können jedoch nur dann verwertbare Ergebnisse liefern, wenn eine präzise Operationalisierung der relevanten Konstrukte einen Prä-/Post-Vergleich ermöglicht.

Methodisch betrachtet handelt es sich bei der OPD-KJ um ein diagnostisches System, welches nur von intensiv geschulten Diagnostikern, die mit den Grundlagen der psychodynamischen Verständnisse von Krankheiten vertraut sind, adäquat verwendet werden kann. Der Arbeitskreis OPD-KJ (2007) argumentiert, dass es sich dabei im Gegensatz zu anderen diagnostischen Verfahren (klinischen Interviews oder Fragebögen) nicht um ein theoriefreies Erfragen von Verhalten oder Erleben nach vorgegebenen Kategorien handelt. Stattdessen werden vielfältige Informationen im diagnostischen Prozess zusammengetragen und insbesondere das Interaktionsgeschehen zwischen Patienten- und Therapeutenchaft miteinbezogen. So sollen auch unbewusste Konflikte, die bei der direkten Schilderung der Befragten nicht zugänglich sind, sich aber handlungsbestimmend auswirken können, in die Diagnostik mit einfließen. Die OPD-KJ ist ein theoriegeleitetes diagnostisches Modell. Kenntnisse über die theoretischen Grundlagen der einzelnen Kapitel, ein psychoanalytisches Grundlagenwissen und ein intensives Training der Interviewführung sind Voraussetzungen für die Anwendung der OPD-KJ.

Die Erfassung der psychodynamischen Prozesse innerhalb der vier Achsen orientiert sich an bestimmten Alterseinstufungen, welche die Integration in den Entwicklungskontext sichern. Grundlage für die Alterseinstufungen im OPD-KJ sind die Piaget'schen Stufen der kognitiven Entwicklung (Piaget, 1973). Zusätzlich wurden Aspekte zweier weiterer Entwicklungskonzeptionen integriert. Einerseits das Konzept der Entwicklungslinien aus der psychoanalytischen Entwicklungstheorie von Anna Freud (1965) und andererseits die Theorie der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1972). Die zentralen Annahmen Piagets, wie die der stufenweisen Entwicklung und der Universalität der Phasenverläufe wurden vom Arbeitskreis OPD-KJ (2007) übernommen, obwohl es sich lediglich um eine verkürzte Sicht von Entwicklungsverläufen handelt. In der Realität kann es zu enormen Varianzen innerhalb der einzelnen Entwicklungsstufen kommen. Somit werden im OPD-KJ vier Altersstufen unterschieden: Stufe 0 (0 bis 1,5 Jahre), Stufe 1 (1,5 bis 5 Jahre), Stufe 2 (6 bis 12 Jahre) und Stufe 3 (ab dem 13. Lebensjahr).

Der Arbeitskreis OPD-KJ (2007) geht davon aus, dass die Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur keine voneinander unabhängigen Konstrukte darstellen. Vielmehr werden Konflikte durch das ihnen zugrunde liegende Integrationsniveau der Struktur bestimmt und bildet sich in charakteristischen Beziehungsepisoden ab.

Beziehung (Achse I): Die Achse Beziehung untersucht die interpersonelle Beziehungsgestaltung. Die Grundlage für das beobachtbare und geschilderte Beziehungsverhalten und

das resultierende Beziehungsmuster sind Beziehungserfahrungen mit relevanten Bezugspersonen aus der Kindheit und Jugend. Neben dem zentralen Anliegen der Identifizierung und Beschreibung von dysfunktionalen Mustern werden ebenfalls die Ressourcen in den Beziehungen des Patienten oder der Patientin erhoben. Erfasst wird das interpersonelle Beziehungsverhalten nach den interpersonellen Kreismodellen von Leary (1957) und Kiesler (1983). Die Qualitäten interpersonellen Verhaltens sind Mischverhältnisse aus den beiden Polen Kontrolle (dominant/kontrollierend versus submissiv/unterwürfig) und Affiliation (liebvoll/zugewandt versus feindselig/distanziert). Beurteilt wird das Beziehungsverhalten auf drei Ebenen: der objektbezogenen, der subjektbezogenen und der selbstbezüglichen Ebene. Der objektbezogene Kreis bezieht sich auf die Kommunikation, die auf den Interaktionspartner hin gerichtet ist. Der subjektbezogene Kreis beschreibt die Reaktion auf die Botschaft des Interaktionspartners. Beim selbstbezüglichen Kreis macht sich die Person selbst zum Gegenstand einer qualifizierenden Äusserung (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Konflikt (Achse II): Die Achse Konflikt erfasst zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte. Diese sind zu unterscheiden von äusseren Konflikten in der Interaktion zwischen Eltern und Kindern, die auf der bewussten Ebene angesiedelt sind. Die zeitlich überdauernden psychodynamischen Konflikte sind gekennzeichnet durch gegensätzliche Erlebnis- und Handlungsmuster, deren Integration nicht gelingt und die in bestimmten Situationen immer wieder unbewusst zu ähnlichen Verhaltensmuster führen. Diese Verhaltensmuster sind dysfunktional und wirken sich hemmend auf die Entwicklung des Kindes aus. In der OPD-KJ werden folgende intrapsychischen Konflikte neben einer möglichen konflikthaften Lebensbelastung eingeschätzt: Abhängigkeit versus Autonomie, Unterwerfung versus Autarkie, Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte sowie Selbst- versus Objektwert), Loyalitätskonflikte (Schuld- und Über-Ich-Konflikte), ödipale Konflikte und Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz). Bezüglich der Verarbeitung der zeitlich überdauernden Konflikte beschreibt der Arbeitskreis OPD-KJ (2007) zwei Modalitäten. Es wird in jedem Konfliktbereich ein passiver von einem aktiven Modus des Konflikterlebens unterschieden. Überwiegt eine kontraphobische Abwehr und Reaktionsbildung, liegt der aktive Modus vor. Beim passiven Modus hingegen stehen regressive Abwehrhaltungen im Vordergrund. Die Feststellung eines aktiven oder passiven Modus erweist sich in der klinischen Realität als prototypisch, da oftmals Mischtypen auftreten. Jeder aufgeführte Konflikt wird anhand von dimensional Stufen eingeschätzt: nicht sichtbar, vorhanden und

wenig bedeutsam, vorhanden und bedeutsam, vorhanden und sehr bedeutsam. Danach ist eine Hierarchisierung vorzunehmen, welche Konflikte die Entwicklung des Kindes am meisten behindern.

Struktur (Achse III): Die Achse Struktur umfasst im OPD-KJ (2007) drei Dimensionen, die die Qualitäten oder Insuffizienzen psychischer Strukturelemente abbilden. Es handelt sich dabei um die Dimensionen Selbst- und Objekterleben, Steuerung und Abwehr sowie um die kommunikativen Fähigkeiten. Die drei strukturellen Beurteilungsdimensionen werden durch spezifische Fähigkeiten beschrieben und anhand eines altersspezifischen Ankerbeispiels eingeschätzt. Die jeweiligen Beispiele beschreiben, was von einem optimal strukturierten Kind oder Jugendlichen in einer bestimmten Situation erwartet werden kann. Die Beurteilung der Struktur erfolgt ressourcenorientiert und unter Berücksichtigung der Kontextabhängigkeit funktionaler oder dysfunktionaler Reaktionsweisen. Die Beurteilung wird einem von vier Werten der Integration zugeordnet: gut, mässig, gering und desintegriert. Die Dimension des Selbst- und Objekterlebens bezieht sich auf die Fähigkeit, bei der Selbstbeschreibung der eigenen Person zunehmend differenzierte Zuschreibungen vornehmen zu können. Das Kind entwickelt die Fähigkeit, sich von anderen Personen abzugrenzen und sich als Urheber von Handlungen zu erleben. Es kann sein Gegenüber immer mehr als eigenständige Person wahrnehmen und entwickelt zunehmend die Bereitschaft, sich mit den Sichtweisen des anderen auseinander zu setzen. Die Bedürfnisse und Gemüthsheiten anderer können nachvollzogen, ausgedrückt und differenziert wahrgenommen werden. Die Dimension der Steuerung und Abwehr beschreibt die Fähigkeit, mit negativen Affekten umgehen zu können, einen positiven Selbstwert zu entwickeln und Impulse zu steuern. Aus der Kenntnis vorgegebener Verbote und allgemeinen Normen heraus entwickelt sich die Fähigkeit zu moralischem Urteilen. Des Weiteren dehnt sich das Repertoire an Abwehrmechanismen aus und führt damit zu erweiterten Konfliktbewältigungsstrategien. Die dritte Dimension, die kommunikativen Fähigkeiten, umfassen die Aspekte Kontakt, Entschlüsselung fremder Affekte, Reziprozität und internalisierte Kommunikation. Es entwickelt sich eine angemessene Kontaktaufnahme und Kommunikation kann zunehmend als Selbst- und Affektregulierung genutzt werden. Fremde Affekte werden immer sicherer von den eigenen unterschieden. Die Ansprechbarkeit für die Affekte anderer führt zu einem wechselseitigen Dialog und zu einem Wir-Gefühl.

3.2 Achse IV Behandlungsvoraussetzungen im Besonderen

Die Arbeitsgruppe der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ (2007) ging davon aus, dass es über die Dokumentation von Beziehung, Konflikt und Struktur hinaus Dimensionen gibt, die nicht im eigentlichen Sinn als psychodynamisch zu bezeichnen sind, auch in der phänomenologisch orientierten Diagnostik kaum vertreten sind und dennoch wichtige Bestandteile in der Beschreibung einer kindlichen oder jugendlichen Persönlichkeit darstellen. Mit der Operationalisierung der Dimensionen Krankheitswahrnehmung, Krankheitshypothesen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen sollen die drei anderen Achsen so weit ergänzt werden, dass eine sinnvolle und umfassende Persönlichkeitseinschätzung des Kindes oder des Jugendlichen sowie eine fundierte Therapieplanung ermöglicht wird. Die Achse Behandlungsvoraussetzungen soll die Untersucherschaft dazu befähigen, sich neben der psychodynamischen Diagnostik im eigentlichen Sinn ein differenziertes Bild der Behandlungsbedingungen machen zu können.

Die Bedeutung der Dimensionen Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung ist in der differentiellen Psychotherapieindikationsabklärung unumstritten und deshalb eine Grundlage der Achse Behandlungsvoraussetzungen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Die Achse Behandlungsvoraussetzungen beinhaltet folgende Items:

Tabelle 1: Items der Achse Behandlungsvoraussetzungen

Subjektiven Dimensionen	Ressourcen	Therapievoraussetzungen
Subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung	Beziehung zu Gleichaltrigen	Einsichtsfähigkeit
Subjektiver Schweregrad psychischer Beeinträchtigung	Ausserfamiliäre Unterstützung	Behandlungsmotivation
Subjektive Krankheitshypothesen	Familiale Ressourcen	Krankheitsgewinn
Leidensdruck	Intrapsychische Ressourcen	Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit
Veränderungsmotivation		

3.2.1 Subjektive Dimensionen

Nachfolgend werden die einzelnen Items der subjektiven Dimensionen näher vorgestellt. Die Dimensionen Ressourcen und Therapievoraussetzungen werden nicht berücksichtigt.

Weiter wird bei der Einschätzung des Ausprägungsgrades hinsichtlich der Fragestellung auf die Altersstufe 3 fokussiert.

Subjektiver Schweregrad der somatischen und psychischen Beeinträchtigung

Das subjektive Erleben einer körperlichen oder psychischen Erkrankung spielt für den Krankheitsverlauf und die Veränderungsmotivation eine wichtige Rolle. Eine besondere Bedeutung wird dabei Diskrepanzen zwischen dem objektiven Beeinträchtigungsmass und dem subjektiven Leiden zugeschrieben. Insbesondere bei Kindern kann das subjektive Erleben beispielsweise einer psychischen Beeinträchtigung stark von dem aus der Erwachsenenperspektive angelegten Mass abweichen.

Der subjektive Schweregrad der somatischen und/oder psychosozialen Beeinträchtigung ist ein rein subjektiv zu erfassendes Kriterium. Es erfasst das vom Kind oder Jugendlichen erlebte Ausmass der Beeinträchtigung einer körperlichen und/oder psychischen Krankheit. Erschliesst sich der subjektive Schweregrad einer Beeinträchtigung nicht aus spontanen Äusserungen des Kindes oder Jugendlichen, sollte er direkt erfragt werden (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Dabei werden folgende Fragen vorgeschlagen:

1. Bist du krank? Hast du Probleme?
2. Wenn ja: Wie schwerwiegend ist deine Krankheit/sind deine Probleme aus deiner Sicht?
3. Was wäre in deinem Leben anders/was könntest du anderes tun, wenn deine Krankheit/deine Probleme nicht wären?

Die Ausprägung des subjektiven Schweregrads der somatischen und/oder psychischen Beeinträchtigung wird gemäss der Ausprägungsgrade 0 = nicht vorhanden, 1 = wenig ausgeprägt, 2 = mittelgradig ausgeprägt und 3 = schwer ausgeprägt kodiert.

Subjektive Krankheitshypothesen

Eine subjektive Krankheitshypothese wird als subjektive Annahme eines Kindes oder eines Jugendlichen bezüglich der Entstehung seiner körperlichen und/oder psychischen Erkrankung definiert. Bei Kindern und Jugendlichen können die subjektiven Konzepte noch mehr als in der Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen von denen des Therapierenden divergieren. Geht ein Kind beispielsweise davon aus, dass seine Erkrankung eine Strafe für ein von den Eltern unerwünschtes Verhalten ist, entsteht kein gemeinsames Symptomverständnis, bis das unausgesprochene Konzept des Kindes thematisiert und aufgelöst wird (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Hinsichtlich dieser Gegebenheit sieht Lohaus (1996b) das Wissen über die Konzeptbildung von Kindern als Grundvoraussetzung um als Erwachsener angemessen auf ihre Informationsbedürfnisse einzugehen zu können.

Die subjektiven Krankheitshypothesen werden unter Berücksichtigung der Altersstufen eingeschätzt und wörtlich dokumentiert, um illustratives Material bei der OPD-KJ-Profilierung zu haben.

Jede Altersstufe wird gemäss der Ausprägungsgrade 1 = wenig ausgeprägt, 2 = mittelgradig ausgeprägt und 3 = schwer ausgeprägt, kodiert.

Eine niedrige Ausprägung der Altersstufe 3 liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Verständnis einfacher Relationen zwischen Krankheitsursache und Wirkung;
- Verständnis für Sachverhalte, die konkret beschrieben werden (z.B. konkrete Symptome, Therapien);
- Fähigkeit, Denken und Gefühle anderer zu erschliessen, und das Wissen darüber, dass andere dies auch können;
- Wenig Kenntnisse über die eigene psychische Störung und über mögliche Hilfsangebote vorhanden.

Für eine mittlere Altersausprägung der Altersstufe 3 gilt:

- Verständnis für komplexere Funktionszusammenhänge ist vorhanden;
- Fähigkeit, abstrakte oder hypothetische Modelle auf andere Sachverhalte zu übertragen ist vorhanden;
- Fähigkeit, Sachverhalte aus den verschiedensten Perspektiven zu betrachten ist vorhanden (z.B. psychosomatische Wechselwirkungen oder gesellschaftliche Perspektiven);
- Deutliche Kenntnisse über die eigene somatische und/oder psychische Krankheit und/oder psychiatrische/psychotherapeutische Versorgungsangebote sind vorhanden.

Für eine hohe Ausprägung der Altersstufe 3 gilt:

- Ausgeprägtes Verständnis für komplexe Funktionszusammenhänge ist vorhanden;
- Fähigkeit, abstrakte und hypothetische Modelle auf andere Sachverhalte zu übertragen und zu vergleichen ist vorhanden;
- Fähigkeit zum flexiblen Perspektivenwechsel ist vorhanden;
- Fähigkeit zur Distanzierung von der eigenen Person/Problematik/Familie ist vorhanden;
- Differenzierte Kenntnisse über die eigene somatische und/oder psychische Krankheit und/oder psychiatrische/psychotherapeutische Versorgungsangebote ist vorhanden;
- Fähigkeit, sich mit anderen Patienten/Störungen zu vergleichen ist vorhanden.

Leidensdruck

Zwischen einem objektiv festgestellten Schweregrad einer Erkrankung und dem subjektiven Leidensdruck gibt es keine linearen Zusammenhänge. Insbesondere bei Kindern können kleinste Verletzungen zu einem erheblichen Leidensdruck führen, während schwere chronische Zustände von Verwahrlosung oder körperlichen Erkrankungen jahrelang ertragen werden können, ohne dass das Kind einen Leidensdruck äussert. Der Leidensdruck ist für viele Aspekte der Behandlung von grosser Bedeutung. Allerdings kann aus einem ho-

hen Leidensdruck nicht automatisch eine deutliche Veränderungs- oder Therapiemotivation abgeleitet werden.

Im OPD-KJ wird der Leidensdruck rein subjektiv erfragt. Es soll das subjektive Ausmass des Leidens unter einer Krankheit oder eines psychischen Zustandes erfasst werden. Kodiert werden lediglich situative Angaben der Kinder und Jugendlichen zum Ausmass ihres Leidens. Kann der Leidensdruck nicht aus spontanen Mitteilungen eingeschätzt werden, soll er mithilfe folgender Fragen direkt ermittelt werden:

1. Ist deine Krankheit oder dein Problem schlimm für dich?
2. Leidest du unter deiner Krankheit oder deinem Problem?
3. Wenn ja: wie sehr?

Eine Verneinung ist mit dem Ausprägungsgrad 0 gleichzusetzen. Für die Beantwortung der zweiten Frage empfiehlt es sich, den Leidensdruck mit Hilfe einer Skala von gar nicht bis schwer zu ermitteln. Im Zweifelsfall gilt es, das jeweils niedrigere Niveau zu kodieren (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007).

Veränderungsmotivation

In diesem Item soll die Veränderungsmotivation des Kindes oder des Jugendlichen eingeschätzt werden. Bei Kindern und Jugendlichen besteht häufig der Wunsch nach Veränderung, ohne dass dieser mit dem Wunsch nach Therapie einhergeht. Bei der Veränderungsmotivation wird unabhängig von dem Therapiewunsch nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Die Veränderungsmotivation ist abzugrenzen vom Leidensdruck, welcher sich ausschließlich auf das subjektive Gefühl von Leiden ohne Bezug zu möglichen Veränderungen bezieht. Wird der Änderungswunsch verbal nicht kommuniziert, muss er aus dem Verhalten eindeutig erkennbar sein, um dieses Merkmal kodieren zu können. Je mehr Kinder oder Jugendliche bereit sind, sich selbst zu ändern und nicht Veränderungen aus der Umwelt erwarten, desto ausgeprägter ist die Veränderungsmotivation. Dazu gehört die Übernahme von Eigenverantwortung für das persönliche Handeln.

Jede Altersstufe wird gemäss der Ausprägungsgrade 0 = nicht vorhanden, 1 = niedrig vorhanden, 2 = mittel vorhanden und 3 = hoch vorhanden kodiert.

Die Ausprägung nicht vorhanden der Altersstufe 3 liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Jugendlichen sind mit der aktuellen Situation vollumfänglich zufrieden; wenn es überhaupt Probleme gibt, dann wird die Schuld anderen zugeschrieben.

Ausprägung niedrig vorhanden (Altersstufe 3):

Die Jugendlichen sind mit der aktuellen Situation und Symptomatik insgesamt zufrieden und möchten nur wenige Veränderungen. Die Verantwortung wird mehrheitlich bei anderen gesehen.

Ausprägung mittel vorhanden (Altersstufe 3):

Die Jugendlichen äussern Veränderungswünsche in mehreren Teilaspekten. Sie geben Unzufriedenheit an und übernehmen Verantwortung für ihre Symptomatik. Beziehungsaspekte werden lediglich eingeschränkt thematisiert.

Bsp.: Ein Jugendlicher möchte sich von seinen „schlechten“ Freunden zurückziehen, um Verwicklungen in Diebstähle oder Prügeleien zu vermeiden.

Ausprägung hoch vorhanden (Altersstufe 3):

Die Jugendlichen sind sehr unzufrieden und äussern von sich aus Veränderungsvorschläge oder haben diese bereits in der Familie eingebracht. Sie übernehmen Eigenverantwortung, teilweise auch für die Symptomatik. Beziehungsaspekte, mit denen sie teilweise unzufrieden sind, werden im Gespräch spontan thematisiert.

Bsp: Ein Jugendlicher thematisiert die enge Bindung zu der depressiven Mutter, von der er mehr Abstand sucht und deshalb das Elternhaus verlassen möchte.

Alle Kodierungen zu den Items der jeweiligen Dimensionen (subjektive Dimensionen, Ressourcen, spezifische Therapievoraussetzungen) werden im „Bogen zur Befunderhebung Achse Behandlungsvoraussetzungen“ eingetragen (Anhang A).

3.2.2 Aktueller Forschungsstand

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, handelt es sich bei der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter um ein ziemlich junges Diagnostikinstrument, was sich in der Sichtung der vorhandenen Forschungsliteratur niederschlägt. Bis anhin sind kaum Studien zu den einzelnen Achsen vorhanden. Eine aktuelle Untersuchung von Winter, Jelen, Pressel, Lenz und Lehmkuhl (2011) hat sich mit der Überprüfung der klinischen Validität auf allen Achsen beschäftigt. Insbesondere für die Achsen Konflikt und Behandlungsvoraussetzungen konnte im Gruppenvergleich eine signifikante Validität nachgewiesen werden. In ihrer Studie untersuchten Winter et al. (2011) 60 Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren. Dabei wurden die Befragten in zwei Gruppen eingeteilt. In eine Patientengruppe mit internalen und in eine Patientengruppe mit externalen Störungen. Zur Einschätzung der Achse Behandlungsvoraussetzungen wurden die beiden Patientengruppen zu den einzelnen Dimensionen (subjektive Dimensionen, Ressourcen, Therapievoraussetzungen) befragt. Sie wurden dazu angehalten, die aktuelle Problematik, die somatischen und psychischen Belastungen, die biopsychosozialen Zusammenhänge und die subjektiven Krankheitshypothesen zu beschreiben. Zusätzlich wurden die Patienten gebeten, ihren Leidensdruck und die Veränderungsmotivation einzuschätzen. Um die klinische Validität zu überprüfen, wurden schliesslich die Ergebnisse der Patienten mit internalen und externalen Störungen verglichen. Es liessen sich signifikante Unterschiede in der Selbstbeurteilung (Subjektive Dimensionen) aufzeigen. Die Patientengruppe mit

internalen Störungen gaben eine höhere Veränderungsmotivation an als die Patientengruppe mit externalen Störungen und zeigte darüber hinaus eine höhere Veränderungsmotivation. In Bezug auf die Therapievoraussetzungen erzielten ebenfalls die Patienten mit den internalen Störungen eine höhere Einsichtsfähigkeit und eine höhere Behandlungsmotivation. Hinsichtlich allen anderen Dimensionen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Weitere Ausführungen zu den Ergebnissen der Achse Konflikt werden hier ausgelassen.

II EMPIRISCHER TEIL

4 Methodik und Forschungsgegenstand

Im folgenden Kapitel werden die einzelnen Aspekte der methodischen Grundlagen aufgeführt. Die Ausgangslage und die Absicht der Arbeit werden erläutert. Anschliessend wird das Untersuchungsdesign vorgestellt. Weiter werden die Methoden der Datenerhebung und der Datenauswertung näher beschrieben. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Untersuchung.

4.1 Ausgangslage und Absicht

Wie in der Einleitung beschrieben, wird die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter OPD-KJ seit rund zehn Jahren in der Forschung und Praxis eingesetzt und hat sich im deutschsprachigen Raum erfolgreich etabliert. Da es sich um ein ziemlich junges Diagnostikinstrument handelt, existieren bis anhin kaum systematische Untersuchungen, die sich mit der Achse Behandlungsvoraussetzungen befassen. In der vorliegenden Arbeit kann deshalb nur auf eine kleine Menge bestehenden Datenmaterials zurückgegriffen werden. Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, den empirisch noch wenig erforschten Bereich der Achse Behandlungsvoraussetzungen vertieft zu untersuchen. Folgende Fragestellung bildet den Ausgangspunkt dieser qualitativer Untersuchung: *Wie antworten Jugendliche in einem diagnostischen Interview auf die Fragen zu den subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ?* Mit Hilfe eines diskursanalytischen Vorgehens werden die Antworten dreier Jugendlicher auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und klinische Auffälligkeiten untersucht.

4.2 Untersuchungsdesign und Datenerhebung

Grundlage für die Arbeit bilden drei diagnostische Interviews mit Jugendlichen, die im Rahmen eines internen Seminars im KJPD St. Gallen erhoben wurden. Die Videoaufnahmen der Gespräche wurden für die Analyse zur Verfügung gestellt. Das vorliegende Datenmaterial wird anhand der diskursanalytischen Forschungsmethode nach Keller (2011) bearbeitet. Dabei handelt es sich um eine qualitative, hermeneutisch-interpretative Forschungsmethode, mit dem Ziel, spezifische strukturelle und inhaltliche Phänomene in Gesprächen zu analysieren. Sie geht regel- und theoriegeleitet vor, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Aus dem diskursanalytischen Ansatz von Jäger (1999) werden ergänzende Aspekte integriert, die sich dazu eignen, die prinzipielle Struktur von Diskursen durchschaubarer und infolgedessen analysierbar zu machen. Da es kaum aktuelle Untersuchungen zum Forschungsgegenstand der Achse Behandlungsvoraussetzungen OPD-KJ gibt, wird eine qualitative Erfassung als angemessen erachtet. Diese lässt zu, dass sich Forschende mit dem Gegenstand intensiv auseinandersetzen und am individuellen Fall ansetzen. Die Datenaufbereitung des Interviewmaterials erfolgt über die wörtliche Transkription in die Schriftsprache.

4.3 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung von der behandelnden Psychiaterin im KJPD St. Gallen erhoben. Bei der Therapeutin handelt es sich um eine langjährig erfahrene Psychiaterin mit psychoanalytischer Therapierichtung. Die diagnostischen Interviews wurden für Weiterbildungszwecke erhoben. Ein Interview wurde im Sommer 2010, zwei weitere im November 2011 durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 35 Minuten. Von sämtlichen Interviews wurde eine Videoaufnahme gemacht. Zwei der Interviews fanden im Rahmen der zweiten Abklärungssitzung statt, das dritte wurde nach mehreren Sitzungen durchgeführt. Das Ziel der Interviews bestand in der diagnostischen Erhebung der Items der Achse Behandlungsvoraussetzungen. Erfragt wurden die Items der subjektiven Dimensionen: subjektives psychisches und physisches Befinden, Krankheitshypothesen, Leidensdruck, sowie die Veränderungsmotivation. Darüber hinaus wurden vereinzelt Informationen zu den Ressourcen und den spezifischen Therapievoraussetzungen ermittelt. Das Gespräch orientierte sich an den beschriebenen Leitfragen der einzelnen Items der Achse Behandlungsvoraussetzungen im Manual (siehe Kapitel 2). Dabei handelt es sich jedoch lediglich um eine Hilfestellung für die Strukturie-

rung im Gespräch. Grundsätzlich wurde das Gespräch wenig strukturiert durchgeführt, um freie Assoziationen zu fördern.

4.4 Stichprobe

In die Stichprobe wurden Jugendliche aufgenommen, die sich in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten St. Gallen in Behandlung befanden. Die Daten wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe OPD-KJ im KJPD erhoben und standen teilweise bereits vorgängig zur Verfügung. Psychisch instabile oder suizidale Kinder oder Jugendliche wurden ausgeschlossen. Ansonsten wurden vorgängig keine Eingrenzungen hinsichtlich des Alters, dem psychosozialen Hintergrund, dem Geschlecht oder der vorliegenden psychischen Störung festgehalten. Die Rekrutierung von teilnehmenden Kindern und Jugendlichen stellte sich als zentrale Herausforderung dar, einerseits aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen seitens der Psychotherapeutinnen des KJPD, andererseits konnten einige Interviews wegen unvorhergesehenen akuten psychischen Destabilisierungen nicht durchgeführt werden. Somit musste sich die vorliegende Arbeit auf eine Stichprobe von drei Interviews beschränken.

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die wichtigsten Merkmale der Stichprobe:

Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe

	Geschlecht / Alter	ICD-10 Diagnose	Aktuell besuchte Schule / Ausbildung
Jugendliche 1	♀ 18	F43.8	Realschulabschluss Projekt Chance
Jugendliche 2	♀ 15	F32.10	Realschule
Jugendliche 3	♀ 18	F93.8	Realschulabschluss Ausbildung Fachangestellte Betreuung (FaBe)

Die Stichprobe umfasst drei Jugendliche, wohnhaft in verschiedenen Kantonen der Deutschschweiz. Es handelt sich um jugendliche Mädchen im Alter von 15 bis 18 Jahren. Zwei von ihnen bringen einen Migrationshintergrund mit, leben jedoch seit Geburt in der Schweiz. Bei zwei Jugendlichen leben die Eltern getrennt. Dabei lebt eine Jugendliche bei ihrer Mutter, die andere bei ihrem Vater. Die dritte Jugendliche wohnt alleine in ihrer eige-

nen Wohnung. Alle drei Jugendlichen haben einen Realschulabschluss, wobei die jüngste die Realschule noch nicht abgeschlossen hat. Eine der beiden Älteren befindet sich in der Ausbildung zur Fachangestellten Betreuung. Die andere wurde in ein soziales Projekt namens „Chance“ eingebunden, welches die Jugendlichen dabei unterstützt, einen Praktikumsplatz und schliesslich eine Lehrstelle zu finden. Zur Therapie im KJPD haben sich zwei Mädchen freiwillig und selbständig gemeldet. Die dritte wurde von Drittpersonen angemeldet. Eine Jugendliche befand sich bereits seit drei Jahren in psychologischer Behandlung, die anderen beiden waren erstmals in einer Psychotherapie. In Bezug auf die Diagnosestellung nach ICD-10 wurde bei den drei Jugendlichen jeweils eine mittelgradige depressive Episode (F32.10), eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (F43.8) und eine sonstige emotionale Störung des Kindesalters (F93.8), diagnostiziert.

4.5 Datenaufbereitung und Datenanalyse

Vor der Auswertung wurden die Videoaufnahmen der Interviews in eine schriftliche Fassung gebracht. Die wörtliche Transkription bildet die Basis für die spätere interpretative Auswertung (Mayring, 2010). Das verbale Material in gesprochenem Dialekt wurde bei der wörtlichen Transkription in Schriftsprache übersetzt. Typische Mundartausdrücke wurden beibehalten und mit Sonderzeichen gekennzeichnet, sofern sie zentrale Beschreibungen liefern. Prägnante nonverbale Handlungen wie den Blick abwenden oder Lachen wurden in Klammern gekennzeichnet. Bei der vorliegenden Arbeit steht grundsätzlich die inhaltlich-thematische Ebene im Zentrum, weshalb bei der Transkription die Syntax angepasst und der Stil geglättet wurde, wie in Mayring (2010) beschrieben wird. Dieses Vorgehen dient der Lesbarkeit der Transkripte.

Die Auswertung und Analyse des Datenmaterials aus den drei Interviews erfolgte mittels der qualitativen Methode der Diskursanalyse nach Keller (2011). Durch die Technik der qualitativen Diskursanalyse wird eine interpretativ-analytische Erschließung der Phänomenstruktur in Texten ermöglicht. Weiter, beschreibt Keller (2011), können Aussagen darüber gemacht werden, welche spezifischen strukturellen und inhaltlichen Phänomene sich in einem Gespräch darstellen. Bei der Diskursanalyse nach Keller (2011) handelt es sich um ein systematisches Vorgehen, welches in gleicher Art und Weise auf das gesamte Datenmaterial angewendet wird. Unter Berücksichtigung der Fragestellung werden alle relevanten Informationen aus dem gesamten Datenmaterial extrahiert und zu einem Datenkorpus zusammengefügt. Die Daten aus dem Datenkorpus bilden die Grundlage der Analyse.

In einem nachfolgenden Schritt wird die Feinanalyse durchgeführt. Keller (2011) beschreibt die Feinanalyse als einen ressourcenaufwändigen Akt, weshalb nicht alle Daten des Korpus einbezogen werden können. Innerhalb des Datenkorpus wird eine systematische Auswahl von Textsequenzen getroffen, die ein bestimmtes Thema behandeln und in Diskursfragmente eingeteilt werden (Jäger, 1999). Auf eine induktive Bildung von Diskursfragmenten aus dem vorliegenden Datenkorpus wurde grossen Wert gelegt. Die Festlegung der einzelnen Diskursfragmente (Anhang B) erfolgte ebenfalls unter Einbezug des theoretischen Vorwissens. Diese deduktive Vorgehensweise erwies sich als unumgänglich, um an Gegenstand und Ziel der Untersuchungsfrage festhalten zu können. Es wurden folgende Diskursfragmente definiert:

1. Subjektives Befinden
2. Symptome
3. Subjektive Krankheitshypothesen
4. Leidensdruck
5. Veränderungsmotivation
6. Erwartungen an die Therapie

In der Feinanalyse wird unter Anlehnung an Tischter, Wodak, Meyer und Vetter (1998) auf die Fragen eingegangen: Was geschieht im Datenkorpus? Welche Strategien und Taktiken lassen sich feststellen? Welche widerkehrenden Phänomene fallen auf? Was ist der rote Faden? Weiter wird das Antwortverhalten der Jugendlichen untersucht, um die sprachlichen Interaktionsverhältnisse und die daran beteiligten mentalen und interaktionalen Instanzen aufzuzeigen (Löning und Rehbein, 1993).

5 Ergebnisse

5.1 Interviews: Erste Beobachtungen

Interview 1

Die Therapeutin eröffnet das Gespräch, indem sie betont, die Mitarbeit der Jugendlichen zu schätzen und sich für ihre Unterstützung bedankt: *„ich bin sehr froh, dass du bereit bist, das Interview mit mir zu machen. [...] danke ich dir vielmals für das Gespräch.“* Anschliessend beginnt sie das Interview mit der Frage: *„Fühlst du dich krank?“*

Zum Gespräch erscheint eine gepflegte und wache Jugendliche. Sie macht zunächst einen leicht angespannten Eindruck, was sich im angespannten Gesichtsausdruck widerschlägt. Sie schaut immer wieder nach unten, kann den Blickkontakt jedoch mehrheitlich aufrecht

erhalten. In der Anfangsphase des Gesprächs beantwortet sie die Fragen der Therapeutin ziemlich knapp. Auf die Frage, ob sie sich krank fühle, nickt sie lediglich zustimmend. Im Verlauf des Gespräches berichtet sie jedoch immer offener und ausführlicher, wie beispielsweise bei der Frage, welche Probleme zu ihrer Krankheit geführt hätten:

„Ich bin von klein auf von den Kindern ausgeschlossen worden, weil ich damals anders ausgesehen habe. Ich war die einzige, die schwarze Haare hatte. Alle haben gesagt ich habe „Gaggihaare“, weil sie so dunkel sind. Und auch später war ich eine Aussenseiterin, weil immer alle blonde Mädchen haben sehen wollen [...] Mein Vater hat mich unterstützt, meine Mutter hat mir immer Vorwürfe gemacht und gesagt, dass ich selber Schuld sei. Und dann bin ich von diesem Problem ins nächste Problem hineingerutscht, in die Lehre hinein“.

Das Gespräch kennzeichnet sich nach einer kurzen etwas zurückhaltenden Anfangsphase durch einen flüssigen Verlauf. Die Jugendliche beantwortet die Fragen unmittelbar und adäquat. Sie gibt bereitwillig und ausführlich Auskunft über die gestellten Fragen. Im Gesprächsverlauf überprüft die Therapeutin regelmässig, ob sie die Jugendliche richtig verstanden hat. Sie wiederholt deren Schilderungen und fasst das Wesentliche zusammen: *„Mir kommt es so vor, als wenn du dich schon ziemlich daran gewöhnt hast an diese Halluzinationen [...] und wenn du alleine bist, dann kommen die Halluzinationen vermehrt.“* Daraufhin pflichtet ihr die Jugendliche jeweils bei und ergänzt oft ihre Bemerkungen. *„Ja. Ich bin auch damit aufgewachsen, es ist immer irgendwo etwas gewesen [...] und seit ich in der Lehre bin haben die Halluzinationen mit dem Mädchen begonnen.“*

Innerhalb der Interviewaufnahme werden nach Möglichkeit offene Fragen gestellt. Einige geschlossene Fragen sind unumgänglich um an die gewünschten Informationen zu gelangen. Darauf antwortet die Jugendliche meist einsilbig mit ja oder nein. So beantwortet sie die Frage *„bist du krank?“* lediglich mit *„ja“*. Die Therapeutin bemüht sich, nachfolgend mit einer offenen Frage weiterzufahren, beispielsweise *„was an dir ist krank?“* um von der Jugendlichen ausführlichere Angaben zu erhalten.

Inhaltlich ist auffallend, dass die Jugendliche die Ursachen ihrer Probleme mehrheitlich ihrem Umfeld zuschreibt. Sie schildert, dass sie bereits früh eine Aussenseiterin war und kaum Unterstützung von ihren Eltern, insbesondere von ihrer Mutter erfahren habe. Auch

in der Schule habe sie keine Unterstützung erfahren durch die Lehrpersonen oder Mitschüler.

Interview 2

Wie im vorhergehenden Interview beginnt die Therapeutin das Gespräch, indem sie sich für die Mitarbeit der Jugendlichen bedankt: *„Ich danke dir vielmals, dass du hier mitmachst bei diesem Interview, welches uns hilft zu verstehen wie wir dir in deinen Schwierigkeiten, helfen zu können.“* Anschliessend beginnt die Therapeutin das Interview mit der ersten Frage: *„Fühlst du dich krank?“*

Die Jugendliche macht einen traurigen und leidenden Eindruck. Sie hat den Blick mehrheitlich zum Boden gerichtet und kann den Augenkontakt lediglich für kurze Sequenzen halten. Danach schaut sie gleich wieder zu Boden. Ihr Leiden zeigt sich in ihrem traurigen Gesichtsausdruck. Sie presst immer wieder ihre Lippen zusammen, was auf eine innere Anspannung hinweisen könnte. Die Jugendliche spricht leise und langsam. Im Gespräch kommt es immer wieder zu Verzögerungen, indem die Jugendliche Pausen einlegt innerhalb einer Antwort und Zeit braucht um zu überlegen. Auf die Frage woher die Probleme aus ihrer Sicht kommen, schildert sie: *„Die Probleme kommen glaube ich auch von meinem Vater (Pause) [...] ausser dass ich im Moment Angst vor der Zukunft habe (Pause) Was ist wenn ich keine Lehrstelle finde? (Pause)“*. Die Therapeutin passt sich dem Rhythmus der Jugendlichen an und lässt ihr nach einer Antwort immer wieder Zeit, um allfällige Ergänzungen zu machen. So antwortet die Jugendliche auf die Frage, wo sie den Zusammenhang zwischen ihren Problemen und der Vergangenheit sehe: *„Es sind halt die Erinnerungen, die mich nicht glücklich machen. Wo ich mich frage was ich falsch gemacht habe, dass sich mein Vater nicht meldet und (Pause).“* Teilweise macht die Therapeutin innerhalb des Gesprächs eine Pause, insbesondere wenn sie die Schilderungen der Jugendlichen zusammenfasst um sicherzustellen ob sie den Inhalt richtig verstanden hat: *„Du fühlst sich irgendwie schuldig, was dich belastet. Es lähmt einen ganz schön (Pause).“* Oder nach der Frage, was sich in Zukunft verändern sollte, wiederholt sie die Aussage der Jugendlichen: *„Dass dich die Vergangenheit weniger belastet und du unbeschwerter in die Zukunft blicken kannst (Pause).“* Die Langsamkeit und der teilweise zähe Verlauf ziehen sich bis zum Ende des Interviews durch, was mit der Diagnose der Jugendlichen (mittelgradige depressive Episode) im Zusammenhang steht könnte. Weiter fällt auf, dass die Pausen mehrheitlich dann auftreten, wenn Themen angesprochen werden, die belastend und schwierig für die Jugendliche sind. Auf Fragen wie woher ihre Probleme kämen, ob sie mehrheitlich ein

belastendes Leben habe oder wie sie ihr Leben bewältigen könne bei einem so hohen Leidensdruck. Weiter fällt auf, dass die Jugendliche die Fragen oft kurz und knapp beantwortet. Beispielsweise auf die Frage ob sie stark unter den Problemen leide, erwidert sie: *„Nein, nicht so stark, aber schon.“* Diese mehrheitlich eher einsilbigen Antworten zeigen sich im Verlauf des Interviews immer wieder. Auffallend ist ebenfalls, dass die Therapeutin gegen Ende des Gesprächs zunehmend geschlossene Fragen stellt, was das Antwortverhalten der Jugendlichen weiter unterstützt. So antwortet die Jugendliche in den letzten fünf Minuten nur noch mit *„ja“*, *„hmm“* oder *„nein.“*

Interview 3

Die Therapeutin eröffnet das Gespräch mit der Information, dass das Gespräch wie vorgängig besprochen aufgezeichnet wird und fordert die Jugendliche auf: *„Lass dich nicht stören wenn das Video läuft.“* Die Jugendliche antwortet darauf *„nein, nein“*, wobei sie dabei verlegen lächelt und zu Boden schaut. Anschliessend informiert die Therapeutin darüber wie das Gespräch abläuft: *„Wie ich dir bereits gesagt habe, hätte ich hier ganz verschiedene Fragen die wir miteinander besprechen.“* Daraufhin beginnt die Therapeutin das Interview mit der ersten Frage: *„Warum bist du ins KJPD gekommen?“*

Zum Gespräch erscheint eine gepflegte, wache und interessierte Jugendliche. Zu Beginn des Interviews macht sie einen leicht nervösen Eindruck. Die Therapeutin hat ihr einen Tee angeboten und nun spielt die Jugendliche mit ihrer Teetasse. Sie rührt immer wieder den Löffel in der Tasse um und konzentriert sich auf ihr Getränk. Nach einigen Minuten ist der Tee ausgetrunken und die Tasse wird weggestellt. Die Jugendliche erscheint etwas ruhiger und lässt sich nun konzentrierter auf das Gespräch ein. Die Fragen beantwortet sie unmittelbar und adäquat. Sie gibt offen und freundlich Auskunft über ihre Beschwerden. Sie nimmt Blickkontakt zur Therapeutin auf und kann diesen aufrechterhalten. Das Gespräch verläuft flüssig und ohne Unterbrüche. Es fällt auf, dass die Jugendliche bei der Beantwortung von Fragen immer wieder verlegen lacht. Auf die Frage was sich an der Situation der Jugendlichen verändern soll, antwortet sie: *„dass es mir besser geht, nicht mehr so Selbstmitleid und so. Keine Ahnung“*. Dabei lacht die Jugendliche verlegen und schaut zu Boden. Auch auf die Frage ob sie sich selbst an ihrer Emotionalität stört oder die anderen, erwidert sie, *„eher die anderen“* und lacht dabei schelmisch. Die emotionale Gefühlslage der Jugendlichen ist während des ganzen Gesprächsverlaufs zu spüren. Sie bringt ihre Emotionen unmittelbar zum Ausdruck, indem sie entweder lacht, sich über gewisse Sachverhalte ärgert und empört, oder die Therapeutin fragend anblickt, wenn sie nicht weiterweiss. So

antwortet sie auf die Frage, ob es für sie in Ordnung ist, auf jemandem zornig zu sein, wenn sie diese Person absichtlich provoziert hat: *„Wenn jemand es mit Absicht macht, damit ich „hässig“ werde, dann ist er selber Schuld wenn ich ihn so dumm anmache.“* Sie beantwortet die Frage vehement, mit erhobener Stimme und blickt die Therapeutin bestimmt an. Im Gegensatz dazu kann sie herzlich lachen, als sie ihre Erwartungen in die Psychotherapie beschreiben soll: *„es ist wie eine Waschmaschine für die Seele (lacht).“*

Im Verlauf des Gespräches ist auffallend, dass die Jugendliche immer wieder vage auf Fragen antwortet und sich mit ihren Aussagen nicht klar festlegen kann. Aus ihren Antworten können teilweise keine klaren Schlüsse gezogen werden. Dies beginnt bei Frage nach den Krankheitshypothesen, als die Jugendliche die Vermutung äussert, dass ihre Probleme mit der Scheidung ihrer Eltern zusammenhängen könnten. Diese Aussage zieht sie aber sofort wieder zurück und meint: *„keine Ahnung, ich weiss es nicht.“* Die Unfähigkeit, klar und präzise zu artikulieren zeigt sich ebenfalls im Zusammenhang mit dem Leidensdruck. Sie verneint die Frage ob sie unter den unangenehmen Gefühlen leide und äussert: *„Nicht leiden, keine Ahnung, ich habe einfach keine Lust.“*

Beendet wird das Gespräch durch die Jugendliche. Nach dreissig Minuten informiert sie die Therapeutin inmitten des Gespräches, *„jetzt muss ich gehen“*. Die Therapeutin kann sich noch für das Gespräch bedanken, dann geht die Jugendliche.

Vergleich der drei Interviews

Die Therapeutin leitet durchgehend alle Gespräche ein. In zwei von den drei Interviews bedankt sich die Therapeutin vorgängig für die Bereitschaft, am Gespräch teilzunehmen. Somit bringt sie den Jugendlichen Wertschätzung entgegen und schafft eine wohlwollende Atmosphäre. Anschliessend beginnt sie in allen Interviews mit der Frage nach dem subjektiven psychischen oder physischen Befinden. Damit holt sie die Jugendlichen in ihrer aktuellen Situation ab und versucht sie aus der Reserve zu locken.

Alle drei Jugendlichen sind zu Beginn des Gesprächs zurückhaltend und antworten noch etwas knapp auf die gestellten Fragen. Diese anfängliche Zurückhaltung geht einher mit unsicherem Blickkontakt. Alle drei Jugendlichen richten ihren Blick zu Beginn des Gesprächs immer wieder auf den Boden. In zwei von drei Gesprächen legt sich diese anfängliche Zurückhaltung bald. Die Antworten werden ausführlicher und der Blickkontakt mit der Therapeutin wird möglich. In zwei von drei Gesprächen zeigt sich das psychische Störungsbild der Jugendlichen im Antwortverhalten der Jugendlichen. Die Jugendliche mit der depressiven Symptomatik spricht leise und langsam, legt immer wieder kurze Pausen ein

und antwortet teilweise einsilbig. Die Jugendliche mit der emotionalen Störung bringt ihre emotionale Befindlichkeit unmittelbar zum Ausdruck, indem sie lacht, wenn ihr etwas gefällt oder mit vehementer Stimme antwortet, wenn sie sich ärgert.

Die Interviews wurden im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung erhoben, was vom Setting her eine asymmetrische Rollenverteilung mit sich bringt. Die Therapeutin hat in allen Interviews die Führungsrolle indem sie die Fragen stellt. Sie hält sich teilweise an eine vorgegebene Struktur, um die gewünschten Informationen zu erhalten. Trotz dieser Grundstruktur lässt die Therapeutin den Jugendlichen einen inhaltlichen Spielraum indem sie offene Fragen stellt und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die Themen der Jugendlichen eingeht.

Zwei Gespräche werden von der Therapeutin beendet. Dabei bedankt sie sich für die Offenheit und die Teilnahme am Gespräch. Ein Interview wird durch die Patientin beendet.

5.2 Subjektives Befinden

Das Gespräch wurde in allen drei Interviews mit der Frage nach dem subjektiven psychischen und/oder physischen Befinden eröffnet. In zwei von drei Interviews stellte die Therapeutin die Frage: *„fühlst du dich krank?“*. Die Jugendliche 2 antwortet daraufhin: *„Nein, eigentlich nicht. Also krank nicht (lacht) aber ein wenig Probleme. Also dass ich ein wenig Probleme habe, das schon.“* Weiter erkundigt sich die Therapeutin was im Leben der Jugendlichen anders wäre, wenn sie die Probleme nicht hätte. Daraufhin äussert die Jugendliche: *„dann hätte ich mehr Lebensfreude. Dann würde ich die „Sache“ wahrscheinlich anders betrachten, als ich dies jetzt mache (Pause).“* Die Therapeutin möchte weiter wissen: *„wie anders würdest du sie angehen? Was denkst du?“* Die Jugendliche erwidert unmittelbar: *„ja positiver halt, mit mehr Freude. Zum Beispiel hätte ich mehr Freude in die Schule zu gehen, oder ich würde ein wenig mehr lernen, weil es mir Spass machen würde.“*

Die Jugendliche 1 reagiert auf die Frage der Therapeutin, *„Du bist krank? Hast du ein Problem?“* indem sie nickt und die Frage mit *„ja“* beantwortet. Als die Therapeutin wissen möchte, an was die Jugendliche durch ihre Krankheit gehindert wird, schildert diese: *„der ganze Alltag wird irgendwie verändert. Es beeinflusst schon ziemlich viel.“*

Bei der Jugendliche 3 erkundigt sich die Therapeutin über das subjektive Befinden indem sie wissen will: *„warum bist du überhaupt ins KJPD gekommen?“* Die Jugendliche erwidert darauf: *„Weil ich zu emotional bin und weil es mir nicht so gut gegangen ist.“*

„Hmm“ (Therapeutin). „Und weil ich mir Hilfe holen wollte, um mal mit jemandem zu reden.“ Wie bei den anderen zwei Interviews möchte die Therapeutin von der Jugendlichen 3 wissen, was anders im Leben der Jugendlichen wäre, wenn sie die Probleme nicht hätte. Darauf antwortet die Jugendliche 3: „dann wäre ich nicht ins Kinderdorf gekommen. Dann wäre ich nicht hierher (ins KJPD) gekommen und alles wäre viel einfacher gewesen.“

Eine Jugendliche fühlt sich also krank und empfindet, dass ihr ganzer Alltag verändert wird durch ihre „Krankheit“. Eine andere Jugendliche fühlt sich zwar nicht krank, sie habe jedoch Probleme, die sie in ihrer Lebensfreude und der Fähigkeit des „positiven Denkens“ beeinträchtigt. Die dritte Jugendliche wird nicht spezifisch zu ihrem subjektiven Befinden befragt. Sie äussert jedoch, dass sie sich Hilfe holen wollte, weil es ihr nicht gut gegangen sei. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie sich in ihrem subjektiven Befinden ebenfalls beeinträchtigt fühlt.

5.3 Symptome

Die Symptome wurden nicht systematisch erfragt, sondern haben sich mehrheitlich aus dem Gespräch ergeben. So äussert die Jugendliche 2 im Zusammenhang mit der Frage wie schwerwiegend ihre Probleme seien, dass sie eigentlich nicht so starke Probleme habe, ausser ihrer Angst vor der Zukunft: „Was ist, wenn ich keine Lehrstelle finde?“ Die Jugendliche kann ihre Beschwerden nicht von sich aus klar definieren. Auf mehrmaliges Nachfragen der Therapeutin, was in ihrem Leben anders wäre, wenn die Probleme nicht vorhanden wären, kristallisieren sich indirekt die Symptome heraus. So beschreibt sie, „dass sie mehr Lebensfreude hätte und ihr die Schule mehr Spass machen würde.“ Daraus kann geschlossen werden, dass die Jugendliche unter einer Störung der Affektivität leidet.

Die Jugendliche 1 hingegen kann ihre Krankheitssymptome klar verbalisieren. Auf die Frage was an ihr krank sei, benennt sie unmittelbar ihre Halluzinationen, das Gefühl nicht ganz hier zu sein, Bindungs- und Verlustängste. Hier drängt sich die Frage auf, ob die Jugendliche die Beschreibung ihrer Symptome bereits von Fachpersonen (Hausarzt, Psychotherapeutin) gehört und übernommen hat. Die Vermutung, dass sie von der Fachsprache von Experten beeinflusst wurde, liegt nahe, insbesondere wenn betrachtet wird, dass sie ihre weiteren Symptome weniger in einer Fachsprache, sondern in einer beschreibenden Sprache formuliert: „Ich vertraue Menschen nicht mehr so“ oder „ich habe Angst alleine in einem Raum zu sein“ oder „wenn ich auf der Baustelle arbeite und es kommt ein Frem-

der, der mich anspricht, dann „chumi fascht d’Krise über“, alleine schon wenn er mich berührt.“ Die Schilderungen dieser Beschwerden unterscheiden sich klar von den vorhin genannten, eher fachlichen Begrifflichkeiten wie Bindungs- oder Verlustangst.

Die Jugendliche 3 äussert auf die Frage, wieso sie sich im KJPD gemeldet habe: „weil ich zu emotional bin und weil es mir nicht gut ging.“ Des Weiteren „weil sie sich Hilfe holen wollte, um mit jemandem zu sprechen.“ Hier stellt sich erneut die Frage ob die Jugendliche selbst das Gefühl hat, dass sie zu emotional ist oder ob es sich um eine Zuschreibung von Fachpersonen (Lehrer, Sozialpädagogin) handelt. Da nicht klar ist, was unter dem Begriff zu emotional zu verstehen ist, fragt die Therapeutin nach was die Jugendliche persönlich unter „zu emotional sein“ versteht. Daraufhin meint diese: „sich Dinge zu stark zu Herzen nehmen, schnell aufbrausen und zu sehr besorgt sein um andere.“ Die Therapeutin möchte zu dieser Aussage wissen: „Sind das Dinge die dich selber gestört haben oder Andere?“ Mit einem verschmitzten Lächeln erwidert die Jugendliche: „eher die Anderen (lacht).“

In zwei von drei Interviews besteht die Annahme, dass die Jugendlichen bereits in Kontakt mit Fachpersonen waren. Dies äussert sich darin, dass sich die Jugendlichen in der Beschreibung ihrer Symptome teilweise einer therapeutischen Fachsprache bedienen. Alle drei Jugendlichen können auf Nachfragen der Therapeutin ihre Beschwerden klar und differenziert benennen.

5.4 Subjektive Krankheitshypothesen

Auf die Frage wieso sie krank sei antwortet die Jugendliche 1: „von den vielen Problemen, die ich hatte.“ Bei näherem Nachfragen um welche Probleme es sich handle, kann sie mehrere Begründungen nennen. Einerseits habe sie sich als Kind oft als Aussenseiterin gefühlt. „Ich bin von klein auf von den Kindern ausgeschlossen worden, weil ich damals anders ausgesehen habe. Ich war die Einzige, die schwarze Haare gehabt hat.“ Sie habe weder von den Lehrpersonen noch von den Mitschülern Unterstützung erhalten. Als weiteren Grund benennt sie die fehlende Zuneigung und Anerkennung durch ihre Mutter. „Meine Mutter hat mir immer Vorwürfe gemacht und gesagt, dass ich selber schuld sei.“

Die Jugendliche 3 kann auf die Frage, wieso sie krank sei, nicht klar antworten. Sie äussert als erstes „ich weiss es nicht“. Nach einer kurzen Pause meint sie „vielleicht wegen der Scheidung, keine Ahnung, ich weiss es nicht.“ In den Aussagen zu den Krankheitshypothesen zeigt sich bei der Jugendlichen 3 eine Unsicherheit und Ambivalenz. Einerseits gibt sie

an, keine Ahnung zu haben, wieso sie krank sei, andererseits erwähnt sie die Scheidung ihrer Eltern, wobei sie ihre Aussage diesbezüglich gleich wieder relativiert. Als die Therapeutin nochmals auf die Auslöser für die Schwierigkeiten zurückkommt und die Jugendliche mit ihrer Antwort konfrontiert, „*du hattest die Vermutung, dass deine Probleme einen Zusammenhang mit der Scheidung deiner Eltern haben, oder?*“ verneint die Jugendliche diese Aussage: „*Nein, ich weiss eigentlich nicht wieso.*“

Die Jugendliche 2 äussert im Zusammenhang mit den Krankheitshypothesen Probleme mit ihrem Vater: „*Die Probleme kommen glaube ich von meinem Vater.*“ Die Therapeutin bittet die Jugendliche näher zu erklären wieso sie einen Zusammenhang mit dem Vater und ihren Problemen sieht. „*Es sind halt die Erinnerungen die ich habe, die mich nicht glücklich machen.*“ Er habe sie vernachlässigt und „*sie habe sich nie wie seine Tochter gefühlt.*“

Grundsätzlich können alle drei Jugendlichen Vermutungen zu den subjektiven Krankheits-hypothesen verbalisieren. Eine Jugendliche ist mit ihrer Vermutung jedoch indifferent und kann sich nicht klar festlegen, ob die Scheidung ihrer Eltern nun ein Grund für ihre Probleme sei oder nicht. Es fällt auf, dass bei allen drei Jugendlichen die Eltern oder ein Elternteil als Krankheitsursache erwähnt werden. Weiter ist auffallend, dass die Krankheitsursachen mehrheitlich external bedingt gesehen werden.

5.5 Leidensdruck

Den Leidensdruck erfragt die Therapeutin bei der Jugendlichen 2 wie folgt: „*Dieses Gefühl, dass du leidest, auf einer Skala zwischen eins bis zehn, wo würdest du dieses Gefühl einteilen?*“ Die Jugendliche antwortet unmittelbar mit „*bei sieben.*“ Es zeigt sich somit ein hoher Leidensdruck bei der Jugendlichen 2. Dieser Leidensdruck zeigt sich ebenfalls darin, dass sich die Jugendliche von sich aus Hilfe im KJPD gesucht hat. Zu einem späteren Zeitpunkt im Interview greift die Therapeutin die Frage nach dem Leidensdruck erneut auf. Sie erkundigt sich bei der Jugendlichen, „*wenn die guten Momente Sonnenschein bedeuten und die belastenden Momente die Regenwolken sind, was für Wetter würde bei dir vorherrschen?*“ Unmittelbar antwortet sie mit: „*bewölkt.*“ Dies stützt die vorhergehende Aussage der Jugendlichen.

Bei der Jugendlichen 1 erkundigt sich die Therapeutin, ob sie unter der Erkrankung leidet. Die Jugendliche gibt keine Antwort, sondern nickt lediglich zustimmend. Die Therapeutin hakt weiter nach und möchte wissen: „*leidest du sehr unter deiner Erkrankung?*“ Die Ju-

gendliche nickt erneut zustimmend. „Also würdest du sagen du leidest schwer?“ fragt die Therapeutin erneut nach. „Ja“, erwidert die Jugendliche.

Bei der Jugendlichen 3 erkundigt sich die Therapeutin, ob sie unter der Emotionalität, welche sie vorgängig bei den Symptomen erwähnte, leide. Die Jugendliche 3 antwortet:

„Nein. Also es kommt darauf an, wenn ich „hässig“ bin, also wenn ich ganz stark traurig bin, dann bin ich extrem „hässig“, also nicht „hässig“ ich lasse einfach niemanden an mich heran und dann, wenn jemand ein blöder Spruch „laufen lässt“ dann gebe ich gleich das Doppelte zurück. Wenn ich, jetzt habe ich die Frage vergessen.“

Die Jugendliche verliert sich in ihrer etwas wirren Schilderung und vergisst letztlich die Frage. Die Therapeutin wiederholt die Frage. Daraufhin die Jugendliche 3: „Ah ja. Wenn ich zum Beispiel einen Kollegen „blöd anmache“ und er dann wütend auf mich ist und mir sagt du nervst mich, dann leide ich darunter. Aber ansonsten leide ich eigentlich nicht darunter.“ Die Therapeutin geht auf die Emotionen der Jugendlichen 3 ein und erkundigt sich: „Ist das ein unangenehmes Gefühl für dich wenn du so wütend oder so traurig bist?“ Die Jugendliche antwortet: „Ja. Niemand ist gerne traurig.“ In Bezug auf den Leidensdruck erkundigt sich die Therapeutin erneut: „Also leidest du auch unter diesen unangenehmen Gefühlen, wenn diese so stark sind?“ Daraufhin erwidert die Jugendliche: „Nicht leiden, keine Ahnung. Ich hab einfach keine Lust dazu.“

Bei der Frage nach dem Leidensdruck verheddert sich die Jugendliche 3. Sie kann die Frage nicht gleich beantworten. In Bezug auf die Emotionalität gibt sie keinen Leidensdruck an. Auch hinsichtlich ihrer Traurigkeit nicht, obwohl sie einräumt, keine Lust auf diese negativen Emotionen zu haben. Hier zeigt sich, dass insbesondere das Umfeld Probleme mit ihrer impulsiven und emotionalen Art hat, wie dies bei der Frage nach den Symptomen bereits erwähnt wurde. Trotzdem schildert die Jugendliche einen gewissen Leidensdruck in Bezug auf die Auswirkungen ihrer Emotionalität im Kontakt mit dem sozialen Umfeld. Dieser macht sich bemerkbar, wenn sich aufgrund ihres teilweise impulsiven Verhaltens ihr Umfeld von ihr abwendet.

In Bezug auf den Leidensdruck äussern zwei von drei Jugendlichen, unter ihren Symptomen zu leiden. Eine Jugendliche kann die Intensität ihres Leidens klar und differenziert benennen. Eine weitere Jugendliche bestätigt ihren Leidensdruck, kann jedoch in Bezug auf das Ausmass keine klare Äusserung machen. Die dritte Jugendliche kann keine eindeu-

tige Stellung hinsichtlich ihres Leidensdruckes einnehmen. Der Ausdruck „Leiden“ scheint ihr zu heftig zu sein. Sie mildert ihn ab und ersetzt ihn durch „keine Lust darauf haben“.

5.6 Veränderungsmotivation

Nachdem das subjektive Befinden, die Krankheitshypothesen, die Symptome und der Leidensdruck erfragt wurden, möchte die Therapeutin nun von den Jugendlichen wissen, was sie gerne verändern möchten an ihrer Situation. Dabei erkundigt sie sich bei der Jugendlichen 1: *„was möchtest du verändern?“* Diese antwortet: *„das Wichtigste für mich ist sicher, dass ich fremden Personen wieder vertrauen kann oder zumindest der Familie wieder vertrauen kann. Und dass ich vielleicht mal etwas zufriedener mit mir selber sein kann.“* Die Therapeutin möchte weiter wissen, wie sich diese Veränderungen auf das Leben der Jugendlichen auswirken würden. *„Wenn ich eine Familie im Hintergrund hätte, die mit mir spricht und für mich da ist, dann wäre ich glücklicher zu Hause. Und wenn ich anderen Menschen vertrauen könnte, würde mir dies wahrscheinlich ebenfalls viel bringen. In der Lehre, mit der Lehrmeisterin.“* Die Therapeutin nimmt die Aussage der Jugendlichen entgegen und wirft die Frage in den Raum: *„Jetzt könnte man denken man müsse die Welt verändern, oder? Alle müssten anders werden, dann würde es dir besser gehen?“* Prompt nickt die Jugendliche:

„Ja, aber ich muss schon als erstes mit mir selber „z’schlag cho“ und zufriedener mit mir selber umgehen können. Das spüren die Menschen um mich herum auch, wie zufrieden oder unzufrieden ich mit mir selber bin [...] wenn ich anders auftrete, dann nehmen mich die Menschen anders wahr.“

Die Therapeutin möchte daraufhin von der Jugendlichen wissen: *„Kannst du denn etwas ändern?“* Diese erwidert:

„Ich denke die Kleidung alleine macht es schon nicht aus. Ich müsste auch mal jemanden haben, vielleicht eben eine Mutter, die mir auch das Gefühl gibt, dass ich etwas bin. Dann würde es mir vielleicht besser gehen und dann würde ich vielleicht auch von „Innen heraus“ strahlen können.“

Die Jugendliche kann ihre Wünsche nach Veränderung konkret verbalisieren. Sie äussert, dass die Veränderungen erstmals bei ihr beginnen müssten. Bei der konkreten Frage was sie dazu beitragen könne, fokussiert sie jedoch auf ihr Umfeld. Sie wünsche sich eine Mut-

ter, die ihr das Gefühl vermittele „*jemand zu sein.*“ Eine persönliche Veränderung wird somit durch eine fehlende familiäre Unterstützung erschwert.

Im Vergleich dazu hat sich die Jugendliche 2 aus eigener Motivation für eine Psychotherapie entschlossen und wird ebenfalls gefragt, was sie gerne verändern möchte: „*Dass ich die Gedanken kontrollieren kann, dass ich nicht immer daran denke oder die Dinge auch positiv sehen kann.*“ Des Weiteren möchte sie positiver in die Zukunft blicken können und „*auch die Vergangenheit abschaffen, dass ich mich damit abfinden kann. Alleine schaffe ich das nicht.*“ In Bezug auf den Leidensdruck möchte die Jugendliche den eingeschätzten Wert von sieben auf zwei oder drei reduzieren können.

Bei der Jugendlichen 3 wurde nicht auf die Frage nach der Veränderungsmotivation eingegangen.

Zwei von drei Jugendlichen können ihre Veränderungswünsche klar definieren, die dritte wurde nicht über die Veränderungsmotivation befragt. In Bezug darauf, wie eine Veränderung zu erreichen wären, werden von einer Jugendlichen persönliche Veränderungsmöglichkeiten sowie Veränderungserwartungen an die Umwelt erwähnt.

5.7 Erwartungen an die Therapie

Im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung wurde unter anderem die Erwartungen der Jugendlichen an die Therapie erfragt. Dabei wurde konkret die Frage gestellt, was die Jugendlichen von einer Psychotherapie erwarten.

Die Jugendliche 1 äussert zu dieser Frage: „*Psychotherapie ist gut für mich, weil eine ausstehende Person seine Meinung äussern kann, das Ganze neutral betrachtet und keine Stellung einnimmt. Das ist mir persönlich am Wichtigsten in der Therapie. Dass mir mal jemand zuhört, das habe ich ansonsten nicht.*“

Auch bei der Jugendlichen 2 wurde die Frage gestellt, was sie für Vorstellungen und Erwartungen an eine Psychotherapie habe: „*Eigentlich weiss ich nichts darüber (lacht). Es ist so, meine Kollegin hatte auch mal was ähnliches, ein wenig Probleme und hat gesagt es würde schon ein wenig helfen.*“ Die Therapeutin erkundigt sich ob die Kollegin gute Erfahrungen in der Psychotherapie gemacht habe. Daraufhin die Jugendliche: „*Ja, so wie es „ausschaut“ schon. Weil sie gesagt hat es würde ihr helfen. Deshalb kam ich auch auf die Idee.*“ Die Jugendliche 2 äussert damit indirekt die Erwartung, dass ihr die psychotherapeutische Behandlung helfen könnte.

Wie bei den anderen zwei Interviews wurde die Jugendliche 3 zu ihren Erwartungen hinsichtlich der Psychotherapie befragt. Sie erwartet von der Therapie:

„dass ich mit jemandem sprechen kann, mir Tipps einholen kann, solche Dinge. Und, keine Ahnung, dass ich alles was mir auf der Seele liegt jemandem erzählen kann. Und niemand weiss, dass ich Ihnen das erzähle und sie erzählen es niemandem weiter. Ausser jetzt hier (zeigt auf Kamera) aber damit war ich ja einverstanden. Das finde ich schön. Es ist wie eine Waschmaschine für die Seele (lacht).“

Die Therapeutin lacht ebenfalls bei der Beschreibung der Jugendlichen. *„Das ist eine gute Beschreibung, ganz ein gutes Bild (lacht).“*

Die Frage nach den Erwartungen in die Therapie können zwei von drei Jugendlichen problemlos beantworten. Sie erhoffen sich mit einer aussenstehenden Person über ihre Probleme und Beschwerden sprechen zu können. Eine Jugendliche erwartet darüber hinaus hilfreiche Tipps einholen zu können. Sie betrachtet die Psychotherapie als Waschmaschine für die Seele. Die dritte Jugendliche kann keine konkreten Erwartungen formulieren.

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der empirischen Grundlagen

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind die subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen der OPD-KJ. Im Zentrum steht die Fragestellung, wie Jugendliche auf die Fragen zu den subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ, antworten. In einer kurzen Zusammenfassung werden die Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung zusammenfassend dargestellt. Danach werden die Ergebnisse unter Einbezug der theoretischen Hintergründe interpretiert. In der Folge wird die Fragestellung beantwortet. Abschliessend wird kritisch Stellung genommen und es werden weiterführende Gedanken formuliert.

Erste Beobachtungen zu den Interviews

Zwei von drei Interviews werden von der Therapeutin eröffnet, indem sie sich für die Unterstützung der Jugendlichen bedankt. Zunächst antworten alle Jugendlichen etwas zurückhaltend und knapp auf die Fragen der Therapeutin. Im Verlauf des Gespräches werden die Antworten jedoch stetig ausführlicher und differenzierter. Die anfängliche Zurückhaltung

geht bei zwei Jugendlichen einher mit der Schwierigkeit den Blickkontakt aufrecht zu erhalten. Im Verlauf des Gespräches gelingt es den Beiden jedoch Blickkontakt mit der Therapeutin aufzunehmen. Eine Jugendliche zeigt sich im gesamten Gesprächsverlauf niedergedrückt. Sie kann den Blickkontakt lediglich für kurze Sequenzen halten und schaut danach immer wieder zu Boden. Die Niedergedrücktheit und Traurigkeit steht wahrscheinlich im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik und widerspiegelt sich ebenfalls im Antwortverhalten der Jugendlichen. Sie spricht leise und antwortet teilweise verlangsamt auf die Fragen. Weiter legt sie im Gespräch immer wieder Pausen ein. Auch bei der Jugendlichen mit der emotionalen Störung zeichnet sich die Emotionalität im Gespräch unmittelbar ab. Sie bringt ihre emotionale Befindlichkeit deutlich zum Ausdruck, indem sie lacht wenn sie etwas lustig findet oder mit vehementer, erhobener Stimme antwortet, wenn sie etwas verärgert.

Subjektives Befinden

Im subjektiven Befinden fühlen sich alle drei Interviewten beeinträchtigt. Eine Jugendliche schildert, sich krank zu fühlen, was sich auf ihren gesamten Alltag auswirke. Eine weitere Jugendliche fühle sich zwar nicht krank, sie habe jedoch einige Probleme, die sie daran hindern, sich lebensfroh zu fühlen. Die dritte Jugendliche beschreibt ihr subjektives Befinden lediglich indirekt, indem sie äussert, es sei ihr nicht gut gegangen.

Symptome

Bei der Erhebung der Symptome fällt auf, dass zwei von drei Jugendlichen sehr wahrscheinlich bereits Kontakt mit Fachpersonen hatten. Dies zeigt sich darin, dass die Beiden in der Beschreibung ihrer Symptomatik Fachbegriffe verwendet haben. Eine Jugendliche spricht von Verlust- und Bindungsängsten, eine andere von zu hoher Emotionalität. Des Weiteren wurden Symptome genannt wie, Angst vor der Zukunft, fehlende Lebensfreude, Halluzinationen, fehlendes Vertrauen in die Menschen oder Angst alleine in einem Raum zu sein. Alle Jugendlichen können ihre Beschwerden klar und differenziert beschreiben.

Subjektive Krankheitshypothesen

Alle drei Jugendlichen können eigene Vermutungen zu den subjektiven Krankheitshypothesen verbalisieren. Eine Jugendliche ist in Bezug auf ihre Krankheitshypothese ambivalent. Erst schildert sie, dass die Scheidung ihrer Eltern eine Ursache darstellen könnte, danach äussert sie jedoch, sie habe keine Ahnung was zu ihren Problemen geführt habe. Bei allen drei Interviewten werden im Zusammenhang mit den Krankheitsursachen das Verhalten der Eltern oder eines Elternteils genannt. Weiter fällt auf, dass Ursachen mehrheitlich als

external bedingt gesehen werden. Als krankheitsauslösende Faktoren werden bei allen Jugendlichen schwierige Erlebnisse mit dem unmittelbaren Umfeld genannt. Entweder handelt es sich dabei um die Lehrerschaft, die Mitschüler oder die Eltern.

Leidensdruck

Zwei von drei Jugendlichen schildern unter den vorhandenen Symptomen zu leiden. Dabei kann eine Jugendliche das Ausmass ihres Leidens klar und prägnant nennen. Eine weitere Jugendliche bestätigt, dass sie unter ihren Problemen leidet, kann hinsichtlich der Intensität jedoch keine klare Aussage machen. Die dritte Jugendliche kann keine klare Stellung in Bezug auf ihren Leidensdruck einnehmen. Sie leide zwar nicht, habe aber keine Lust auf ihre Emotionalität.

Veränderungsmotivation

Zwei von drei Jugendlichen können ihre Veränderungswünsche klar definieren. Eine Jugendliche möchte die Fähigkeit erlangen, wieder Vertrauen in andere Menschen aufbauen zu können. Weiter möchte sie ihre allgemeine Zufriedenheit positiv verändern. Sie ist überzeugt, dass sie in ihrem Leben glücklicher wäre, wenn sie eine Familie hätte, die sie wohlwollend unterstützen würde. Sie ist sich einerseits bewusst, dass die Veränderungsschritte bei ihr selbst beginnen. Andererseits beziehen sich ihre Veränderungswünsche stark auf eine positivere und stabilere Familiensituation. Die zweite Jugendliche erhofft sich eine positive Veränderung in Bezug auf ihre negativen Gedanken. Sie möchte die Fähigkeit erlangen, ihre Gedanken zu kontrollieren und eine positivere Zukunftsperspektive gewinnen. Die dritte Jugendliche wurde zum Thema Veränderungsmotivation nicht befragt.

Erwartungen an die Therapie

Eine Jugendliche erwartet von der Psychotherapie, dass sie einer neutralen Person ihre Probleme schildern und sich bei der Therapeutin Tipps einholen kann. Sie hat die Vorstellung, eine Therapie sei wie eine Waschmaschine für die Seele.

Bei den Erwartungen an die Therapie werden unterschiedliche Aspekte genannt. Eine Jugendliche erwartet für sich positive Effekte, da sie mit einer aussenstehenden Person sprechen kann, die die Situation unvoreingenommen betrachtet, sich eine unabhängige Meinung bilden kann und eine neutrale Stellung einnimmt. Eine andere Jugendliche erwartet, dass sie sich von der Therapeutin Ratschläge einholen kann sowie alle Probleme, die ihr auf der Seele lasten, erzählen kann. Sie schätzt ebenfalls die neutrale Stellung der Thera-

peutin und dass niemand erfährt, was sie der Therapeutin erzählt (mit Ausnahme dieser Aufzeichnung des Gesprächs). Die dritte Jugendliche kann sich nichts Konkretes unter einer Psychotherapie vorstellen und es fällt ihr somit schwer, spezifische Erwartungen zu formulieren. Sie habe von ihrer Kollegin erfahren, dass eine Therapie hilfreich sein kann.

6.2 Interpretation der Ergebnisse

Nachfolgend werden anhand der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung Schlussfolgerungen zur Fragestellung, *wie antworten Jugendliche in einem diagnostischen Interview auf die Fragen zu den subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ*, abgeleitet.

In Bezug auf das Antwortverhalten der Jugendlichen zeigt sich zu Beginn der Interviews eine gewisse Zurückhaltung. Die Jugendlichen beantworten die Fragen noch etwas knapp. Die anfängliche Befangenheit lässt jedoch bald nach, was sich anhand von zunehmendem Blickkontakt mit der Therapeutin sowie ausführlicheren Antworten zeigt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die wertschätzende und wohlwollende Art der Therapeutin zu einem flüssigen Gesprächsverlauf beiträgt. Die Therapeutin signalisiert bei zwei Jugendlichen gleich zu Beginn, dass sie die Mitarbeit der Jugendlichen schätze und bedankt sich für ihre Unterstützung.

Eine Jugendliche leidet an einer depressiven Störung (F32.1), was sich deutlich auf den Gesprächsverlauf auswirkt. Die Jugendliche kann den Blickkontakt zur Therapeutin zeitweise nur für kurze Sequenzen halten. Bei der Beantwortung der Fragen legt sie immer wieder Pausen ein und braucht Zeit zum Nachdenken. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Diagnose der Jugendlichen einen Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Inhaltlich wird die Qualität der Antworten jedoch nicht beeinträchtigt. Sie kann differenziert und reflektiert auf die Fragen antworten und es zeigen sich klare, formal-operationale Fähigkeiten. Die Annahme, dass sich die psychische Diagnose der Jugendlichen im Gesprächsverlauf abbildet, bestätigt sich bei einer weiteren Jugendlichen. Diese leidet an einer emotionalen Störung des Kindesalters (F93.8). Die Emotionalität der Jugendlichen zeigt sich im Verlauf des Gesprächs immer wieder in ihrer impulsiven und lebendigen Art.

Bei der Frage nach dem subjektiven Befinden handelt es sich um die erste Frage im Interview. Eine Jugendliche kann klare Aussagen zu ihrem aktuellen subjektiven Befinden formulieren. Sie verbalisiert konkret, dass ihr die Lebensfreude fehle und sie Mühe habe,

Dinge positiv anzugehen. Die beiden anderen Jugendlichen schildern, dass sie in ihrem subjektiven Befinden eingeschränkt sind, können die spezifischen Beeinträchtigungen jedoch nicht differenziert mitteilen. Es wird von einer Einschränkung im Alltag gesprochen, oder dem Bedürfnis sich Hilfe zu holen. Es stellt sich die Frage, ob die teilweise noch etwas undifferenzierten Antworten mit der anfänglichen Zurückhaltung der Jugendlichen zu tun hat. Im weiteren Verlauf des Gespräches werden die Antworten der Jugendlichen konkreter und differenzierter.

Im Zusammenhang mit der Symptombeschreibung der Jugendlichen kommt die Frage auf, ob zwei der drei Jugendlichen bereits Kontakt mit Fachpersonen hatten. Es fällt auf, dass sie einige ihrer Symptome in einer Fachsprache formulierten. Eine Jugendliche spricht beispielsweise von Bindungs- und Verlustangst. Weiter benennt sie Halluzinationen, das Gefühl nicht ganz „hier“ zu sein, Probleme anderen Menschen zu vertrauen oder die Angst, alleine in einem Raum zu sein. Werden die Begriffe Verlust- und Bindungsangst mit den weiteren Symptombeschreibungen verglichen, die eher in einer beschreibenden Alltagssprache formuliert werden, kann davon ausgegangen werden, dass sie diese Begriffe von Fachpersonen gehört hat. Eine andere Jugendliche spricht bei der Symptombeschreibung von zu hoher Emotionalität. Der Beschreibung „zu emotional sein“, lässt ebenfalls auf vorgängige Kontakte mit Fachpersonen schliessen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Jugendlichen ihr Wissen über psychische Erkrankungen durch spezifische Erfahrungen mit Fachpersonen angeeignet haben, wie dies in der Theorie der konzeptuellen Veränderung nach Carey (1985) beschrieben wird. Die Theorie der konzeptuellen Veränderung nach Carey (1985) erklärt, wie es zur Entwicklung von subjektiven Konzepten bei Kindern und Jugendlichen kommt und wird dem inhaltlich-wissensorientierten Ansatz zugeordnet. Dieser Ansatz geht davon aus, dass die Wissensstrukturen der Kinder und Jugendlichen durch bereichsspezifische Wissensaneignung erweitert und reorganisiert werden. Das bedeutet, durch den persönlichen Kontakt und den Erfahrungen mit den Fachpersonen wird das Wissen über psychische Erkrankungen der beiden Jugendlichen erweitert. Dieses Wissen widerspiegelt sich in der Symptombeschreibung, beziehungsweise in der Ausdrucksweise der beiden Jugendlichen.

Lohaus (1996a) postuliert, dass sich in der formal-operationalen Phase die zunehmende Komplexität des Denkens ebenfalls in der Entwicklung der Konzepte über Gesundheit und Krankheit widerspiegelt. Das Auftreten von Gesundheits- und Krankheitszuständen kann im Zusammenhang mit umweltbezogenen, somatischen und psychischen Vorgängen be-

trachtet werden. Bei der Beleuchtung der Antworten der Jugendlichen auf die Fragen nach ihren subjektiven Krankheitshypothesen kommt dieses multifaktoriell bedingte Denken deutlich zum Vorschein. Eine Jugendliche berichtet klar von mehreren krankheitsauslösenden Faktoren. Sie schildert von ihrer Aussenseiterinnenposition in der Schule, von fehlender Unterstützung seitens der Lehrerschaft oder ihren Mitschülern sowie von fehlender Anerkennung und Zuneigung durch ihre Mutter. Das Auftreten ihrer Probleme wird nicht nur auf einen einfachen Ursache-Wirkungs-Mechanismus reduziert, sondern es werden diverse Auslösefaktoren miteinbezogen, wie dies der Entwicklungsstufe des formal-operationalen Denkens entspricht. Im OPD-KJ wird im Ankerbeispiel des Items subjektive Krankheitshypothesen (mittlere Ausprägung, Altersstufe 3) diesbezüglich von einem Verständnis für komplexere Funktionszusammenhänge gesprochen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007). Auch eine andere Jugendliche berichtet von mehreren Krankheitsursachen. Sie nimmt an, dass ein Grund für ihre Probleme die schwierige Beziehung zu ihrem Vater darstellen könnte. Ein weiterer Grund sei aber auch die Erinnerung an die Probleme und die schwierigen Erlebnisse mit ihrem Vater, die sie unglücklich machen würden. Sie benennt einerseits einen umweltbezogenen Faktor, nämlich die Probleme mit ihrem Vater, andererseits jedoch auch ihre persönliche intrapsychische Reaktion auf die Erinnerung an die Erlebnisse mit dem Vater. Sie fühle sich dabei unglücklich und nicht wie die Tochter ihres Vaters. Wie Lohaus (1996a) beschreibt, kann die Jugendliche im formal-operationalen Stadium innere psychische Vorgänge mitberücksichtigen. Bugge (1985) postuliert, dass Jugendliche in der formal-operationalen Phase die Fähigkeit zum hypothetischen Denken entwickeln. Dies zeigt sich in den diagnostischen Interviews darin, dass alle Jugendlichen Vermutungen und Hypothesen in Bezug auf die Krankheitsursachen verbalisieren können. Eine Jugendliche ist in Bezug auf ihre Krankheitshypothese ambivalent. Zwar kann sie die Vermutung äussern, dass ihre Probleme mit der Scheidung ihrer Eltern zusammenhängen könnten, widerruft ihre Antwort jedoch sogleich wieder, indem sie sagt, sie habe keine Ahnung, woher ihre Probleme kommen. Die Fähigkeit, Zusammenhänge zwischen umweltbezogenen, sozialen Faktoren und der Entstehung von psychischen Krankheitszuständen zu erkennen, ist grundsätzlich gegeben. Es fällt ihr aber schwer, ihre Krankheitshypothese klar zu verbalisieren und danach bei ihrer Aussage zu bleiben. Auffallend ist, dass der Fokus bei den Krankheitshypothesen bei allen drei Jugendlichen bei den Eltern oder einem Elternteil liegt. Familiäre Faktoren stellen bei den drei befragten Jugendlichen die Hauptursache für die Entstehung ihrer Probleme dar. Eine gute Beziehung zu den Eltern scheint demzufolge ein wichtiger Aspekt in Bezug auf das Wohlbefinden der Jugendlichen

darzustellen. Weiter kann aufgeführt werden, dass bei allen Jugendlichen external bedingte Krankheitsursachen benannt werden. Werden die Antworten der drei Jugendlichen anhand der Ankerbeispiele des Items Krankheitshypothesen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ betrachtet, treten einige Fähigkeiten aus der mittleren Ausprägungsstufe auf.

In den Interviews wird der Leidensdruck anlehnend an das Manual der OPD-KJ rein subjektiv erfragt. Dabei fällt es einer Jugendlichen leicht, das Ausmass ihres Leidens zu formulieren. Problemlos beurteilt sie ihren Leidensdruck auf einer dimensional Skala zwischen eins bis zehn. Darüber hinaus kann sie ihren Leidensdruck auch auf eine bildliche Metapher – in Form einer Wetterprognose – übertragen. Erneut wird eine hypothetisch-abstrakte Denkfähigkeit, wie sie in der formal-operationalen Entwicklungsstufe beschrieben wird, ersichtlich (Bugge, 1985). Diese lässt sich jedoch nicht auf alle drei Jugendlichen übertragen. Zwei Jugendlichen fällt die Einschätzung ihres Leidensdruckes schwer. Eine Jugendliche wird nicht explizit nach dem Ausmass des Leidens befragt und bestätigt diesen lediglich mit der Bejahung der Frage. Es wird also nicht ersichtlich ob die Jugendliche zu einer dimensional Einschätzung des Leidensdruckes fähig wäre oder nicht. Die dritte Jugendliche beantwortet die Frage nach dem Leidensdruck vage. Einerseits bestätigt sie, dass sie unter den Auswirkungen ihrer Emotionalität leidet, andererseits entspricht ihr der Begriff „Leiden“ nicht. Sie äussert, dass sie zwar nicht leide, jedoch keine Lust auf ihre negativen Emotionen habe.

Die Veränderungswünsche können von zwei Jugendlichen klar definiert werden. Um die genannten Veränderungen erreichen zu können werden von einer Jugendlichen persönliche Veränderungsmöglichkeiten sowie Veränderungserwartungen an die Umwelt erwähnt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Jugendliche die komplexen Wechselwirkungen zwischen umweltbezogenen sowie persönlichen psychischen Vorgängen kennt (Lohaus, 1996a). Eine Jugendliche fokussiert ausschliesslich auf Veränderungserwartungen an die Umwelt. Die dritte Jugendliche hat sich selber in die psychotherapeutische Behandlung begeben und wurde nicht konkret zu den Möglichkeiten befragt, die eine Veränderung bewirken könnten. Damit können keine abschliessenden Aussagen über die Veränderungsmotivation gemacht werden, wobei die Eigeninitiative hinsichtlich der Psychotherapieanmeldung als positiv gewertet werden kann.

Im Interview werden die Jugendlichen zu ihren Erwartungen an die Therapie befragt. Zwei Jugendliche können ihre Vorstellungen konkret verbalisieren. Es wird davon gesprochen,

sich Tipps einzuholen bei der Therapeutin oder mit einer aussenstehenden Person über alle Probleme sprechen zu können, ohne dass jemand etwas davon weiss. Eine Jugendliche vergleicht die Psychotherapie mit einer Waschmaschine. So wie die Waschmaschine Kleider reinigt, reinigt die Psychotherapie die Seele und „macht“ sie wieder frisch. Der Gebrauch dieser Metapher zeigt deutlich, dass die Jugendliche die Fähigkeit zu abstraktem Denken, wie dies in der formal-operationalen Entwicklungsstufe nach Piaget beschrieben wird, besitzt. In dieser Gesprächssequenz bildet sich auch die Skripttheorie von Nelson (1986) ab. Skripts beschreiben Repräsentationen von Ereignissen anhand von typisierten Verlaufsschemata und generieren Erwartungen darüber „was folgt auf was“. Die beiden Jugendlichen haben eine Vorstellung darüber, was sie von einer Psychotherapie erwarten können. Sie wissen, dass sie mit einer neutralen Person sprechen und sich Tipps einholen können. Die Jugendlichen besitzen ein Skript über das Thema Psychotherapie. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie ihr Wissen über Psychotherapie im Verlauf der Behandlung durch die persönlichen Erfahrungen erweitern können. Dem gegenüber steht die Unfähigkeit der dritten Jugendlichen Erwartungen bezüglich der Psychotherapie formulieren zu können. Es besteht die Annahme, dass Psychotherapie etwas Neues für sie ist und sie noch wenig Hintergrundwissen darüber besitzt. Eine Kollegin habe jedoch hilfreiche Erfahrungen gemacht in der Therapie. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Jugendliche ebenfalls eine hilfreiche Entwicklung ihrer Probleme erwartet.

6.3 Beantwortung der Fragestellung

Die Frage, *wie antworten Jugendliche in einem diagnostischen Interview auf die Fragen zu den subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ*, kann folgendermassen beantwortet werden.

Das Antwortverhalten der Jugendlichen kann zu Beginn des Gespräches als zurückhaltend beschrieben werden. Dies zeigt sich in der mehrheitlich knappen und einsilbigen Beantwortung der Fragen. Die anfängliche Zurückhaltung geht einher mit der Schwierigkeit, den Blickkontakt mit der Therapeutin herzustellen. Im Verlauf des Gespräches antworten zwei von drei Jugendlichen zunehmend ausführlicher und differenzierter auf die Fragen. Der Blickkontakt zur Therapeutin kann nun von allen Jugendlichen hergestellt und mehrheitlich aufrechterhalten werden. Eine Jugendliche antwortet während des gesamten Gespräches leise und teilweise verlangsamt. Dieses Verhalten kann in Zusammenhang mit der depressiven Störung der Jugendlichen eingeordnet werden. Es zeigt sich, dass sich die psychi-

schen Störungen von zwei Jugendlichen in ihrem Antwortverhalten widerspiegeln. Wie bei der Jugendlichen mit der depressiven Störung zeigt sich die emotionale Störung einer Jugendlichen ebenfalls in ihrem Ausdrucksverhalten im Gespräch. Ihre teilweise impulsive und lebendige Art zeigt sich dadurch, dass sie ihre Emotionen deutlich zum Ausdruck bringt. So untermauert sie Sachverhalte, die sie verärgern, indem sie mit vehementer und erhobener Stimme antwortet oder verlegen lacht, wenn sie verunsichert ist. Die abnehmende Zurückhaltung der Jugendlichen im Verlauf des Gespräches kann unter anderem der wertschätzenden und wohlwollenden Art der Therapeutin zugeschrieben werden.

Die Art und Weise, wie die Jugendlichen auf die Interviewfragen antworten, variiert je nach Fragestellung. In Bezug auf das subjektive Befinden fühlen sich alle Jugendlichen beeinträchtigt. Eine Jugendliche schildert differenziert ihre Schwierigkeiten lebensfroh zu sein und positiv zu Denken. Eine Jugendliche äussert, dass sich durch ihre Probleme der gesamte Alltag verändert habe. Die dritte Jugendliche wurde nicht direkt zu dem subjektiven Befinden befragt. Sie beschreibt dieses jedoch indirekt, indem erzählt, dass es ihr nicht gut gegangen sei.

Bei der Symptombeschreibung verwenden zwei von drei Jugendlichen Fachbegriffe. Deshalb besteht die Annahme, dass diese Jugendlichen bereits mit Fachpersonen in Kontakt gekommen sind. Es werden Symptombeschreibungen wie Verlust- und Bindungsangst sowie der Ausdruck „zu emotional sein“ verwendet. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Jugendlichen das bereichsspezifische Wissen über die fachliche Benennung ihrer Symptome im Kontakt mit Fachpersonen angeeignet haben, was sich folglich in ihrer Ausdrucksweise widerspiegelt. Ansonsten werden die Symptome beschreibend formuliert. Insgesamt schildern die Jugendlichen ihre Beschwerden und Symptome ausführlich und differenziert.

Die subjektiven Krankheitshypothesen können von allen drei Jugendlichen formuliert werden. Die Krankheitshypothesen werden von zwei Jugendlichen differenziert und ausführlich geschildert. Die Ursachen der Krankheitszustände können in Zusammenhang mit umweltbezogenen Vorgängen gebracht werden. Dabei nennen alle drei Jugendliche Probleme mit den Eltern oder einem Elternteil. Zwei Jugendliche formulieren ausschliesslich external bedingte Auslösefaktoren. Eine Jugendliche erwähnt ebenfalls eine intrapsychische Krankheitshypothese.

Die Kompetenz zu abstraktem und hypothetischen Denken zeigt sich bei einer Jugendlichen deutlich bei der Befragung des Leidensdruckes. Sie schätzt ihren Leidensdruck problemlos auf einer Skala zwischen eins und zehn ein. Darüber hinaus kann sie ihr Leiden abstrahieren und in Form einer Metapher – als Wetterprognose – beschreiben. Die beiden anderen Jugendlichen wurden nicht konkret über das Ausmass ihres Leidens befragt und antworten folglich weniger differenziert auf die Frage. Eine Jugendliche bestätigt jedoch ihren Leidensdruck. Die dritte Jugendliche antwortet indifferent auf die Frage. Einerseits leide sie unter den Auswirkungen ihrer Emotionalität, andererseits schwächt sie den Begriff „Leiden“ durch „keine Lust haben“ ab.

Zwei Jugendliche beschreiben klare Veränderungswünsche. Dabei fokussiert eine Jugendliche besonders auf Veränderungserwartungen an die Umwelt. Im Gegensatz dazu nennt die zweite Jugendliche mehrheitlich persönliche Veränderungswünsche, beispielsweise den Wunsch, die negativen Gedanken kontrollieren zu können.

Zwei von drei Jugendlichen haben bereits eine konkrete Vorstellung darüber, was sie von einer Psychotherapie erwarten. Sie erhoffen sich Tipps einholen zu können oder mit einer neutralen, aussenstehenden Person über ihre Probleme sprechen zu können. Eine Jugendliche verwendet eine Metapher, indem sie die Psychotherapie als Waschmaschine für die Seele beschreibt. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die beiden Jugendlichen bereits Wissen über das Thema Psychotherapie angeeignet haben, wahrscheinlich durch den Kontakt mit Fachpersonen. Dieses Wissen hat sich bereits bei der Beschreibung der Symptome, durch die Verwendung von Fachbegriffen, abgezeichnet. Eine Jugendliche kann keine konkreten Erwartungen hinsichtlich einer Therapie verbalisieren. Eine Freundin habe die Psychotherapie als hilfreich empfunden, woraus geschlossen werden kann, dass die Jugendliche ebenfalls positive Erwartungen in die Behandlung setzt.

Abschliessend kann davon ausgegangen werden, dass das Antwortverhalten der Jugendlichen von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig ist. Dabei spielt das Störungsbild der Jugendlichen, das Hintergrundwissen über spezifische Themenbereiche (bsp. Psychotherapie) oder die Atmosphäre im Gespräch eine wichtige Rolle.

6.4 Kritische Stellungnahme

In der kritischen Würdigung wird die auf die Auswertungsmethode sowie auf die Generierung der Stichprobe eingegangen.

Als Herausforderung in Bezug auf das methodische Vorgehen hat sich die Festlegung auf eine empirische Vorgehensweise innerhalb der Diskursanalyse herausgestellt. Bei der Sichtung der Publikationen zur Diskursanalyse hat sich gezeigt, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen Ansätzen und Vorgehensweisen beschrieben werden, sich die konkrete empirische Umsetzung jedoch mehrheitlich nur als indirekt erschliessbar erwiesen hat. Nach eingehender Vertiefung mit den verschiedenen Publikationen wurde schliesslich ein Auswertungsverfahren aus zwei sich ergänzenden diskursanalytischen Vorgehensweisen nach Keller (2011) und nach Jäger (1999) als zielführend erachtet. Bei der Exploration des Gegenstandsbereiches des Antwortverhaltens von Jugendlichen auf die subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ hat sich die festgelegte diskursanalytische Forschungsmethode als geeignet erwiesen. Es gelang, die Vielschichtigkeit und die Komplexität des Forschungsgegenstandes zu erfassen und detailliertes Datenmaterial zu gewinnen. Nebst der Analyse des Antwortverhaltens konnten ebenfalls beeinflussende Faktoren auf das Antwortverhalten der Jugendlichen herausgearbeitet werden.

Die Grösse der untersuchten Stichprobe kann als ausreichend angesehen werden, wobei eine umfangreichere Stichprobe Ziel dieser Untersuchung gewesen wäre. Im Rahmen dieser Arbeit war es nicht möglich, die Jugendlichen anhand eines qualitativen Stichprobenverfahrens auszuwählen, da sich die Rekrutierung von Jugendlichen als grosse Herausforderung dargestellt hat. Die Bereitschaft der Jugendlichen, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen sowie die zeitlichen Ressourcen der Therapierenden haben sich als beschränkt erwiesen. Die Stichprobe dieser Untersuchung kann deshalb nicht als repräsentativ angesehen werden, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigt.

6.5 Weiterführende Gedanken

Die Untersuchung des Antwortverhaltens der Jugendlichen auf die Fragen der subjektiven Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen in der OPD-KJ hat zu Befunden geführt, die darauf hinweisen, dass die Interaktion zwischen den Jugendlichen und der Therapeutin eine wichtige Rolle bezüglich des Antwortverhaltens und des Gesprächsverlaufs darstellen. Es konnte die Annahme formuliert werden, dass sich die wertschätzende und wohlwollende Haltung der Therapeutin positiv auf die anfängliche Zurückhaltung der Jugendlichen und allgemein auf den gesamten Gesprächsverlauf ausgewirkt hat. Eine ausgedehnte Studie über die „Therapeuten-Patienten-Interaktion“ könnte bereichernde Ergebnisse zum Antwortverhalten der Jugendlichen oder Kindern liefern. Diese Befunde könn-

ten als wertvolle Informationen hinsichtlich der Gestaltung der diagnostischen Interviewführung in der OPD-KJ genutzt werden.

Im Rahmen dieser Studie haben sich weiterführende Themengebiete eröffnet, die nicht Gegenstand der Fragestellung waren, jedoch von Interesse für weitere Untersuchungen sein könnten. Dazu gehört beispielsweise die Frage, ob die Behandlungsvoraussetzungen bei Kindern und Jugendlichen Hinweise auf den Therapieerfolg liefern könnten. Welche spezifischen Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen müssten in welcher Ausprägung gegeben sein, damit mit einem Therapieerfolg gerechnet werden kann. Aus dieser Fragestellung ergibt sich die weiterführende Frage, ob die Dimensionen der Achse Behandlungsvoraussetzungen wegweisend für eine Psychotherapieindikation sein könnten. Die Ergebnisse könnten dazu benutzt werden, die Therapieplanung gezielter zu gestalten und spezifisch auf die Fähigkeiten der jeweiligen Person abzustimmen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.). (2007). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Manual* (2., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Bearison, D. J. & Pacifici, C. (1989). Children's event knowledge of cancer treatment. *Journal of Applied Developmental Psychology, 10*, 469-486.
- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1981). Children's conceptions of illness. In R. Bibace & M. E. Walsh (Eds.), *Children's conceptions of health, illness, and bodily functions, New directions of child development, 14*, 9-30.
- Bibace, R., Schmidt, L. R. & Walsh, M. E. (1994). Children's perceptions of illness. In G. N. Penny & P. H. M. Bennet (Eds.), *Health psychology: A lifespan perspective* (pp. 13-30). Harwood: Chur.
- Buggle, F. (1985). *Die Entwicklungspsychologie Jean Piagets*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Campbell, J. D. (1975). Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness. *Child Development, 46*, 92-100.
- Campbell, J. D. (1978). The child in the sick role: Contributions of age, sex, parental status and parental values. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 35-51.
- Carey, S. (1985). *Conceptual change in childhood*. Cambridge: MIT Press.
- Carey, S. (1991). Knowledge acquisition: Enrichment or conceptual change? In S. Carey & R. Gelman (Eds.), *The epigenesis of mind* (pp. 257-291). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cierpka, M., Buchheim, P., Freyberger, H. J., Hoffmann, S. O., Janssen P., Muhs, A., Rudolf, G., Rüger, U., Schneider, W. & Schüßler, G. (1995). Die erste Version einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1). *Psychotherapeut, 40*, 69-78.
- Dann, H.-D. (1983). Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm? Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts. In L. Montada, K. Reusser & G. Steiner (Hrsg.), *Kognition und Handeln* (S. 77-92). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dollinger, S. J., Thelen, M. H. & Walsh, M. L. (1980). Children's conceptions of psychological problems. *Journal of Clinical Child Psychology, 9*, 191-194.

- Dreher, E. & Dreher, M. (1999). Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter. In R. Oerter, C. Von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie - Ein Lehrbuch* (S. 623-653). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Eiser, C., Eiser, J. R. & Lang, J. (1989). Scripts in children's reports of medical events. *European Journal of Psychology of Education*, 4, 377-384.
- Eiser, C. (1990). Vorstellungen über Körperfunktionen und Krankheit bei Kindern. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), *Jahrbuch der medizinischen Psychologie 4 – Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (S. 25-38). Berlin: Springer.
- Flick, U. (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit – Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: University Press.
- Havighurst, R. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: KcKay.
- Jäger, S. (1999). *Kritische Diskursanalyse: Eine Einführung*. Münster: Unrast.
- Keller, R. (2011). *Diskursforschung: Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (4. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kiesler, D. J. (1983). The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychology Review*, 90, 185-211.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: The Ronald Press.
- Lohaus, A. (1990). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A. (1993). Krankheitskonzepte von Kindern: Ein Überblick zur Forschungslage. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41, 117-129.
- Lohaus, A. (1996a). Krankheitskonzepte von Kindern. In H.-P. Michels (Hrsg.), *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche – Psychosoziale Betreuung und Rehabilitation* (S. 17-31). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Lohaus, A. (1996b). Krankheitskonzepte von Kindern aus entwicklungspsychologischer Sicht. In G. M. Schmitt, E. Kammerer & E. Harms (Hrsg.), *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung* (S. 3-14). Göttingen: Hogrefe.

- Lohaus, A. & Ball, J. (2006). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht der Kinder* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Löning, P. & Rehbein, J. (1993). *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Maas, E., Marecek, J. & Travers, J.R. (1978). Children's conceptions of disordered behavior. *Child development*, 103, 145-154.
- Marsden, G., Kalter, N.M., Plunkett, J.W. & Barr-Grossmann, T. (1977). Children's social judgments concerning emotionally disturbed peers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 948.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mietzel, G. (2002). *Wege in die Entwicklungspsychologie: Kindheit und Jugend* (4., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Miller, P. (1993). *Theorien der Entwicklungspsychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag GmbH.
- Myers-Vando, R., Steward, M.S., Folkins, C.H. & Hines, P. (1979). The effects of congenital heart disease on cognitive development, illness causality concepts, and vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 617-625.
- Natapoff, J. N. (1982). Children's views of health: A development study. *American Journal of Public Health*, 68, 995-1000.
- Nelson, K. (Eds.). (1986). *Event knowledge: Structure and function in development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nelson, K. & Gröndel, J. (1986). Children's scripts. In K. Nelson (Eds.), *Event knowledge: Structure and function in development* (pp 21-46). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Novak, D. W. (1974). Children's reactions to emotional disturbance in imaginary peers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 462.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (2008). *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Basel: Beltz.
- Penny, G. N. & Bennet, P. H. M. (1994). (Eds.). *Health psychology: A lifespan perspective*. Harwood: Chur.

- Perrin, E.C. & Gerrity, P. S. (1981). There's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics*, 67, 841-849.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2001). Patientenschulung mit Kindern: Wie lassen sich subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte berücksichtigen? *Kindheit und Entwicklung*, 10, 13-27.
- Piaget, J. (1973). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Piaget, J. (1976). *Probleme der Entwicklungspsychologie: Kleine Schriften*. Frankfurt: Syndikat.
- Piaget, J. (2000). *Psychologie der Intelligenz* (10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1947: *La Psychologie de l'Intelligence*, Librairie Armand Colin, Paris)
- Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Bürgin, K. (1998). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6, 373-386.
- Sodian, B. (2008). Entwicklung des Denkens. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S.436-447). Basel: Beltz.
- Schank, R. C. & Abelson, R. R. (1977). *Script, plans, goals and understanding*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schmidt, A. & Altmann-Herz, U. (1992). Krankheitskonzepte bei Kindern. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie*, 20, 243-253.
- Titscher, S., Wodak, R., Meyer, M. & Vetter, E. (1998). *Methoden der Textanalyse*. Wiesbaden: Opladen.
- Winter, S., Jelen, A., Pressel, C., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2011). Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 1, 41-59.

Anhang

Anhang A Bogen zur Befunderhebung Achse „Behandlungsvoraussetzungen“

Anhang B Diskursfragmente

Anhang A

Bogen zur Befunderhebung Achse Behandlungsvoraussetzungen

Bogen zur Befunderhebung Achse «Behandlungsvoraussetzungen»

Kategorie	Ausprägung			
	1	2	3	4
Subjektive Dimensionen				
Subjektiver Schweregrad somatischer Beeinträchtigung				
Subjektiver Schweregrad psychischer Beeinträchtigung				
Subjektive Krankheitshypothesen				
Leidensdruck				
Veränderungsmotivation				
Ressourcen				
Beziehungen Gleichaltrige				
Außerfamiliäre Unterstützung				
Familiäre Ressourcen				
Intrapsychische Ressourcen				
Therapievoraussetzungen				
Einsichtsfähigkeit				
Behandlungsmotivationen				
Krankheitsgewinn				
Therapie-/Arbeitsbündnisfähigkeit				

Copyright © Verlag Hans Huber, Bern 2007

Anhang B

Grundlage für die Datenanalyse bildet der Datenkorpus. Für die Feinanalyse wurden aus dem Datenkorpus Textsequenzen extrahiert, die ein bestimmtes Thema behandeln. Die verschiedenen Textsequenzen wurden in themenspezifische Diskursfragmente eingeteilt. In der nachfolgenden Tabelle wird ersichtlich, welche Diskursfragmente definiert wurden sowie bei welchen Jugendlichen Informationen für die jeweiligen Diskursfragmente erhoben wurden.

Diskursfragmente	Jugendliche 1	Jugendliche 2	Jugendliche 3
Subjektives Befinden	x	x	x
Symptome	x	x	x
Subjektive Krankheits- hypothesen	x	x	x
Leidensdruck	x	x	x
Veränderungsmotivation	x	x	
Erwartungen an die Therapie	x	x	x

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: