

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3754>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Winter, Sibylle; Jelen-Mauboussin, Anna; Lenz, Klaus; Pressel, Christine; Lehmkühl, Ulrike

Titel: Eine Pilotstudie zur Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62 (4), 285-299

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Eine Pilotstudie zur Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund

Sibylle Winter,¹ Anna Jelen-Mauboussin, Klaus Lenz, Christine Pressel und Ulrike Lehmkuhl

Summary

Investigation of Practicability of OPD-CA for Patients with Migration Background

32 clinical patients (5-15 years) were diagnosed with an OPD-CA interview-manual (Winter, 2004). To investigate practicability of OPD-CA for patients with migration background (N = 14) a comparison with patients without migration background (N = 18) was carried out. There were patients with different ethnical backgrounds. The OPD-CA covers the axes prerequisites for treatment, interpersonal relation, structure and conflicts. Both groups showed equal prerequisites for treatment, interpersonal relation and conflicts. Significant differences were rated in structure: Patients with migration background have fewer skills in control as well as self- and object-perception. The interpretation of these results remained unsettled and suggested a careful use of the axis structure of OPD-CA for patients with migration background. The replication with a larger sample in a multicultural team of therapists and raters would be important.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 285-299

Keywords

psychodynamics diagnostics – practicability – sensibility for culture – patients with migration background

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurden 32 (teil-)stationäre Patienten (5-15 Jahre) anhand eines Interviewleitfadens (Winter, 2004) auf allen Achsen der OPD-KJ beurteilt. Die Praktikabilität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) bei Patienten mit Migrationshintergrund (N = 14) sollte anhand eines Vergleichs mit Patienten ohne Migrationshintergrund (N = 18) in einer Pilotstudie überprüft werden. Es handelte sich um Patienten mit verschiedenen ethnischen Migrationshintergründen. Erwartungsgemäß zeigten Patienten mit und ohne Migrationshintergrund vergleichbare Behandlungsvoraussetzungen, Beziehungsgestaltungen und Konflikte. Bei der psychischen Struktur zeigten sich signifikante Unterschiede: Bei Patienten mit Migrationshintergrund wurde das

¹ Die Erstautorin dankt Frau Dr. med. E. Wohlfart als Mentorin des Mentoring-Programms der Charité für die anregenden Diskussionen zu diesem Thema.

Integrationsniveau in Bezug auf die Steuerung sowie die Selbst- und Objekterleben niedriger als bei Patienten ohne Migrationshintergrund beurteilt. Die Interpretation dieses Ergebnisses bleibt offen und legt die vorsichtige Anwendung der Strukturachse der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund nahe. Wichtig wäre die Replikation an einer größeren Stichprobe in einem interkulturelles Therapeuten- und Raterteam.

Schlagwörter

psychodynamische Diagnostik – Praktikabilität – Kultursensibilität – Patienten mit Migrationshintergrund

1 Hintergrund

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ, Arbeitskreis OPD-KJ, 2003; 2007) erfasst psychodynamische Befunde und ist im Rahmen eines langjährigen Austauschprozesses aus der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie/Psychoanalyse im deutschsprachigen Raum hervorgegangen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die OPD-KJ sich ethnisch überwiegend am deutschsprachigen Kulturraum orientiert. Erste Überprüfungen der Gütekriterien sind erfolgt (Winter, Jelen, Pressel, Lenz, Lehmkuhl, 2011; Seiffge-Krenke, Mayer, Winter, 2011; Benecke et al., 2011). Allerdings hat bisher keine Überprüfung stattgefunden, inwieweit die OPD-KJ für Patienten mit Migrationshintergrund geeignet ist.

In mehreren Veröffentlichungen wird die unkritische Anwendung von diagnostischen Verfahren bei Patienten mit Migrationshintergrund und das Fehlen kultursensibler Instrumente diskutiert (Beckmann, 2009; Gavranidou u. Kahraman, 2009; Schepker u. Toker, 2009a). Diagnostische Verfahren werden aufgrund eines Konstrukts konzipiert, das anhand von Items gemessen werden soll. Diese Konstrukte sind nicht kulturfrei, da Abweichungen von der Norm kulturell variieren. Aus diesem Grunde fordern Gavranidou und Kahraman (2009) die Überprüfung der Validität und Reliabilität von diagnostischen Verfahren an Patienten mit Migrationshintergrund. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche, die meist der zweiten oder dritten Migrantengeneration angehören. Hier stellt sich die Frage, ob die Normen des Herkunfts- oder des Aufnahmelandes oder eigene Normen angewandt werden sollen. Schepker und Toker (2009b) empfehlen als adäquateste Referenzpopulation eine eigene Normierung, da die Patienten einerseits im Rahmen der Familien durch die Kultur der Eltern geprägt, andererseits in Deutschland sozialisiert werden. Zudem wird die Diagnostik durch sprachliche oder auch kulturelle Kommunikationsschwierigkeiten erschwert (Erim, 2009; Gavranidou u. Kahraman, 2009; Wohlfart, Hodzic, Özbek, 2006). Gavranidou und Kahraman (2009) weisen darauf hin, dass Patienten mit Migrationshintergrund zum Teil aus bildungsfernen Regionen kommen und weniger Erfahrung mit anamnestischen Fragen haben.

Aus den oben genannten Gründen kommt es bei Patienten mit Migrationshintergrund zu Fehlern im diagnostischen Prozess und in der Folge dann zu Fehldiagnosen. Dies konnte in einer Studie gezeigt werden (Haasen, Yagdiran, Maas, Krausz, 2000). Es wurden türkische und deutsche Patienten von einem deutschen und türkischen Interviewer mittels eines strukturierten Interviews diagnostiziert. Diese Ergebnisse wurden mit der klinischen Diagnose verglichen. Bei 19 % der türkischen Patienten gab es keine Übereinstimmung der Diagnosen, bei den deutschen Patienten war dies nur bei 4 % der Fall. Remschmidt und Walter (1990) stellten eine höhere Symptombelastung der Patienten mit Migrationshintergrund anhand des CBCL fest. Schepker, Toker und Eberding (1998/2005) führten unter anderem ein Interview mit den Items des CBCL. Diese Studie wurde methodisch gut vorbereitet: überarbeitete bilinguale Fassung des CBCL, Interviewkontext mit Nachfragemöglichkeit im Kontakt mit beiden Eltern, Verwendung verschiedener Normbezüge inklusive deutscher Normen. Insgesamt wurden 18 % Fehlklassifikationen bei der Auswertung der Fragebögen im Vergleich zum Interview-Rating dokumentiert. Von 136 Kindern wurden 7 Patienten falsch positiv und 17 falsch negativ diagnostiziert. Zusammengefasst scheinen bei Patienten mit Migrationshintergrund Fragebögen mit einer klinisch höheren Fehlerquote behaftet zu sein, Interviews die Problematik eher zu unterschätzen. Ergänzend sei erwähnt, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund im Rahmen von Intelligenztestungen die Begabung systematisch unterschätzt wird (Schepker u. Toker, 2009a). Eine „kulturfreie“ Intelligenztestung im engeren Sinne gibt es nicht, da jede Normierung Lernprozesse impliziert, die selbstverständlich in hohem Maße kulturabhängig sind.

Erstmals wurde in der vorliegenden Studie an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation eines universitären Zentrums eine mehrdimensionale kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund durchgeführt. Komplementär zu semistrukturierten psychiatrischen Interviews und testpsychologischen Verfahren wurde auf der Basis der OPD-KJ eine psychodynamische Diagnostik erhoben. In der vorliegenden Studie sollte die Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund überprüft werden. Dazu erfolgte ein Vergleich mit Patienten ohne Migrationshintergrund. Unsere Hypothese war, dass sich bei (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund mit vergleichbaren Geschlechts- und Altersstrukturen sowie Diagnosespektrum die psychodynamischen Befunde nicht unterscheiden.

2 Methodik

Innerhalb eines Jahres wurden in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin insgesamt 155 (teil-)stationäre Patienten behandelt. Von der Untersuchung wurden Patienten mit einem Intelligenzniveau kleiner als 70 IQ-Punkte, Patienten mit einer akuten emotionalen Instabilität, Patienten ohne ausreichende deutsche

Sprachkenntnisse und/oder einer Behandlungsdauer von weniger als vier Wochen ausgeschlossen. 22 Patienten konnten aufgrund dieser Kriterien nicht an der Studie teilnehmen. Insgesamt haben 56 Familien die Studienteilnahme abgelehnt. Häufigste Begründung war das videografierte Interview. Durch technische Probleme (z. B. defektes Mikrophon, falsche Kameraeinstellung, unverwertbare Videokassette etc.) konnten 17 Videos nicht berücksichtigt werden. Zwei Patienten mit Autismus wurden ausgeschlossen, da sie aufgrund ihrer Grunderkrankung nur sehr eingeschränkt explorierbar waren. Um den kulturspezifischen Bias zu verringern, wurden weitere neun Patienten mit Anorexie ausgeschlossen; es handelte sich ausschließlich um Patienten ohne Migrationshintergrund. Zudem wurden weitere 17 Patienten mit affektiven Störungen (F3/F4) ausgeschlossen, da sie mehrheitlich Patienten ohne Migrationshintergrund (N = 12) waren.

Letztendlich konnte eine Gesamtgruppe von 32 Patienten in die Studie eingeschlossen werden: 14 Patienten mit Migrationshintergrund und 18 Patienten ohne Migrationshintergrund. Die Alters- und Geschlechtsverteilung war vergleichbar: Unter den Patienten ohne Migrationshintergrund befanden sich 4 Mädchen und 14 Jungen mit einem Durchschnittsalter von 9,4 Jahren; Unter den Patienten mit Migrationshintergrund befanden sich 2 Mädchen und 12 Jungen mit einem Durchschnittsalter von 8,2 Jahren. Alle Patienten hatten als Erst- oder Zweitdiagnose F9. Für den Migrationshintergrund gilt die Definition des Statistischen Bundesamtes nach der „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem Zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenem Elternteil“ einen Migrationshintergrund haben (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 6). Der Migrationshintergrund wurde geografisch in dieser explorativen Studie nicht eingegrenzt: Die Patienten hatten Wurzeln in der Türkei (N = 4), in Polen (N = 3), in Russland (N = 2), im Iran (N = 2); jeweils ein Patient hatte einen Migrationshintergrund in den Niederlanden, in Großbritannien, in Griechenland, im Libanon, in der Ukraine, in Indien, auf den Philippinen oder in den USA.

Zur Dokumentation der psychodynamischen Befunde wurde die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes und Jugendalters (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003, 2007) auf den vier Achsen – Behandlungsvoraussetzungen, Struktur, Beziehung, Konflikt – erhoben.

Die Achse *Behandlungsvoraussetzungen* beinhaltet die *subjektiven Dimensionen* des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung sowie die Dimensionen *Ressourcen und Therapievoraussetzungen*.

Die Achse *Beziehung* untersucht die interpersonelle Beziehungsgestaltung. Die Qualitäten interpersonellen Verhaltens sind Mischungsverhältnisse der beiden Pole *Kontrolle* (dominant/kontrollierend versus submissiv/unterwürfig) und *Affiliation* (liebevoll/zugewandt versus feindselig/distanziert). Das Beziehungsverhalten wird auf zwei Ebenen beurteilt: Dem *objekt- und dem subjektgerichteten Kreis*. Der *objektgerichtete Kreis* beschreibt die Kommunikation, die auf den Interaktionspartner hin

ausgerichtet ist. Der *subjektgerichtete* Kreis beschreibt die Reaktion auf die Botschaft des Interaktionspartners.

Die Achse *Struktur* setzt sich aus insgesamt drei Dimensionen zusammen: *Steuerung*, *Selbst- und Objekterleben* sowie *kommunikative Fähigkeiten*. Für die drei Dimensionen kann jeweils ein Gesamtwert gebildet werden, zudem ist ein Strukturgesamtwert vorgesehen. Die Gesamtwerte werden jeweils nicht rechnerisch, sondern inhaltlich ermittelt.

Die Achse *Konflikt* erfasst zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte. Diese enthalten widerstreitende Erlebens- und Handlungsperspektiven, deren Integration nicht gelingt. Insgesamt finden sich sieben Konfliktthemen: *Abhängigkeit vs. Autonomie*, *Unterwerfung vs. Kontrolle*, *Versorgung vs. Autonomie*, *Selbstwertkonflikt*, *Loyalitätskonflikt*, *Ödipale Konflikte*, *Identitätskonflikte*. Darüber hinaus werden *konfliktvolle Lebensbelastungen* berücksichtigt. Es ist vorgesehen, sich nach Bedeutsamkeit der einzelnen Konflikte auf den wichtigsten und den zweitwichtigsten Konflikt festzulegen.

Die Stationstherapeuten hatten alle keinen Migrationshintergrund und führten in den ersten vier Wochen der Behandlung ein OPD-KJ-Interview nach einem für die Studie entwickelten Leitfaden (Winter, 2004) durch, um eine möglichst hohe Standardisierung zu erreichen. Der *OPD-KJ-Interviewleitfaden* umfasst 17 Themen mit Beispielfragen, die für die Erhebung der Befunde nach OPD-KJ wichtig sind: Zur Einschätzung der *Behandlungsvoraussetzungen* werden die Patienten zur aktuellen Problematik, ihrer somatischen und/oder psychischen Belastung, zu biopsychosozialen Zusammenhängen und zu ihren subjektiven Krankheitshypothesen gefragt. Darüber hinaus wird den Patienten Gelegenheit gegeben, ihren Leidensdruck und ihre Veränderungsmotivation einzuschätzen. Des Weiteren werden die Patienten zur Beurteilung der Ressourcen, nach ihrer Familie und ihren Freunden sowie ihrer eigenen Zuversicht bezüglich der Symptomatik und ihres Wissens um Hilfen gefragt. Zur Einschätzung der *Struktur* werden die Patienten aufgefordert, Beziehungsepisoden zu beschreiben. Hierzu gehört unter anderem sich selbst und andere wichtige Bezugspersonen zu beschreiben einschließlich der eigenen und fremden Affekte. Im weiteren Verlauf des Interviews war das Gespräch weniger strukturiert, um freie Assoziationen zunehmend zu fördern. Fragen nach Taschengeld, Träumen, der frühesten Kindheits Erinnerung und die Drei-Wünsche-Frage sollten die Assoziationstätigkeit anregen.

Mit allen Patienten unter zwölf Jahren wurde der Scenotest (von Staabs, 1964) durchgeführt. Dieser wurde zur Erfassung unbewusster Probleme bei Kindern und Jugendlichen entwickelt, die der Reflexion zunächst nicht zugänglich sind. Aufgrund standardisierter Materialien (biegbare Puppenfiguren, Tiere, Bäume, Symbolfiguren und Dinge des täglichen Lebens) werden Untersuchungsergebnisse bei verschiedenen Anwendern vergleichbar. Der hohe Aufforderungscharakter des Materials soll beim Kind eine Szenengestaltung provozieren, in der das Alltags- und Beziehungserleben, Ängste, Wünsche und Bewältigungsstrategien erkennbar werden. Wenn das Kind signalisiert, dass die Szene vollständig aufgebaut ist, kann es die Szene beschreiben und ein Spielangebot machen, das der Untersucher aktiv aufnehmen soll.

Das Interview sowie der Scenotest/-spiel wurden per Video aufgenommen (Dauer ca. 40-90 Minuten). Die Auswertung des videografierten Materials einschließlich des Entlassungsberichtes (mit Angaben zum Migrationshintergrund der Patienten) erfolgte unabhängig vom Interviewer in einem Konsensrating von jeweils zwei zuvor zertifizierten, klinisch erfahrenen Ratern, beide ohne Migrationshintergrund. Die Einschätzung der *Behandlungsvoraussetzungen* erfolgte anhand der im Interviewleitfaden gestellten direkten Fragen. Die Achse *Struktur* wurde anhand der Erzählungen der Patienten bezüglich der Beziehungsepisoden bzw. über das gemeinsame Spiel (Sceno) befundet, einschließlich fremdanamnestischer Angaben. In die Bewertung der Achse *Beziehung* ging die Beobachtung der aktuellen Untersuchungssituation ein. Unter Berücksichtigung der Bewertungen aller Achsen und der psychoanalytischen Grundannahmen ergab sich der Befund der Achse *Konflikt*.

Zum Gruppenvergleich der Patienten mit Migrationshintergrund (N = 14) und der Patienten ohne Migrationshintergrund (N = 18) fand ein Mittelwertsvergleich mittels eines T-Tests für unabhängige Stichproben mit SPSS statt.

Die Studien wurden von der zuständigen Ethikkommission genehmigt und unter Einhaltung der Richtlinien der Erklärung von Helsinki durchgeführt. Alle Personen gaben ihre schriftliche Zustimmung vor Studieneinschluss.

3 Ergebnisse

In Bezug auf die Achsen *Behandlungsvoraussetzungen*, *Beziehung* und *Konflikt* zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. In Bezug auf die *Behandlungsvoraussetzungen* (Tab. 1) zeigten alle (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten eine zumindest mittlere psychische Beeinträchtigung und Leidensdruck bei eher geringer Veränderungsmotivation, Ressourcen und Therapievoraussetzungen.

Die Achse *Beziehung* (Tab. 2) zeigte folgendes Bild: Im objekt- und subjektgerichteten Kreis überwogen der positive Affekt gegenüber dem negativen Affekt sowie die Unterwerfung gegenüber der Kontrolle. Im objektgerichteten Kreis waren alle Patienten in Bezug auf den Affekt dem Untersucher gegenüber überwiegend interessiert zugewandt, liebevoll behandelnd und freundlich anleitend. Auf der anderen Seite waren sie weniger vorwurfsvoll, aggressiv/feindselig und desinteressiert abgewandt. In Bezug auf Unterwerfung versus Kontrolle waren die Patienten überwiegend gewähren lassend. Im subjektgerichteten Kreis waren alle Patienten als Reaktion auf den Untersucher überwiegend von Affekt her offen und unbefangen, freudig im Kontakt sowie vertrauensvoll und angepasst. Auf der anderen Seite waren sie weniger unzufrieden gefügig, wütend im Kontakt und missmutig sich verschließend. In Bezug auf Kontrolle versus Unterwerfung überwog das sich fremden Handlungsimpulsen Fügen.

Die Achse *Konflikt* (Tab. 3) zeigte bei allen (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten vier zentrale Konflikte bei beiden Patientengruppen: Die

Tabelle 1: Behandlungsvoraussetzungen: Mittelwerte (0 = nicht vorhanden, 1 = niedrig, 2 = mittel, 3 = hoch)

	ohne -Migrationshintergrund	mit	T	df	P
Subjektive Dimensionen					
Somatische Beeinträchtigung	0,7	1,5	-.9	5	.384
Psychische Beeinträchtigung	2,1	2,3	-.3	19	.737
Krankheitshypothese altersentsprechend	0,8	1,3	-1.2	16	.262
Leidensdruck	2,3	2,4	-.1	16	.888
Veränderungsmotivation	1,6	1,4	.8	25	.410
Ressourcen					
Beziehung Gleichaltrige	1,4	1,4	.02	29	.984
Außerfamiliale Unterstützung	1,8	1,8	-.8	-.3	.755
Familiale Unterstützung	1,3	1,3	-.2	29	.862
ICH-Ressourcen	1,6	1,3	1.0	20	.310
Therapie Voraussetzungen					
Einsichtsfähigkeit	1,4	0,8	1.4	11	.193
Behandlungsmotivation	1,6	1,5	.4	19	.707
Krankheitsgewinn	1,1	1,5	-1.4	29	.161
Bündnisfähigkeit	1,8	2,1	-1.2	29	.250

Anmerkungen: * p < .05; ** p < .01**, p < .001***

Tabelle 2: Beziehungssache: Mittelwerte (1 = nicht vorhanden, 3 = mittel, 5 = stark)

Einzelitem/Kreis	ohne -Migrationshintergrund	mit	T	Df	P
Objektgerichtet					
gewähren lassend	3,6	3,8	-.8	21	.415
interessiert zugewandt	3,0	3,0	.2	21	.820
liebvoll behandelnd	3,0	3,1	-.4	30	.692
freundlich anleitend	2,4	2,4	.01	30	.929
bestimmend, kontrollierend	1,9	1,9	.2	30	.817
vorwurfsvoll	1,2	1,3	-.3	22	.744
aggressiv/feindselig	1,3	1,5	-.8	19	.441
desinteressiert abgewandt	2,1	2,1	-.1	27	.914
Subjektgerichtet					
eigenen Handlungsimpulsen folgend	2,7	2,4	.8	30	.436
offen und unbefangen	3,1	3,2	.3	24	.785
freudig im Kontakt	2,9	2,8	.8	21	.640
vertrauensvoll und angepasst	3,0	3,2	-.5	24	.605
fremden Handlungsimpulsen sich fügend	3,3	3,3	.2	30	.853
unzufrieden gefügig	2,1	2,1	.4	30	.681
wütend im Kontakt	1,5	1,4	.5	30	.692
missmutig sich verschließend	2,0	1,9	.4	28	.729

Anmerkungen: * p < .05, ** p < .01**, p < .001***

konflikthafte Lebensbelastung, den Konflikt Abhängigkeit versus Autonomie, den Selbstwertkonflikt und den Konflikt Versorgung versus Autarkie. Eine weniger bedeutsame Rolle spielte der Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle. Die übrigen Konflikte (Loyalitätskonflikt, Ödipaler Konflikt, Identitätskonflikt) spielten eine zu vernachlässigende Rolle.

Tabelle 3: Konfliktachse: Mittelwerte (0 = nicht vorhanden, 1 = gering bedeutsam, 2 = mäßig bedeutsam, 3 = sehr bedeutsam)

Konflikte	ohne - Migrationshintergrund - mit		T	df	P
Abhängigkeit vs. Autonomie	1.3	1.2	.1	29	.906
Unterwerfung vs. Kontrolle	0.9	1.4	-1.4	28	.168
Versorgung vs. Autarkie	0.8	1.0	-.6	29	.549
Selbstwertkonflikt	1.7	2.1	-1.1	20	.298
Loyalitätskonflikt	0.2	0.1	.6	27	.537
Ödipaler Konflikt	0.3	0.3	.09	29	.927
Identitätskonflikt	0.05	0.0	1.0	17	.331
Konflikthafte Lebensbelastung	1.9	2.0	-.2	21	.877

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Die Achse *Struktur* (Tab. 4) zeigte signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen in den Dimensionen *Steuerung* sowie *Selbst- und Objekterleben*. Insgesamt hatten Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Patienten ohne Migrationshintergrund ein signifikant niedrigeres Integrationsniveau in den genannten Bereichen. In Bezug auf die Dimension *Steuerung* zeigten Patienten mit Migrationshintergrund überwiegend ein geringes Integrationsniveau, Patienten ohne Migrationshintergrund ein mäßig bis geringes Integrationsniveau. Im Vergleich fanden sich auf Einzelitem-Ebene signifikante Unterschiede für das Item „Selbstgefühl“. Nach Urteil der Rater bedeutet dies, dass Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich ein schlechteres Selbstgefühl hatten. Im Bereich *Selbst- und Objekterleben* zeigten die Patienten mit Migrationshintergrund ein mäßiges bis geringes Integrationsniveau, die Patienten ohne Migrationshintergrund ein fast mäßiges Integrationsniveau. Im Vergleich fand sich beim Gesamtwert und beim Item „Selbsterleben“ ein statistisch signifikanter Unterschied. Nach der Beurteilung der Rater bedeutet das, dass Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich im Bereich *Selbst- und Objekterleben* mehr Schwierigkeiten zugeschrieben werden. Im Selbsterleben wird beurteilt, inwieweit die Selbstbeschreibung in Bezug auf authentische persönliche Eigenschaften und kollektive Werte gelingt, dabei wird auch berücksichtigt, ob über verschiedene Entwicklungsphasen hinweg ein Identitätsgefühl und eine Vorstellung von der eigenen Selbstwirksamkeit in den Augen des Untersuchers besteht (OPD-KJ, Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 127). Im Objekterleben wird beurteilt, inwieweit eine Auseinandersetzung mit dem Gegenüber und seiner sozialen Rolle stattfindet und eine realistische Abstufung des Näheverhältnisses gelingt. Es geht um die Frage, wann das Gegenüber als Freund

bzw. Bekannter oder als Fremder gesehen wird, und ob dies der Situation gerecht wird (OPD-KJ, Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 127).

Tabelle 4: Strukturachse: Mittelwerte (1 = gute Integration, 3 = mäßige, 5 = geringe, 7 = schlechte, 9 = Desintegration)

Struktur	ohne - Migrationshintergrund - mit		T	df	P
Negativer Affekt	4.3	4.7	-1.2	26	.250
<i>Selbstgefühl</i>	4.2	5.1	-2.7	29	.010**
Impulssteuerung	4.6	5.0	-1.1	30	.291
Steuerungsinstanz	3.7	4.2	-1.0	30	.302
Konfliktbewältigung	4.4	4.7	-1.0	30	.307
Gesamtwert Steuerung	4.4	4.9	-1.2	29	.233
<i>Selbsterleben</i>	3.6	4.6	-2.6	29	.014**
Selbst-Objektdifferenzierung	3.3	3.5	-0.5	30	.629
Objekterleben	3.6	4.3	-1.6	30	.116
Empathie	4.0	4.2	-.6	29	.548
<i>Gesamtwert Selbst-/Objekterleben</i>	3.5	4.2	-2.1	29	.042*
Kontakt	3.8	4.2	-1.1	29	.288
Entschlüsselung fremder Affekte	4.3	4.2	.3	29	.754
Kommunikative Funktion eigener Affekte	4.4	4.7	-.8	29	.442
Reziprozität	3.9	4.1	-.5	30	.616
Internalisierte Kommunikation	3.8	4.1	-.9	30	.394
Gesamtwert Kommunikative Fähigkeiten	4.1	4.3	-.6	29	.525
Gesamtwert	3.9	4.4	-1.6	29	.107

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Auf der anderen Seite fanden sich für den Bereich *Kommunikative Fähigkeiten* für den Gesamtwert und für die Einzelitems keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt ergab das Rating ein mäßiges bis geringes Integrationsniveau für die untersuchte Stichprobe. Mit der OPD-KJ erreichten Patienten mit Migrationshintergrund vergleichbare Fähigkeiten, Kontakt aufzunehmen, Affekte bei sich und anderen wahrzunehmen und zu kommunizieren. Auch die internalisierte Kommunikation zeigte ein vergleichbares mäßiges bis geringes Integrationsniveau für beide Patientengruppen.

4 Diskussion

In der vorliegenden Pilotstudie wurden psychodynamische Befunde bei Patienten mit Migrationshintergrund erhoben und mit Befunden von Patienten ohne Migrationshintergrund verglichen. Es sollte die Praktikabilität der OPD-KJ für die Psycho-diagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund überprüft werden.

Für die Achsen *Behandlungsvoraussetzungen* und *Beziehung* ergaben sich erwartungsgemäß keine signifikanten Unterschiede in allen Bereichen. Es handelt sich um (teil-)stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Patienten. Insofern erscheint es klinisch nachvollziehbar, dass die Behandlungsvoraussetzungen bei allen Patienten – unabhängig vom Migrationshintergrund – vergleichbar beurteilt wurden. Die hohe psychische Beeinträchtigung bei geringer Veränderungsmotivation und geringen Ressourcen sind typische Voraussetzungen für die Indikationsstellung für eine (teil-)stationäre Behandlung (Färber, 1991). Zu beachten ist, dass die meisten Items direkt erfragt werden müssen, das heißt, die Patienten selbst schildern ihre subjektive Sicht. In diesem Zusammenhang scheint bei der Beurteilung die Frage des Migrationshintergrundes keine Rolle zu spielen, was wir auch aufgrund unserer klinischen Erfahrung erwartet hätten. Bei der Beziehungsgestaltung zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede. Dies spricht für eine „*kultursensible Begegnungskultur*“. Die Patienten mit Migrationshintergrund konnten in den Beziehungen positive Affekte zulassen und den Untersucher gewähren lassen. Es handelt sich hierbei um eine Beobachtungsaussage. Die Rater scheinen sich diesbezüglich vom Migrationshintergrund nicht beeinflussen zu lassen. Bei der Beurteilung der *Konflikte* sind die Rater angehalten, alle vorhandenen Befunde zusammenzutragen. Auch hier scheint der Migrationshintergrund keine Rolle zu spielen. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei allen Patienten um kinder- und jugendpsychiatrische (teil-)stationäre Patienten mit vergleichbaren Diagnosen und psychodynamischen Konflikten handelt. Diese Befunde könnten auch für einen hohen Integrationsgrad bei den Patienten mit Migrationshintergrund sprechen.

Auf der anderen Seite könnte es auch sein, dass die Rater die Unterschiede bei der Beurteilung ausgeblendet haben, da sie aufgrund wohlgemeiner Tendenzen im Sinne von interkultureller Toleranz nur Gleiches sehen (Schatz, Holtz-Bacha, Nieland, 2000).

In Bezug auf die Entwicklung eines Identitätskonfliktes gibt es in der Literatur durchaus unterschiedliche Standpunkte. Auf der einen Seite werden bei Patienten mit Migrationshintergrund Unsicherheiten bei der Identitätsentwicklung und Identitätskonflikte beschrieben. Kohte-Meyer (2006, 2009) gibt zu bedenken, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zwischen verschiedenen Welten leben. Sie führt weiter aus, dass die innerpsychische Integration dieser Welten bzw. Das-Sich-Bewegen in verschiedenen kulturellen Normen gerade für Kinder und Jugendliche eine hohe psychische Anstrengung bedeutet und daher die Ausbildung einer stabilen Ich-Identität erschwert ist. Auf der anderen Seite wird beschrieben, dass die Auseinandersetzung zwischen der „Kultur der Familie“ und der „Kultur der Gesellschaft“ die psychische Entwicklung fördert (Scheperker u. Toker, 2009a) und eine Vielzahl von möglichen Identitätsformen ermöglicht (Scheperker et al., 1998/2005). Hamburger (1997) geht sogar noch weiter, indem er sagt, dass bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund die Möglichkeit des Eintauchens in eine andere Kultur prinzipiell eine die eigene Potentiale vergrößernde Entwicklungschance beinhaltet. Migration schafft einen Zuwachs an Möglichkeiten für die Familie und das Individuum. Es ergeben sich

dadurch kreative Lösungswege für die Identitätsentwicklung und für die Integration von zuvor als unvereinbar geltende Werte und Normen (Schepker u. Toker, 2009b). Es scheint sinnvoll zu sein, im OPD-KJ Manual darauf hinzuweisen, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund die Entwicklung der Identität bzw. eines Identitätskonfliktes besonderen Bedingungen unterworfen ist.

Nur im Bereich der Achse *Struktur* zeigten Patienten mit Migrationshintergrund ein signifikant niedrigeres Integrationsniveau in den Bereichen Steuerung und Selbst- und Objektwahrnehmung. Dies entspricht nicht unseren klinischen Erwartungen. Nach der Beurteilung durch die Rater verfügten die Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich über niedrigere Kompetenzen im Bereich *Steuerung*, insbesondere beim „Selbstgefühl“, und im Bereich *Selbst- und Objekterleben*, insbesondere beim „Selbsterleben“. Diese beiden Kompetenzen sind bedeutsam für ein positives Selbstgefühl und ein sicheres Identitätsgefühl mit Entwicklung einer angemessenen Nähe dem Anderen gegenüber.

Es gibt verschiedenen Hypothesen zur Erklärung: Das Konzept der psychischen Struktur nach Rudolf (1993) beinhaltet Erlebnis- und Handlungsrepertoires auf der Basis von Interaktionserfahrungen. Diese Erfahrungen finden nach Winnicott (1974) in einem intermediären Raum statt. In diesem können innere und äußere Realität voneinander getrennt und in wechselseitiger Verbindung gebracht werden. Dies bildet die Basis für Fähigkeiten, Hypothesen über sich selbst, über andere und über die soziale Umwelt zu bilden sowie die Basis für kommunikative Fähigkeiten und für Fähigkeiten zur Emotionsregulation. In der Psychotherapie mit Patienten mit Migrationshintergrund gibt es analog den Begriff des transkulturellen Übergangsraumes (Özbek u. Wohlfart, 2006). Dieser Raum ermöglicht den Patienten, sich damit auseinanderzusetzen, dass sie in der äußeren Realität zwar im Aufnahmeland angekommen sind, aber innerlich die Trennung von der Heimat erst allmählich erfassen und diese Erfahrungen noch lange Teil der Identität sind. Es ist davon auszugehen, dass die Interaktionserfahrungen deren Kinder ebenfalls in einem transkulturellen Übergangsraum stattfinden und diese für die Entwicklung der psychischen Struktur der Kinder und Jugendlichen prägend sind.

Die Kulturspezifität zeigt sich auch in Moralvorstellungen und Werteorientierungen, was die Entwicklung der psychischen Struktur beeinflusst (Petrowski, Joraschky, Juen, Benecke, Cierpka, 2009). Dazu gehören auch beispielsweise die Werte Autonomie und Individualismus als westliche Standards und die kollektivistische Orientierung als östlicher Standard (Burman, 1994; Lebra, 1994). Zudem haben die nichtwestlichen Kulturen rigide, weniger erklärende Erziehungsmethoden (Uslucan, 2009). Diese Einflüsse auf die Entwicklung der Struktur könnten erklären, warum sich die beiden Patientengruppen unterscheiden. Darüber hinaus scheint das Selbstwertgefühl von Patienten mit Migrationshintergrund aufgrund der Migrationsgeschichte niedriger zu sein, die Kränkbarkeit ist erhöht und der Umgang mit negativen Affekten erschwert. Patienten mit Migrationshintergrund haben in der Regel multiple Diskriminierungserfahrungen (Haufe, 2006) z. T. mit psychischen Verletzungen erfahren. Die gesellschaftspolitischen Themen wie

Diskriminierungserfahrungen und Einbürgerung bis hin zu aktuellen Ereignissen und den dadurch ausgelösten Affekten haben Einfluss auf die Befunderhebung (Güc, 2006) und erklären möglicherweise die erhobenen Strukturmerkmale.

Im Bereich Selbst- und Objektwahrnehmung können ähnliche Überlegungen angestellt werden. Das Selbsterleben erfasst zum einen neben persönlichen Eigenschaften auch kollektive Werte und die Entwicklung eines sicheren Identitätsgefühls. Gerade bei Patienten mit Migrationshintergrund im Kindes- und Jugendalter werden Unsicherheiten in der Identität beschrieben (Kohte-Meyer, 2006, 2009). Beim Objekterleben wird beschrieben, inwieweit eine abgestufte Nähe zu Anderen im Sinne von Freunden, Bekannten und Fremden gelingt. Wenn Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bei ihren Familien in Deutschland aufwachsen, die die Aufnahmegesellschaft als eher fremd erleben, könnte sich dies auch in Unsicherheiten der psychischen Struktur manifestieren (Kohte-Meyer, 2006, 2009).

Die gezeigten Unterschiede in der psychischen Struktur könnten auch mit ganz anderen Überlegungen im Zusammenhang stehen. Möglicherweise suchen Patienten mit Migrationshintergrund eine (teil-)stationäre Behandlung aufgrund der in der Literatur beschriebenen Inanspruchnahmebarrieren (Scheper u. Toker, 2009a) später auf. Diese Verzögerung der Behandlung könnte sich in den beschriebenen strukturellen Schwierigkeiten widerspiegeln.

Darüber hinaus könnte die Beurteilung dieser Items insgesamt aufgrund der Operationalisierung auch unabhängig vom Migrationsstatus schwieriger sein. Als Basis für das Rating handelt es sich um offene Fragen zum Umgang mit negativen Affekten, zur Selbstbeschreibung und zu Schilderungen von Beziehungsepisoden. Auf Basis dieser Schilderungen erfolgt das Rating. Dies steht im Gegensatz zu den anderen Achsen: Zur Beurteilung der Behandlungsvoraussetzungen werden direkte Fragen gestellt, die Beurteilung der Achse Beziehung beruht auf Beobachtung und die Beurteilung der Achse Konflikt erfolgt als Zusammenschau.

Zusätzlich könnte die Beurteilung durch ein Therapeuten- und Raterteam ohne Migrationshintergrund nicht alle Aspekte erfasst oder eine für den jeweiligen Patienten nicht geeignete Gewichtung vorgenommen haben. Es könnte sein, dass den Patienten mit Migrationshintergrund diese Schilderungen schwerer fielen. Es ist zum einen denkbar, dass sie gewohnt sind, über solche Inhalte im häuslichen Bereich eher in der Muttersprache zu sprechen. Zum anderen könnte es auch je nach Kulturhintergrund sein, dass über solche Inhalte im häuslichen Bereich grundsätzlich weniger gesprochen wird. Je weniger Material, umso schwieriger das Rating. Für eine kultursensible Beurteilung ist vielfach die Integration von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund empfohlen worden. Therapeuten mit eigenem Migrationshintergrund wirken als positive Identifikationsfiguren (Scheper, 2009) und haben Zugang zu den „transnationalen Lebenswelten“ (Reich u. Roth, 2002). Dies könnte die Qualität der Schilderungen von Patienten wesentlich verbessern, zum einen ist gegebenenfalls die Fragestellung in der Muttersprache möglich, zum anderen könnte der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund geeignetere Worte finden, um unvollständige Schilderungen plastischer zu machen und die Qualität

des Ratings zu verbessern. Zur Beurteilung könnte zudem das Berry-Schema (Berry, Portiinga, Seagall, Dasen, 1992) hilfreich sein, das das Maß der Integration festlegt.

Zusammenfassend könnte die schwierigere Operationalisierung der Items im Bereich Steuerung und Selbst- und Objekterleben und das Fehlen eines multikulturellen Therapeuten- und Raterteams zu diesen Ergebnissen geführt und sich ungünstig potenziert haben.

Die vorliegende Studie hat methodische Schwächen: Zum einen ist die Stichprobe klein, zum anderen haben die Patienten verschiedene ethnische Migrationshintergründe. Zuletzt sei erwähnt, dass bisher keine Studien vorliegen, die gesunde Probanden mit Migrationshintergrund anhand von OPD-KJ untersuchen und deshalb keine Kontrollgruppe existiert.

In der vorliegenden Pilotstudie konnte erstmals die Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund überprüft werden. Dazu wurde ein Vergleich mit Patienten ohne Migrationshintergrund durchgeführt. Unsere Hypothese, dass sich vergleichbare Ergebnisse zeigen, konnte nicht für alle Bereiche belegt werden. Insbesondere im Bereich Struktur zeigten sich Unterschiede. Die Gründe dafür bleiben offen. Diskutiert wurden auf der einen Seite die Migrationsgeschichte, die Erziehungsmethoden und Wertevorstellungen der Familie, die sich in der psychischen Struktur widerspiegeln und das niedrigere Integrationsniveau im Bereich Steuerung und Selbst- und Objekterleben bedingen. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob dies mit grundsätzlichen Schwierigkeiten bei der Operationalisierung der Items in diesem Bereich zusammenhängt. Nicht zuletzt könnte eine weitere Überlegung eine Rolle spielen: Die Therapeuten und die Rater hatten keinen eigenen Migrationshintergrund. Es ist davon auszugehen, dass die Kultursensibilität durch multikulturelle Therapeuten- und Raterteams erhöht werden könnte.

Auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie wird eine vorsichtige Anwendung der Strukturachse bei Patienten mit Migrationshintergrund empfohlen. Dringend erforderlich ist die Replikation an einer größeren Stichprobe unter Einbezug eines multikulturellen Therapeuten- und Raterteams.

Literatur

- Arbeitskreis OPD-KJ (2003). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (2007). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, 2. Auflage. Bern: Huber.
- Beckmann, M. (2009). Die transkulturelle Adaptation – Eine Methode zur Entwicklung kulturspezifischer Messverfahren. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie*. Ein Lehr- und Praxisbuch (S. 299-313). Stuttgart: Kohlhammer.
- Benecke, C., Bock, A., Wieser, E., Rieschner, R., Lochmann, M., Küspert, F., Schorn, R., Viertel, B., Steinmayr-Gensluckner, M. (2011). Reliabilität und Validität der OPD-KJ-Achsen Struktur und Konflikt. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 60-73.

- Berry, J. W., Portiinga, Y. H., Seagall, M. H., Dasen, P. (1992). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burman, E. (1994). *Deconstructing developmental psychology*. New York: Routledge.
- Erim, Y. (2009). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Färber, H. (1991). Indikation zur stationären und ambulanten Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus tagesklinischer Sicht. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 91, 26-29.
- Gavranidou, M., Kahraman, B. (2009). Einsatz diagnostischer Verfahren bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2, 94-105.
- Güc, F. (2006). Transkulturelle Psychoanalyse: Ein Psychotherapieansatz für Migranten. In E. Wohlfart, M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 81-94). Heidelberg: Springer.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Maas, R., Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 101, 125-129.
- Hamburger, F. (1997). Kulturelle Produktivität durch komparative Kompetenz. In I. Gogolin, B. Nauck (Hrsg.), *FABER-Konferenz: Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung. Dokumentation einer Fachtagung vom 20.-22.03.1997* (S. 151-163). Eigendruck Universität Chemnitz.
- Haufe, S. G. (2006). Interkulturelle Öffnung und Professionalisierung in Europa. In E. Wohlfart, M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 227-238). Heidelberg: Springer.
- Kohte-Meyer, I. (2006). Kindheit und Adoleszenz zwischen verschiedenen Kulturen und Sprachen. In E. Wohlfart, M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 239-276). Heidelberg: Springer.
- Kohte-Meyer, I. (2009). Funktionsstörungen des Ich und die Neuorientierung der Ich-Identität im Migrationsprozess. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie* (S.146-157). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lebra, T. S. (1994). Mother and child in Japanese socialization. A Japan-U.S. comparison. In P. M. Greenfield, R. R. Cocking (Hrsg.), *Cross-cultural roots of minority child development* (S. 259-274). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Özbek, T., Wohlfart, E. (2006). Der transkulturelle Übergangsraum – ein Theorem und seine Funktion in der transkulturellen Psychotherapie. In E. Wohlfart, M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 169-176). Heidelberg: Springer.
- Petrowski, K., Joraschky, P., Juen, F., Benecke, C., Cierpka, M. (2009). Unterschiede im Spielverhalten von Vierjährigen aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 297-309.
- Reich, H. H., Roth, H. J. (2002). *Spracherwerb zweisprachig aufwachsender Kinder und Jugendlicher. Ein Überblick über den Stand der nationalen und internationalen Forschung*. Hrsg: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Bildung und Sport, Amt für Schule. Hamburg: Reset.
- Remschmidt, H., Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rudolf, G. (1993). *Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Enke.

- Schatz, H., Holtz-Bacha, C., Nieland, J.-U. (2000). *Migranten und Medien*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schepker, R. (2009). Prävention und Integration bei Kindern in Zuwandererfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 263-277.
- Schepker, R., Toker, M. (2009a). *Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schepker, R., Toker, M. (2009b). Kinder und Jugendliche mit Zuwanderungshintergrund als Patienten. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schepker, R., Toker, M., Eberding, A. (1998/2005). Familiäre Bewältigungsstrategien. Bewältigungsstrategien und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten Jugendlicher in Familien aus der Türkei unter besonderer Berücksichtigung Versorgung. Abschlussbericht an die DFG, Projekt Sche 374/2-1, 2-2, 2-3. Ulmer Volltextserver, <http://vts.uni-ulm.de/query.meta.asp>
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S., Winter, S. (2011). Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 176-193.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2008*. Wiesbaden.
- Uslucan, H.-H. (2009). Gewalterfahrungen, Erziehung im Elternhaus und Wohlbefinden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 278-296.
- von Staabs, G. (1964). *Der Scenotest* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Winter, S. (2004). *OPD-KJ – Interviewleitfaden*. Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Charité, Universitätsmedizin-Berlin, Campus Virchow Klinikum: Unveröffentlicht.
- Winter, S., Jelen, A., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2011). Klinische und empirische Befunde zur OPD-KJ. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 41-59.
- Winnicott, D. W. (1974). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wohlfart, E., Hodzic, S., Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfart, M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 243-267). Berlin: Springer.

Korrespondenzanschrift: Sibylle Winter, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin. E-Mail: Sibylle.Winter@charite.de

Sibylle Winter und Ulrike Lehmkuhl, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Charité Universitätsmedizin Berlin; *Anna Jelen-Mauboussin*, Z. Z. Elternzeit, Heidelberg; *Klaus Lenz*, Institut für Biometrie, Klinische Biometrie, Charité Universitätsmedizin Berlin; *Christine Pressel*, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin