



# Sozio-emotionales Lernen

Pädagogik sozio-emotionaler  
Entwicklungsförderung

Dennis Christian Hövel, Claudia Schellenberg,  
Pierre-Carl Link, Olivia Gasser-Haas (Hrsg.)



Dennis Christian Hövel, Claudia Schellenberg,  
Pierre-Carl Link, Olivia Gasser-Haas (Hrsg.)

## **Sozio-emotionales Lernen**

Pädagogik sozio-emotionaler  
Entwicklungsförderung



Dennis Christian Hövel, Claudia Schellenberg,  
Pierre-Carl Link, Olivia Gasser-Haas (Hrsg.)

# **Sozio-emotionales Lernen**

Pädagogik sozio-emotionaler  
Entwicklungsförderung



© 2024

Edition SZH/CSPS

Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik (SZH) Bern  
Fondation Centre suisse de pédagogie spécialisée (CSPS) Berne  
Fondazione Centro svizzero di pedagogia specializzata (CSPS) Berna  
Fundaziun Center svizzer da pedagogia speciala (CSPS) Berna



Diese Publikation wurde gefördert durch den SNF – Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

Coverbild: Fatima Mohamed (Illustration) und Maja Davé (Grafik)

Layout: Weber Verlag AG

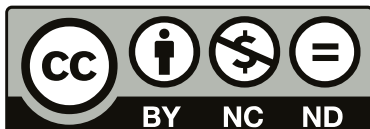
Lektorat: Edition SZH/CSPS

ISBN Print on demand: 978-3-905890-92-1

ISBN E-Book: 978-3-905890-91-4

Die Verantwortung für den Inhalt der Texte liegt bei der jeweiligen Autorin/beim jeweiligen Autor.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Lizenz 4.0 International (BY-NC-ND).



Edubook stellt alle Produkte ausschliesslich in der Schweiz her;  
dies vollumfänglich klimaneutral und auf FSC®-zertifizierten Papieren.



# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>Vorwort</b>	<b>9</b>
<b>II</b>	<b>Einführung und Aufbau des Buches</b>	<b>11</b>
<b>III</b>	<b>Fallvignetten</b>	<b>17</b>
	<b>Fallvignette 1: Lara</b>	<b>19</b>
	Christina Bär, Xenia Müller, Martin Jany und Max Schläfli Bieri	
	<b>Fallvignette 2: Louis</b>	<b>31</b>
	Xenia Müller, Christina Bär, Max Schläfli Bieri und Martin Jany	
	<b>Fallvignette 3: Martina</b>	<b>39</b>
	Martin Jany, Max Schläfli Bieri, Christina Bär und Xenia Müller	
<b>1</b>	<b>Grundlagen einer Pädagogik sozio-emotionaler Entwicklungsförderung</b>	<b>49</b>
	<b>1.1 Sozio-emotionales Lernen (SEL) für inklusive Bildung</b>	<b>51</b>
	Dennis C. Hövel	
	<b>1.2 Mehrstufige Förderung am Beispiel des «Schoolwide Positive Behaviour Support» SWPBS</b>	<b>63</b>
	Dennis C. Hövel, Anja Solenthaler, Annette Krauss, Pierre-Carl Link und Fabio Sticca	
	<b>1.3 Zur normativen Reichweite einer Pädagogik sozio-emotionaler Entwicklung</b>	<b>79</b>
	Pierre-Carl Link und Verena Muheim	

<b>1.4 Häufigkeit sozio-emotionaler Problemlagen</b>	<b>89</b>
Annette Krauss und Claudia Schellenberg	
<b>1.5 Ätiologie sozio-emotionaler Kompetenzen und deren Bedeutung für den Bildungsauftrag</b>	<b>99</b>
Olivia Gasser-Haas, Claudia Schellenberg, Pierre-Carl Link und Dennis C. Hövel	
<b>1.6 Stärkung sozio-emotionaler Kompetenzen im schulischen Unterricht</b>	<b>115</b>
Olivia Gasser-Haas und Claudia Schellenberg	
<b>1.7 Pädagogisch-therapeutische Auftrags- und Zielumsetzung</b>	<b>127</b>
Olivia Gasser-Haas, Anja Solenthaler, Lucia Maier Diatara und Pierre-Carl Link	
<b>1.8 Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team</b>	<b>137</b>
Susan C. A. Burkhardt, Markus Matthys und Claudia Schellenberg	
<b>1.9 Transition – inklusive Bildung beim Übergang Schule–Beruf</b>	<b>147</b>
Claudia Schellenberg, Annette Krauss und Patrizia Rösli	
<b>2 Diagnostik im Bereich sozio-emotionaler Entwicklung</b>	<b>159</b>
<b>2.1 Klassifikationssysteme und deren Bedeutung für die Pädagogik</b>	<b>161</b>
Dennis C. Hövel, Noëlle Behringer und Pierre-Carl Link	
<b>2.2 Diagnose-Förderprozess</b>	<b>173</b>
Dennis C. Hövel	
<b>2.3 Statusdiagnostik</b>	<b>185</b>
Fabio Sticca, Anja Solenthaler, Patrizia Rösli, Markus Matthys und Dennis C. Hövel	
<b>2.4 Verlaufsdiagnostik</b>	<b>197</b>
Dennis C. Hövel, Jürgen Kohler und Fabio Sticca	



<b>2.5 Diagnostik als multiprofessionelle Zusammenarbeit</b>	<b>207</b>
Melanie Nideröst, Anja Solenthaler, Christina Bär und Xenia Müller	
<b>3 Pädagogische und therapeutische Handlungsansätze</b>	<b>219</b>
<b>3.1 Lerntheoretische und kognitionspsychologische Ansätze in der Förderung sozio-emotionaler Kompetenzen</b>	<b>221</b>
Annette Lütolf Belet, Susan C. A. Burkhardt und Dennis C. Hövel	
<b>3.2 Psychodynamische Handlungsansätze: Bindung und Mentalisierung</b>	<b>233</b>
Alex Neuhauser, Patrizia Rööslì, Verena Muheim, Iris Bräuninger und Pierre-Carl Link	
<b>3.3 Personenzentrierte, körperorientierte und systemische Ansätze</b>	<b>245</b>
Claudia Schellenberg, Margaretha Florin, Lucia Maier, Ilona Widmer, Thomas Lustig und Iris Bräuninger	
<b>IV Fazit einer Pädagogik sozio-emotionaler Entwicklungsförderung</b>	<b>257</b>
Claudia Schellenberg, Olivia Gasser-Haas, Dennis C. Hövel und Pierre-Carl Link	
<b>V Verzeichnis der Autorinnen und Autoren</b>	<b>263</b>

## 2.1 Klassifikationssysteme und deren Bedeutung für die Pädagogik

Dennis C. Hövel, Noëlle Behringer und Pierre-Carl Link

Klassifikationssysteme dienen der systematischen und regelgeleiteten Einteilung und Einordnung von Phänomenen in Klassen. Im Hinblick auf psychische Störungen werden mithilfe von Klassifikationssystemen unterschiedliche Störungsbilder voneinander abgegrenzt und Aussagen über den Verlauf, Komplikationen, Risiken und mitunter auch über mögliche Ursachen getroffen (Wittchen & Lachner, 1996). Klassifikationssysteme fungieren in der empirischen Begleitforschung als Instrument zur Präzisierung und Differenzierung unterschiedlicher Symptome, sie sind allerdings keine Instrumente zur Diagnostik im engeren Sinne. Mithilfe der Klassifikationssysteme werden also explizit Störungen und nicht junge Menschen als Personen klassifiziert.

Die beiden gängigsten Klassifikationssysteme sind die *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) (dt: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der *Weltgesundheitsorganisation* WHO, die es inzwischen in der elften Version gibt, sowie das *Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM) der *American Psychiatric Association* (APA), das in der fünften Auflage vorliegt. Über die kategoriale Feststellung einer Störung wird eine «aktuelle Querschnittsbeschreibung eines hochkomplexen individuellen (Problem-)Zustandes» (Hennicke, 2013, S. 94) möglich, von der ausgehend fachliche Empfehlungen formuliert werden können. Klassifikationssysteme dienen dazu, Prognosen über geplante Massnahmen zu machen. Für die Patient:innen sind dabei der Verlauf und die Prognose von besonderer Relevanz, für die behandelnden medizinischen Fachpersonen sind es die daraus resultierenden Handlungsorientierungen und für die Forschung die ermöglichte Vergleichbarkeit (Simhandl, 1997). Ebenso erlaubt eine einheitliche klassifikatorische Diagnostik die Erstellung von Qualitätsberichten in medizinischen Einrichtungen.

Seit dem Jahr 2013 ist die Benutzung der Version ICD-10 für die Codierung der Diagnosen für alle Leistungserbringer in der ganzen Schweiz obligatorisch. In Deutschland verpflichtet das fünfte Sozialgesetzbuch Ärzt:innen, Therapeut:innen und Krankenhäuser zur Diagnoseverschlüsselung nach ICD.

### Bedeutung für die pädagogische Praxis

Für die pädagogische Praxis wichtig ist das Aufdecken von bio-psycho-sozialen Erklärungsansätzen für Störungsbilder sowie die Suche und Kommunikation von geeigneten Massnahmen im jeweiligen System. Die Klassifikation einer psychischen Störung kann also dazu führen, bio-psycho-soziale Erklärungsansätze

heranzuziehen, um die Entwicklung sozio-emotionaler Beeinträchtigungen zu verstehen und entsprechende pädagogisch-therapeutische Massnahmen abzuleiten. In einer Metaanalyse zu Effekten inklusiver Bildung aus Sicht der pädagogischen Psychologie identifizierte Lindsay (2007) fundiertes störungsspezifisches Wissen als Gelingensfaktor für erfolgreiche Inklusionsprozesse. Die Anwendung von Klassifikationssystemen garantiert eine kategoriengeleitete und mithilfe standardisierter Instrumente gestellte Diagnose. Diese ist für unterschiedliche Professionen nachvollziehbar und ermöglicht es, Implikationen für professionsspezifische Interventionen abzuleiten. Dies ist besonders im Hinblick auf multiprofessionelle Zusammenarbeit wichtig, denn Klassifikationssysteme dienen dazu, eine «gemeinsame Sprache» zu finden (vgl. Kap. 1.8). Diese ermöglicht eine Verständigung über die gegenwärtigen psychischen Belastungssymptome sowie Funktionsbeeinträchtigungen losgelöst von Theorieschulen. Klassifikationssysteme dienen daher dem Verstehen und der Verständigung (Aderhold, 2018).

### **Klassifikationssysteme**

Es lassen sich zwei Ansätze zur Diagnostik psychischer Störungen unterscheiden: die kategoriale und die dimensionale Diagnostik. In der kategorialen Diagnostik, wie sie beispielsweise bei den beiden Klassifikationssystemen ICD und DSM vorgesehen ist, werden einzelne Störungsbilder als klar voneinander und zugleich von einer psychischen Normalität abgrenzbar verstanden und in unterscheidbaren Störungseinheiten beschrieben. Damit orientiert sich die kategoriale Diagnostik an einer Diskontinuitätsannahme, die eindeutige Grenzen zwischen normalen und abnormen psychischen Phänomenen postuliert. Bei der dimensional Diagnostik hingegen werden psychische Merkmale einzelner Personen mithilfe von psychometrischen Verfahren erfasst, sodass kontinuierliche Übergänge zwischen normalen und abnormen psychischen Phänomenen möglich sind. Aufgrund mangelnder empirischer Absicherung und weil psychische Erkrankungen unterschiedliche bio-psycho-soziale Ursachen haben, wird in diesen Klassifikationssystemen auf ätiologische Konzepte, also auf Aussagen über Ursachen für psychische Störungen, verzichtet (Döpfner & Petermann, 2012).

### ***ICD-10 und das Multiaxiale Klassifikationsschema MAS***

Die von der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) entwickelte *International Classification of Diseases* (ICD) dient mit Kapitel F als internationales Klassifikationssystem psychischer Störungen. Die Systematik ist weitgehend deskriptiv und wenig theoriegebunden. So können die Phänomene unabhängig von ihren theoretischen Bezügen, die die Ursachen einer Störung erklären, erfasst werden.

Aus der ICD-10 haben Remschmidt et al. (2017) das *Multiaxiale Klassifikations-schema* abgeleitet, das die folgenden sechs Achsen umfasst:

#### *Achse 1: Klinisch psychiatrisches Syndrom*

Hier wird die psychische Störung entsprechend Kapitel F der ICD-10 verschlüsselt, wobei die Klassen F7 (Intelligenzminderung) und F8 (Entwicklungsstörungen) auf den Achsen 2 und 3 codiert werden. Lediglich tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84) werden auf Achse 1 codiert.

#### *Achse 2: Umschriebene Entwicklungsstörungen nach F8*

«Umschriebene Entwicklungsstörungen» weisen auf eine Gruppe von Störungen hin, bei denen die typische Entwicklung von bestimmten Fähigkeiten oder Bereichen bei einem Kind gestört ist. Diese Störungen treten meist früh in der Kindheit auf und können sich auf verschiedene Aspekte der Entwicklung auswirken, darunter die soziale, emotionale, kognitive und motorische Entwicklung.

#### *Achse 3: Intelligenzniveau*

Auf der Achse 3 werden ausgeprägte intellektuelle Behinderungen nach F7 und leichte Intelligenzminderungen sowie normale und überdurchschnittliche Intelligenzausprägungen dokumentiert.

#### *Achse 4: Körperliche Symptomatik*

Hier werden körperliche Erkrankungen diagnostiziert, die für den Umgang mit der psychischen Störung oder für deren Verständnis relevant sind. Etwa, wenn sie als direkte Ursache einer psychischen Symptomatik gelten, aber auch, wenn sie mit der Entwicklung einer solchen in Verbindung stehen oder für die Behandlung von Bedeutung sind (Döpfner & Petermann, 2012). Sie werden nach den ICD-10-Kapiteln zu organischen Erkrankungen verschlüsselt.

#### *Achse 5: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände*

Auf der Achse 5 werden aktuelle (d. h. nicht länger als ein halbes Jahr zurückliegende) sogenannte abnorme psychosoziale Umstände erfasst:

1. abnorme intrafamiliäre Beziehungen
2. psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3. inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4. abnorme Erziehungsbedingungen
5. abnorme unmittelbare Umgebung
6. akute belastende Lebensereignisse

7. gesellschaftliche Belastungsfaktoren
8. chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit
9. belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes

Die einzelnen neun Bereiche müssen nicht zwingend mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung in Verbindung stehen, sie beeinflussen jedoch den aktuellen Verlauf.

Achse 5 ist im Hinblick auf multiprofessionelle Zusammenarbeit besonders interessant, weil pädagogische Fachkräfte in den Teams bei der Einschätzung der Achse 5 und damit letztlich zur gesamten Diagnostik wesentliche Informationen beitragen können.

#### *Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*

Auf der sechsten Achse wird schliesslich das psychosoziale Funktionsniveau global auf einer neunstufigen Skala beurteilt, um Aussagen über den Schweregrad der psychischen Störung zu treffen. Das Ausmass der Beeinträchtigung wird auf die Bereiche Familie, Bewältigung sozialer Situationen, schulische Anpassung und Interessen / Freizeit bezogen (Döpfner & Petermann, 2012).

Die fünfte und die sechste Achse wurden für den multiaxialen Ansatz entwickelt, um zusätzliche Informationen zur Störungsgenese und zur Abschätzung der gegenwärtigen Belastung sowie der sozialen Integration der Patient:innen systematisch erfassen zu können. Bei der multiaxialen Diagnostik werden die aktuelle Situation und etwaige Schwierigkeiten bewertet und nicht die Persönlichkeit, sodass keine Aussagen über den Verlauf getätigt werden und eine Etikettierung abgemildert wird (Remschmidt et al., 2017).

#### **ICD-11**

Im Jahr 2019 wurde die ICD-11 verabschiedet. Sie trat am 01. Januar 2022 in Kraft und wird gegenwärtig in einer Kooperation zwischen dem Schweizer *Bundesamt für Statistik* (BFS) und dem deutschen *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) ins Deutsche übersetzt. Die ICD-11 ist eine Anpassung an die Bedürfnisse digitalisierter Gesundheitssysteme (Jakob, 2018) und beinhaltet Veränderungen bei der Codierung einzelner Störungsbilder. Eine separate Berücksichtigung von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn im Kindes- beziehungsweise Jugendalter besteht nicht mehr, sodass alle Kriterien für die gesamte Lebensspanne definiert werden (abgesehen von Neuro-Entwicklungsstörungen). Weiter wurden neue Störungs-

bilder aufgenommen, wie etwa die Binge-Eating-Störung. Ausserdem wurden bereits bestehende Störungsbilder neu klassifiziert, wie etwa die Autismus-Spektrum-Störung (6A02), die nicht länger unterschiedliche Formen von Autismus unterscheidet. Es liegen zudem nun diagnostische Kategorien für Belastungen durch eine «reine» Zeugenschaft traumatischer Ereignisse vor, das heisst, die Person muss nicht direkt von einem Trauma betroffen sein (Jungclaussen et al., 2021).

### **DSM-5**

Ebenso wie die ICD-10 ist auch das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM) der *American Psychiatric Association* ein kategoriales Klassifikationssystem. Es unterscheidet sich von der ICD-10 vor allem darin, dass es eine einheitliche Fassung für die klinische Praxis und Forschung ist. Diese beiden Anwendungsfelder werden bei der ICD-10 in zwei unterschiedlichen Leitlinien erfasst. Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist, dass in der ICD-10 durch Kombinationsdiagnosen wie die der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens Mehrfachdiagnosen stärker vermieden werden als im DSM-5. Beide Klassifikationssysteme können sich bei der Beschreibung von Subtypen stark unterscheiden (Döpfner & Petermann, 2012).

Klassifikationssysteme müssen den Entwicklungsaspekt berücksichtigen, um den Entwicklungsverlauf von jungen Menschen im Hinblick auf psychische Störungen systematisch einzubeziehen (Graham & Skuse, 1992). Dies ist jedoch weder in der ICD-10 noch im DSM-5 umfassend gegeben, wie etwa bei den Essstörungen, die weiterhin nicht als ein für das Jugendalter typisches Störungsbild klassifiziert werden.

### **ICF-CY**

Die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) wurde im Jahr 2001 von der Generalversammlung der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) verabschiedet. Sie verfolgt das Ziel, eine einheitliche Form und Sprache zur Beschreibung und Klassifikation von Funktionsfähigkeiten und Behinderung zu erreichen. Mit der Funktionsfähigkeit ist immer auch die Interaktion mit der sozialen Umwelt gemeint. Damit ergänzt sie die medizinisch orientierte ICD um den sozialen Aspekt. «Mithilfe der ICD lässt sich z. B. Autismus diagnostizieren und auf der Basis der ICF wird beschrieben, wie gut das autistische Kind in seiner Umwelt kommunizieren und lernen kann» (Breitenbach, 2020, S. 138). Seit dem Jahr 2007 gibt es die ICF auch in einer Version für Kinder und Jugendliche, die ICF-CY. Teil 1 der ICF-CY erfasst die (körperbezogene) Funktionsfähigkeit und Behinderung mit den

Komponenten Aktivität und Partizipation (etwa Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität). Teil 2 codiert die kontextuellen Faktoren, die sich auf die Umwelt und das Individuum beziehen (z. B. Risikofaktoren in der Familie, Hilfsangebote und -dienste). Mithilfe dieses Klassifikationssystems und seinen 1400 Kategorien werden Stärken und Schwächen des jungen Menschen und seines Umfelds systematisch beschrieben (Mohn-Kästle & Amorosa, 2013). Zwar fordert die WHO ein Beurteilungskriterium für jede Kategorie, doch empirisch zeigt sich, dass eine reliable Codierung schwierig ist (Kraus de Carmago, 2007).

### ***OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016)***

Die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter* Arbeitskreis OPD-KJ-2 (2016) ist ein multiaxiales Klassifikationssystem, um psychische Symptomatiken festzustellen, Entstehungskontexte zu erklären und Therapieziele zu formulieren. Die OPD-KJ ist ein diagnostisches Instrument, das psychodynamisch orientiert ist. Die leitende Annahme ist hier, dass unbewusste Prozesse genauer Konflikte das Erleben und Verhalten maßgeblich beeinflussen. Eine Übersichtsarbeit von Weitkamp et al. (2012) zeigt, dass die Interrater-Reliabilität sowie die empirische und klinische Validität des Instruments mit zufriedenstellenden Ergebnissen auf allen Achsen überprüft wurden.

Die OPD-KJ erfasst biografische Informationen und hilft, die aktuellen Beziehungen und Verhaltensweisen anhand psychodynamischer Schlüsselkonzepte zu verstehen. Die psychodynamischen Schlüsselkonzepte in das OPD-KJ beziehen sich auf Konzepte und Prinzipien aus der Psychoanalyse, die verwendet werden, um die psychosozialen Prozesse und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zu verstehen. Diese Schlüsselkonzepte helfen bei der Diagnose und der Analyse von psychischen Störungen und Problemen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Zu diesen psychoanalytischen Konzepten zählen unter anderem folgende:

1. Unbewusste Prozesse: Die psychodynamische Theorie besagt, dass viele psychische Prozesse unbewusst ablaufen und das Erleben und Verhalten beeinflussen. Die OPD-KJ berücksichtigt, wie unbewusste Faktoren das Verhalten und die emotionalen Reaktionen von Kindern und Jugendlichen beeinflussen.
2. Dynamische Konflikte: Psychodynamische Ansätze betonen, dass innere Konflikte zwischen verschiedenen Bedürfnissen, Wünschen und Ängsten Einfluss auf das Erleben und Verhalten haben. Die OPD-KJ betrachtet, wie diese inneren Konflikte bei Kindern und Jugendlichen auftreten und sich auf ihr Verhalten auswirken.



3. Abwehrmechanismen: Es wird analysiert, wie Kinder und Jugendliche Abwehrmechanismen verwenden, um unangenehme Gedanken oder Emotionen zu bewältigen oder mit psychischem Stress umzugehen.
4. Bindung und Beziehungsdynamik: Die Qualität von Bindungen und Beziehungen in der Kindheit ist wichtig in der psychodynamischen Theorie. Die OPD-KJ betrachtet die Beziehungsdynamik von Kindern und Jugendlichen zu ihren Eltern oder Betreuungspersonen und wie sich diese auf ihre Entwicklung auswirkt.
5. Entwicklungsstufen und -aufgaben: Die psychodynamische Theorie betont, dass die Persönlichkeitsentwicklung in verschiedenen Lebensphasen bestimmte Aufgaben und Herausforderungen mit sich bringt. Die OPD-KJ erfasst biografische Informationen und hilft, die aktuellen Beziehungen und Verhaltensweisen anhand psychodynamischer Schlüsselkonzepte zu erklären. Der junge Mensch in seiner Subjekthaftigkeit wird konsequent in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016). Dabei vereint die OPD-KJ den kategorialen, also den auf die Diagnose bezogenen Ansatz mit dem dimensional, der den Schweregrad der Belastung einschätzt. Die OPD-KJ ist *kein* Klassifikationssystem, das der «gemeinsamen Sprache» unter unterschiedlichen Theoretiker:innen dient, sondern sie bezieht sich auf die ICD. Sie kann aber für pädagogische Kontexte einen operationalisierten Zugang zum Verstehen des Kindes und seiner Interaktionsdynamiken ermöglichen: Der psychodynamische Ansatz kann in der Fallarbeit ergänzend zu kognitionspsychologischen, lerntheoretischen, systemischen und humanistischen Perspektiven genutzt werden. Dies erfordert jedoch eine Schulung und Einarbeitung in das Manual.

Die psychodynamischen Informationen werden auf den Achsen Beziehung, Konflikt, Struktur und Behandlungsvoraussetzung erhoben und nach Altersstufen differenziert. Die Beurteilung erfolgt durch ein leitfadengestütztes Interview auf folgenden Achsen (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016):

#### *Achse Beziehung*

Hier wird die Art und Weise der Beziehungsgestaltung zur untersuchenden Person, aber auch zu familiären Bezugspersonen sowie die Familiendynamik eingeschätzt: Wie nimmt der junge Mensch Einfluss auf andere? Wie nimmt er Beziehungsangebote anderer an? Und wie verhält er sich gegenüber sich selbst? Welche Beziehung pflegt er also sich selbst gegenüber?

### *Achse Struktur*

Struktur ist in der OPD-KJ «eine individuell typische Disposition des Erlebens und Verhaltens, die dem Individuum als Handlungsbereitschaft potenzielle Interaktionsmöglichkeiten unter Gesichtspunkten der Wahl zur Verfügung stellt» (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016, S. 26). Die *Achse Struktur* bezieht sich auf die psychische Struktur eines Kindes oder Jugendlichen und dient dazu, die Stabilität und Funktionsfähigkeit seines psychischen Systems zu bewerten. Diese Achse zielt darauf ab, ein umfassendes Verständnis für die psychische Gesundheit und die individuellen Besonderheiten eines Kindes oder Jugendlichen zu entwickeln.

Die OPD-KJ unterscheidet in dieser Achse vier Dimensionen, die sich jeweils auf das Selbst und das Gegenüber (sog. «Objekt») beziehen:

- Steuerung (i. S. v. Impulssteuerung und intersubjektivem Interessensausgleich)
- Identität (i. S. v. reflexiven Funktionen, Selbsterleben, Zugehörigkeit)
- Interpersonalität (i. S. v. Kommunikationsqualitäten, Fantasien)
- Bindung (i. S. v. Fähigkeit allein zu sein, innere sichere Basis)

Die Achse hat einige Ähnlichkeiten mit der DSM-5-Klassifikation für Persönlichkeitsstörungen, bei der das Funktionsniveau der Persönlichkeit über die Dimensionen Identität, Selbstlenkungsfähigkeit, Empathie und Intimität erfasst wird (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016, S. 24).

Für die Strukturachse liegt ein Fragebogen vor, der für Jugendliche ab zwölf Jahren angewendet werden kann. Er ist ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von strukturellen Beeinträchtigungen im Jugendalter (Schrobildgen et al., 2019).

Die Strukturachse weist konzeptuelle Überschneidungen mit der Achse 6 der MAS auf (psychosoziales Funktionsniveau), ergänzt diese jedoch um explizit intrapsychische Kompetenzen und Fähigkeiten, während über die Strukturachse der OPD-KJ nur bedingt Aussagen über die Alltagsbeeinträchtigung im Bereich Schule getroffen werden können und sollen (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016, S. 330).

### *Achse Konflikt*

Mit dem Begriff Konflikt sind zumeist unbewusste Prozesse gemeint, die aus einem Widerstreit von Motiven, Werten und Wünschen oder Vorstellungen innerhalb einer Person oder zwischen Menschen resultieren und als eine Ursache für psychische Störungen angenommen werden. Die unbewussten Konflikte prägen das Verhalten und sind dysfunktional, sie stören also die

Entwicklung und / oder die Beziehungsgestaltung. In der OPD-KJ sind sieben Konflikte beschrieben, die mit klinischen Ankerbeispielen für unterschiedliche Altersstufen differenziert und ab einer zeitlichen Überdauerung von sechs Monaten diagnostisch berücksichtigt werden (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016). Die sieben Konflikte sind folgende: Nähe vs. Distanz, Unterwerfung vs. Kontrolle, Selbstversorgen vs. Versorgtwerden, Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, ödipaler Konflikt, Identitätskonflikt.

### *Achse Behandlungsvoraussetzungen*

Auf der letzten Achse werden drei Dimensionen erfasst:

1. Subjektive Dimension: subjektives Krankheitserleben, Krankheitsverarbeitung sowie Therapiemotivation des Kindes oder Jugendlichen
2. Ressourcen: Peer-Beziehungen, ausserfamiliäre Unterstützung, familiäre Ressourcen, intrapsychische Ressourcen. In der OPD-KJ bezeichnen Ressourcen unterstützende Faktoren, wobei der Fokus auf deren Interaktion liegt. Es geht nicht nur um isolierte Fähigkeiten, die man messen kann (z. B. Intelligenz), sondern um die psychosoziale Kompetenz, die im zwischenmenschlichen Austausch und in der Kommunikation zum Ausdruck kommt. Das Ziel ist es, festzustellen, inwieweit ein Kind und seine Familie Ressourcen im Alltag nutzen und diese in ihren interaktiven Beziehungen einsetzen.
3. Spezifische Therapievoraussetzungen sind im Wesentlichen die Einsichtsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen in bio-psycho-soziale Zusammenhänge ihres Krankseins sowie die Arbeitsbündnisfähigkeit des Individuums, die nach mindestens drei Einzelgesprächen beurteilt werden soll. Zu den Therapievoraussetzungen zählen aber auch der Krankheitsgewinn sowie die Therapiemotivation. Therapiemotivation meint das Interesse des Kindes oder Jugendlichen am Dialog und wird beispielsweise anhand folgender Kriterien beschrieben: Orientierung am inneren Erleben, Thematisierung von Beziehungen und Konflikten im lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Mit Krankheitsgewinn werden Aspekte des subjektiven Erlebens des Kindes oder Jugendlichen beschrieben, die sich auf die Symptomatik verstärkend auswirken können. Für sonderpädagogisches Arbeiten ist insbesondere die erste Dimension nützlich, weil damit die Subjektivität des Kindes oder Jugendlichen – ergänzend zur operationalisierten Erfassung anhand der ICF – explizit berücksichtigt wird. Über die zweite Dimension können Ressourcen erfasst werden, um Aussagen darüber treffen zu können, welches Hilfsangebot erfolgsversprechend scheint. Denn eine Psychotherapie als einzige Massnahme ist beispielsweise nur dann aussichtsreich, wenn familiär und intrapsychisch Ressourcen vorhanden sind, die die therapeutische

Arbeitsbeziehung zuverlässig gestalten, und wenn in der Peergroup Ressourcen vorliegen, welche die progressiven Veränderungen mittragen (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016).

### **Fazit**

Klassifikationssysteme spielen im diagnostischen Prozess eine entscheidende Rolle, da sie einen von allen Beteiligten nachvollziehbaren Begriff von Störung ermöglichen. Der Vorteil einer Klassifikation ist das Systematisieren von Störungsbildern sowie die Suche nach und Kommunikation von geeigneten Massnahmen im jeweiligen System. Eine bio-psycho-soziale Ausgangslage von Krankheitsein ist auch für Klassifikationssysteme hilfreich, die keine ätiologischen Modelle zur Verfügung stellen. Ätiologische Modelle sind unterschiedlichen bio-psycho-sozialen Theorien zu entnehmen, beispielsweise der Psychoanalyse oder der Lerntheorie respektive der Entwicklungs- und Sozialpsychologie als psychologische Zugänge. Zugleich kann bei der kategorialen Diagnostik die Komplexität einer psychosozialen Beeinträchtigung nicht abgebildet werden, auch wenn durch das MAS die Komplexität teilweise erfassbar wird. Diagnosen sollten daher nicht als Abbildung individueller Wirklichkeiten missverstanden, sondern vielmehr als vorläufige Kategorien und Arbeitshypothesen gesehen werden, die von historischen sowie kulturellen Aspekten geprägt sind. Eine solche Betrachtungsweise erkennt psychische Störungen als Ausdruck intersubjektiver Phänomene an und versteht daher Diagnosen als «sozialen Konstruktionsprozess» beziehungsweise als «Übergangsphänomen» (Aderhold, 2018, S. 29f.).

### **Literatur**

- Aderhold, V. (2018). Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 8 (1), 25–32.
- Arbeitskreis OPD-KJ-2 (2016). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Hogrefe.
- Breitenbach, E. (2020). *Psychologie in der Heil- und Sonderpädagogik*. Kohlhammer.
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Hogrefe.
- Graham, P. & Skuse, D. (1992). The developmental perspective in classification. In H. Remschmidt & M. Schmidt (Eds.), *Developmental Psychology* (pp. 1–6). Hogrefe and Huber Publishers.
- Hennicke, K. (2013). Psychiatrische Diagnosen und deren Klassifikation nach der ICD-10. In S. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch & D. Hillenbrand (Hrsg.),

- Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (S. 89–100). Kohlhammer.
- Jakob, R. (2018). ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert. *Bundesgesundheitsblatt*, 61 (7), 771–777.
- Jungclaussen, I., Hauten, L. & Lentzen, G. (2021). ICD-11 – What's new? *VPP aktuell* 55 (55), 11–12.
- Kraus de Carmago, O. (2007). Die ICF-CY als Checkliste und Dokumentationsraster in der Praxis der Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 26 (4), 158–166.
- Lindsay, G. (2007). Educational psychology and the effectiveness of inclusive education/mainstreaming. *British Journal of Educational Psychology*, 77 (1), 1–24. <https://doi.org/10.1348/000709906X156881>
- Mohn-Kästle, U. & Amorosa, H. (2013). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) in der interdisziplinären Diagnostik. In S. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch & D. Hillenbrand (Hrsg.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (S. 111–120). Kohlhammer.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2017). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10*. Hogrefe.
- Schrobildgen, C., Goth, K., Weissensteiner, R., Lazari, O. & Schmeck, K. (2019). Der OPD-KJ2-SF – Ein Instrument zur Erfassung der Achse Struktur der OPD-KJ-2 bei Jugendlichen im Selbsturteil. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (5), 428–440.
- Simhandl, C. (1997). Diagnostik psychischer Störungen in der Praxis. *Existenzanalyse*, 14 (1), 33–37.
- Weitkamp, K., Wiegand-Grefe, S. & Romer, G. (2012). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): Ein systematischer Review zur empirischen Validierung. *Kinderanalyse*, 20 (3), 148–170.
- Wittchen, H.-U. & Lachner, G. (1996). Klassifikation. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich Praxisgebiete, Serie 2 Klinische Psychologie* (Bd. 1) (S. 3–67). Hogrefe.