

Peter Wollschläger

Mit Hilfe der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik zum Gutachtenantrag für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

How OPD can help you to write an application for psychodynamic therapy

Zusammenfassung

Das Schreiben der Anträge an den Gutachter ist auch für erfahrene Psychotherapeuten¹ mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Mit Hilfe der OPD können sie in begrenzter Zeit die Anamneseerhebung strukturieren und einen schlüssigen Antrag formulieren. Im ersten Teil des Artikels wird beschrieben, wie die OPD zur Antragstellung in der ambulanten Praxis genutzt werden kann. Im zweiten Teil werde ich das an einem Beispiel demonstrieren.

Schlüsselwörter

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Psychoanalyse – Gutachterverfahren – Gutachtenanträge – Psychotherapie-Richtlinien

Summary

Writing an application for psychotherapy to be submitted to a health insurance company is a challenge for many a registered therapist with regard to time and contents. The OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Operationalised Psychodynamic Diagnostics) is a useful instrument for these colleagues to plan, structure and efficiently write such an application.

Keywords

Guidelines for psychotherapy – consultant-guided procedures – applications for a consultant's expertise

I. Einleitung

Das Abfassen der Gutachtenanträge ist auch für erfahrene Kollegen mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden. Die größte Hürde besteht darin, das Strukturniveau richtig einzuordnen und aus den erhobenen Befunden eine kurze, in sich schlüssige Psychodynamik zu erarbeiten.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik stellt ein hilfreiches Handwerkszeug dar, das den Therapeuten diese Arbeit erleichtern kann. Über die Beschreibung des Erstdruckes und die Gestaltung der Beziehung bilden Sie erste Hypothesen zur Psychodynamik, zur Persönlichkeitsstruktur und zu den unbewussten Konflikten.

Anhand der ausführlichen tabellarischen Beschreibungen in der OPD können Sie ihre Vermutungen überprüfen und anschließend für den Gutachter nachvollziehbar formulieren. Das Vorgehen erläutere ich im ersten Teil anhand der fünf Achsen der OPD und beschreibe es anschließend anhand eines exemplarischen Gutachtenantrages.

¹Die Leserinnen mögen mir verzeihen, wenn ich zur besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum gewählt habe. Ich meine damit Frauen wie Männer, und mir ist bewusst, dass die meisten der Patienten und Behandler weiblich sind.

II. Die Arbeit mit den fünf Achsen der OPD

Achse I:

Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Bereits im telefonischen Erstkontakt erfrage ich die Stammdaten des Anrufers und den Überweisungskontext. Ich lasse mir kurz die Beschwerden schildern und kläre die Dringlichkeit sowie mögliche Ausschlussgründe für eine Psychotherapie ab. Im Erstgespräch kann ich an diese Informationen anknüpfen. Die Checkliste zur Achse I der OPD hilft mir bei der Strukturierung des Erstinterviews. Wichtige Anregungen zur Gestaltung des ersten Gespräches und der Anamneseerhebung verdanke ich den Arbeiten von Argelander (1970), Dührssen (1981), Kernberg (1988) und Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg (2004). Konkrete Hilfestellung zur Abfassung von Gutachten finden Sie bei Boessmann (2008), Hohage (2008, S. 143-193) und Keil-Kuri (2008).

Beim Erstinterview können Sie sich an einer Checkliste zu den Behandlungsvoraussetzungen und der Krankheitsverarbeitung (Anlage 1) orientieren. Die OPD zeichnet sich dadurch aus, dass auch gezielt nach Ressourcen und Bewältigungsstrategien gefragt wird und so von Beginn ein lösungsorientiertes Vorgehen intendiert wird.

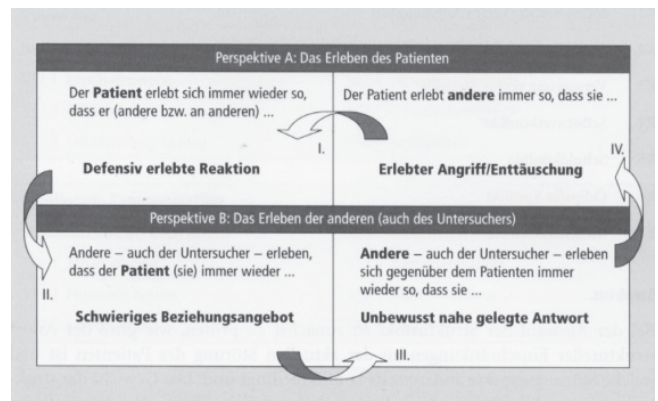
Die **Achse II: Beziehung** dient zur Beschreibung der dysfunktionalen Beziehungen, unter denen der Patient leidet. In der OPD wird das in folgender Weise beschrieben:

„Der Patient nimmt das Verhalten anderer gewöhnlich als eine Zumutung oder Enttäuschung wahr, auf die er reagieren muss. Sich selbst erlebt er meist als passiv oder antwortend, d.h. nicht als initiativ und somit auch nicht als verantwortlich. Im Unterschied dazu erleben andere, dass der Patient keineswegs nur reagiert, sondern vielmehr ein schwieriges Beziehungsangebot macht. Dieses Angebot legt bestimmte Antworten nahe, die als Impulse in der Gegenübertragung spürbar werden. Wenn andere diesen Impulsen nachgeben und entsprechend antworten, wird der Patient dies wahrscheinlich als eine Wiederholung jener Enttäuschung erleben, die er vonseiten anderer schon immer erwartet bzw. befürchtet hat. Auf diese Weise entsteht ein sich selbst verstärkender Zirkel“ (OPD-2, S. 328-329) (siehe Abb. 1).

Anhand einer Liste von 32 Items (OPD-2, S. 194 und Anlage 2) können die Beziehungserfahrungen des Patienten eingeordnet werden.

Begonnen wird mit der hellen Spalte auf der rechten Seite: Der Patient erlebt andere immer so, dass ... Die zutreffenden Beschreibungen werden markiert. Jetzt geht es in der linken Spalte damit weiter, wie der Patient sich selbst erlebt. Andere und auch der Untersucher machen wiederum eigene Erfahrungen mit dem Patienten, die in der grauen Spalte links festgehalten werden. Zum Schluss wird beschrieben, welche Reaktion andere zeigen und wie der Untersucher reagieren würde, wenn er sich nicht zurückhalten würde.

Abbildung 1:



Für jeden der vier Bereiche (Selbst- und Fremdwahrnehmung, Verhalten der Mitmenschen und die eigene Reaktion darauf) werden die zwei charakteristischsten Items ausgewählt und so das dominante Beziehungsthema bestimmt.

Dysfunktional werden solche Beziehungsthemen dann, wenn sie entweder zu wenig oder im Übermaß gelebt werden (s. Tab. 1).

Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht, die Itemliste in einer der probatorischen Sitzungen gemeinsam mit den Patienten durchzugehen. Für die Patienten ist es oft erhellend, wenn nachvollziehbar wird, wie sie sich immer wieder in guter Absicht oder aus Selbstschutz in schwierige Situationen bringen.

Tabelle 1:

Dysfunktionales Verhalten „zu wenig“		Beziehungsthema	Dysfunktionales Verhalten „zu viel“	
um andere gar nicht kümmern, im Stich lassen	um andere wenig kümmern, vernachlässigen	sich angemessen um andere kümmern und für sie sorgen	sich besonders um andere kümmern	sich ständig um andere kümmern und sorgen
ganz unbedürftig sein, keinerlei Hilfe benötigen	sich wenig bedürftig zeigen, sich wenig anlehnen	sich bedürftig zeigen, anvertrauen, anlehnen	sich sehr bedürftig zeigen, sich sehr anlehnen	sich anklammern, sich sehr an andere hängen
vor jeglicher Einflussnahme zurückschrecken	Einflussnahme auf andere vermeiden, wenig führen	andere angemessen (rollengerecht) anleiten, führen	kontrollieren, Ansprüche und Forderungen stellen	sehr kontrollieren, strenge Ansprüche und Forderungen stellen
sehr trotzig sein, sich jeglicher Regel widersetzen	rasch trotzig sein, sich gerne gegen andere auflehnen	sich angemessen (rollengerecht) einordnen, einfügen	sich rasch anpassen, sich rasch zurücknehmen	sich ganz unterwerfen, aufgeben resignieren

In der Reihenfolge der OPD folgt jetzt die Achse III: Konflikt. Ich halte es aber für sinnvoll, die **Achse IV: Struktur** vorzuziehen.

Die OPD unterscheidet vier Strukturniveaus:
Ein <i>gut integriertes Niveau</i> , das Menschen aufweisen, die über ein weitgehend autonomes Selbst und stabile Ich-Funktionen verfügen. Die inneren Bilder sind stimmig und tragfähig. Konflikte und Ambivalenzen können ausgehalten und integriert werden. Das Gewissen ist zwar streng, wird aber als Teil der Persönlichkeit erlebt.
Patienten mit <i>mäßig integrierter</i> Persönlichkeitsstruktur können ihr Innenleben und ihre Beziehungen häufig nicht angemessen regulieren. Ihre intrapsychischen Konflikte haben destruktiven Charakter und wirken archaischer. Das Über-Ich ist sehr streng und wird möglicherweise externalisiert.
Bei <i>gering integriertem</i> Niveau verfügen die Menschen über einen nur wenig strukturierten seelischen Innenraum. Es fällt ihnen schwer, ihre Gedanken und Gefühle zu regulieren. Konflikte werden in der Regel interpersonell ausgetragen. Oft kommt es zu Überreaktionen und Kontaktabbrüchen.
Auf <i>desintegriertem Strukturniveau</i> ist die Wahrnehmung eines zusammenhängenden Selbst kaum noch möglich. Der seelische Binnenraum scheint fragmentiert oder grenzenlos. Frei flottierende Ängste und paranoide Befürchtungen beherrschen das Denken der Patienten.

In der OPD-1 findet sich eine hilfreiche Synopsis (S. 241 + 242 + Anlage 3), mit der das Strukturniveau anhand der Kriterien Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung eingeordnet werden kann.

Mit der Einordnung des Strukturniveaus findet in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine Weichenstellung statt:

Menschen mit gutem oder mäßig integriertem Strukturniveau können in der Regel von einer aufdeckenden, konfliktzentrierten Therapie profitieren.

Bei gering integriertem Strukturniveau ist ein solches Vorgehen nicht indiziert (Rudolf, 2006, S. 93-113). Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen können in der Regel gar keine stabilen inneren Konflikte ausbilden. Ein aufdeckendes, konfrontierendes Vorgehen kann die ohnehin fragile Ich-Struktur dieser Patienten weiter untergraben. Die Therapie sollte in solchen Fällen einen sicheren Rahmen bieten, in dem mit den Patienten erst einmal an aktuellen Problemen gearbeitet werden kann. Eventuell ist im weiteren Verlauf der Einsatz spezieller Techniken, wie sie für die Behandlung von Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden, indiziert. Auch eine Gruppentherapie kann sich als hilfreich erweisen, weil sich die Probleme des Patienten hier

unmittelbar im sozialen Umgang mit den anderen Gruppenmitgliedern zeigen und so einer Bearbeitung zugänglich werden (Mattke, 2009).

Liegt ein mindestens mäßig integriertes Strukturniveau vor, folgt jetzt die Diagnostik der unbewussten Konflikte.

Auf der **Achse III: Konflikt** der OPD finden sich neben dem Aktualkonflikt sieben dysfunktionale Konfliktmuster:

1. Individuation versus Abhängigkeit
2. Unterwerfung versus Kontrolle
3. Versorgung versus Autarkie
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt

In der OPD-2 werden die einzelnen Konflikte sehr differenziert dargestellt (S. 206-254). Auf eine allgemeine Charakterisierung folgt eine Beschreibung, wie sich der jeweilige Konflikt in der Herkunftsfamilie, in der Partnerschaft, im Beruf, im Umgang mit Besitz und Geld, im sozialen Umfeld, im Erleben des eigenen Körpers, in der Sexualität und bei Erkrankungen auswirkt.

Einen entscheidenden Unterschied macht es, ob der Patient den Konflikt im passiven Modus erleidet oder ob er aktiv gegensteuert. Bei gleichem Konfliktmuster zeigt sich dann ein vollständig anderes Symptombild. Ausgelöst durch eine aktuelle Belastung kann es auch zum Kippen vom aktiven in den passiven Modus kommen. Ein Mensch, der immer auf seine Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bedacht war, kann so zum anspruchsvollen und bedürftigen Patienten werden. Ein Machtmensch, der rigide die Kontrolle über seine Beziehungen behalten wollte, erlebt sich plötzlich als Mobbingopfer.

Die **Achse V** der OPD erfasst die psychischen Störungen wie im DSM-System und die Persönlichkeitsstörungen nach den Kategorien F60 und F61 der ICD-10.

Nachdem ich so einen Überblick über die Art der Beziehungen, die Persönlichkeitsstruktur und die inneren Konflikte gewonnen habe, kann ich jetzt mit dem Gutachtenantrag beginnen. Eine klare äußere Form mit Briefkopf, Chiffre, Datum und Unterschrift und eine übersichtliche Gliederung erleichtern es dem Gutachter, sich ein Bild von der beantragten Therapie zu machen.

In dem Antrag soll deutlich werden

- wie konstitutionelle und lebensgeschichtliche Faktoren die Persönlichkeitsstruktur geprägt haben und ob der Patient/die Patientin in der Lage war, stabile unbewusste Konflikte auszubilden;

- welche Kompetenzen und Abwehrmechanismen der Patient im Laufe seines Lebens entwickelt hat;
- welche auslösende Situation zur Symptomatik geführt hat;
- wie der Patient diese erlebt und gestaltet hat;
- ob somatische Faktoren das Krankheitsgeschehen beeinflussen haben;
- auf welche Weise die beschriebenen Therapieziele im Rahmen der beantragten Stunden erreicht werden sollen und wie die Prognose einzuschätzen ist.

Anhand eines fiktiven Therapieantrages wird dies demonstriert. Die Gliederung folgt einem Formblatt der kassenärztlichen Bundesvereinigung (Anlage 4), das die niedergelassenen Psychotherapeuten beim Kohlhammer Verlag bestellen können. Ich beschreibe zu den einzelnen Punkten zunächst mein Vorgehen. Danach folgt in kursiver Schrift die Formulierung des Antragstextes.

III. Fallbeispiel: 52-jährige Lehrerin mit neurotischem Konflikt

Punkt 1: Spontanangaben des Patienten

Zu Beginn geht es darum, dem Gutachter in wenigen Sätzen ein anschauliches Bild des Patienten zu vermitteln. Dazu eignen sich spontane Äußerungen aus dem Erstgespräch, vielleicht sogar schon aus dem telefonischen Erstkontakt.

Hinweise auf Mimik, Gestik und Kleidung des Patienten können die sprachlichen Äußerungen ergänzen.

Ich halte es für sinnvoll, in Punkt 1 bereits die wesentlichen Informationen aufzuführen, auf die ich später in der Psychodynamik zurückkommen möchte. Dazu gehören die Art und der Umfang der Beschwerden und deren Beginn. Die auslösende Situation lasse ich mir so genau wie möglich schildern. Ich frage nach der aktuellen Lebenssituation und welche Anstrengungen der Patient bisher selber unternommen hat, um sein Problem zu bewältigen. Hindernisse, die einer Therapie entgegenstehen wie ein laufendes Rentenverfahren oder eine aktuelle Suchtkrankheit können hier ebenso erwähnt werden wie vorhandene Ressourcen. Es sollte deutlich werden, was sich der Patient von der Therapie verspricht und welche Ziele er erreichen möchte.

1. Die 52-jährige Lehrerin rief mich auf Anraten ihres Internisten an. Sie sei völlig überlastet und nervös, wisse nicht mehr weiter. Zu ihren Aufgaben als Klassenlehrerin einer sechsten Klasse kämen jetzt noch die Korrekturen für den Hauptschulabschluss der neunten Klassen. Da sie immer alles ganz genau und perfekt mache, wisse sie gar nicht, wie sie das schaffen solle („Ich muss mich ja immer um alles kümmern“).

Hinzu käme, dass ihr Vater sie ständig nachts anrufe. Ihre Mutter sei wegen einer Demenz vor einem halben Jahr ins Pflegeheim gekommen, und er lebe jetzt alleine in seiner Wohnung. Er werfe ihr vor, dass sie sich nicht genug für ihn da sei.

In der Schule könne sie sich nicht mehr auf ihren Unterricht

konzentrieren. Vor vier Monaten hätte ihr Arzt ihr Medikamente verschrieben. Sie hätte aber bisher noch keine wirkliche Besserung verspürt.

Mir schien die Patientin in großer Not. Sie sprach schnell und fand kaum Zeit, zwischen den Sätzen Luft zu holen. Ich hatte das Gefühl, dass sie stark unter Druck stand, und gab ihr deshalb bald einen Termin.

Wenige Tage später kam sie zum Erstgespräch. Sie hatte bereits eine Viertelstunde vor der Türe gewartet aus Angst, zu spät zu kommen. Trotzdem schien sie ganz außer Atem. Sie fühlte sich wie in einer Prüfungssituation. Schon im Vorfeld hatte sie große Angst, was in der Therapie mit ihr geschehen würde.

Im Gespräch erzählte sie, dass sie schon 33 Jahre an der Schule unterrichte und doch jedes Jahr aufs Neue Angst hätte, was auf sie zukomme. Sie müsse sich mit fehlender Ausstattung des Klassenzimmers ebenso wie mit falschen Busfahrplänen herumschlagen. Hinzu käme, dass die Schüler immer anspruchsvoller seien und viele Probleme aus dem Elternhaus mitbrächten. Oft sei sie auch noch „Sozialarbeiterin“ und müsse als solche zwischen Elternhaus und Jugendamt vermitteln. Diese Gespräche gingen ihr oft lange nach. Es sei aber auch schon geschehen, dass sich eine Mutter nach Jahren für den Einsatz bedankte, den sie ihrem Sohn gegenüber gezeigt habe. Über Jahre habe sie so ihr Selbstbewusstsein aus dem Beruf gezogen. In der Schule hatte sie sich bisher nichts anmerken lassen: „Alle meinen, ich bin so stark.“ Sie wolle auch jetzt auf keinen Fall so dastehen, als ob sie ihre Arbeit nicht mehr weitermachen wolle. Mir schien an dieser Stelle auch ein abgewehrter Wunsch nach Entlastung und Schonung durchzuklingen.

Punkt 2: Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung

A. Bei der Erhebung der **Familienanamnese** arbeite ich mit dem Genogramm, einem Instrument aus der systemischen Therapie (McGoldrick, 2009). Damit kann man familiäre Beziehungen in analoger Form abbilden.

Sobald die Patienten von ihren Familienmitgliedern erzählen, beginne ich das Genogramm zu zeichnen. Ich frage nach Vornamen und Beruf, Geburts- und Heiratsdaten, nach Krankheiten in der Familie und nach verstorbenen Familienmitgliedern. Psychische Erkrankungen, Suizide, Missbrauch und andere einschneidende Ereignisse, die für die Lebensgeschichte prägend waren, können an dieser Stelle dokumentiert werden.

Konfliktlinien und Kontaktabbrüche werden mit Symbolen gekennzeichnet.

Mit Kreislinien markiert man, wer wann und mit wem zusammengelebt hat.

So kann ich mir in kurzer Zeit einen Überblick über die familiäre Situation verschaffen. Das Genogramm lässt sich für den Gutachterantrag leicht abdiktieren.

B. Die **körperliche Entwicklung** bezieht die frühe motorische und sprachliche Entwicklung ebenso ein wie Behinderungen oder Entwicklungsverzögerungen.

C. Die Darstellung der **psychischen Entwicklung** bietet Raum für die Beziehungen, Ereignisse und Erfahrungen, die den Menschen in besonderer Weise geprägt haben, und deren seelische Verarbeitung. Bei der Auswahl ist es sinnvoll, sich bereits Gedanken über die Psychodynamik gemacht zu haben und sich auf die Daten zu beschränken, die zur Begründung einer in sich schlüssigen Psychodynamik notwendig sind.

D. Die **soziale Entwicklung** umfasst das Erleben in Gruppen wie Schule, Freundeskreis, Arbeitskollegen, Freizeitaktivitäten sowie die engen Beziehungen, Partnerwahl, Ehe und Familie.

Wie wurden altersspezifische Schwellensituationen, Pubertät, Adoleszenz und Ablösung vom Elternhaus gemeistert? Wie ist der Patient mit Krisensituationen in seinem Leben umgegangen?

Die Unterpunkte A bis D müssen nicht strikt voneinander abgegrenzt werden, sondern können im Sinne eines flüssigen Berichtes durchaus ineinander übergehen.

2. Die Eltern der Patientin besaßen eine kleine Schneiderei, in der die Mutter bis zu zwölf Stunden am Tag arbeitete. Die Patientin musste bereits früh im Laden mithelfen. Ihr jüngerer Bruder habe dagegen viel mehr Freiheiten genossen. Sie hat sehr unter dem Gefühl gelitten, der Bruder werde ihr vorgezogen.

Der Vater war gelernter Schreiner und arbeitete im Raiffeisen-Lagerhaus. Er war für die Verwaltung des Geldes der Familie zuständig. Er allein traf die Entscheidungen, zum Beispiel, dass die Familie ein Haus baute.

Anerkennung habe sie weder vom Vater noch von der Mutter bekommen. Vielmehr habe sich die Mutter fast täglich abends beim Vater über die Tochter beklagt, der die Patientin dann verprügelte. Nach außen hätten sie als perfekte Familie erscheinen müssen.

Sie hat die Grundschule im Dorf besucht. Der Fürsprache des damaligen Rektors hatte sie es zu verdanken, dass sie anschließend aufs Gymnasium gehen durfte. Von den Eltern habe sie keine Unterstützung erfahren. Die hätten ihr gedroht: „Wenn du durchfällst, nehmen wir dich von der Schule.“ Sie sei eine strebsame Schülerin gewesen. Die Mutter habe das aber nicht anerkannt, sondern beim Vater beklagt, dass die Tochter sich hinter ihren Büchern verstecken würde, statt ihr im Laden zu helfen.

Sie hat das Abitur und ihr Studium erfolgreich abgeschlossen. Obwohl sie meist gute Noten hatte, habe sie immer große Angst vor den Prüfungen gehabt. Über Erfolge habe sie sich nie wirklich freuen können.

Mit 28 Jahren hat sie ihren Mann kennen gelernt. Nach der Hochzeit bestand der Vater darauf, dass sie eine Einliegerwohnung im Haus der Eltern bezogen, da er die Miete zur Finanzierung des Hauses benötigte. Gleich nach der Geburt ihrer ersten Tochter hat die Patientin ihre Arbeit als Lehrerin wieder aufgenommen. Tagsüber kümmerte sich ihre Mutter um das Baby. Heute hat sie das Gefühl, dass die Tochter ihr in dieser Zeit fremd geworden ist. Umso wichtiger war es ihr, nach der Geburt des zweiten Kindes zu Hause bleiben zu können.

Damals wollte sie mit ihrem Mann bereits in eine eigene Wohnung ziehen. Die Eltern haben jedoch massiv interveniert, ihr vorgeworfen, ihnen die Kinder entziehen zu wollen, und sie als „Satan“ beschimpft. Als sie Jahre später einen Bauplatz erworben und ein Haus gebaut haben, hat sie das bis zuletzt vor ihren Eltern geheim gehalten.

Ihr Mann hat zwar auf ihrer Seite gestanden und sie gegenüber ihren Eltern unterstützt. Durch seinen Beruf war er aber viel außer Haus tätig und für sie nicht greifbar. Der Hausbau ist für die Ehe sehr wichtig gewesen, weil er sie beide zusammengebracht hat. Ihr Mann ist seit seiner Jugend Jazzmusiker und spielt in einer Band Saxophon. Er hat sich im Haus einen eigenen Proberaum eingerichtet. Die Patientin hat sich mit ihren Aktivitäten und Interessen ihrem Mann weitgehend angepasst. Wenn Bekannte das kritisieren, verteidigt sie das mit dem Argument, dass sie so mehr füreinander da sein können. Zwischen den Eheleuten gibt es allerdings schon länger keine Intimität mehr. Sie meint, dass ihr das für ihren Mann leid tue. Sie habe damit aber große Probleme, auf die er Rücksicht nähme. Sie sei sich auch sicher, dass er ihr immer treu sei.

Die Situation mit dem Vater spitzt sich in den letzten Monaten zu. Frau F. hat den Eindruck, dass er seine Wohnung verwaarloosen lässt. Er lasse niemanden hinein, der für etwas Ordnung sorgen könne. Er fährt noch immer Auto, und sie ist schon mehrfach von Nachbarn auf seine auffällige Fahrweise angesprochen worden. Besondere Sorge macht ihr, dass er in Wut schon mehrfach gedroht hat, er werde sich etwas antun.

Punkt 3: Krankheitsanamnese

Diese erfasse ich mit einem Anamnesefragebogen, den ich den Patienten in der ersten Stunde mitgebe und in der zweiten probatorischen Sitzung mit ihnen durchgehe.

Frau F. litt als Kind unter Asthma und Allergien gegen Frühblüher. Wegen einer Fraktur des Handgelenkes wurde sie mit sieben Jahren stationär behandelt. Zwei Schwangerschaften verliefen unkompliziert. Bisher gab es keine psychotherapeutischen Behandlungen.

Punkt 4: Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

Im Befund beschreibt der Therapeut den Patienten aus einer Außenperspektive. Hier haben die Beobachtungen des Therapeuten ebenso Platz wie Testergebnisse. Die Struktur und die Abwehrmechanismen werden nach dieser Logik als Teil der Persönlichkeit angesehen.

Punkt C. entspricht dem klassischen psychopathologischen Befund, wie er in der psychiatrischen Diagnostik erhoben wird (AMDP-System, 2000).

Unter Punkt 4 haben die Überlegungen zur Struktur der Achse IV der OPD als auch die Beschreibung der psychischen und psychosomatischen Störungen ihren Platz.

Frau F. ist eine kleine, quirrlige Frau, Anfang 50, mit hellem, lockigem Haar, Typ „mütterliche Lehrerin“, die rasch in Kontakt kommt und ihr Herz auf der Zunge trägt. Sie spricht ein gewähltes Hochdeutsch mit bayerischem Akzent. In den

ersten Stunden konnte sie einen vertrauensvollen Kontakt zu mir aufbauen. Mit sich und ihrer Lebensgestaltung geht sie kritisch ins Gericht. Überlegungen zur dahinterstehenden psychischen Dynamik kann sie gut nachvollziehen. Sie erlebt ihren Zustand als belastend und sieht die Notwendigkeit, an ihren seelischen Einschränkungen zu arbeiten.

Das Strukturniveau im Sinne der OPD halte ich für mäßig integriert. Frau H. zeigt wenig Selbstbewusstsein. Wenn ihr etwas gelungen ist, spielt sie das herunter. In Belastungssituationen reagiert sie ängstlich und neigt zur Übersteuerung. Sie versucht zwanghaft, alle Aufgaben zu hundert Prozent zu erledigen. Wenn ihr das nicht gelingt, gerät sie in große Not. Ihre Fähigkeit, Triebwünsche wahrzunehmen und zu leben, ist eingeschränkt. In der Kommunikation kommt es zu Missverständnissen, weil sie eigene Bedürfnisse nicht äußert. Ihre Kontrollwünsche verleugnet sie.

Frau F. beteiligt sich aufmerksam am Gespräch. Ihre Stimmung variiert dabei zwischen Traurigkeit und einem humorvollen Umgang mit konfrontierenden Bemerkungen meinerseits. Ärger und Wut kann sie kaum äußern. Ihr Denken dreht sich meist darum, ob sie etwas falsch gemacht hat. Dem Vater gegenüber erlebt sie sich als hilflos. Von ihren Kindern ist sie enttäuscht, wenn diese in ihrer Entwicklung eigene Wege gehen. In Belastungssituationen kann sie sich in ihre Ängste so sehr hineinsteigern, dass sie selber nicht mehr ein und aus weiß. Keine Hinweise habe ich auf psychotisches Erleben, weder auf Verkennungen noch auf halluzinatorische oder wahnhaftige Wahrnehmungen. Es bestehen keine Hinweise auf Suizidalität.

Punkt 5: Somatischer Befund bzw. Konsiliarbericht

Hier geht es vor allem um den Ausschluss organischer Faktoren und um eine Einschätzung, inwieweit konstitutionelle Faktoren einen Einfluss auf das beschriebene Krankheitsbild haben.

Frau F. ist in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung. Es findet sich kein Hinweis auf eine organische Genese der beschriebenen Störung.

Punkt 6: Psychodynamik der neurotischen Erkrankung

Die Formulierung der Psychodynamik stellt das Herzstück des Gutachtenantrages dar. Jetzt geht es darum, die erhobenen Befunde zusammenzufassen, zu werten und eine schlüssige Hypothese zur Entwicklung des Krankheitsgeschehens zu formulieren.

Ich gehe, wie in Punkt 4 beschrieben, von einer mäßig integrierten Persönlichkeitsstruktur aus.

Auf der Beziehungsebene geht es um die Themen „sich kümmern“, „sich einordnen“ und „keinen Freiraum bekommen“. Das leitet über zu einem Konflikt „Unterwerfung versus Kontrolle“, den die Patientin im passiven Modus lebt.

Frau B. berichtet von schwierigen beruflichen und familiären Beziehungen. Immer werde ihr zu viel aufgeladen und zugleich der Vorwurf gemacht, dass sie sich zu wenig kümmere. Sie

selber sieht sich als rührig und bemüht, es allen hundertprozentig recht zu machen. In ihrer Sorge wird sie aber auch als einschränkend erlebt. Andere ärgern sich über ihre hohen Ansprüche und ihr Agieren. Kollegen und Vorgesetzte reagieren darauf, indem sie ihr ungeliebte Aufgaben zuschieben. Ihr Vater macht ihr zum Vorwurf, dass sie nie für ihn da sei, wohingegen die Tochter ihr vorwirft, ihr keine Freiheit zu lassen. Die Patientin hat das Gefühl, es niemandem recht machen zu können. Sie kann nachts nicht mehr schlafen und fühlt sich den anstehenden Herausforderungen nicht gewachsen. So müsste sie als gesetzliche Betreuerin den Vater mit seiner Fahruntüchtigkeit konfrontieren und ihm den Autoschlüssel wegnehmen. Auf eine solche Rollenübernahme ist sie innerlich nicht vorbereitet.

Es handelt sich um einen Konflikt „Unterwerfung versus Kontrolle“, den die Patientin über Jahre im passiven Modus gelebt hat. Zur Krise kam es mit der Einweisung der Mutter ins Pflegeheim und der zunehmenden Auffälligkeit des Vaters. An sich müsste sie jetzt aktiv werden. Die seelische Krankheit gibt ihr die Möglichkeit, in ihrer hilflosen Rolle zu verbleiben.

Punkt 7: Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Es ist sowohl die Diagnose nach einem der Diagnosesysteme DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig (2003) oder ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2010) zu stellen als auch deren struktureller Hintergrund zu benennen.

Die Patientin zeigt das Bild einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) bei anankastischer und ängstlich dependenter Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5 und F60.7) auf neurotischem Niveau.

Punkt 8: Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie

Das Strukturniveau der Patientin erlaubt ein konfliktzentriertes, aufdeckendes therapeutisches Vorgehen.

In dem begrenzten Rahmen einer tiefenpsychologischen Behandlung sollte gezielt an den Punkten gearbeitet werden, auf die sich das problematische Beziehungsverhalten bezieht. Aspekte, zu denen die Patientin bereits einen Zugang hat und die sie als schwierig erkannt hat, können bevorzugt bearbeitet werden. Bei ihnen wird es am ehesten möglich sein, die Patientin zur Mitarbeit zu gewinnen.

Grundsätzlich geht es darum, jene besonders problematischen Punkte heraus(zu)arbeiten, die die Störung aufrechterhalten und an denen die therapeutische Arbeit deshalb ansetzen muss“ (OPD-2, S. 323).

Frau F. kommt in einer aktuellen Krise, die durch äußere Faktoren aufrechterhalten wird. Eine rasche Änderung ihrer sozialen Situation ist unwahrscheinlich. Auf der Handlungsebene geht es darum, dass sie andere Strategien zum Umgang mit ihrer familiären und beruflichen Situation entwickelt. Dem steht ihr hoher Anspruch an sich selbst ebenso entgegen wie ihre Angst davor, ihrem Vater Grenzen zu setzen.

Es wird eine tiefenpsychologische Langzeittherapie im Umfang von zunächst 50 Stunden beantragt. Der Fokus der Therapie

soll darauf liegen, wie sie sich im Privatleben und im Beruf immer wieder in problematische Beziehungssituationen bringt, die dahinterliegenden Ängste zu erkennen, Verständnis für den Konflikt aus Macht und Ohnmacht zu gewinnen und neue Handlungsstrategien zu erproben. Inhaltlich kann das an den konkreten Aufgaben erfolgen, die sich ihr als gesetzlicher Betreuerin des Vaters stellen. Weiter kann daran gearbeitet werden, wie sie sich mit ihrem hohen Anspruch in der Schule immer wieder überfordert und anderen gegenüber wenig abgrenzt.

Punkt 9: Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf

Hier können einzelne Punkte aus der Achse I der OPD als Argumente herangezogen werden:

Die Patientin hat einen hohen Leidensdruck und möchte an ihrer Situation etwas verändern.

Bei der Darstellung ihres Problems stehen die psychosozialen Aspekte im Vordergrund. Sie schreibt diesen Faktoren bei der Entstehung ihrer Erkrankung eine wichtige Rolle zu. Sie ist motiviert zur Psychotherapie.

Die Patientin zeigt genügend Ressourcen, um konstruktiv in der Therapie mitarbeiten zu können.

Es bestehen keine wesentlichen äußeren Hindernisse, die einer Psychotherapieaufnahme widersprechen würden, wie z. B. ein laufendes Rentenverfahren, eine aktuelle Suchterkrankung oder ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn.

Die Behandlung soll einmal wöchentlich erfolgen und wird sich wahrscheinlich über einen Zeitraum von etwa eineinhalb Jahren erstrecken.

An dieser Stelle würde ein Bericht zum Erstantrag enden. Sollte es sich um einen Umwandlungsantrag nach 25 Therapiestunden handeln, müsste in Punkt 10 der bisherige Verlauf geschildert und die Dynamik, die sich zwischen der Patientin und dem Therapeuten entwickelt hat, dargestellt werden:

Punkt 10: Umwandlung von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie

Frau F. zeigte bereits in der Eingangsszene eine hohe Übertragungsbereitschaft. Sie erlebte das therapeutische Erstgespräch wie eine Prüfungssituation und reagierte darauf mit großer Angst. Meine Gegenübertragung bestand darin, dass ich sie beruhigen und ihr Ratschläge geben wollte. Damit hätte ich sie allerdings in ihrer Freiheit eingeschränkt und ihr die Möglichkeit genommen, selber konstruktive Lösungen für ihr Problem zu entwickeln. Ich hätte sie kleingehalten und für unmündig erklärt. Indem ich mich freundlich-gewährend verhielt, ihr Beziehungsangebot eines strengen Prüfers ausschlug, ihr im weiteren Verlauf aber auch ihre eigenen Anteile am Geschehen spiegelte, konnte die Patientin Einsicht in ihre „Beziehungsfallen“, wie sie es nannte, gewinnen. Sie realisierte, dass sie sich mit der Aufgabe einer gesetzlichen Betreuerin überforderte, und hat diese an das Landratsamt abgegeben. So nahm sie dem Konflikt mit dem Vater die Schärfe und kann ihm jetzt unbefangener begegnen. Sie hat realisiert,

dass sie ihre Kinder mit ihren Vorstellungen über das Leben stark eingeschränkt hat, und kann ihnen inzwischen größere Freiheiten zugestehen.

Frau F. hat in den letzten Stunden von sich aus den Fokus auf ihre Ehe verschoben. Dabei geht es um die nicht gelebten Aspekte ihrer Beziehung, die sie angesichts der ständig im Vordergrund stehenden Probleme mit den Eltern bisher weitgehend aus ihrem bewussten Erleben ausgespart hat.

In dem oben geschilderten Fall ist es gelungen, aus der Art der Beziehungskonstellation einen Konflikt abzuleiten, der sich im Rahmen einer fokussierten Therapie bearbeiten lässt.

Bei schweren Persönlichkeitsstörungen ist das oft nicht möglich. In der Vergangenheit haben Gutachter Anträge häufig mit dem Argument zurückgewiesen, es werde kein unbewusster Konflikt geschildert. In einem solchen Fall kann mit der OPD argumentiert werden, dass das bei einem wenig integrierten oder gar desintegrierten Strukturniveau gerade nicht möglich ist.

Rudolf (2010) weist darauf hin, dass es sich sogar um einen Kunstfehler handeln kann, mit Patienten in einer analytischen Langzeittherapie aufdeckend zu arbeiten. Die Psychotherapie-Richtlinien bieten in solchen Fällen die Möglichkeit, mit einer modifizierten analytischen Psychotherapie (Rüger, Dahm & Kallinke, 2009, S. 43), einer interaktionellen Gruppentherapie nach dem Tiefenbrunner Modell (Heigl-Evers & Ott, 1998) oder einer niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen Halt gewährenden therapeutischen Beziehung auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patienten einzugehen. Letztere darf auch in Kombination mit Gruppentherapie durchgeführt werden. Damit ist die Möglichkeit gegeben, auch schwer gestörten Patienten in der ambulanten Praxis über einen längeren Zeitraum einen sicheren Rahmen zu geben.

Der besondere Wert der OPD besteht für mich darin, dass sie sich an beobachtbaren und beschreibbaren Kriterien orientiert, die für den Leser gut nachvollziehbar sind. Damit ist sie für die Erstellung der Berichte an den Gutachter ein ebenso wertvolles wie hilfreiches Instrument.

IV. Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (2000). Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (7. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Argelander, H. (1970). Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Boessmann, U. (2008). Behandlungsfokus. Psychodynamische Therapieplanung. Ziel und Zeitbegrenzung. Praxisgerechte Nutzung der OPD-2. Bericht an den Gutachter. Bonn: Deutscher PsychologenVerlag.

- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B. & Kernberg, O. (2004). Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation. STIPO-D. New York. Deutsche Fassung als PDF Dokument: <http://zmkweb.uni-muenster.de/einrichtungen/proth/dienstleistungen/psycho/doc/stipo-d.pdf>
- Dührssen, A. (1981). Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (1998). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hohage, R. (2008). Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis: Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge. Stuttgart: Schattauer.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Informationsblatt für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie bei Erwachsenen. Lütjensee: Paul-Albrechts Verlag.
- Keil-Kuri, E. (2008). Kassenanträge - Denkanstoß statt Angstpartie: Das notwendige Know-how zur rationellen und erfolgreichen Abfassung. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. (1988). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Therapie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart, Klett-Cotta
- Mattke, D., Reddemann, L. & Strauß, B. (2009). Keine Angst vor Gruppen. Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- McGoldrick, M. (2009). Genogramme in der Familienberatung (3. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Rudolf, G. (2006). Schwere Persönlichkeitsstörungen. In A. Springer, A. Gerlach & A.M. Schölter (Hrsg.), Störungen der Persönlichkeit. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Rudolf, G. (2010). Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma (1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (Hrsg.). (2009). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (8. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR): Textrevision. Göttingen: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation (2010). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision). German Modification, Version, Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

IV Korrespondenzadresse

Dr. Peter Wollschläger
 Taubenmarkt 11 | 83278 Traunstein
 Dr.Peter.Wollschläger@t-online.de

Anlage 1

Checkliste Achse I:

Behandlungsvoraussetzungen und Krankheitsverarbeitung

Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Dauer der aktuellen Problematik
 Alter bei Erstmanifestation der Erkrankung

Krankheitsdarstellung und Krankheitskonzepte des Patienten

Leidensdruck
 Darstellung körperlicher Ursachen und Probleme
 Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme
 Darstellung sozialer Probleme

Krankheitskonzepte des Patienten

An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept
 An psychologischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept
 An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept

Veränderungskonzepte des Patienten

Einschätzung der vom Patienten gewünschten Behandlungsform
 (somatische/psychotherapeutische Behandlung/sozialer Bereich)

Veränderungsressourcen

Persönliche Ressourcen
 (Psycho-)soziale Unterstützung
 Offenheit

Veränderungshemmnisse

Anlage 2

Itemliste OPD Achse II: Beziehung

Itemliste (Achse Beziehung)

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er (andere/n) ...		Der Patient erlebt <u>andere</u> immer wieder so, dass sie ...	
Andere – auch der Untersucher – erleben, dass der Patient immer wieder (andere/n) ...		Andere – auch der Untersucher – erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie ...	
Beziehungsthemen		Beziehungsthemen	
<input type="checkbox"/>	1. viel Freiraum lässt, alleine machen lässt	<input type="checkbox"/>	1. ihm viel Freiraum lassen, ihn alleine machen lassen
<input type="checkbox"/>	2. wenig führt, Einflussnahme vermeidet	<input type="checkbox"/>	2. ihn wenig führen, Einflussnahme vermeiden
<input type="checkbox"/>	3. bewundert, idealisiert	<input type="checkbox"/>	3. ihn bewundern, idealisieren
<input type="checkbox"/>	4. entschuldigend, Vorwürfe vermeidet	<input type="checkbox"/>	4. ihn entschuldigend, Vorwürfe vermeiden
<input type="checkbox"/>	5. mit seiner Zuneigung bedrängt	<input type="checkbox"/>	5. ihn mit ihrer Zuneigung bedrängen
<input type="checkbox"/>	6. harmonisiert, Aggressionen vermeidet	<input type="checkbox"/>	6. harmonisieren, Aggressionen vermeiden
<input type="checkbox"/>	7. sich besonders kümmert, sorgt	<input type="checkbox"/>	7. sich um ihn besonders kümmern, sorgen
<input type="checkbox"/>	8. sich aufdrängt, taktlos ist	<input type="checkbox"/>	8. sich ihm aufdrängen, taktlos sind
<input type="checkbox"/>	9. wenig Freiraum lässt, sich einmischt	<input type="checkbox"/>	9. ihm keinen Freiraum lassen, sich einmischen
<input type="checkbox"/>	10. bestimmt, kontrolliert / Ansprüche stellt	<input type="checkbox"/>	10. ihn bestimmen, kontrollieren / Ansprüche stellen
<input type="checkbox"/>	11. klein macht, entwertet, beschämt	<input type="checkbox"/>	11. ihn klein machen, entwerten, beschämen
<input type="checkbox"/>	12. Vorwürfe macht / beschuldigt	<input type="checkbox"/>	12. ihm Vorwürfe machen / ihn beschuldigen
<input type="checkbox"/>	13. seine Zuneigung entzieht	<input type="checkbox"/>	13. ihm ihre Zuneigung entziehen
<input type="checkbox"/>	14. angreift / schädigt	<input type="checkbox"/>	14. ihn angreifen / schädigen
<input type="checkbox"/>	15. vernachlässigt, im Stich lässt	<input type="checkbox"/>	15. ihn vernachlässigen, ihn im Stich lassen
<input type="checkbox"/>	16. übersieht, ignoriert	<input type="checkbox"/>	16. ihn übersehen, ignorieren
<input type="checkbox"/>	17. viel Freiraum / Selbstständigkeit für sich beansprucht	<input type="checkbox"/>	17. viel Freiraum / Selbstständigkeit für sich beanspruchen
<input type="checkbox"/>	18. trotz, sich widersetzt	<input type="checkbox"/>	18. ihm trotzen, sich widersetzen
<input type="checkbox"/>	19. sich wichtig macht, in den Mittelpunkt stellt	<input type="checkbox"/>	19. sich wichtig machen, sich in den Mittelpunkt stellen
<input type="checkbox"/>	20. jede Schuld von sich weist	<input type="checkbox"/>	20. jede Schuld von sich weisen
<input type="checkbox"/>	21. sich selbst verliert, wenn and. Zuneigung zeigen	<input type="checkbox"/>	21. sich selbst verlieren, wenn er Zuneigung zeigt
<input type="checkbox"/>	22. sich wenig schützt, in Gefahr begibt	<input type="checkbox"/>	22. sich vor ihm wenig schützen, sich in Gefahr begeben
<input type="checkbox"/>	23. sich anlehnt, sich anklammert	<input type="checkbox"/>	23. sich an ihn anlehnen, anklammern
<input type="checkbox"/>	24. sich im Kontakt wenig abgrenzt, viel an sich heranlässt	<input type="checkbox"/>	24. s. im Kontakt wenig abgrenzen, viel an sich heranlassen
<input type="checkbox"/>	25. Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht	<input type="checkbox"/>	25. Eigenständigkeit vermeiden, Anleitung suchen
<input type="checkbox"/>	26. sich anpasst / sich zurücknimmt / aufgibt	<input type="checkbox"/>	26. sich anpassen / sich zurücknehmen / aufgeben
<input type="checkbox"/>	27. sich klein macht, sich selbst entwertet	<input type="checkbox"/>	27. sich klein machen, sich selbst entwerten
<input type="checkbox"/>	28. sich die Schuld gibt	<input type="checkbox"/>	28. sich die Schuld geben
<input type="checkbox"/>	29. sich verschließt / flüchtet, wenn and. Zuneigung zeigen	<input type="checkbox"/>	29. sich verschließen / flüchten, wenn er Zuneigung zeigt
<input type="checkbox"/>	30. sich besonders vor Angriffen schützt, auf der Hut ist	<input type="checkbox"/>	30. sich bes. vor seinen Angriffen schützen, auf der Hut sind
<input type="checkbox"/>	31. sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt	<input type="checkbox"/>	31. sich wenig anlehnen, sich wenig bedürftig zeigen
<input type="checkbox"/>	32. sich zurückzieht, abschottet, weggeht	<input type="checkbox"/>	32. sich zurückziehen, abschootten, weggehen

Mit freundlicher Genehmigung des Verlags Hans Huber, Bern. Aus: Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (2. Aufl.). Bern): Hans Huber.

Anlage 3
Synopsis Achse IV:
Struktur

	gut integriert	mäßig integriert	gering integriert	desintegriert
<i>Selbstwahrnehmung</i> Fähigkeit zur Selbstreflexion, zur Gewinnung von Selbstbild und Identität, zur Introspektion und Differenzierung eigener Affekte	Selbstreflexive Fähigkeiten und Identitätsgefühl grundsätzlich vorhanden, u.U. durch neurotische Konflikte eingeschränkt <i>Leitaffekte:</i> Freude, Angst, Schuld, Scham, Trauer	Schwierigkeit, Selbstbild zu gewinnen; Affekte zu differenzieren; Identität unsicher <i>Leitaffekte:</i> Angst, Wut, Enttäuschung, Selbstentwertung; Ambivalenz	Selbstreflexive Funktionen fehlen weitgehend, Identitätsdiffusion; <i>Leitaffekte:</i> Chronische Angst, Wut, Depression, Leere, Entfremdung	Selbstreflexive Fähigkeiten fehlend; weitgehend fehlende soziale und sexuelle Identität (Schizophrenie) oder Überidentifizierung mit sozialen Rollen (manisch-depressive Psychose)
<i>Selbststeuerung</i> Fähigkeit, mit eigenen Bedürfnissen, Affekten und Selbstwertgefühlen steuernd umzugehen; Toleranz für Ambivalenzen und negative Affekte	Steuerungsfähigkeit für Impulse, Affekte und Selbstwert grundsätzlich vorhanden, u.U. neurotisch eingeschränkt	Übersteuerung oder Impulsdurchbrüche; emotionale Flexibilität eingeschränkt; selbstentwertende, autoaggressive Tendenzen; Selbstwertregulierung schwierig; Kränkbarkeit	Impulsives Verhalten, selbstbestrafende Tendenzen, Intoleranz für negative Affekte; fragile Selbstwertregulation (große Kränkbarkeit, Größenvorstellungen)	Unzureichende Vorstellung von der Urheberschaft eigenen Handelns, u.U. massive Störungen der Selbststeuerung (Triebdurchbrüche bis zur psychotischen Erregung)
<i>Abwehr</i> Fähigkeit, seelisches Gleichgewicht in inneren und äußeren Konflikten durch bestimmte Abwehrmechanismen zu erhalten oder wiederherzustellen	Abwehr stabil, effektiv; gegen Triebwünsche und Affekte gerichtet; Verdrängung, Rationalisierung, Verschiebung	Abwehr eingeschränkt flexibel, überschießend oder versagend; Verleugnung, Wendung gegen eigene Person, Reaktionsbildung, Isolierung, Projektion	Abwehr erfolgt durch Veränderung von Selbst- und Objektrepräsentanzen; Spaltung, projektive Identifizierung, Objektidealisierung, Objektentwertung	Abwehr instabil, unflexibel; Objektbesetzung wird entzogen; psychotische Verleugnung, psychotische Projektion
<i>Objektwahrnehmung</i> Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität sicher zu unterscheiden, äußere Objekte ganzheitlich, kohärent, mit eigenen Rechten und Absichten wahrzunehmen; Empathiefähigkeit	Das Bild des Gegenübers wird differenziert wahrgenommen; kann jedoch neurotisch konflikthaft gefärbt sein; Empathiefähigkeit vorhanden; objektbezogene Affekte sind möglich (Sorge, Anteilnahme, Schuld, Trauer, Scham)	Wenig Empathiefähigkeit; konfliktgefärbte Wahrnehmung des Anderen; in Konflikten wirkt der Andere ängstigend oder droht verlorenzugehen	Fehlende Empathiefähigkeit; dem Anderen keine eigenen Rechte und Absichten zugezogen; der Andere als bedürfnisbefriedigendes Objekt oder verfolgendes Objekt; Teilobjektbeziehungen	Psychotische Konfusion von Selbst- und Objektbildern; selektive Wahrnehmung; einzelne Eigenschaften des Objekts stehen für das ganze Objekt
<i>Kommunikation</i> Fähigkeit, sich auf andere auszurichten und sich ihnen mitzuteilen, affektive Signale des Anderen zu verstehen	Kommunikationsbereitschaft grundsätzlich vorhanden; Kommunikationsbedürfnis u. U. konflikthaft eingeschränkt oder gesteigert	Kommunikationsfähigkeit störrisch; Kommunikationsbereitschaft durch gekränkte, aggressive, bedürftige etc. Haltungen beeinträchtigt	Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt; Schwierigkeiten im Verstehen affektiver Signale des Anderen; Kommunikationsabbrüche; Verwirrung, Mißverständnisse	Fehlinterpretation affektiver Signale; Alles kann kommunikative Bedeutung gewinnen
	gut integriert	mäßig integriert	gering integriert	desintegriert
<i>Bindung</i> Fähigkeit, innere Repräsentanzen des Anderen zu errichten und längerfristig affektiv zu besetzen (Objektinternalisierung, Objektkonstanz); variable Bindungen; Wechsel von Bindung und Lösung; Interaktionsregeln zum Schutz der Bindung entwickeln	«Gute innere Objekte» vorhanden; unterschiedliche innere Objekte erlauben grundsätzlich triadische Beziehungen; u. U. Schwierigkeit, Bindung zu verschiedenen Personen zu integrieren; <i>Zentrale Angst:</i> Zuneigung des Objekts verlieren	Wenig «gute innere Objekte», Objektbilder auf wenige Muster eingeschränkt; wunschgeleitete und dyadische Beziehungen vorherrschend <i>Zentrale Angst:</i> Das wichtige Objekt verlieren	Wenig «gute Objekte» internalisiert; innere Objekte straffend, entwertend; Abhängigkeit von äußeren Objekten <i>Zentrale Angst:</i> das «böse» Objekt bzw. der Verlust des «guten» Objekts zerstört das Selbst	Zum Schutz vor gefürchteter Verschmelzung werden Bindungen u. U. bis zur autistischen Isolation vermieden; auf regressivem Niveau können stabile Bindungen aufrechterhalten werden
<i>Globale Einschätzung</i> Struktur des Selbst in Beziehung zum Anderen; Verfügbarkeit über intrapsychisch und interpersonell regulierende Funktionen zur Erhaltung von Autonomie und Beziehungsfähigkeit	Weitgehend autonomes Selbst; regulierende Funktionen verfügbar; psychischer Binnenraum strukturiert (intrapsychische Konflikte möglich) Über-Ich streng, aber integriert	Verfügbarkeit über regulierende Funktionen herabgesetzt; intrapsychische Konflikte sind destruktiver, archaischer; Über-Ich streng, evtl. externalisiert; Ich-Ideal überzogen	Seelischer Binnenraum und psychische Substrukturen wenig entwickelt; regulierende Funktionen deutlich reduziert; Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch	Kein kohäsives Selbst ausgebildet; daher bei Belastung Gefahr von Desintegration oder Fragmentierung; dem psychotischen Zusammenbruch kann psychotische Restituierung folgen

Mit freundlicher Genehmigung des Verlags Hans Huber, Bern. Aus: Arbeitskreis OPD (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual (4. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Anlage 4 Informationsblatt der KBV

Bericht zum Erst- oder Umwandlungsantrag/LZT – PT 3a bzw. PT 3a EK

1. Spontanangaben des Patienten

Schilderung der Klagen des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung – möglichst mit wörtlichen Zitaten –. Ggf. auch Bericht der Angehörigen/Beziehungspersonen des Patienten.

(Warum kommt der Patient zu eben diesem Zeitpunkt und durch wen veranlaßt?)

2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung

- Familienanamnese,
- körperliche Entwicklung,
- psychische Entwicklung,
- soziale Entwicklung mit besonderer Berücksichtigung der familiären und beruflichen Situation, des Bildungsganges und der Krisen in phasentypischen Schwellensituationen.

3. Krankheitsanamnese

Es sollen möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedurften oder bedürfen, erwähnt werden, insbesondere bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

4. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

- Emotionaler Kontakt, Intelligenzleistungen und Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit, Krankheitseinsicht, Motivation des Patienten zur Psychotherapie.
- Bevorzugte Abwehrmechanismen, ggf. Art und Umfang der infantilen Fixierungen, Persönlichkeitsstruktur.
- Psychopathologischer Befund (z. B. Bewußtseinsstörungen; Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der mnestischen Funktionen; Wahnsymptomatik, suicidale Tendenzen).

5. Somatischer Befund bzw. Konsiliarbericht

Das Ergebnis der körperlichen Untersuchung, bezogen auf das psychische und das somatische Krankheitsgeschehen, ist mitzuteilen. Der somatische Befund soll nicht älter als 3 Monate sein. Die Mitteilung des körperlichen Befundes ist grundsätzlich erforderlich. Falls die körperliche Untersuchung nicht vom ärztlichen Psychotherapeuten selbst durchgeführt wird, müssen Angaben zum somatischen Befund eines anderen Arztes, evtl. auch zu dessen Therapie (ggf. gebietsbezogen) beigefügt werden.

Bei Psychologischen Psychotherapeuten ist der Konsiliarbericht eines Arztes beizufügen.

6. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung

Darstellung der neurotischen Entwicklung und des intrapsychischen neurotischen Konfliktes mit der daraus folgenden Symptombildung. (Zeitpunkt des Auftretens der Symptome und auslösende Faktoren im Zusammenhang mit der Psychodynamik, auch der interpersonellen Dynamik, sind zu beschreiben.)

Bei Behinderung und bei strukturellen Ich-Defekten ist ein von Behinderung und Defekt abgesetztes, aktuell wirksames Krankheitsgeschehen in seiner Psychodynamik darzustellen.

7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Darstellung der Diagnose auf der symptomatischen und strukturellen Ebene: differentialdiagnostische Erwägung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde ggf. unter Beifügung der anonymisierten Befundberichte.

(Auch von anderen Ärzten erhobene Befunde, besonders der letzten 3 Monate, sowie die Ergebnisse klinischer Untersuchungen und Behandlungen sind anonymisiert als Kopie beizufügen.)

8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie

Begründung für die Wahl der Behandlungsform und deren Anwendung in Einzel- oder Gruppentherapie. Bei Gruppentherapie sind Gruppensetting, Zusammensetzung der Gruppe und die gruppenspezifische Indikation, auch die Erfahrung des Patienten in natürlichen und sozialen Gruppen, darzustellen. Es muß ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der neurotischen Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der nach den Psychotherapie-Richtlinien begrenzten Leistungspflicht der Krankenkasse als erreichbar angesehen wird.

Andere Verfahren als die in den Psychotherapie-Richtlinien genannten Behandlungsmethoden (B I 1.1) können nicht Bestandteil des Behandlungsplans sein.

9. Prognose der Psychotherapie

Beurteilung des Problembewußtseins des Patienten, Beurteilung seiner Verläßlichkeit und seiner partiellen Lebensbewältigung sowie seiner Fähigkeit oder seiner Tendenz zur Regression; Beurteilung seiner Flexibilität und seiner Entwicklungsmöglichkeiten.

10. Dient der Erstantrag einer Umwandlung von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie, sind zusätzlich folgende Fragen zu beantworten und die Antworten im Bericht voranzustellen:

- Welches sind die Gründe für die Änderung der Indikation und die Umwandlung in Langzeittherapie?
- Welchen Verlauf hatte die bisherige Therapie?