

G. Zeller-Steinbrich, D. Bürgin, K. von Klitzing,
G. Bogyi, M. Karle, M. Weber und R. Zimmermann

Beziehungsdiagnostik mit der OPD für Kinder und Jugendliche

Zusammenfassung Traditionelle psychodynamische Diagnostik basiert auf dem szenischen Verstehen innerhalb des Erstkontaktes mit einem Patienten. Beziehungsdiagnostik ist sie insoweit, als Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene für die Einschätzung eine zentrale Rolle spielen. Solche Diagnosen schließen Hypothesen über Krankheitsursachen mit ein, sind tendenziell eher ungenau und kaum vergleichbar. Phänomenologische psychiatrische Diagnosekonzepte wie die ICD-10 zielen durch „Theoriefreiheit“ auf methodenübergreifende Anwendbarkeit, bleiben für eine psychodynamische Denkweise und Therapieplanung aber eher unbefriedigend. Mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für Erwachsene (OPD-E) ist als Alternative und Ergänzung ein Diagnosesystem entwickelt worden, in dem psychodynamische Theoriekonzepte deskriptiv operationalisiert worden sind. Im Kindes- und Jugendalter ist ein eigenes psychodynamisches Instrument erforderlich. Die vor der Erprobung stehende Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) wird in ihren Grundzügen und den Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen skizziert. Die eingehender beschriebene Achse II (Beziehungssachse) erfasst sowohl dyadische als auch triadische Beziehungsmuster und Beziehungsqualitäten in standardisierter Weise. Ihre besondere Bedeutung ergibt sich nicht zuletzt aus Befunden der Psychotherapieforschung und der Notwendigkeit qualitätssichernder Maßnahmen in der Psychotherapie.

Schlüsselwörter: Psychodynamische Diagnostik, Psychoanalyse, Operationalisierung, Kinder und Jugendliche, Beziehungssachse.

Diagnosis of human relationships with the Operationalized Psychodynamic Diagnostics for Children and Adolescents

Abstract Traditional psychodynamic diagnostics is based on scenic understanding in the course of the first session with a patient. With transference and countertransference phenomena playing a key role in the assessment process, it is a diagnosis of human relationships. These diagnoses are characterized by including hypotheses on etiology, being rather rough and lacking a standardized form. Diagnostic systems used in psychiatry such as the ICD-10, which are based on phenomenology to ensure wide applicability regardless of theoretical backgrounds, have remained unsatisfactory for the purposes of psychodynamic thinking and therapy planning. Developed as an alternative and supplementary diagnostic system, the Operationalized Psychodynamic Diagnostics for Adults (OPD-E) operationalizes psychodynamic concepts in a descriptive manner. For use with children and adolescents an additional version had to be developed and is about to be evaluated. The Operationalized Psychodynamic Diagnostics for Children and Adolescents (OPD-KJ) is briefly described in general terms and with reference to particular features of the KJ-version. Axis II (relationship axis), which assesses dyadic and triadic relational patterns and qualities in a standardized manner, is described in more detail. Its particular relevance may be concluded from psychotherapy research findings and the necessity of quality assurance.

Keywords: Psychodynamic diagnostics, psychoanalysis, operationalization, children and adolescents, relationship axis.

Diagnostic relationnel établi sur la base du DPO pour enfants et adolescents

Résumé En psychanalyse et en psychologie des profondeurs le diagnostic se fonde traditionnellement sur la première interview, à savoir sur une perception scénique dans le cadre d'un premier contact avec le patient, y compris certaines hypothèses concernant l'origine de ses troubles. Il est 'relationnel' dans le

sens où transfert et contre-transfert jouent un rôle central par rapport à l'évaluation. Le manque de précision des concepts psychanalytiques impliqués et le fait que les diagnostics fondés sur ces derniers sont mal comparables ont provoqué la critique des scientifiques et des assureurs. En psychiatrie des instru-

ments ont été créés – l'ICD-10 par exemple –, qui correspondent à des concepts descriptifs basés sur une approche phénoménologique; ils sont considérés comme applicables par rapport à toutes les méthodes puisqu'ils visent à exclure les présupposés étiologiques ou théoriques. Il reste que les psychothérapeutes utilisant une approche psychodynamique n'y retrouvent pas leur démarche spécifique. Le 'diagnostic psychodynamique opérationnalisé pour adultes' (OPD-E en allemand) est un instrument qui a été développé et testé en tant qu'alternative et que complément, incluant une opérationnalisation descriptive des concepts théoriques relevant d'une approche psychodynamique. Or, il n'est pas applicable tel quel aux enfants et adolescents, leur cas requérant un instrument spécifique. Un DPO (OPD-KJ) à utiliser pour des patients enfants ou adolescents est actuellement en phase de test; il est présenté ici, avec ses quatre axes psychodynamiques (manière dont les troubles sont vécus, relation, conflit et structure) ainsi que les particularités trouvées dans le cas d'enfants et d'adolescents. Les points faibles méthodiques du diagnostic psychanalytique traditionnel sont mis en évidence, ainsi que l'importance particulière de l'aspect relationnel dans le cadre d'une psychothérapie utilisant une approche psychodynamique. L'axe II (relation) est présenté en détail. Il comprend des schémas relationnels standardisés de types dyade et triade, aussi bien qu'une caractérisation des qualités de la relation.

Un modèle circulaire en rapport avec les schémas relationnels dyadiques décrit les aspects qualité émotionnelle (entre les pôles hostile vs. affectueux) et champ, soit structure de la relation (pôles: contrôle vs. autonomie) liant l'enfant à des personnes définies. Est également incluse une évaluation de la résonance de l'explorateur sur le patient, ainsi que celle d'interlocuteurs spécifiques ou de sa famille. Ceci permet de saisir les phénomènes de contre-transfert perceptibles et de les prendre en compte au moment de formuler le diagnostic.

Le modèle concernant les schémas relationnels triadiques décrit les échanges réciproques au niveau de leur tonalité émotionnelle (ici encore l'axe horizontal comporte en ses extrémités les pôles hostile/affectueux) et de la qualité des interactions (flexibilité ou rigidité d'une triade donnée sur l'axe vertical). Ce système permet de distinguer une triade flexible, mais non arbitraire, d'une triade rigide ou d'un système triadique en voie de désagrégation, dans lequel une personne s'exclut elle-même ou est exclue par les autres. Il tient compte de la structure familiale, qui joue un rôle important dans le contexte du diagnostic des enfants et adolescents.

L'attention particulière portée à l'axe relationnel se justifie en particulier sur la base de résultats acquis par la recherche en psychothérapie et de la nécessité d'établir des mesures visant à garantir la qualité de ses traitements.

Die Kunst des Anfangs: Beziehungsdiagnostik im psychoanalytischen Prozess

Psychoanalytiker üben sich seit je in der „Kunst des Anfangs“ (Eckstaedt, 1991). Im Erstgespräch oder „Erstinterview“, in der ersten Begegnung zwischen Patient und Analytiker stellen sich verdichtet die Besonderheiten der Person und ihrer Krankheitsgeschichte dar. Wesentliches Mittel der Erkenntnis sind die Empfindungen und Gedanken des Psychoanalytikers. Diese Gefühle und Gedanken werden als Reaktion auf die Übertragungsangebote des Patienten betrachtet, in denen sich dessen spezifische seelische Erkrankung abbildet. Wenn es sich um Patienten im Kindes- oder Jugendalter handelt, wird in der Regel mit Eltern und Kind gesprochen, um Entwicklungsstörungen und seelische Erkrankungen der Kinder auf dem Hintergrund ihrer familiären Beziehungen zu verstehen. Auch hier erfolgt der Verstehensprozess, das Aufdecken der verborgenen Bedeutung hinter dem beobachtbaren Geschehen, wesentlich in der Beziehung des Therapeuten zum Patienten und dessen Eltern. Das Erstgespräch mit sehr jungen Patienten findet in der Regel im Rahmen einer Spiel- und Verhaltensbeobachtung statt. Auch hierbei geht es um das Erkennen des psychodynamischen Sinnzusammenhangs zwischen den berichteten Problemen, der Symptomatik und dem dahinterliegenden unbewussten Konflikt. Dieser Sinnzusammenhang ergibt sich aus der Beziehungsszene zwischen Patient und Inter-

viewer, Eltern und Interviewer sowie aus der geschilderten Lebensgeschichte und den aktuellen Beziehungsverhältnissen. Die Ergebnisse aus der Spielbeobachtung und ggf. von projektiven Testverfahren werden hinzugezogen.

Psychoanalyse beinhaltet immer schon Beziehungsdiagnostik als Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse. Wegner (1992) spricht daher von der „diagnostizierenden Position des Analytikers“. Implizit war das bereits in Freuds Übertragungsmodell angelegt. Vielfältige Konzeptionen von Übertragung und Gegenübertragung, vor allem in der Nachfolge Paula Heimanns (1950), rückten die diagnostische Bedeutung der Gegenübertragung des Analytikers, in Abgrenzung von seiner Eigenübertragung, stärker in den Vordergrund. Explizit gemacht als „Beziehungsanalyse“ hat diese Sichtweise Th. Bauriedl (1996). Klüwer (1983) plädiert für einen Begriff vom „Handlungsdialog“ zwischen Patient und Analytiker, der das Agieren und Mitagieren als „Durchgangsstufe zur Gewinnung von Einsicht“ (S. 839) auffasst. Speziell in der Arbeit mit schweren seelischen Erkrankungen und in der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen musste seit jeher das eigene Involviertsein als Mittel der Analyse eingesetzt und bearbeitet werden. Inzwischen liegen Fallbeispiele vor, wie ein beziehungsanalytisches Vorgehen in der Einzel-, Paar-, Gruppen- und Familientherapie aussehen kann (vgl. z.B. Zeller-Steinbrich, 1997).

Die Bedeutung psychoanalytischer Diagnostik für Kostenerstattung, Forschung und Qualitätssicherung

Kostenerstattung

Eine kritische Überprüfung soll vor Beginn und im Verlauf von Behandlungen in den Anträgen auf Kostenübernahme für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie geschehen, die in der Bundesrepublik von den Kassengutachtern beurteilt werden. Für die Indikationsstellung und die prognostische Einschätzung ist die diagnostische Einordnung der geschilderten Probleme, unter denen der Patient und seine Umgebung leiden, und ihres strukturellen und psychodynamischen Hintergrundes in eine der klassischen Kategorien seelischer Störungen wesentlich. Insbesondere die Persönlichkeitsstruktur, in die die jeweilige Symptomatik eingebettet ist, erlaubt eine Einschätzung darüber, ob die gewählte Behandlungsmethode adäquat ist und welche strukturspezifischen Schwierigkeiten oder Widerstände zu erwarten sind. Aber auch die Fähigkeiten und das Entwicklungspotential des Patienten sind zu berücksichtigen.

Symptomdiagnosen beschreibender Art vermitteln kaum Informationen über die ätiologischen Hintergründe, die psychodynamischen Wirkfaktoren, den Schweregrad der Erkrankung oder ihre Behandelbarkeit.

Da die bestehenden psychiatrischen Klassifizierungssysteme rein phänomenologisch ausgerichtet sind und eine psychodynamische Denkweise nicht gut widerspiegeln bzw. ihr widersprechen, hat sich – insbesondere in Hinblick auf die Einführung der ICD 10 – seitens der psychoanalytischen Praktiker Kritik an den von den Kostenträgern verlangten Diagnosen gehäuft. Gleichzeitig steht kein eigenes Diagnosesystem zur Verfügung, das psychodynamische Befunde vergleichbar und mitteilbar machen könnte. Nicht selten mag die Grenze der Kommunizierbarkeit schon beim Fachkollegen erreicht sein. Nachweise von Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Effizienz werden sich aber durch die Sparzwänge im Gesundheitswesen in Zukunft auf dem hart umkämpften „Psychomarkt“ immer weniger umgehen lassen. Von entscheidender Bedeutung wird dann sein, wie weit die gewählten diagnostischen Systeme, Kriterien und Prüfungsverfahren der Psychoanalyse angemessen sind.

Forschung

Im verantwortungsvollen Umgang mit der Beziehung liegt u.E. ein methodischer Vorsprung der psychoanalytischen Therapieformen. Die qualitative Stärke des psychoanalytischen Verfahrens liegt im Prozess. Einzelfalldarstellungen erschienen deshalb lange als die einzig angemessene Form, psychische Dynamik und ihre therapeutische Veränderung nachzuweisen. Sie können die Verschiedenheit der „Schulen“ und des individuellen therapeutischen Vorgehens auf psychodynamischer Grundlage deutlich machen (vgl. im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Schulte-Markwort et al., 1998b).

Bei der kasuistischen Darstellung können allerdings Dynamik, bewusste und unbewusste Beziehungskonflikte und ihre Deutung allenfalls in den Grenzen dieses einen Falles nachvollzogen und kritisch betrachtet wer-

den. Die als Einzelfall dargestellte Behandlung ist im Wortsinne „unvergleichlich“. Zur Argumentation für Wirksamkeit und Notwendigkeit langer Behandlungen sind Kasuistiken deshalb nur bedingt geeignet.

Forschungstechnisch haben die Hypothesen, die sich aus Einzelfallstudien ergeben, heuristischen Charakter. Ob und in welchem Rahmen sie allgemeine Gültigkeit haben, kann nur an größeren Gruppen und mit systematisierter und somit vergleichbarer Untersuchung und Auswertung festgestellt werden. Ein reliables und valides diagnostisches Instrumentarium, wie es mit der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Arbeitskreis OPD, 1996) angestrebt ist, ist dafür unerlässlich. Zugleich wird das Risiko verringert, sich an ein psychoanalysefremdes objektivistisches Wissenschaftsverständnis anzupassen bzw. sich vorgegebenen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen unterzuordnen mit negativen Folgen für Theorie und Technik (vgl. Kächele, 1992).

Generalisierende Schlussfolgerungen sollten nach Möglichkeit nicht nur im rekonstruktiven Rückschluss erfolgen und dann womöglich durch Kritik „von außen“ in Frage gestellt werden. Bekanntlich haben erst die Befunde der Säuglingsforschung die Revision einer ganzen Reihe von psychoanalytischen Grundannahmen über die frühkindliche Entwicklung bewirkt. Der empirische Nachweis von Bindungsmotivation und interpersoneller Bezogenheit des Säuglings von Geburt an (vgl. auch Bürgin, 1997) hat beispielsweise dazu geführt, dass die Vorstellung von einer „normalen autistischen Phase“ (M. Mahler) aufgegeben wurde, u.a. weil zuvor die entsprechenden Hinweise in den Arbeiten von Spitz und Bowlby zu wenig rezipiert wurden. Dass Psychoanalytiker von vielen Vertretern der klinischen Psychologie und daraus abgeleiteten Psychotherapieformen manchmal wie Dinosaurier, wenn nicht gar wie Fossilien der Psychotherapie betrachtet werden, ist auf dem Hintergrund solcher Versäumnisse vielleicht gar nicht so erstaunlich.

Psychotherapieforschung als Verlaufs- und Ergebnissforschung wird im wesentlichen erst seit den 70er Jahren betrieben. Gründe für diese Forschung liegen auch hier, wie erwähnt, im Legitimationsdruck gegen außen, in der Forderung nach Effizienz seitens der Kostenträger und in massiver wissenschaftstheoretischer Kritik an psychoanalytischen Grundannahmen, wie sie z. B. Grünbaum (1991) formuliert hat.

Die eingangs erwähnte Abbildung des Problems des Patienten in der Übertragungs- Gegenübertragungsbeziehung entzieht sich leicht dem Nachvollzug eines mit der Methode Unvertrauten und skeptisch Eingestellten. Das hat mit dazu beigetragen, dass sich die „Psychodynamiker“ mit ihren Therapieformen in einem Elfenbeinturm der Selbstgewissheit dem häufigen Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit entzogen. Wichtige Fragen können dann aber nicht mehr gestellt werden, beispielsweise die, wie eigentlich Übertragung „funktioniert“ und wie genau eine psychoanalytische Therapiebeziehung zu Veränderungen in der seelischen Struktur eines Patienten führt.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement – die Begriffe haben vor allem für viele psychoanalytisch tätige

Psychotherapeuten den Haut-Gout einer Unterwerfung unter Forderungen und Kriterien, die aus der industriellen Fertigung stammen und die einem Volk von idealistisch praktizierenden Psychotherapeuten aus letztlich uneinsichtigen Gründen und in unzumutbarer Weise von Krankenkassenvertretern aufgezwungen werden könnten. Bei nüchterner Betrachtung könnte man aber doch fragen, weshalb es nicht möglich sein sollte, unsere impliziten Qualitätsmaßstäbe, die wir alle im Laufe einer psychotherapeutischen Ausbildung kennenlernen und in Identifikation mit unseren psychoanalytischen Lehrern internalisieren, zu explizieren und einer Überprüfung zugänglich zu machen? Die Frage, was ein guter Psychotherapeut und was eine gute Psychotherapie ist, also welche Qualitätskriterien in der Psychotherapie gelten könnten, sollte kein Tabu sein. Ebenso wenig brauchen wir vor einer Überprüfung oder Selbstprüfung, ob diese Kriterien erfüllt sind, zurückzuschrecken. Dass die zur Prüfung angewandten Methoden prozessverträglich sein müssten und die therapeutische Arbeit möglichst wenig stören sollten, ist selbstverständlich ein wichtiges Anliegen. Solche Vorbehalte werden allerdings übertrieben, wenn bereits das Erstellen von Stundenprotokollen nach der Sitzung oder von Zwischenberichten über die Behandlung als schädigend erlebt werden. Die Erfahrung aus Kontrollanalysen zeigt, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass umgekehrt die Behandlungen davon profitieren. Eine gute psychotherapeutische Beziehung kann sogar weit tiefgreifendere Einflüsse überstehen, z. B. wenn sie im Verlauf des therapeutischen Prozesses zum Gegenstand eines Examins wird.

Ein operationalisiertes Untersuchungsverfahren, das die eigene Einschätzung für einen selbst und für Dritte nachvollziehbar macht, ist also nicht nur bei der Anwendung im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes sinnvoll, sondern es könnte bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der praktischen therapeutischen Tätigkeit hilfreich sein und damit der Steigerung der eigenen Kompetenzen dienen.

Der persönliche Gewinn aus einem solchen qualitätssteigernden Aufwand könnte in größerer Arbeitszufriedenheit liegen, die mit der Anwendung praxisnaher qualitätssichernder Maßnahmen wie bei jeder aktiven Gestaltung und Verbesserung eigener Tätigkeiten steigen dürfte. Eine Arbeit, die mit Anspruch, Aufmerksamkeit und Liebe verrichtet wird, befriedigt. Diese Aufmerksamkeitsbesetzung nimmt aber langfristig tendenziell ab, wenn es nicht möglich ist, sich die Arbeit immer wieder auch interessant zu machen und sich in der Ausführung selbst zu steigern.

Schwierigkeiten herkömmlicher psychoanalytischer Diagnostik

Die Therapeutin als diagnostisches „Instrument“

Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie sind nicht nach dem Lehrbuch zu vermitteln. Es geht mehr um eine Haltung als um eine ausdifferenzierte „Technik“ im Sinne eines Systems von Handlungsanweisungen. Freud (1912) hat nur einige wenige „Rat-

schläge für den Arzt“ gegeben. Gleichschwebende Aufmerksamkeit, ergänzt durch gleichschwebende Antwortbereitschaft (Sandler, 1976) haben als Erkenntnisinstrumente ihre Tücken. Sie beginnen schon da, wo die gleichschwebende Aufmerksamkeit nicht als „evenly hovering attention“ sondern als „free floating attention“ übersetzt und mit „freischwebende Aufmerksamkeit“ rückübersetzt wird. Dieser nicht seltene Lapsus suggeriert in durchaus selbstherrlicher Weise, was schon Bernfeld (1922) für den idealtypischen und sozusagen „durchanalysierten“ Psychoanalytiker annahm: er könne „frei“ sein von Vorannahmen und Beeinträchtigungen seiner Wahrnehmung. Tatsächlich erscheint es für Psychoanalytiker wichtig, eine Haltung beständiger Selbstbefragung einzuüben, um das Einfließen von subjektiven Bewertungen und Stereotypen auf ihre Wahrnehmung so gering wie möglich zu halten. In der Weiterbildung zum Psychoanalytiker und Kinderanalytiker dienen hierzu die Säuglingsbeobachtungsseminare (Zeller-Steinbrich, 1998). Aber was geschieht mit den bereits ausgebildeten Psychoanalytikern im Laufe ihrer Berufstätigkeit? Sind Supervision und kollegiale Fallbesprechungen, wenn sie denn regelmäßig in Anspruch genommen werden, ausreichende Mittel, um das „Instrument Psychoanalytiker“ immer wieder zu „eichen“, oder dienen sie nicht auch oft der Bestätigung des immer schon Gewussten? Die methodenfremde und etwas mechanisch klingende Metapher aus der Messtechnik soll eine Schwierigkeit verdeutlichen, die nach der langen, energie- und kostenintensiven psychoanalytischen Weiterbildung und einer nicht nur intensiven, sondern häufig auch überaus extensiven Lehranalyse unbequem ist.

Übertragung und Gegenübertragung als Mittel der Erkenntnisgewinnung haben ihre Grenzen. Wenn von Ausbildungskandidaten (und Ausgebildeten) häufig zu hören und in Fallberichten zu lesen ist: „In meiner Gegenübertragung spürte ich, dass ...“, dann dient das nicht selten zur Begründung eines „Wissens“, das die Therapeutin nicht weiter begründen kann. Wenn aber eigene Reaktionen nicht analysiert werden, kognitive Erkenntnisschritte und Wahrnehmungen in Feineinstellung unterbleiben zugunsten einer nicht näher begründeten und verstandenen eher emotionalen Reaktion, dann liegt die Gefahr eines mystifizierenden Umgangs mit der Gegenübertragung nahe. Die mühsamen Teilschritte eines tiefenhermeneutischen Erkenntnisprozesses werden umgangen. Auch die Frage, ob eigene neurotische Übertragungen bei der Empfindung eine Rolle gespielt haben könnten, unterbleibt oft.

Solche Mystifizierungstendenzen finden sich übrigens auch bei der immer noch geläufigen Auffassung vom „Hören mit dem dritten Ohr“ (Reik, 1948, 1966), bei dem komplexe empathische Einstellungs- und Wahrnehmungsprozesse verkürzt werden auf ein Verstehen „von unbewusst zu unbewusst“, das sich dann auch keine weitere Begründung schuldet.

Die diagnostische Urteilsbildung

Mertens (1990) weist in seiner „Einführung in die psychoanalytische Therapie“ immerhin auf die Störbarkeit der diagnostischen Urteilsbildung hin:

„Ein durchgängiges Forschungsergebnis zur interpersonellen Wahrnehmung besteht z.B. darin, dass (diagnostische) Urteile über andere Menschen auch sehr viel über die diagnostizierende Person selbst aussagen. Diese Auffassung, dass wir bei der Einschätzung anderer Menschen häufig an diesen eigene unterdrückte, ungerne wahrgenommene, nicht mit dem eigenen Selbstverständnis kompatible Verhaltensweisen und Eigenschaften wahrnehmen, spiegelt im Grunde genommen eine alte psychoanalytische Auffassung über die Auswirkungen von Abwehrmechanismen (wie Verdrängung, Projektion, projektive Identifikation) auf die Wahrnehmung wider. Es hat jedoch den Anschein, dass Psychoanalytiker diese fundamentale Erkenntnis zwar für den psychoanalytischen Prozess mit dem Konzept der Gegenübertragung bzw. der Reflexion von Gegenübertragung berücksichtigen, aber in der Vergangenheit die Treffsicherheit ihrer diagnostischen Urteile im Erstinterview überschätzt haben. Über den Vorgang der Urteilsbildung ist auf jeden Fall erst in den letzten Jahren publiziert worden. So konnte Beckmann (1974, S. 72) in einer Varianz- und faktorenanalytischen Untersuchung den Nachweis erbringen, dass bei der Indikationsstellung und Auswahl von Patienten konkordante und komplementäre Übertragungen des Analytikers eine nicht unerhebliche Rolle spielen (...)" (Mertens, 1990, S. 179)

Die psychoanalytische Einstellung und Wahrnehmung, das Verstehenwollen unbewusster, lebensgeschichtlich erworbener Sinnzusammenhänge, ist also auch bei erfahrenen Psychotherapeuten durchaus subjektiven Verzerrungen unterworfen. Beispielsweise bietet die psychoanalytische Diagnostik bei Patienten mit strukturellen Ich-Störungen bzw. schwereren Pathologien besondere Schwierigkeiten. Psychodynamische Zusammenhänge können dann eventuell gar nicht mehr gesehen werden. Stattdessen wird der Schwerpunkt auf die Defizite des Patienten gelegt: „Besonders deshalb, weil es in der therapeutischen Beziehung zu Patienten mit strukturellen Ich-Störungen zu schwer überschaubaren und oft nur mühsam zu kontrollierenden Übertragungen des Therapeuten auf diese Patienten kommt, bietet sich für den Therapeuten als Entlastung an, alleine Ich-Funktionsstörungen zuzurechnen, was zumindest auch Ausdruck seiner eigenen Verstrickung in ängstlichen Gegenübertragungsreaktionen und unaufgelösten Gegenübertragungshaltungen ist.“ (Streck, 1983, S. 177)

Psychoanalytisch ausgedrückt: Diagnostische Einschätzungen können wie alle Klassifizierungsversuche immer auch der Angstabwehr dienen; sie sollten deshalb überprüfbar und nachvollziehbar sein. Hierfür reicht die „teilnehmende indirekte Beobachtung“ der Kollegen in Interventionsgruppen häufig nicht aus, weil gerade bei schwierigen Behandlungsverläufen die „Teilnahme“ am Gegenübertragungsleiden des Therapeuten die Beobachtung einschränkt und gemeinsame Vorannahmen in der Gruppe gerne bestätigt werden.

Es gibt also genuin psychoanalytische Gründe für ein psychoanalyseverträgliches operationalisiertes Untersuchungsinstrument. Es könnte der Verbesserung der eigenen psychotherapeutischen Praxis dienen und zur

Überwindung der beschriebenen Schwierigkeiten bei der herkömmlichen Diagnostik wertvolle Hilfe leisten – nicht gerade im Sinne einer „Selbsteichung“ des Psychotherapeuten, aber doch in der Art einer Selbstüberprüfung der eigenen Einschätzung und der intuitiv gewonnenen Hypothesen über den Patienten und den therapeutischen Prozess.

Problemstellung

Die Widerstände gegen psychoanalysefremde Diagnosesysteme sind unter Praktikern verbreitet. Solche Diagnosen werden in erster Linie für die Kostenträger erstellt. Mit der Behandlung werden sie kaum in Verbindung gebracht. Was bedeutet beispielsweise die Diagnose einer „Emotionalen Störung bei bestehender Bindungsfähigkeit“ für die psychotherapeutische Behandlung? Können aus dieser Diagnose Rückschlüsse auf die angemessene Behandlungsmethode (Setting, Frequenz, regressionsförderndes oder eher stützendes Vorgehen), die Dauer, die vorhersehbaren Schwierigkeiten gezogen werden? Kann die Therapeutin eine anfängliche mit einer am Ende gestellten Diagnose sinnvoll vergleichen? Ergeben sich daraus detaillierte Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Behandlung? Die Kriterien für eine entsprechende Diagnose nach ICD-10 mögen klar und die Diagnose auch für Dritte nachvollziehbar sein, eine große Relevanz für die psychoanalytische Arbeit haben sie wohl weniger.

Sind jedoch psychoanalytische Erkenntnisse überhaupt operationalisierbar? Häufig wird dies bezweifelt aus der Furcht heraus, der Gewinn an Nachvollziehbarkeit und Legitimierung mache den Verlust an komplexer Information und Tiefe vielleicht nicht wett. Sicherlich wird Operationalisierung immer auch Reduktion von Komplexität bedeuten, „insbesondere Gesichtspunkte der biographischen Prägung der Persönlichkeit, der psychodynamischen Entwicklung, der wesentlichen Konfliktkonstellationen und der Bewältigungsmöglichkeiten oder der gesunden Ressourcen drohen aus dem Blickfeld zu geraten.“ (Saß et al., 1998, S. 52)

Damit stellen sich zwei zentrale Fragen: Wie kann einerseits der Komplexität des klinischen Geschehens Rechnung getragen werden und wie ist andererseits die Erfassung einer solchen Komplexität „anwenderfreundlich“ möglich? „Die Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik ist ein Versuch, Konstrukte zur Erfassung intrapsychischer Vorgänge von Patienten zu erarbeiten, die ebenso empirisch überprüfbar wie klinisch anwendbar sind.“ (Resch et al., 1998, S. 377)

Dass die Forderung nach empirischer Überprüfbarkeit nicht lediglich ein von der empiriebesessenen akademischen Psychologie aufgezwungene und der Rechtfertigung dienende Pflichtübung zu sein hat, sondern für die psychoanalytischen Theoriebildung selbst anregend und befruchtend sein kann, darauf wurde bereits oben hingewiesen. Der Rückzug auf die klinische Relevanz psychoanalytischer Konstrukte dürfte beim gegenwärtigen Stand der Konkurrenz psychotherapeutischer Methoden und unter dem Druck der weitverbreiteten psychiatrischen Diagnosesysteme nach Symptom-Checklisten mit ihren „theoriefreien“, rein beschrei-

benden Items und ihrer hohen Reliabilität (vgl. Resch et al., 1998; Schulte-Markwort et al., 1998a) nicht mehr ausreichen.

Dass eine empirische Grundlegung mit einem psychodynamischen Verständnis nicht unvereinbar sein muss, war bereits in den Pionierzeiten der Psychoanalyse durchaus denkbar. So war Bernfeld (1922) der Auffassung, „dass die Analyse Empirie, strenge Beobachtung und vorsichtigste Setzung von Beziehungen“ (S. 10) zu sein habe.

Operationalisierte psychodynamische Diagnostik

Mit der OPD-E für Erwachsene (Arbeitskreis OPD, 1996, vgl. auch Schauenburg und Heuft in diesem Heft) liegt ein bereits erprobtes diagnostisches Instrumentarium vor, das – in gewissen methodologischen Grenzen – die Operationalisierung psychodynamischer Konzepte realisiert mit einer Reliabilität, die etwa den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 entspricht (Freyberger et al., 1998). Das Instrumentarium ist allerdings – dem hohen Anspruch entsprechend, wesentliche psychodynamische Konzepte in vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse zu erfassen – von einer Komplexität, die die regelmäßige Anwendung außerhalb eines institutionellen Rahmens für niedergelassene Psychotherapeuten nicht leicht möglich macht. Die Entwicklung anwenderfreundlicher Hilfsmittel, wie z. B. für die Strukturdiagnostik bereits geschehen (Rudolf et al., 1998), dürften daher in der Praxis eine große Erleichterung sein und langfristig zu einer breiteren Akzeptanz führen.

Die Arbeitsgruppe OPD-KJ (Kinder und Jugendliche) hat sich zum Ziel gesetzt, die OPD für Kinder und Jugendliche anwendbar zu machen und unter dieser Zielsetzung weiterzuentwickeln. Weshalb war das nötig?

Die OPD-E basiert auf einem oder mehreren Interviews mit dem Patienten, aus dem heraus die erforderlichen Informationen bezogen werden. Für jüngere Jugendliche, aber besonders für Kinder ist also bereits dieses Setting ungeeignet, um umfassende Informationen zu erhalten. Nicht zufällig beziehen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Ergebnisse aus Spielbeobachtung und Erhebung der Anamnese mit den Eltern (Fremdanamnese) in ihre Befunde mit ein. Zudem sind die diagnostischen Kriterien und Items natürlich für Erwachsene formuliert und auf Kinder und Jugendliche nicht ohne weiteres übertragbar:

„Ein psychodynamisch orientiertes Instrument, das nach den Normen eines Anpassungsniveaus für Erwachsene erstellt ist, müsste Kinder immer als zu unstrukturiert, wenig differenziert, situationsunangemessen und dysfunktional einschätzen lassen. Dies wäre aber ein fataler Fehlschluss. Kinder sind in jedem Lebensalter bezogen auf die unmittelbare Entwicklungsstufe hoch angepasst und psychisch gut strukturiert. Eine adultomorphe Betrachtung müsste Kinder immer abwerten und somit normalen Entwicklungsphänomenen den Charakter potentieller Dysfunktionalität zu messen.“ (F. Resch et al., 1998, S. 379).

Die OPD für Kinder und Jugendliche

Die Grundkonstruktion mit den fünf Achsen – *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur, psychische und psychosomatische Störungen* – wurde von der OPD-E nur partiell, nämlich ohne die psychischen und psychosomatischen Störungen übernommen.

Die Achse I (Krankheitserleben) erfasst u. a. Voraussetzungen für die Behandlung, wie Schwere und Darbietung der Symptomatik, Einsichtsfähigkeit, Motivation, Therapiefähigkeit und -möglichkeit sowie sekundären Krankheitsgewinn, aber auch Ressourcen wie soziale Unterstützung und Integration.

Die Achse II (Beziehung) erfasst Beziehungsmuster des Patienten (genaue Beschreibung s. u.).

Die Achse III (Konflikt) erfasst im Vorschulalter interpersonelle Vorläuferkonflikte. Überdauernde, weitgehend unbewusste Konflikte sind erst im Schulalter mit größerer Sicherheit zu diagnostizieren. Im Jugendalter ab 12. Lebensjahr finden sich internalisierte und weitgehend unbewusste Konfliktmuster nach dem Vorbild der OPD-E, wobei die Konfliktbereiche (z. B. in Hinblick auf Körper und Sexualität) erweitert werden mussten.

Die Achse IV (Struktur) umfasst drei Gruppen von Strukturmerkmalen:

1. Selbst- und Objektwahrnehmung,
2. Handlungssteuerung (und Abwehr),
3. Kommunikation und Bindung.

In der Einschätzung werden vier Integrationsniveaus unterschieden: gut integriert, mäßig integriert, gering integriertes Strukturniveau und Desintegrationsniveau mit Fragmentierung.

Mit Achse V wird ein psychiatrisches Klassifikationsschema für Kinder und Jugendliche integriert.

Bei der Bearbeitung der einzelnen Achsen traten einige weitere grundlegende Schwierigkeiten auf (vgl. ausführlicher Schulte-Markwort et al., 1998a; Resch et al., 1998):

Psychische/Psychosomatische Störungen

Psychosomatische Erkrankungen können im Kindes- und Jugendalter nicht von den psychischen Störungen abgetrennt betrachtet werden, sondern bilden einen integralen Bestandteil der Diagnostik, da sich die Anzeichen seelischer Erkrankungen bei Kindern sowohl im Verhalten als auch sehr häufig mit einer Körpersymptomatik zeigen (Schulte-Markwort et al., 1998a).

Lebensalter/Entwicklungsalter

Die Art, wie sich Erlebnisse äußern, ist, ebenso wie die Fähigkeit, Krankheitssymptome zu erleben (Leidensdruck), altersabhängig. Das Entwicklungsalter hat einen wesentlichen Einfluss auf die psychodynamischen Prozesse; je nach Lebensalter sind ja bei gesunden Kindern die kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten zur Bewältigung von Schwierigkeiten unterschiedlich weit entwickelt. An einen Dreijährigen müssen wir andere Maßstäbe anlegen als an eine Zwölfjährige oder als an Erwachsene. „Das Anliegen der OPD-

KJ ist es, zu versuchen, *altersgerechte entwicklungsbezogene Normen* zu erstellen und somit in jedem Entwicklungsalter dysfunktionale psychodynamische Prozesse aufzudecken und beschreibbar zu machen.“ (Resch et al., 1998, S. 379, Hervorheb. im Orig.)

Es mussten also Zeitfenster gebildet werden, innerhalb derer von vergleichbaren Fähigkeiten auszugehen ist, die also relativ homogen sind. Andererseits sollten sie groß genug sein, um die Überschaubarkeit zu erhalten. Zu viele Zeitfenster mit jeweils altersentsprechenden Normierungen und Einschätzungen würden in der Anwendung zu Unübersichtlichkeit und Verwirrung führen. Die festgelegten vier Zeitfenster, 0 (0–1½ Jahre), 1 (ca. 1½–6 Jahre), 2 (ca. 6–12 Jahre) und 3 (etwa ab 12 Jahren), sollen eine entwicklungsbezogene Einordnung der Einzelbefunde ermöglichen.

Aktuelle Anpassung oder psychische Struktur

Schwer zu trennen ist auch, ob bestimmte Verhaltens- und Erlebensweisen des Kindes als überdauernde Verinnerlichung von Beziehungserfahrungen Teil seiner psychischen Struktur geworden sind oder eine aktuelle Anpassungsleistung an seine Umgebung darstellen. Ein bestimmtes beobachtbares Verhalten kann zwar an sich hochproblematisch, aber in Bezug auf die adaptiven Fähigkeiten des Kindes durchaus eine positive Leistung sein. Zudem sehen wir oft Kinder, die in unterschiedlichen sozialen Situationen ein sehr unterschiedliches Funktionsniveau aufweisen. Mit einem interessierten, empathischen und unterstützenden Untersucher werden sich bestimmte Schwierigkeiten, die das Kind in sozialen Belastungssituationen, beispielsweise in der Schule, hat, vielleicht gar nicht zeigen. Oder es gibt stark abweichende Eindrücke im Vergleich von schulischem und familiärem Verhalten oder Erleben. Bezieht man sich dann in der Untersuchung auf den Grad der größten gezeigten Beeinträchtigung oder auf die besten Fähigkeiten des Kindes?

In der Beziehungssachse halten wir es für angebracht, nach Möglichkeit einen mittleren Wert aus den verschiedenen beurteilbaren Beziehungssituationen zu erfassen. Bei der Beurteilung der psychischen Struktur (Achse IV) dagegen könnte es sinnvoll sein, sich bei der Beurteilung nicht auf das niederste, sondern das höchste Niveau an Fähigkeiten und Ressourcen zu beziehen (Resch et al., 1998).

Die einzelnen Achsen werden auf unterschiedlichen Operationalisierungsniveaus angesiedelt sein. Die Beziehungssachse kann für sich genommen als ein Teil des Gesamtinstruments betrachtet werden.

Beziehungssachse OPD-KJ als eigenes diagnostisches Fenster

Die Bedeutung des Beziehungsaspekts

Die Bedeutung des Beziehungsaspekts in der Psychotherapie generell steht außer Zweifel. Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen, dass die therapeutische Beziehung methodenunabhängig ausschlaggebend ist für den Therapieerfolg (Orlinsky et al., 1994).

Die verschiedenen Methoden, die bisher entwickelt wurden, um die therapeutische Beziehung zu erfassen oder zu beschreiben, z. B. Luborskys „zentraler Beziehungskonflikt“ (Core Conflictual Relationship Theme, Luborsky et al., 1990), das Konzept der Role-Relationship Models Configuration (Horowitz et al., 1988) und das Test-Modell von Weiss und Sampson (1986) sind wie die meisten Instrumente zur Psychotherapieforschung für Erwachsene entwickelt und wie die OPD-E wenig geeignet, um die Beziehungsmuster von Kindern zu erfassen. Im Zentrum steht zumeist das konflikthafte oder dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten. Im OPD-Interview für Erwachsene zeigen sich konflikthafte interpersonelle Beziehungsmuster des Patienten szenisch abgebildet oder als Bericht. Im Beziehungs-Selbsterleben (Der Patient erlebt sich selbst immer wieder so, dass er ...) und im Beziehungs-Fremderleben (Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass er ...) zeigen sich diese Muster, die als habituelle Beziehungsverhaltensmuster aufgefasst werden (Grande et al., 1997).

Beziehungen bei Kindern

Bei Kindern spielt die Einschätzung der Beziehungsfähigkeiten insofern eine besondere Rolle, als sie in erhöhter Abhängigkeit von ihrer personalen Umgebung leben und die wichtigen sozialen Beziehungen die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes stark determinieren. Aus der Affektforschung (vgl. u. a. Krause, 1990) ist beispielsweise bekannt, wie sich Kinder von Beginn an ihrer personalen Umgebung anpassen und wie dieser Anpassungsprozess zum Hypertrophieren oder Verkümmern bestimmter Emotionen und damit zu schwerwiegenden seelischen und psychosomatischen Störungen führen kann.

In der Psychoanalyse gehen wir davon aus, dass sich das Selbst aus den Erfahrungen mit dem Objekt, aus den Handlungen des Objekts und den Antworthandlungen herausbildet und dass die innere Repräsentanzwelt als unbewusste interaktionale Organisationsstruktur (Zelnick et al., 1991) verstanden werden kann. Auch Stern beschreibt generalisierte Interaktionen mit anderen (RIGs: Representations of Interactions that have been Generalized), die aus vielfältigen Erinnerungen als „Durchschnitt“ abstrahiert werden. Solche RIGs stellen Erwartungsstrukturen darüber dar, wie ein Ereignis wahrscheinlich verlaufen wird. RIGs bilden so eine Grundeinheit für die Repräsentation des Kernselbst. Sie sind fließend, dynamisch und damit veränderbar (Stern, 1985, 97f). Je jünger ein Kind ist, desto eher werden diese charakteristischen Handlungs-, Wahrnehmungs- und Affektmuster durch neue Erfahrungen mit einer veränderten Umgebung „korrigiert“.

Bei der Konstruktion der OPD-Beziehungssachse für Kinder und Jugendliche sind spezifische Schwierigkeiten zu bewältigen:

- Wie sind bei Kindern, die sich in einem andauernden Entwicklungsprozess mit phasenspezifischen, entwicklungs-konformen Konflikten und Schwierigkeiten befinden, „kranke“ also die weitere Entwicklung der Heranwachsenden beeinträchtigende Bezie-

hungskonfigurationen von „normalen“ d.h. im Rahmen des kindlichen Entwicklungsganges relativ unvermeidlichen oder auch durchaus entwicklungsfördernden Schwierigkeiten abzugrenzen? Kindliche Entwicklung ist nicht abgeschlossen (Resch et al., 1998), daher sollen soweit möglich die positiven Entwicklungsmöglichkeiten in die Einschätzung einbezogen werden. Eine Ressourcenorientierung wird also angestrebt (vgl. oben Kritik von Saß et al.).

- Ab welchem Alter ist eine valide Diagnostik durchführbar? Bei den Achsen Struktur und Konflikt sind dabei möglicherweise engere Grenzen gesetzt als im Rahmen der Beziehungachse. Da sich das Kind von Anfang an in Beziehungen befindet, hat sich die Arbeitsgruppe zum Ziel gesetzt, möglichst auch die diagnostische Einschätzung bereits im ersten Lebensjahr (Stufe 0) zu ermöglichen.

Die Beziehungachse als deskriptives Circumplex-Modell

Die folgende Darstellung gibt eine Zusammenfassung des bisher Erarbeiteten. (Eine ausführlichere Darstellung findet sich in D. Bürgin et al., 1999.)

Beziehungsmuster sollen als systematische Beziehungsformulierungen wie bei der OPD für Erwachsene analog zur strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (SASB-Modell, vgl. Tress, 1993) in Kreismodellen deutlich gemacht werden. Typische altersentsprechende Beziehungsformulierungen und Ankerbeispiele können dabei das Einfinden erleichtern.

Eingeschätzt werden kann das Beziehungsverhalten auf folgenden Ebenen:

A. Verschiedene dyadische Beziehungsmuster mit unterschiedlichem Fokus

1. Objektgerichteter Fokus: Wie wird auf den Kommunikationspartner eingewirkt, wie wird über ihn gesprochen?

Eingeschätzt werden kann hier das Verhalten des Untersuchers gegenüber dem Patienten, der Mutter, dem Vater, das Verhalten des Vaters oder der Mutter ihrem Kind gegenüber, das Verhalten des Kindes in Beziehung zu Vater, Mutter, Untersucher.

Beurteilt wird das Beziehungsverhalten (Kommunikation, Interaktion), das sich auf einen Beziehungspartner richtet, das Beziehungsangebot, das eine Person einer anderen macht, z. B. verhält sich der Vater dem Kind gegenüber interessiert und freundlich, oder eine Jugendliche verhält sich der Mutter gegenüber abweisend und aggressiv.

2. Subjektgerichteter Fokus: Wie wird auf ein Beziehungsangebot reagiert oder wie zeigt sich die eigene Befindlichkeit? Wirkt das Kind freudig erregt, oder verschlossen?

3. Selbstbezüglicher Fokus, an dem der Umgang eines (älteren) Kindes, des Untersuchers, der Mutter oder des Vaters mit sich selbst dargestellt werden soll. So kann z.B. ein Kind entwertende Bemerkungen über sich machen oder sehr sorgsam mit sich umgehen. Dieses von außen beobachtbare Verhalten sich selbst

gegenüber kann Hinweise auf den intrapsychischen Umgang mit sich selbst geben.

B. Resonanz des Untersuchers

Diese Ebene bezieht sich auf emotionales Erleben, Handlungsimpulse und Empfindungen, die in der Untersuchungssituation im Untersuchenden ausgelöst und von ihm selbst an sich wahrgenommen werden. Ob es sich um eine spezifische Resonanz auf das Beziehungsangebot (Gegenübertragung) oder auch um eigene Übertragungsanteile (Eigenübertragung) handelt, muss vom Untersucher selbst jeweils kritisch unterschieden werden. Gefragt ist die spezifische Resonanz auf das Beziehungsangebot des Patienten, auf seine Beziehungspersonen oder auf die Familie (Triade).

Für jeden Fokus wird die Beziehung innerhalb eines Kreises um zwei senkrecht aufeinanderstehende Achsen eingetragen. Auf der horizontalen Achse wird der Grad der Affiliation

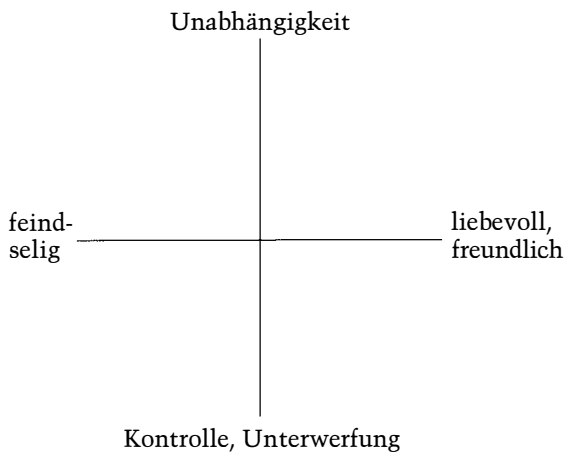
- liebevolle Freundlichkeit versus Feindseligkeit eingetragen, auf der vertikalen Achse der Grad der Interdependenz,
- Unabhängigkeit gewähren versus Kontrolle ausüben bzw. unabhängig sein versus sich unterwerfen.

Auf jeder Kreiskontur markieren acht Punkte mit einer Beschreibung (etwa „freundlich Kontakt suchend“, wenn das Kind die Bezugsperson streichelt, oder „feindselig zurückweisend“, wenn das Kind die Bezugsperson wütend schlägt) und einer Zuordnungsziffer den jeweiligen Mischgrad beider Dimensionen (vgl. Schema 1 und 2). Die detaillierte Darstellung mit der Ausformulierung aller acht Punkte auf den Kreiskonturen und den ausformulierten Items erfolgt nach Abschluss der Erprobungsphase.

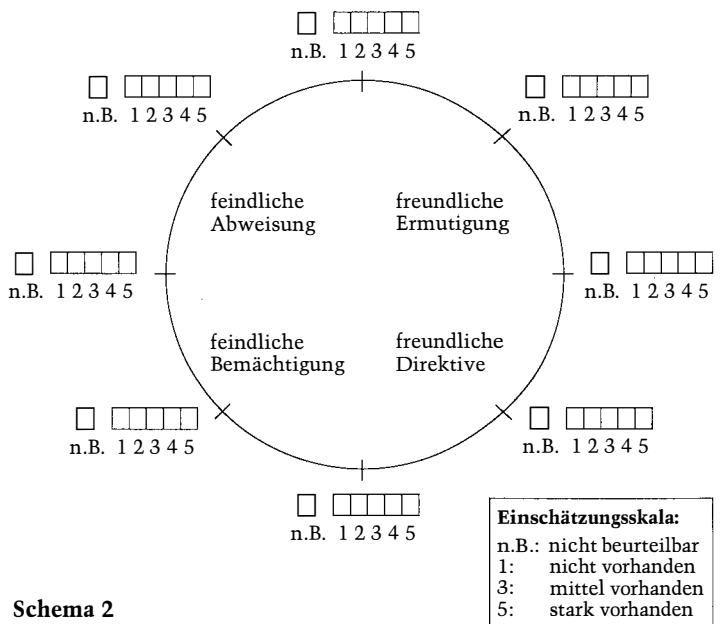
C. Triadische Beziehungsmuster

Der triadische Beziehungsgesichtspunkt stellt eine für Kinder und Jugendliche wichtige Ergänzung zur OPD bei Erwachsenen dar. Hier werden in einem abgewandelten Kreismodell für die gesamte Familie Einschätzungen in Bezug auf die Affiliation (horizontale Achse) und in Bezug auf die Flexibilität versus Rigidität der gegenseitigen Bezogenheit (vertikale Achse) vorgenommen. Auf diese Weise kann anhand von tatsächlich beobachtbarem „Material“ (Verhalten und affektiver Ausdruck der Beteiligten) beurteilt werden, wie weit das triadische Beziehungssystem emotional lebendig oder starr ist und inwieweit die triadischen Beziehungsstrukturen aufrechterhalten werden können. So kann eine lebendige Triade mit flexiblen aber nicht beliebigen Besetzungswechseln unterschieden werden von einer starren Triade oder einem zerfallenden triadischen System, bei dem eine Person sich selbst ausschließt oder ausgeschlossen wird. Das gesamte Beziehungssystem des Kindes wird hier ins Blickfeld gerückt. Auch wenn keine reale dritte Person anwesend ist, kann die Triade evtl. anhand von Erzählungen, von Symbolspiel oder verbalen Hinweisen auf Dritte eingeschätzt werden. Die reale Abhängigkeit des Kindes von seinen erwachsenen Beziehungspersonen wird durch diese triadische Betrachtungsweise gewürdigt.

horizontal: emotionale Beziehungsqualität, Affiliation



Schema 1



Schema 2

Wie wird untersucht?

Die Befunderhebung kann in dem in der Praxis üblichen Rahmen stattfinden:

- Der Untersucher sieht den Patienten gemeinsam mit seinen wichtigen Beziehungspersonen, beispielsweise den Eltern,
- der Untersucher sieht die Beziehungsperson(en),
- der Untersucher sieht den Patienten alleine bei einem altersentsprechenden Spielangebot.

Neben den in der Untersuchungssituation unmittelbar beobachtbaren Beziehungsgestaltungen werden verbale Berichte und in jedem Fall die erhobene Fremdanamnese miteinbezogen. Beziehungsmuster können auch aus symbolisiertem Material, dargestellten Spielszenen oder aus projektiven Tests kategorisiert werden. Hier sollte die Relevanz aber aus der Anamnese bzw. aus dem Gespräch mit dem Kind gesichert sein. Das Setting muss also im Vergleich zur üblichen psychotherapeutischen Praxis mit Kindern und Jugendlichen nicht speziell verändert werden.

Auf einem Übersichtsblatt wird angegeben, welche Dyaden oder Triaden eingeschätzt worden sind und aufgrund welchen Materials: aus direkter Beobachtung, aus der Anamnese, oder aus symbolisiertem Material.

Anwendung in der Praxis

Je nach Interesse und vorliegender Situation können unterschiedliche viele Beziehungen eingeschätzt werden. Einzelne Muster können wie Module ausgewählt und durch weitere (z.B. Geschwisterbeziehungen) ergänzt werden. Für die klinische Untersuchung in der Praxis gilt als Minimalstandard und „klinisches Grundmodul“ (Bürgin et al., 1999) die Untersuchung des Kindes und seiner Eltern. Das Kind soll in Bezug zu Vater und Mutter beurteilt werden, die Eltern in Bezug zum Kind, und schließlich die Triade als Beziehungsgeflecht. Die Resonanz des Untersuchers gegenüber dem Kind,

dem Vater, der Mutter und die selbstreflexiven Kreise für Kind, Vater und Mutter ergänzen diese Beziehung und bilden mit ihnen zusammen die grundlegende Untersuchungseinheit.

Mit der Beziehungsschule OPD-KJ ist es möglich, den Beziehungswandel, den der Patient im Laufe der Behandlung durchläuft, zu dokumentieren, und zwar sowohl in Hinblick auf die therapeutische Beziehung als auch in Bezug auf seine gegenwärtige personale Umgebung, die Veränderung der Beziehungen zu den Eltern oder anderen Beziehungspersonen, zu Geschwistern, in der Altersgruppe und in Hinblick auf innere Beziehungsrepräsentanzen (selbstreflexiver Kreis).

Ziele der weiteren Entwicklung des Instrumentes sind einerseits die Reliabilitäts- und Validitätsprüfung. Außerdem ist sicher eine Vereinfachung des Instrumentes, das sich in der Erprobungsphase befindet, noch möglich und wünschenswert.

Schluss

Die Bereitschaft des Menschen, verinnerlichte Beziehungserfahrungen zu wiederholen (Übertragungsbereitschaft), Interaktionen selektiv nach den früheren Mustern zu erleben und sie auch selbst aktiv in der erwarteten Richtung zu beeinflussen, bildet die Grundlage für die psychoanalytische Arbeit an Übertragung und Gegenübertragung.

Die Frage, wie sich Übertragung herstellt und in welcher Weise wir uns eine Verinnerlichung von Interaktions- oder Beziehungserfahrungen zwischen zwei Menschen vorstellen sollen, welche Art der Repräsentation für solche Verinnerlichungen existieren könnte und wie sie sich schließlich in der Übertragung reinszenieren, wird in jüngerer Zeit in Verbindung gebracht mit der Organisation von internalisierten Objektbeziehungen entlang von Affekten und der Fähigkeit, bestimmte Beziehungserfahrungen zu wiederholen und

das Objekt in affektive Zustände zu versetzen, die dazu passen (Kernberg, 1988; Modell, 1992; Steimer-Krause, 1996). Solche Prozesse könnten weiter erforscht werden. Aus unserer Sicht macht die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung die Beziehungssache OPD-KJ zu einem wichtigen Instrument in der Erhellung von Veränderungsprozessen in der analytischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – in der alltäglichen Praxis wie auch in der Forschung.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual. Huber, Bern
- Bauriedl Th (1996) Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Bernfeld S (1922) Die Psychoanalyse in der Jugendforschung. In: Vom Gemeinschaftsleben der Jugend. Beiträge zur Jugendforschung. Leipzig, S 1–11
- Bürgin D (1997) Drei- und Vielsamkeit als ursprüngliche Beziehungsform. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 28: 31–55
- Bürgin D (1999) OPD-KJ Beziehungssache. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (im Druck)
- Eckstaedt A (1991) Die Kunst des Anfangs. Psychoanalytische Erstgespräche. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Freud S (1912) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII: 375–387
- Freyberger HJ, Schneider W, Heuft G, Schauenburg H, Seidler GH (1998) Zu Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftigen Forschungsfragenstellungen der OPD. In: Schauenburg H et al. (Hrsg) OPD in der Praxis: Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Hans Huber, Bern, S 105–119
- Grande T, Burgmeier-Lohse M, Cierpka M, Dahlbender RW, Davies-Osterkamp S, Frevert G, Joraschky P, Oberbracht C, Schauenburg H, Strack M, Strauß B (1997) Die Beziehungssache der operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Konzepte und klinische Anwendung. Z Psychosom Med Psychoanal 42: 280–296
- Grünbaum A (Hrsg) (1991) Kritische Betrachtungen zur Psychoanalyse. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Heimann P (1950) On counter-transference. Int J Psychoanal 31: 81–84
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS (1988) Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol 56: 885–892
- Kächele H (1992) Psychoanalytische Therapieforschung 1930–1990. Psyche 46: 259–285
- Kernberg OF (1988) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart
- Klüwer R (1983) Agieren und Mitagieren. Psyche 37: 828–840
- Krause R (1990) Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: Scherer KR (Hrsg) Psychologie der Emotion. Hogrefe, Göttingen, S 630–705
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) Understanding transference. Basic Books, New York
- Mertens W (1990) Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd 1. Kohlhammer, Stuttgart
- Modell AH (1992) Affect categories and the compulsion to repeat. In: Leuzinger-Bohleber M, Schneider H, Pfeiffer R (eds) Two butterflies on my head. Psychoanalysis in the interdisciplinary scientific dialogue. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 97–105
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Springer, New York
- Reik Th (1966) Hören mit dem dritten Ohr. Fischer, Frankfurt/M
- Resch F, Schulte-Markwort M, Bürgin, D (1998) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 47: 373–386
- Rudolf G, Oberbracht C, Grande T (1998) Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg H et al (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 167–181
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche 30: 461–480
- Saß H, Houben I (1998) Die neue Rolle der Persönlichkeitsstörungen in DSM-III und DSM-IV. In: Schauenburg H et al (Hrsg) OPD in der Praxis: Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 37–53
- Schulte-Markwort M, Bilke O, Janssen PL (1998a) Wie ist psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter operationalisierbar? Z Kinder-Jugendpsychiatr 26: 211–222
- Schulte-Markwort M, Diepold B, Resch F (Hrsg) (1998b) Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein psychodynamisches Fallbuch. Thieme, Stuttgart
- Steimer-Krause E (1996) Übertragung, Affekt und Beziehung: Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten. Peter Lang, Bern
- Streeck, U (1983) Abweichungen vom „fiktiven Normal-Ich“. Zum Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen. Z Psychosom Med 29: 334–339
- Stem DN (1985) The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. Basic Books, New York
- Wegner P (1992) Zur Bedeutung der Gegenübertragung im psychoanalytischen Erstinterview. Psyche 46: 286–307
- Tress W (Hrsg) (1993) Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens: SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie. Asanger, Heidelberg
- Weiss J, Sampson H (1986) The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research. Guilford, New York
- Zeller-Steinbrich G, Werner J (1997) Ein Konflikt nimmt Gestalt an. Psychoanalytische Familientherapie mit einer psychotischen Jugendlichen. In: Herberth F, Maurer J (Hrsg) Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Brandes & Apsel, Frankfurt/M, S 79–120
- Zeller-Steinbrich G (1998) Säuglingsbeobachtung im Spiegel der Gruppe: Teilnehmende Beobachtung und gleichschwebende Aufmerksamkeit als psychoanalytische Basiskompetenzen. In: Festschrift zum 40-jährigen Jubiläum des Instituts für analytische Psychotherapie im Rheinland. Köln, S 18–27
- Zelnick LM, Buchholz E (1991) Der Begriff der inneren Repräsentanz im Lichte der neueren Säuglingsforschung. Psyche 45: 810–846

Korrespondenz: Gisela Zeller-Steinbrich, Postfach 201, CH-4024 Basel, Schweiz.

Gisela Zeller-Steinbrich ist niedergelassene Psychoanalytikerin (Schwerpunkt Kinderanalyse) in Basel, Dozentin und Kontrollanalytikerin am Institut für analytische Psychotherapie im Rheinland (DGPT) und Mitglied der Arbeitsgruppe OPD-KJ. Lehrauftrag an der Universität zu Köln. Nach dem Studium der Germanistik, Pädagogik und Psychologie von 1975–1981 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln. Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen in den Bereichen Entwicklungspsychologie, psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, psychoanalytische Paar- und Familientherapie, Säuglingsbeobachtung und Kinderwunschentwicklung. Buch: Wenn Paare ohne Kinder bleiben (1995).

Prof. Dr. med. Dieter Bürgin ist Chefarzt der Kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und-poliklinik Basel (KJUP), Lehranalytiker der Schweizer Gesellschaft für Psychoanalyse und seit 1989 Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Basel. Forschungsschwerpunkte: Psychoonkologie, Psychosomatik, Beziehungsentwicklung im Kleinkindesalter und in der Adoleszenz. Bücher: Das Kind, die lebensbedrohliche Krankheit und der Tod (1978), Beziehungskrisen in der Adoleszenz (1988), Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter (1993), Triangulierung: Der Übergang zur Elternschaft (1998).

PD Dr. med. Kai von Klitzing ist leitender Arzt der Kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und-poliklinik Basel (KJUP). Mitglied der Schweizer Gesellschaft für Psychoanalyse. Forschungsschwerpunkte: Säuglingsforschung, Frühe Eltern-Kind-Beziehung, Psychotherapieforschung. Bücher: Psychische Probleme von ausländischen Arbeiterkindern (1985), Psychische Belastungen in der Krankenpflege (1993), Psychotherapie in der frühen Kindheit (1998).