

Inge Seiffge-Krenke / Klaus Schmeck (Hg.)



Diagnostische und therapeutische Arbeit mit der OPD-KJ-2

Ein Fallbuch



Inge Seiffge-Krenke/Klaus Schmeck (Hg.)

Diagnostische und therapeutische Arbeit mit der OPD-KJ-2

Ein Fallbuch

Mit 25 Abbildungen und 2 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2020, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: GooseFrol/Shutterstock.com

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-45330-9

Inhalt

Einführung

<i>Inge Seiffge-Krenke: Die OPD-KJ-2: Entstehungsgeschichte und Überblick über die Achsen</i>	8
<i>Helene Timmermann: Lassen sich Szenisches Verstehen und OPD-KJ miteinander vereinbaren?</i>	14

Achse Behandlungsvoraussetzungen

<i>Oliver Bilke-Hentsch: Differenzierung der Behandlungsvoraussetzungen am Beispiel von Kindern und Jugendlichen mit ADHS</i>	22
<i>Martina Kempf-Giefing und Ruth Weissensteiner: Ein Kampfboter, der in die Werkstatt muss</i>	30
<i>Ilonka Schwarzenfeld und Ruth Weissensteiner: Ich scheine, also bin ich – die schwierige Suche nach dem kohärenten Selbst</i>	39

Achse Struktur

<i>Alexa Kyra Weber und Ruth Weissensteiner: Veränderung der strukturellen Fähigkeiten im Laufe der Psychotherapie einer anorektischen 15-jährigen Jugendlichen</i>	48
<i>Eginhard Koch: Der Junge mit dem Zettelkasten: Ein hochbegabter Jugendlicher mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose</i>	57
<i>Carmen Eger, Jenny Kaiser, Lydia Kruska und Annette Streeck-Fischer: Diagnostik und Therapie einer Zehnjährigen mit einer generalisierten Angststörung</i>	64
<i>Emine Yücel-Gülay, Klaus Schmeck und Susanne Schlüter-Müller: Psychotherapie eines Mädchens nach dem Suizid seiner Mutter</i>	77
<i>Ruth Weissensteiner und Jörg Ulrich Koenig: Du darfst nicht wichtig werden – ich wäre ansonsten verletzlich. Behandlung einer frühen narzisstischen Kränkung</i>	85

Achse Beziehung

- Carola Cropp und Bastian Claafßen*: Die OPD-KJ-2-Achse Beziehung als hilfreiches Instrument zur Fokusbildung in der Behandlungsplanung. Charakteristische Merkmale von Beziehungsdynamiken jugendlicher Patienten und Patientinnen mit Konfliktpathologie, struktureller Störung und Traumafolgestörung 94

Achse Konflikt

- Gisela Kalkum und Inge Seiffge-Krenke*: Eine Diagnose – verschiedene Konflikte am Beispiel von Essstörungen 108
- Inge Seiffge-Krenke*: Verschiedene Konflikte, die der Diagnose »Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters« zugrunde liegen können, und die Bedeutung des ödipalen Themas 118
- Fabian Escher*: Wie eine Symptomverschiebung helfen kann, einen OPD-Konflikt besser zu lösen 131

Besondere Herausforderungen

- Sebastian Glock*: Der Einsatz von OPD-KJ-2 bei Patienten und Patientinnen mit leichten geistigen Behinderungen 142
- Petra Adler-Corman*: Kann die OPD-KJ-2 auch bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung eingesetzt werden? 151
- Heiko Dietrich*: OPD-KJ-2 in der therapeutischen Begleitung transidenter Jugendlicher 165

Neue Methoden

- Klaus Schmeck*: Der Strukturfragebogen OPD-KJ-2-SF: Erfassung der Achse Struktur im Selbsturteil 176
- Inge Seiffge-Krenke und Fabian Escher*: Der Konfliktfragebogen: Multiperspektivische standardisierte Erfassung der intrapsychischen Konflikte nach OPD-KJ-2 182

Ausblick

- Klaus Schmeck und Inge Seiffge-Krenke*: OPD-KJ-2: Wo stehen wir und wie geht es weiter? 188

Literatur 192

Die Autorinnen und Autoren 195

EINFÜHRUNG

Inge Seiffge-Krenke

Die OPD-KJ-2: Entstehungsgeschichte und Überblick über die Achsen

Die Frage der Symptomdiagnostik versus einer Struktur- und Konfliktdiagnostik beschäftigt gegenwärtig viele Therapeutinnen und Therapeuten. Die OPD-KJ ist als eine Ergänzung zur herkömmlichen Diagnostik mit der ICD-11 oder dem DSM-5 zu sehen. Auf eine Symptomdiagnostik kann keinesfalls verzichtet werden. So muss etwa bei dem Bericht an den Gutachter eine krankheitswertige Störung belegt werden, damit die psychotherapeutische Behandlung von der Krankenkasse übernommen wird. Im Übrigen sind es die Symptome, unter denen die Patienten und ihre Familie leiden und die letztlich zur diagnostischen Untersuchung und gegebenenfalls zu einer Beratung, psychotherapeutischen Behandlung oder einer anderen Indikation führen. Allerdings ist die alleinige Feststellung der Symptome für eine effiziente Behandlung nicht ausreichend, denn oftmals können sich Symptome spontan verändern oder es treten verschiedene Symptome gleichzeitig auf, sodass eine rein symptomspezifische Behandlung wenig zielführend ist. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) strebt daher eine komplexe Erfassung psychodynamischer Prozesse an, die die Symptome verursacht haben, und bettet sie in den Entwicklungskontext ein. Der Entwicklungsgedanke ist zentral und betrifft alle Aspekte des Prozesses, von der Art der Befunderhebung über die Auswahl relevanter diagnostischer Kategorien bis hin zum Prozess der diagnostischen Einschätzung auf verschiedenen inhaltlichen Achsen sowie einer Behandlungsempfehlung.

Entstehungsgeschichte

Die OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013) ist eine psychodynamisch orientierte Diagnostik für das Kindes- und Jugendalter, die in einem umfangreichen Manual vorliegt. Sie basiert auf den langjährigen Arbeiten einer Arbeitsgruppe, an der namhafte Vertreter der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter regel-

mäßig teilnahmen. Die Arbeit orientierte sich zwar an der OPD für Erwachsene, mit der bereits 1996 eine psychodynamisch orientierte Diagnostik mit verschiedenen Achsen für den Bereich der Erwachsenenendiagnostik vorlag, stellt aber auch ein grundsätzlich eigenes Konzept dar, da der Entwicklungsgedanke alle Achsen durchzieht. Die OPD-KJ verbindet somit psychodynamische, entwicklungspsychologische und klinisch-psychiatrische Perspektiven.

Als Orientierungshilfe werden bestimmte *Altersfenster* vorgegeben, in denen entwicklungsbezogene Adaptation bzw. Fehlanpassung sowie strukturelle Ressourcen sichtbar werden. Die Altersstufen halten sich grob an das Piaget'sche Konzept der Entwicklung, nämlich die Stufen 0 (etwa 0 bis 1,6 Jahre), 1 (1,7 bis 6 Jahre), 2 (6 bis 12 Jahre) und 3 (ab dem 13. Lebensjahr), sie haben einen mittleren Differenzierungsgrad und lassen sich an wichtigen normativen Einschnitten wie Vorschulzeit, Schulzeit, beginnende körperliche Reife etc. festmachen. Die Stufe 3, ab dem 13. Lebensjahr, entspricht der formaloperatorischen Stufe nach Piaget. Der Jugendliche hat auf dieser Stufe selbstreflexive Fähigkeiten und metakognitive Prozesse höherer Ordnung erworben, Fähigkeiten, die zu extremer Beschäftigung mit sich selbst führen können. Ganz generell werden auf dieser Entwicklungsstufe psychische Perspektiven wichtig. Dies gilt für Beziehungen, aber auch für Prozesse der Krankheitsentstehung. Die Bewältigungsfertigkeiten sind zunehmend durch eine Vielzahl differenzierter Strategien und deren flexiblen Einsatz gekennzeichnet.

Die Achsen im Überblick

Auf vier psychodynamischen Achsen – zu den Beziehungsmustern, den intrapsychischen Konflikten, der psychischen Struktur und den Behandlungsvoraussetzungen von Kindern und Jugendlichen – werden psychodynamische Befunde erhoben, die dann als Entscheidung für die Indikation, gegebenenfalls die Therapieplanung und nach Ende der Therapie zur Evaluation des Therapieerfolges herangezogen werden können.

Achse Beziehung

Eine adäquate Beziehungsdiagnostik für das Kindes- und Jugendalter setzt voraus, dass die unterschiedlichen Beziehungsebenen des Kindes bzw. Jugendlichen Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund setzt sich die Achse Beziehung aus unterschiedlichen Modulen zusammen. So hat der Untersucher oder die Untersucherin die Möglichkeit, zwischen den Ebenen Kind-Untersucher, Kind-Vater,

Kind-Mutter etc. bis hin zu Triaden die Beziehungen zu codieren. Ebenso ist es möglich, die eigene Gegenübertragung in einer separaten Codierung zu vermerken. Zentral ist die Einschätzung des Verhaltens des Kindes bzw. Jugendlichen in der Untersuchungssituation, und zwar zum einen *objektgerichtet* (wie nimmt er oder sie Einfluss auf den Therapeuten?) und zum anderen *subjektgerichtet* (wie reagiert das Kind, der Jugendliche auf den Therapeuten?). Die komplexen Gefühle werden anhand eines Kreismodells beschrieben, wobei zwei grundsätzliche Beziehungskonstellationen, die emotionale Qualität der Beziehung (Affiliation) und die Kontrolle in der Beziehung, eingeschätzt werden können.

Achse Struktur

Die Achse psychische Struktur basiert auf dem psychoanalytischen Strukturbegriff, wobei davon ausgegangen wird, dass Struktur in jeder Altersstufe durch eine relativ optimale Anpassungsfähigkeit gekennzeichnet ist. Sie gliedert sich in vier Bereiche: *Steuerung* (z. B. Impulssteuerung, Umgang mit negativen Affekten, Konfliktbewältigung), *Identität* (Selbst- und Objektdifferenzierung, Selbsterleben), *Interpersonalität* (z. B. Kontakt, Kommunikation eigener Affekte und Entschlüsselung fremder Affekte) sowie *Bindung* (z. B. sichere Basis, Fähigkeit, allein zu sein). Wiederum werden auch hier anhand der Altersstufen die entwicklungspsychologischen Äußerungsformen auf diesen vier Strukturdimensionen beschrieben. Die Einschätzung der Struktur bezieht sich auf die letzten sechs Monate, wobei zwischen *guter Integration* (die beschriebenen Strukturdimensionen gelingen in allen beschriebenen sozialen Bereichen unter Alltagsbedingungen zu fast jeder Zeit und ohne wesentliche Hilfe von außen) über *mäßige oder geringe Integration* (dem Kind bzw. Jugendlichen gelingen die Strukturleistungen nur mit zusätzlichen oder erheblichen Hilfen von außen in den meisten oder in wenigen beschriebenen sozialen Situationen meistens bzw. selten) bis *Desintegration* unterschieden wird. Bei Letzterer können trotz intensiver Hilfen die Strukturleistungen nicht befriedigend gelingen, in fast keiner für das Kind oder den Jugendlichen relevanten Situation und zu keiner Zeit.

Achse Konflikt

Für die Diagnostik in der OPD-KJ spielen intrapsychische, zeitlich überdauernde Konflikte eine herausragende Rolle. Entscheidend ist, dass sie entwicklungs-hemmend sind und das Thema des Kindes bzw. Jugendlichen darstellen. Von

den insgesamt sieben intrapsychischen Konflikten wird jeweils der zentrale bzw. der zweitwichtigste Konflikt auf Basis des vorliegenden Materials diagnostiziert. Dabei richtet sich diese Einschätzung danach, wie dysfunktional dieser Konflikt ist, das heißt, in wie vielen Entwicklungsbereichen (Schule, Eltern, Freunde) er deutlich wird. In jedem Konfliktbereich werden ein passiver und ein aktiver Modus der Konfliktbearbeitung voneinander unterschieden: Der *aktive Modus* liegt dann vor, wenn kontraphobische Abwehr- und Reaktionsbildungen überwiegen. Beim *passiven Modus* überwiegen dagegen regressive Abwehrhaltungen. Pro Altersstufe findet man eine Operationalisierung des jeweiligen Konflikts im aktiven und passiven Modus, jeweils bezogen auf die Familie, die Gleichaltrigen, auf Kindergarten/Schule und den Körper.

Da die bei Kindern und Jugendlichen beobachtete Symptomatik auch die Folge einer akuten schweren Belastung sein kann, ist schließlich noch einzu-
stufen, ob die Kinder bzw. Jugendlichen im letzten halben Jahr schwerwiegende Belastungen und Traumata erlebt haben. Diese Belastungen können die Verarbeitungskapazitäten generell einschränken und unter anderem dazu führen, dass die Verarbeitung des intrapsychischen Konflikts verändert ist im Sinne von starker Regression. Bei traumatisierten Patientinnen und Patienten sind auch andere Herangehensweisen zu befolgen. Als besonders problematisch ist einzuschätzen, wenn das erst vor einiger Zeit vorgefallene traumatische oder schwer belastende Ereignis ein Thema aufnimmt, das auch in dem intrapsychischen Konflikt des Patienten von großer Bedeutung ist.

Ein *Nähe-Distanz-Konflikt* als lebensbestimmendes Thema sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn er alle anderen Konflikte überragt und seine Zuordnung eindeutig ist. Er liegt nicht vor, wenn Kinder bzw. Jugendliche zu flexiblen und wechselseitigen Beziehungen in der Lage sind. Bei *Unterwerfung versus Kontrolle* kreist der Grundkonflikt um die Auseinandersetzung mit Gehorsam/Unterwerfung versus Kontrolle/Machtausübung, Sichauflehnen. Bei *Selbstversorgen versus Versorgtwerden* erlebt das Kind, der Jugendliche Beziehungssicherheit, sie wird aber sehr stark durch Ansprüche auf materielle oder affektive Versorgung bzw. durch deren Abwehr bestimmt. Bei *Selbstwertkonflikten* geht es um den Selbst- versus Objektwert bzw. darum, dass das Selbsterleben bestimmt ist durch das Gefühl, nichts wert zu sein (passiver Modus) bzw. durch Selbstüberschätzung (aktiver Modus). *Schuldkonflikte* verweisen auf eine überzogene Treuebindung an die Eltern oder ein Elternteil, die so massiv ist, dass sie die weitere Entwicklung behindert. Bei den *ödipalen Konflikten* geht es um die Auseinandersetzung mit Sexualität im passiven und aktiven Modus, während bei den *Identitätskonflikten* die Suche nach Identität im aktiven und passiven Modus die Lebensbereiche der oder des Jugendlichen durchzieht. Die

klinische Arbeit mit der Konfliktachse wird in Seiffge-Krenke et al. (2014) an Langzeitbehandlungen dargestellt.

Achse Behandlungsvoraussetzungen

Hier bilden sich Bereiche ab, die zusätzlich zu rein psychodynamischen Konstrukten für die Behandlung von großer Bedeutung sind. Dazu gehören subjektive Dimensionen der Kinder und Jugendlichen, aber auch Ressourcen. Gerade der Blick auf die Ressourcen sollte nicht verloren gehen, weil sich nur allzu schnell der Blick auf das pathologische und intrapsychisch Defizitäre richtet. Hier werden beispielsweise die *subjektive Beeinträchtigung* des Kindes und Jugendlichen erhoben, seine *Theorien und Hypothesen* über seine Erkrankung, der *Leidensdruck* und die *Veränderungsmotivation*. Ist er oder sie unzufrieden und äußert er oder sie das Bedürfnis nach Veränderung? Wie steht es mit seinem oder ihrem Leidensdruck?

Bei den *Ressourcen* werden die gegenwärtige Lebenssituation des Kindes bzw. des Jugendlichen, seine familiären Beziehungen und Verhältnisse berücksichtigt. Als weitere Ressource wird die Beziehung zu den Gleichaltrigen aufgenommen, die bei Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung ist. Hier wird detailliert nach dem Umfang und der Qualität von Freundschaftsbeziehungen gefragt, um zu eruieren, inwieweit sie eine Ressource bei möglicherweise defizitären familiären Beziehungen darstellen. Auch die außerfamiliäre Unterstützung, etwa durch Hilfsangebote von Institutionen, wird erfragt. Bei den *familiären Ressourcen* werden in erster Linie die Offenheit der Familie im Interview, die Flexibilität der Mitglieder, die Bezogenheit aufeinander und der Austausch in der Familie herangezogen. Dabei ist es wichtig, wie weit Eltern oder andere Bezugspersonen ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind wahrnehmen und verbalisieren können, wie weit transgenerationale Grenzen bewusst sind und Ähnliches. Die Veränderungsmotivation der Familie fließt ebenfalls in den Bereich Ressourcen ein. Zu den *intrapsychischen Ressourcen* zählen schließlich Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit sowie eigene Kompetenzen, über die das Kind, der Jugendliche verfügt, um mit der gegenwärtigen Situation und den gegenwärtigen Problemen umzugehen. Auch die Einsicht spielt eine wichtige Rolle, was unter anderem durch die *Introspektionsfähigkeit* und ein Verstehen, was die Ursachen des Symptoms sind, operationalisiert wird. Ferner erfasst die Kategorie der speziellen *Psychotherapiemotivation* das spezifische Interesse daran, durch eine Fortsetzung oder Vertiefung des entstandenen Dialogs mit dem Therapeuten oder der Therapeutin auf eine Reduzierung der bestehenden Problematik bzw. Symptomatik hinzuwirken. Der *Krankheitsgewinn* wird eben-

falls erfasst, er ist zum Teil erheblich und kann verhindern, dass Patienten in Behandlung gehen bzw. in der Behandlung angemessen mitarbeiten. Von großer therapeutischer Bedeutung ist auch die Feststellung der *Arbeitsbündnisfähigkeit*. Sie bezieht sich darauf, wie gut der Patient oder die Patientin Vereinbarungen, die den äußeren Rahmen betreffen (Pünktlichkeit, Stundenfrequenz, Ferienregelung), einhalten kann. Diese Arbeitsbündnisfähigkeit wird in der Regel erst nach mehreren Vorgesprächen deutlich.

Zu diesem Buch

In diesem Buch schildern langjährige Mitarbeiter der Arbeitsgruppe OPD-KJ bzw. Therapeuten und Therapeutinnen, die nach einem Training mit der OPD-KJ arbeiten, ihre Erfahrungen im Umgang mit diesem Instrument. Dabei werden sowohl diagnostische als auch therapeutische Fragen berührt. Wir haben uns bemüht, sowohl verschiedene Altersgruppen einzubeziehen als auch ein möglichst breites Spektrum von Diagnosen anzubieten und auf eine ausgeglichene Balance zwischen stationären und ambulanten Fällen zu achten. Es geht nicht nur um die Diagnosestellung, sondern auch um Indikationsfragen und um Fragen der Behandlungsplanung, und in einigen Beiträgen werden auch vollständige Behandlungen geschildert, die unter OPD-KJ-Gesichtspunkten durchgeführt wurden. Die Beiträge sind unterschiedlich gestaltet und geben auf diese Weise auch einen Einblick in die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsfelder der Autorinnen und Autoren, die ambulant oder stationär arbeiten, psychodynamisch-psychotherapeutisch oder stärker kinder- und jugendpsychiatrisch orientiert sind. Bei den Ausführungen ist die Geschlechtsneutralität hervorzuheben; die Ausführungen gelten immer für alle Geschlechter. Wir hoffen sehr, dass die Leser und Leserinnen durch diese Lektüre angeregt werden, mit der OPD-KJ zu arbeiten, und dass diejenigen, die bereits schon länger mit der OPD-KJ arbeiten, sich in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern wiederfinden.

Helene Timmermann

Lassen sich Szenisches Verstehen und OPD-KJ miteinander vereinbaren?

Die Frage, ob sich die manualisierte psychodynamische Diagnostik und das Konzept Szenisches Verstehen in der klinischen Praxis miteinander vereinbaren lassen, entstand durch meine Tätigkeit als Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten, in denen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in psychoanalytischer und in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ausgebildet werden.

Während einige Institute beziehungsweise deren Dozenten und Supervisoren dies in Lehre und therapeutischer Praxis für selbstverständlich halten, vertreten andere, dass dies eine Überforderung für die Kandidaten sei. Die OPD-KJ verführe unter Umständen dazu, die Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung zu vernachlässigen und schematisch vorzugehen, indem zum Beispiel die Konflikte nach der Symptomatik zugeordnet werden und die Suche nach der unbewussten inneren Konfliktdynamik nicht mehr im Vordergrund steht. Tatsächlich scheint dies ein Problem zu sein, wenn den Ausbildungskandidaten nicht klar ist, dass es sich um innere und unbewusste Konflikte handeln muss, die sich nicht ohne Weiteres aus der Symptomatik ableiten lassen.

Andererseits gehört die manualisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) zwingend in die Curricula der Institute; denn sie ist prüfungsrelevant für den schriftlichen Teil der Approbationsprüfung; auch im mündlichen Teil ist mit Fragen zur OPD-KJ zu rechnen. Es soll also der Frage nachgegangen werden, ob und wie sich die Arbeit mit dem Szenischen Verstehen und der OPD-KJ sowohl im Ausbildungskontext als auch in der späteren klinischen Praxis vereinbaren lässt.

Was verstehen wir unter Szenischem Verstehen?

Das Konzept des Szenischen Verstehens wurde Anfang der 1970er Jahre von Alfred Lorenzer und Hermann Argelander auf dem Hintergrund der psycho-

analytischen Objektbeziehungstheorie entwickelt. Lorenzer ging eher von sozialisationstheoretischen Überlegungen aus, während Argelander sich mit der klinischen Anwendung – vor allem in Erstinterviews mit erwachsenen Patienten – befasste. Inzwischen gehört das Konzept des Szenischen Verstehens zum Handwerkszeug psychoanalytischen Arbeitens. Die bei der Beziehungsaufnahme und im Verlauf des diagnostischen Prozesses vom Patienten inszenierte Szene wird verstanden, in dem der Analytiker die Differenz zwischen der manifesten Szene, der von ihr überlagerten aktuellen oder berichteten Situation und einer vom Patienten internalisierten früher erlebten Szene wahrnimmt und interpretiert. Der Therapeut nutzt dazu das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung, das heißt, er achtet nicht nur auf die äußeren Ereignisse, sondern auch auf sein subjektives inneres Erleben. Nach Lorenzer (1970) handelt es sich um einen intuitiven Gestaltschluss verschiedener zuvor wahrgenommener Gestaltelemente des Unbewussten, auf deren Grundlage Hypothesen über intrapsychische Strukturen und Konflikte gewonnen werden können. Argelander (1970) nutzte das Szenische Verstehen vor allem für das Erstinterview. Nach seinen Beobachtungen stammen die Informationen aus drei unterschiedlichen Quellen: der *objektiven Information*, der *subjektiven Information* und der *szenischen oder situativen Information*.

Bei den *objektiven Informationen* handelt es sich zum Beispiel um biografische Daten wie bestimmte Verhaltensweisen, Kleidung, Aussehen etc. Die Daten sind nachprüfbar, lassen sich verknüpfen, sagen aber wenig über die individuelle Persönlichkeit aus. Da sie eher auf intellektuellen Erkenntnissen basieren, eignen sie sich nach Argelander gut für wissenschaftliche Zwecke, aber weniger für Voraussagen in Bezug auf einen Behandlungsprozess.

Bei der *subjektiven Information* geht es um die Bedeutung, die der Patient oder die Patientin den Informationen verleiht. Diese Bedeutung ist schwer oder gar nicht nachprüfbar. »Das Kriterium für ihre Verlässlichkeit ist die situative Evidenz, das Gefühl einer prägnanten Übereinstimmung zwischen der Information und dem Geschehen in der Situation« (Argelander, 1970, S. 14). Wegen der Aktualität und der Individualität des Geschehens zwischen zwei bestimmten Personen sind die Erkenntnisse zwar wertvoll, lassen sich aber nur schwer auf andere Personen übertragen.

Die *szenische oder situative Information* geht noch einen Schritt weiter. Dabei »dominiert das Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen – auch wenn der Patient schweigt« (Argelander, 1970, S. 14). Solche Informationen sind nicht nachprüfbar (allenfalls bei Videoaufzeichnungen nachzuempfinden), nach Argelander aber für den therapeutischen Prozess am aufschlussreichsten, da sie auf das unbewusste Beziehungsfeld zwi-

schen Therapeut und Patient abgestimmt sind. Dazu ein Beispiel aus dem Bericht einer Kandidatin, die in der Institutsambulanz tätig ist:

Eine 19-jährige Jugendliche meldet sich elektronisch in der Ambulanz; den Anruf zur Terminvereinbarung beantwortet sie sofort. Ihre helle Stimme klingt kräftig, sie gibt sich zurückhaltend und abwartend. Alle angebotenen Termine lehnt sie ab, sie müsse arbeiten. Die Tonlage ihrer Stimme ändert sich dabei nicht, es gibt keinen Ausdruck des Bedauerns oder Nachdenkens über eine Lösung. Die weitere Terminvereinbarung gestaltet sich kompliziert; sie meldet sich nicht zurück, ich fühle mich aufgefordert, sie anzurufen und ihr unbedingt einen passenden Termin anzubieten. Letztendlich lässt sich, auf meine deutliche Initiative hin, eine passende Zeit finden.

Vor dem ersten Termin sitzt sie im Wartebereich auf der Stuhlkante, sie wirkt erleichtert, als ich mich ihr vorstelle. Es begegnet mir eine dynamisch und gleichzeitig müde wirkende junge Frau. Sie ist eher dunkel gekleidet, auf den ersten Blick sehr schick wirkend. Später fällt mir auf, dass ihre Kleidung auch etwas abgetragen wirkt, wie Risse in der Fassade ... Während sie sich setzt, entschuldigt sie sich dafür, »so fertig« auszusehen. Im Folgenden berichtet sie wasserfallartig von ihren unendlich vielen Tätigkeiten und Plänen.

Am Ende des Termins fühle ich mich überflutet von Informationen. Sie hat viel gesprochen und keine Pausen entstehen lassen, sodass ich nur wenig sagen oder fragen konnte. Ihren Wunsch nach Kontakt konnte ich nur erahnen, auf der manifesten Ebene hielt sie mich draußen.

Objektiv zeigt sich beim Aushandeln des ersten Termins eine Ambivalenz bei der Jugendlichen. Zwar bittet sie selbst um einen Termin, signalisiert aber gleichzeitig, keine Zeit zu haben. Sie sendet also zwei sich widersprechende Informationen. Subjektiv erweckt sie den Eindruck, dass sie gebeten werden möchte, was sie selbst vermutlich zurückweisen würde.

Im ersten Termin setzt sich dieser Eindruck fort. Sie kommt, sitzt aber auf der Stuhlkante, so als sei sie nur kurz hier und bereit, wieder zu gehen bzw. weggeschickt zu werden. Sie wirkt dynamisch und gleichzeitig müde. Ihre Kleidung sieht auf den ersten Blick schick aus, aber auf den zweiten Blick abgetragen.

Die Therapeutin reagiert irritiert und zunehmend ärgerlich. Die Fantasie, es gebe »Risse in der Fassade«, drängt sich auf und weckt ihr Interesse. Doch die Patientin überflutet sie wasserfallartig mit Informationen und hält sie damit draußen. Es kommt nicht zu einem emotionalen Kontakt. Ein Wunsch nach Kontakt und Beziehung lässt sich eher erahnen. Gleichzeitig spürt die Therapeutin eine Verführung, sich mit den objektiven Daten und Themen zufriedenzugeben, um der sich dahinter verbergenden Leere nicht begegnen zu müssen.

Nach einem weiteren Gespräch und Erhebung der biografischen Anamnese bestätigen sich die Eindrücke aus der ersten Szene.

Die Patientin schildert, sie habe das Gefühl, nach dem Abi »in der Luft zu hängen«. Sie könne keine Entscheidungen für ihre weitere Zukunft treffen, sie sei häufig krank, fühle sich aber von den Ärzten nicht ernst genommen und von den Eltern alleingelassen. Misserfolge würden sie in »die tiefste Traurigkeit« stürzen. Sie frage sich aber, ob es einen Zusammenhang zwischen inneren Zuständen und den Symptomen gebe. Hier deutet sich ein Behandlungswunsch an.

Eine notwendige Voraussetzung für die Anwendung des Konzepts Szenisches Verstehen ist die Bereitschaft der Analytikerin oder des Analytikers zur Rollenübernahme (Sandler, 1976). Es eignet sich gerade für Patienten, die noch nicht zum Verbalisieren in der Lage sind, was vor allem in der Arbeit mit ich-strukturell beeinträchtigten und traumatisierten Patienten eine Rolle spielt. Dieses »in der Psychoanalyse lediglich dem Handeln zugeordnete und als Agieren abgewertete Feld der ›niederen‹ Sinne wurde als ein Reservoir für die symbolische Darstellung von komplexen Sachverhalten angesehen. Diese nichtverbalen Informationen in einer differenzierten Szene geben weit mehr über die bewussten und unbewussten Beziehungen, Komplexe und die Persönlichkeit der Patienten preis als nur sprachlich vermittelte Inhalte« (Laimböck, 2013, S. 885).

Die Arbeit mit Kindern und mit Jugendlichen in der frühen und mittleren Adoleszenz kann weder nur im sprachlichen Austausch noch im klassischen Setting auf der Couch stattfinden, obwohl die Essentials der Psychoanalyse für alle Altersgruppen gelten. Durch die Akzeptanz der nichtverbalen Informationen und des Handelns ergibt sich eine Öffnung und Wertschätzung der psychotherapeutischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten, die durch das ausschließlich gesprochene Wort nicht erreichbar sind. Psychotherapie mit Kindern bis zum Beginn der Pubertät findet vor allem im Spiel statt. Diese spielerische Interaktion geschieht nicht nur mit Gegenständen wie Spielsachen und kreativem Material, sondern mit Mimik, Gestik, Geräuschen, kurz: dem ganzen Körper. Neben der spielerischen Verarbeitung des Alltagserlebens zeigen Kinder im Spiel ihre Sehnsüchte, Wünsche, Ängste und inneren Konflikte in symbolischer und szenischer Form (Lehmhaus u. Reiffen-Züger, 2018). »Spiel ist also neben allem, was es sonst noch ist, auch und gerade Kommunikation, und zwar indirekte Kommunikation im Gegensatz zu einer direkten, gezielten Mitteilung« (Staehe, 2013, S. 37).

Was verstehen wir unter Arbeit mit der OPD-KJ?

Mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik wurde »ein Instrument geschaffen, das einerseits der psychodynamischen Theoriebildung Rechnung trägt und andererseits versucht, die Interrater-Reliabilität in der psychodynamischen Beurteilung seelischer Zustände zu steigern« (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013, S. 12). Dieses Instrument soll dazu beitragen, die Unschärfe psychoanalytischer Begriffe zu präzisieren und der Kritik entgegenwirken, dass psychoanalytische Theorie mit anderen Schulen nicht kommunizierbar und in der Forschung nicht einsetzbar sei. Diese Schärfung bewirkt aber einerseits, dass der für psychoanalytisches Arbeiten notwendige Einbezug von Fantasien, Gefühlen und Anmutungen weniger Raum bekommt, was insofern zu Verkürzungen in Diagnostik und Behandlungspraxis führen kann. Andererseits ermöglicht sie eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Therapeuten unterschiedlicher psychoanalytischer Sichtweisen, Behandlungserfahrungen werden besser operationalisierbar.

Da die OPD-KJ sowohl den Entwicklungsaspekt berücksichtigt als auch in die vier Achsen *Beziehung*, *Struktur*, *Konflikt* und *Behandlungsvoraussetzungen* untergliedert ist, trägt sie zur Strukturierung in der Vorgehensweise bei und stellt eine Unterstützung für die Verschriftung der erhobenen Daten dar. Dies kann vor allem für angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Ausbildung hilfreich sein, sofern sie die OPD-KJ nicht schematisch anwenden.

Die *Achse Struktur* erfasst beispielsweise den Schweregrad einer Störung. Durch die Unterteilung in verschiedene Dimensionen innerhalb der Strukturachse ergeben sich Anhaltspunkte für die in der Regel schwierig zu treffende Unterscheidung zwischen einer Struktur- und einer Konfliktpathologie. Diese Unterscheidung ist ausgesprochen wichtig für die Behandlungsplanung und Empfehlung am Abschluss der diagnostischen Phase.

Die *Achse Konflikt* konzentriert sich auf »zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte, die in entsprechenden Situationen immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern führen, ohne dass dies bewusst wäre« (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013, S. 139; Seiffge-Krenke et al., 2014). Diese inneren Konflikte entstehen aufgrund widerstreitender, aber abgewehrter Emotionen, die im Symptom oder im Verhalten ihren Ausdruck finden. Die Unterscheidung der beiden Modi aktiv und passiv bezieht sich auf die unterschiedliche Art der Abwehr. Die Konfliktachse kann ausgesprochen hilfreich sein für die Erstellung der Berichte an den Gutachter im Antragsverfahren auf Kostenübernahme im ambulanten Setting. Allerdings darf man sich nicht dazu verführen lassen, von der Symptomatik direkt auf bestimmte Konflikte zu schließen. Dies wäre ein

grundlegendes Missverständnis bei der Arbeit mit der Konfliktachse. Im oben genannten Beispiel ließ sich aufgrund der Interpretation der ersten Szene eine Ambivalenz der Jugendlichen zwischen dem Wunsch nach Versorgung und dessen Abwehr vermuten, der sich hinter einem im Vordergrund stehenden Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle verbirgt.

Der diagnostische Prozess ist »im Kern von der Beziehungsaufnahme des Patienten mit dem Untersucher geprägt« (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013, S. 63). Da der Untersucher aber ein Antwortender ist, der eigene Vorerfahrungen und Resonanzen einbringt, das heißt, selbst ein Teil des Geschehens wird, ist die Operationalisierung dieses ausgesprochen komplexen Geschehens ein höchst anspruchsvoller Prozess. Es verlangt vom Untersucher, dass er sowohl das Verhalten und das Beziehungsangebot des Patienten beobachtet als auch seine eigene innere Reaktion darauf wahrnimmt. Günstigenfalls bildet sich schon im ersten Kontakt die Beziehungs- und Konfliktproblematik ansatzweise in der Beziehung zum Untersucher oder zur Untersucherin ab. In der Arbeit mit Kindern, die noch existenziell abhängig sind von den primären Bezugspersonen, ist es notwendig, diese real einzubeziehen, was die Komplexität erhöht. Jugendliche neigen dazu, ihr Erleben handelnd zum Ausdruck zu bringen, Kinder tun dies im Spiel. Um das im Kontakt mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen Erlebte für andere nachvollziehbar dokumentieren zu können, wird in der *Achse Beziehung* ein schrittweises Vorgehen zwischen den Ebenen Kind-Untersucher, Kind-Vater, Kind-Mutter bis hin zu triadischen und polyadischen Ebenen vorgeschlagen. Für psychodynamisch erfahrene Psychotherapeuten wirkt diese Achse leicht sperrig und wenig zielführend. Es wird argumentiert, dass die Beziehung mit einer Diagnostik des Übertragungs-Gegenübertragungserlebens und dem Konzept des Szenischen Verstehens schneller und ebenso gründlich zu erfassen sei. Dies mag zutreffen, wobei die differenzierte Dokumentation mit den verschiedenen Beziehungskreisen dieser Achse im Forschungskontext oder im stationären Bereich sicherlich zielführend ist.

Die Arbeit mit der *Achse Behandlungsvoraussetzungen* konzentriert sich auf die Indikationsstellung und die Behandlungsplanung. Diese Achse, die leicht unterschätzt wird, ist für eine sorgfältige Indikationsfindung, gemeinsam mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen, außerordentlich hilfreich. Die subjektiven Dimensionen wie Leidensdruck, Veränderungsmotivation, Krankheitsgewinn sollten geprüft und gegeneinander abgewogen werden. Dies betrifft nicht nur den kindlichen oder jugendlichen Patienten, sondern auch das Bezugssystem Familie bzw. bei außerfamiliärer Betreuung die entsprechenden Bezugspersonen in Pflegefamilien oder Wohngruppen. Gerade bei Kindern aus prekären Verhältnissen, die dringend therapiebedürftig sind, besteht die Gefahr, dass die Res-

sourcen des Systems überschätzt werden. Eine begonnene Therapie, die nach wenigen Stunden abgebrochen wird, bedeutet für alle Beteiligten eine (erneute) Erfahrung des Scheiterns und sollte nach Möglichkeit vermieden werden.

Arbeit mit Szenischem Verstehen und OPD-KJ – für Ausbildungskandidaten hilfreich oder hinderlich?

Die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den Fachkunden tiefenpsychologisch fundiert und psychoanalytisch erfordert eine umfangreiche Auseinandersetzung mit Theorien, mit sich selbst innerhalb der Selbsterfahrung und dem Erlernen von Diagnostik und Behandlung unter Supervision innerhalb der praktischen Ausbildung. Die Kandidaten werden mit verschiedenen psychoanalytischen Theorien konfrontiert und sie müssen sich im Hinblick auf die Approbationsprüfung medizinisches Fachwissen und Kenntnisse über andere Psychotherapieverfahren aneignen. Die Ausbildung soll auf eine spätere Tätigkeit in unterschiedlichen Arbeitsbereichen (ambulant, stationär, teilstationär, Jugendhilfe) vorbereiten. Insofern erübrigt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, sich mit unterschiedlichen Konzepten auseinanderzusetzen, sie zu erlernen und in der Praxis zu erproben. Inwieweit im Rahmen einer Diagnostik im stationären Bereich oder von probatorischen Sitzungen im ambulanten Setting sowohl die OPD-KJ herangezogen wird als auch das Konzept des Szenischen Verstehens oder beides kombiniert, hängt letztlich von der Arbeitsweise des jeweiligen Psychotherapeuten, der jeweiligen Psychotherapeutin ab. Keinesfalls schließen sie sich aus, denn »dem szenischen Verstehen kommt großes Gewicht in der Konfliktachse zu« (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013, S. 311). Die Autoren der OPD-KJ empfehlen, probatorische Sitzungen mit einem unstrukturierten Interview zu beginnen, Kinder und Eltern getrennt einzuladen und die biografische Anamnese und die Krankengeschichte erst später zu erheben. Insofern lässt sich behaupten, dass die Arbeit mit dem Konzept des Szenischen Verstehens und der OPD-KJ durchaus kompatibel ist und sich gegenseitig ergänzt. Die OPD-KJ ist ausreichend flexibel und bietet die Möglichkeit, im Rahmen einer Diagnostik sowohl mit allen Achsen zu arbeiten als auch einzelne Achsen zu bestimmten Fragen heranzuziehen. Beispielsweise eignet sich die Strukturachse zur Bestimmung von Entwicklungsdefiziten oder die Achse Behandlungsvoraussetzungen bei unklarer Indikation. Das Szenische Verstehen schult den Blick für die nonverbalen Signale in der Beziehung, die OPD-KJ unterstützt bei der Einordnung und Strukturierung.

ACHSE BEHANDLUNGSVORAUSSETZUNGEN

Oliver Bilke-Hentsch

Differenzierung der Behandlungsvoraussetzungen am Beispiel von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Folgt man den aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADS bzw. ADHS), so spielt die psychodynamische Psychotherapie und damit auch eine psychodynamische Diagnostik eine untergeordnete bis marginale Rolle. Die erfolgreichen Möglichkeiten der Psychoedukation, der schulischen Interventionen, der seit Jahrzehnten bewährten Pharmakotherapie und der in den letzten Jahren immer ausgereifteren und manualisierten Verhaltenstherapie bei dieser primär als neurobiologisch bezeichneten Störung lassen ein psychodynamisches Verstehensmodell als überholt und nicht effizient erscheinen.

Wenn dieser Reduktionismus auch für leichte Fälle oder gut behandelbare Fälle mit geringer Komorbidität zutreffen mag, so sorgt die chronifizierte ADHS innerhalb der Familie und innerhalb der dyadischen oder triadischen Beziehungen für erhebliche Probleme und Konflikte. Diese Konflikte sind nicht nur oberflächlicher Natur, sondern verstärken oder initiieren Beziehungsstörungen, Bindungsprobleme, intrapsychische Konflikte und beeinflussen die altersentsprechende psychische Strukturbildung. In letzter Zeit wurden mehrere Langzeituntersuchungen publiziert, die neben dem bekannten Übergang einer ADHS in eine psychotische Störung vor allem den Übergang in eine instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typus oder impulsiven Typus zeigen. Nicht zuletzt unter diesem Aspekt sind psychodynamische Herangehensweisen bei ADHS nicht nur gerechtfertigt, sondern in vielen Fällen unbedingt notwendig.

Die Achse Behandlungsvoraussetzungen der OPD-KJ-2 ermöglicht es hierbei, frühzeitig diejenigen Fälle, bei denen die psychoedukativen, pharmakologischen oder verhaltenstherapeutischen Interventionen ausreichen, von jenen Fällen zu unterscheiden, bei denen ein umfassendes psychodynamisches Krankheitsverständnis und eine entsprechende Interventionsplanung sinnvoll sind.

Die Achse Behandlungsvoraussetzungen

Mit der Achse der Behandlungsvoraussetzungen werden einerseits die subjektiven Krankheits- und Veränderungshypothesen, die subjektive Einschätzung der eigenen Befindlichkeit, andererseits die faktisch vorhandenen Ressourcen in den Bereichen »Familie«, »Selbstwirksamkeit«, »außerfamiliäre Unterstützung« und »Peer-Beziehungen« sowie die spezifische Therapiemotivation und der Veränderungswille anhand von alterstypischen, aber nicht störungsspezifischen Ankerbeispielen bewertet.

- Es geht bei dieser auf den ersten Blick wenig psychodynamisch erscheinenden Achse zum einen um Subjektivität als Grundlage später therapeutisch relevanter Intersubjektivität und Passung mit fünf Beobachtungsbereichen.
- Es geht zweitens um verfügbare und real wirksame Ressourcen (vier Beobachtungsbereiche), die therapeutisch aktiviert und für die Erreichung der individuellen Therapieziele nutzbar gemacht werden können.
- Es geht drittens um eher praktische und besonders bei ADHS-Patienten stark therapiehindernde Themen wie die faktische Arbeitsbündnisfähigkeit, um das stets heikle Thema des Krankheitsgewinns und die spezifische Motivation zu einer psychodynamischen Psychotherapie.

Die sorgfältige Erarbeitung und kritische Bewertung der einzelnen Beobachtungsbereiche bietet eine realistische Grundlage zur Planung (und Begründung) von Therapieprozessen und/oder zur Fokusfindung bei Kurzinterventionen und ist besonders bei instabilen und impulsiven Patienten nützlich. Zur praktischen Dokumentation dienen die Tabellen im Anhang des OPD-KJ-2-Manuals (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Befunddokumentation der Achse Behandlungsvoraussetzungen

Behandlungsvoraussetzungen	0	1	2	3
Subjektive Dimensionen				
Ressourcen				
Spezifische Therapievoraussetzungen				

Differenzieller Einsatz der Achse Behandlungsvoraussetzungen bei ADHS

Subjektive Krankheitshypothesen

Im Einzelfall kann es höchst wichtig und zielführend sein, die subjektiven Hypothesen des Kindes bzw. auch seiner Eltern (und Geschwister) zu erfragen, die die Herleitung und den Kontext der ADHS erklären. In der klinischen Erfahrung werden zumeist externe Gründe genannt (unruhige Schulklasse, ungünstige Peergroup etc.), aber auch Themen wie Temperament, Naturell, Vererbung oder Charakter. In den letzten Jahren werden zunehmend mediale Einflüsse (Internet, Spiele etc.) und schulischer Leistungsstress angeführt. Vielen Krankheitsmodellen und -hypothesen ist eine Externalisierungstendenz eigen, wie sie auch bei der komorbiden dissozialen Störung gefunden wird. Die systematische Erarbeitung der somatischen, psychischen und allgemeinen Krankheits-hypothesen unter Verwendung der OPD-KJ-2 ermöglicht es, diese besonders bei belasteten ADHS-Familien diffus wirkenden Themen zu ordnen und einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Die Erfassung der subjektiven Veränderungsmotivation, die häufig auch im externen Bereich liegt (Wechsel der Schule, Wechsel des sozialen Umfelds, Wechsel des Medikaments etc.), ist hier ebenso hilfreich wie die Erhebung des subjektiven Leidensdrucks, der bei auch schwer betroffenen ADHS-Patienten und -Patientinnen erstaunlich gering sein kann.

Ressourcen

Der Unterbereich Ressourcen der Achse Behandlungsvoraussetzungen der OPD-KJ-2 fokussiert in Ergänzung der Achse V des Multiaxialen Klassifikations-schemas (MAS; Remschmidt, Schmidt u. Poustka, 2008) auf intrapsychische Ressourcen, vor allem das Selbstwirksamkeitsgefühl, sowie auf familiäre Ressourcen, deren Nutzbarmachung für eine psychodynamische Therapie unabdingbar ist, aber auch auf die Nutzung institutioneller Hilfen. Dem Bereich der Peer-Ressourcen kommt mit steigendem Alter höhere Bedeutung zu, zumal viele ADHS-Patienten ab der Frühpubertät die bis dahin noch recht gut »funktio-nierenden« Therapie- und Unterstützungsformen verlassen und sich eher Peer-groups anschließen, die ihr jeweiliges auffallendes aufmerksamkeitsgestörtes oder impulsives Verhalten tolerieren.

Behandlungsvoraussetzungen im engeren Sinn

Jede Therapeutin, die sich mit ADHS-Patienten jeglicher Altersstufe beschäftigt, wird deren Unberechenbarkeit, scheinbare Unzuverlässigkeit und den hohen Aufwand kennen, dessen es bedarf, um eine therapeutische Beziehung langfristig zu halten und nutzbar zu machen. Dies trifft für psychoedukative, pharmakotherapeutische und sozialinterventive Maßnahmen ebenso zu wie für den Aufbau einer psychodynamisch orientierten therapeutischen Beziehung. Es ist daher sinnvoll, am Anfang eines therapeutischen Kontextes diagnostisch genau zu prüfen, ob die Behandlungsvoraussetzungen für eine längerfristige psychodynamische Therapie überhaupt gegeben sind. Der hohe Anfangsleidensdruck und die hohe Motivation zu (irgendeiner) Veränderung täuschen manchmal darüber hinweg, dass das Durchhaltevermögen auch im Kontext einer Therapie beeinträchtigt ist. Die therapeutische Motivation, die Krankheitseinsicht im engeren biopsychosozialen Sinn und die bisher unter Beweis gestellte Arbeitsbündnisfähigkeit sind hierfür wichtige Faktoren.

Im klinischen Fall ist es oft notwendig, zunächst einen psychoedukativ-systemischen Rahmen zu schaffen, dann die spezifische Symptomatik medikamentös zu behandeln (wenn gewünscht und hilfreich), sodann verhaltenstherapeutische Verfahren zur Symptomreduktion und sozialen Anpassung zu wählen und sich danach tiefer liegenden Konflikten und Strukturproblemen zuzuwenden. Bedauerlicherweise zeigt die Erfahrung: Wenn die ersten Schritte relativ erfolgreich verlaufen, sinkt die subjektive und familiäre Motivation, sich den letztlich schmerzhafteren und tiefer liegenden psychodynamisch erklärbaren Faktoren zuzuwenden. Die Erarbeitung eines gemeinsamen psychodynamischen Verständnisses hat dann in der Adoleszenz und auch in der Phase des jungen Erwachsenenalters eine noch größere Bedeutung für Partizipation und Kooperation.

Klinisches Fallbeispiel: Ein »ADHS-Junge« und sein Therapeut

Der zwölfjährige, leicht adipöse rothaarige Nicolas wird wegen motorischer Unruhe, störenden, impulsiven Verhaltens in der sechsten Klasse und starken Stimmungsschwankungen vorgestellt. Die grundsätzlich seit dem fünften Lebensjahr bekannte Problematik einer ADHS (ICD-10: F90.0; bei IQ von 96, inhomogen) war nach Angaben der Mutter durch familiäre Psychoedukation, »viel Auslauf mit den Bauernjungs«, vor allem aber eine angemessen dosierte Medikation »im Griff gewesen«. Nach dem Umzug der Familie wegen deutlichem beruflich-sozialem Aufstieg des Vaters (48 Jahre, zweiter Bildungsweg,