

Michael Stasch
Tilman Grande
Paul Janssen
Claudia Oberbracht
Gerd Rudolf

OPD-2 im Psychotherapie-Antrag

Psychodynamische Diagnostik
und Fallformulierung

Anwendungen der Operationalisierten
Psychodynamischen Diagnostik 2

2., überarbeitete Auflage

OPD-2 im Psychotherapie-Antrag

OPD-2 im Psychotherapie-Antrag
Stasch, Grande, Janssen, Oberbracht, Rudolf

Programmbereich Psychiatrie

**Michael Stasch, Tilman Grande,
Paul Janssen, Claudia Oberbracht
Gerd Rudolf**

OPD-2 im Psychotherapie-Antrag

Psychodynamische Diagnostik
und Fallformulierung

Anwendungen der Operationalisierten
Psychodynamischen Diagnostik 2

2., überarbeitete Auflage



Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Psychiatrie, Gesundheitswesen, Medizin
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: +41 31 300 4500
verlag@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat Psychiatrie, Gesundheitswesen, Medizin
Bearbeitung: Melanie Stasch, Heidelberg
Herstellung: Daniel Berger
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

2., überarbeitete Auflage 2016
© 2016 by Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95585-8)
ISBN 978-3-456-85585-1

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhalt

Vorwort	9
1. OPD in der Praxis der ambulanten Richtlinienpsychotherapie	11
1.1 Die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)	11
1.2 Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie	13
1.3 OPD in der Richtlinienpsychotherapie: Bisherige Erfahrungen	15
2. Übersicht zu den Achsen der OPD	17
2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen	17
2.2 Beziehung	20
2.3 Konflikt	21
2.4 Struktur	23
2.5 Abwehrmechanismen und Strukturniveau (Arbeitskreis OPD, 1996)	27
3. Von der Diagnostik zum OPD-Befund	37
3.1 Grundsätze psychodynamischer Diagnostik, die auch für die OPD-Diagnostik gelten	39
3.2 Die Phasen des OPD-Interviews	40
3.3 Beispiel für ein OPD-Interview mit Schwerpunkt Beziehungsdiagnostik und Konfliktdiagnostik	50
3.4 Beispiel für ein OPD-Interview mit dem diagnostischen Schwerpunkt einer strukturellen Störung	53

4.	Vom OPD-Befund zur psychodynamischen Fallformulierung	65
4.1	Auslösende Situation	67
4.2	Die diagnostische Abgrenzung von Konflikt und Struktur	71
4.3	Beziehungsmuster als Bewältigung von Konflikt und Struktur	76
4.4	Biografische Aspekte der Psychodynamik	85
4.5	Exkurs: Traumabezogene Störungen	88
5.	Von der Psychodynamik zur Therapieplanung	91
5.1	Behandlungsplanung und therapeutischer Fokus	91
5.2	Indikation zur Richtlinienpsychotherapie	94
5.3	Vom Befund zur Psychodynamik und Therapieplanung	97
6.	OPD im Bericht zum Antrag	109
6.1	Allgemeine Vorgehensweise bei der Berichterstellung mit Hilfe von OPD	109
6.2	Konkrete Vorgehensweise bei der Berichterstellung mit Hilfe von OPD	113

Punkt 1 des Berichts:	Spontanangaben des Patienten	114
Punkt 2 des Berichts:	Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung	115
Punkt 3 des Berichts:	Krankheitsanamnese	118
Punkt 4 des Berichts:	Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung	119
Punkt 5 des Berichts:	Somatischer Befund bzw. Konsiliarbericht	121
Punkt 6 des Berichts:	Psychodynamik der neurotischen Entwicklung	122
Punkt 7 des Berichts:	Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	124
Punkt 8 des Berichts:	Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie	124
Punkt 9 des Berichts:	Prognose der Psychotherapie	126

7.	OPD im Bericht zum Antrag: Beispielfälle	127
7.1	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ..	127
7.2	Antrag auf modifizierte analytische Psychotherapie	132
7.3	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ..	139
7.4	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ..	146
7.5	Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ..	151
7.6	Antrag auf analytische Psychotherapie	159
7.7	Bericht zum KZT-Antrag	166
8.	Einschätzung von Veränderungsprozessen während der Behandlung	171
8.1	Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) als Grundlage für die Abbildung von Veränderungen	171
8.2	Konkrete Vorgehensweise bei der Berichterstellung zum Fortführungsantrag	178

Punkt 1 des Berichts:	Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1.– 4. des Berichtes zum Erstantrag	178
Punkt 2 des Berichts:	Ergänzungen zur Psychodynamik der neurotischen Erkrankung	179
Punkt 3 des Berichts:	Ergänzungen zur neurosen- psychologischen Diagnose bzw. Differenzial-Diagnose	179
Punkt 4 des Berichts:	Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs	180
Punkt 5 des Berichts:	Änderungen des Therapieplans und Begründung	181
Punkt 6 des Berichts:	Prognose nach dem bisherigen Therapieverlauf	182

8.3	Beispiele	182
-----	-----------------	-----

9. Literatur	195
Anhang	199
Anhang A: Synopsis zum Erstantrag (Kapitel 6)	199
Anhang B: Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) ...	204
Anhang C: HUS-Manual	205
Anhang D: Synopsis zum Folgeantrag (Kapitel 8)	218
Autoren	221

Vorwort

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat – seit ihrer Einführung im Jahr 1996 und insbesondere durch die klinische Erweiterung der 2. Version (OPD-2) – nicht nur im deutschsprachigen Bereich, sondern auch international, eine starke Verbreitung erfahren. Mittlerweile hat sie sich als Verfahren in den psychodynamisch orientierten Ausbildungsinstituten etabliert und wird zunehmend auch in der klinischen Fallpräsentation und Supervision verwendet. Die Notwendigkeit, die psychotherapeutische Behandlung klar und nachvollziehbar zu fokussieren, führte zu einem starken Interesse und einer raschen Verbreitung besonders in der stationären Psychotherapie.

Niedergelassene Kolleginnen und Kollegen melden in unseren Trainings regelmäßig zurück, dass sie die OPD sehr hilfreich für die Strukturierung ihres klinischen Blicks einschätzen, sich aber bei der konkreten Umsetzung – insbesondere bei der Antragsformulierung – schwer tun. Entsprechend verhalten oder unsystematisch wird die OPD daher im Bericht zum Antrag eingesetzt. Von der Seite der Gutachter wird gelegentlich bemängelt, dass Begrifflichkeiten und Formulierungen der OPD zu schablonenhaft verwendet werden, sodass sie letztlich beliebig und wenig aussagekräftig erscheinen. In diesem Zusammenhang mussten wir auch feststellen, dass OPD-Formulierungen mittlerweile Eingang in textbausteinbasierte «Antrags-Hilfe-Programme» gefunden haben, in denen Patientenschicksale und deren psychodynamische Hintergründe mehr oder weniger konstruiert werden. Vor dem Hintergrund des neuen Patientenrechtegesetzes wird sich diese Entwicklung hoffentlich etwas eindämmen lassen.

Der Komplexität psychodynamischer Vorgänge gerecht zu werden, ist wohl die größte Schwierigkeit in unserer Disziplin. Gerade in der sehr komprimierten Form eines Berichts zum Psychotherapie-Antrag wird

man daher um Reduktionen und Begrenzungen nicht umhin kommen. Als Kliniker stellen wir uns dieser Herausforderung tagtäglich und möchten mit diesem Werk einen Beitrag dazu leisten, den Blick auf das (hoffentlich) Wesentliche einzustellen und das auch entsprechend zu formulieren.

Der Arbeitskreis, aus dem dieses Buch entstanden ist, setzt sich aus verschiedenen Generationen der «OPD-Familie» zusammen – Gründungsväter und Nachwuchs. Daraus ergab sich eine inspirierende Zusammenarbeit, deren Lebendigkeit gerade aus den zum Teil recht unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und auch psychoanalytischen Sozialisierungen erwuchs. Als Initiator dieser «Antrags-Gruppe» bin ich dankbar für die Chance dieses Projekts und die Offenheit und Schaffenskraft aller Beteiligten. Dank geht zu guter Letzt auch an die OPD-Gesamtgruppe, die das Zustandekommen dieses Buches ideell, fachlich und auch finanziell unterstützt hat.

Michael Stasch, Heidelberg im November 2013

1. OPD in der Praxis der ambulanten Richtlinienpsychotherapie

1.1 Die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

Das diagnostische System OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Arbeitskreis OPD, 1996) wurde mit der Zielsetzung entwickelt, die psychodynamischen Aspekte psychischer Störungen reliabel diagnostisch beschreiben zu können, was bis dahin aufgrund der Vieldeutigkeit der historisch gewachsenen psychoanalytischen Konzepte kaum möglich war (Janssen, 2000). Zu diesem Zweck wurde die Ganzheitlichkeit des intrapsychischen und intersubjektiven Geschehens aufgegliedert und in fünf Dimensionen (Achse I bis V) beschrieben. Auf jeder Dimension wurden die einzelnen Punkte (z. B. unbewusste Konflikte) operational, d. h. verhaltensnah definiert. Studien zeigen, dass unterschiedliche Untersucher den gleichen Fall (i. d. R. Videoaufzeichnungen von diagnostischen Interviews) mit befriedigender Übereinstimmung hinsichtlich der OPD-Merkmale einschätzen können (Rudolf et al., 1996; Zimmermann et al., 2010). Für die im universitären Bereich tätigen, psychodynamisch orientierten Mitglieder der OPD stand damit erstmals ein reliables Instrument zur Erfassung psychodynamischer Befunde zur Verfügung. Dieses wurde in der Folgezeit in zahlreichen Therapiestudien angewandt (Groß et al., 2007; Kessler et al., 2011; Rudolf et al., 2004; Stasch/Cierpka, 2006; Stasch et al., 2007). Sie belegten über die bereits erwähnte Reliabilität hinaus zahlreiche Aspekte der Validität für die einzelnen Achsen und das Gesamtsystem, so z. B. bedeutsame Zusammenhänge zwischen OPD-Konflikten bzw. strukturellen Aspekten einerseits und bewährten Testinstrumenten anderer-

seits und insbesondere auch die prädiktive Bedeutung von OPD-Befunden für Verlauf und Ergebnis von Psychotherapien (Cierpka et al., 2001; Grande et al., 2003; Groß et al., 2007; Kessler et al., 2011; Oberbracht, 2005; Rudolf et al., 2002; Rudolf et al., 2012). Als besonders interessant für die Beurteilung des Therapieerfolgs erwies sich die Verwendung der Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000), die es erlaubt, das Ausmaß der therapeutischen Veränderung in den diagnostisch ausgewählten OPD-Foki (vgl. dazu auch Grande et al., 2004; Grande et al., 2001) einzuschätzen.

2006 erfolgte ein weiterer wesentlicher Entwicklungsschritt des OPD-Systems, das nun noch stärker auf die Belange der praktizierenden Therapeuten ausgerichtet wurde. OPD-2 unternahm den Schritt von der reinen Diagnostik zur Diagnostik im Interesse der Behandlungsplanung und therapeutischen Zielsetzung. Mittlerweile waren bereits Vorschläge zu einer differenziellen psychodynamischen Psychotherapie auf der Grundlage der OPD-Diagnostik vorgelegt worden (z. B. Rudolf, 2004, 2010).

Von psychoanalytischer Seite erfuhr das System gelegentlich die Kritik, dass es scheinbar vereinfachend und positivistisch der Komplexität des intrapsychischen und interpersonellen Geschehens nicht in allen Punkten gerecht werde. Zudem könne das OPD-System, so lautet ein zweiter Kritikpunkt, unter Umständen auch den weniger erfahrenen Therapeuten erlauben, psychodynamische Begriffe zu verwenden, ohne dass die komplexen inneren Zusammenhänge verstanden werden. Das gilt freilich nicht nur für OPD-Begriffe, sondern für jegliche – auch die traditionellen – psychoanalytischen Begriffe.

Dem gegenüber steht das sehr ausgeprägte Interesse an der OPD auf Seiten der ambulanten und stationär tätigen Psychotherapeuten. Es ist ablesbar an der großen Zahl derer, die OPD-Schulungen absolviert haben; an der Tatsache, dass OPD-Diagnostik und Therapieplanung in vielen therapeutischen Ausbildungsgängen selbstverständlich integriert sind; an der Bedeutung, die OPD als standardisiertes Instrument der Diagnostik und Qualitätssicherung in vielen psychotherapeutischen Kliniken besitzt; an der Verbreitung der OPD-Literatur hierzulande: OPD-1 1. Aufl. 1996, 2. Aufl. 1998, 3. Aufl. 2001, 4. Aufl. 2004; OPD-2 1. Aufl. 2006, 2. Aufl. 2009, 3. Aufl. 2014; OPD-KJ 1. Aufl. 2003, 2. Aufl.

2007; OPD-KJ 2, 2013, OPD in der Praxis (Schauenburg et al., 1998); Was leistet die OPD? (Schneider/Freyberger, 2000); Lernen in der Praxis (Dahlbender et al., 2004); das Abhängigkeitsmodul (Arbeitskreis OPD-Abhängigkeitserkrankungen, 2013) und nicht zuletzt auch an der großen internationalen Resonanz: Übersetzungen ins Englische (2001), Italienische (2002), Chinesische (2007), Ungarische (2007), Spanische (2008), Russische (2009), Rumänische (2012), Tschechische (2013) und in den Aktivitäten der jeweiligen Arbeitsgruppen dieser Länder.

Für die bisherige Nutzung des OPD-Systems lassen sich somit folgende Schwerpunkte festhalten:

- **Aus- und Weiterbildung:** Standardisierte Beschreibung psychodynamischer Aspekte von Persönlichkeit und Krankheit
- **Diagnostik:** Gestaltung des diagnostischen Gesprächs und Erarbeitung psychodynamischer Fallformulierung mithilfe standardisierter psychodynamischer Beschreibung
- **Forschung, Qualitätssicherung:** Reliables Instrument der Forschung und klinischen Routine
- **Therapeutische Praxis:** Fokussierung psychodynamischer Daten im Interesse therapeutischer Zielsetzung und Behandlungsplanung; OPD-basierte psychodynamische Psychotherapien zur differenziellen Bearbeitung konflikthafter und strukturbedingter Foki; Evaluation von Therapieprozess und -ergebnis.

1.2 Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie

Mit der Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche (heute: vertragsärztliche) Versorgung 1967 wurde das Gutachterverfahren als verbindlicher Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinien eingeführt. Dieses Gutachterverfahren dient der Vorab-Prüfung der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (§ 12, § 70 SGB V) von im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Leistungen der Richtlinienpsychotherapie. Das Gutachterverfahren dient damit auch der Qualitätssicherung (vgl. Rüger et al. 2012, S. 83). Bei der Richt-

linien-Psychotherapie tritt das Gutachterverfahren an die Stelle der ansonsten in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von bereits durchgeführten Behandlungsmaßnahmen. Anders als sonst in der vertragsärztlichen Versorgung entfällt mit der vorangegangenen Begutachtung eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der Gutachter hat die Aufgabe, anhand des ihm über die Krankenkasse weitergeleiteten, anonymisierten Berichtes des Therapeuten dazu Stellung zu nehmen, ob die geplante psychotherapeutische Behandlung notwendig ist, ob diese Behandlung einem anerkannten Verfahren entspricht und ob eine sinnvolle und zweckmäßige Behandlungsplanung vorliegt (§ 70 SGB V). Der Gutachter überprüft also anhand des ihm vorgelegten strukturierten Berichts, ob bei dem betreffenden Patienten krankheitswertige Beschwerden im Sinne der Richtlinien vorliegen und ob eine Erfolg versprechende Behandlungsplanung vorliegt. Dabei müssen entsprechend § 12 SGB V die beantragten Leistungen einerseits ausreichend, andererseits aber auch zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Zugleich müssen auf Seiten des Patienten die prognostischen Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg vorliegen.

Grundlage eines Berichtes an den Gutachter ist für den (psychodynamisch orientierten) Therapeuten eine eingehende (psychodynamische) Diagnostik. Eine operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) hat inzwischen auch Eingang in das Diagnostik-Kapitel des Kommentars zu den Psychotherapie-Richtlinien gefunden. Danach ist neben der vorgeschriebenen ICD-Diagnostik auch immer eine verfahrensspezifische (z. B. psychodynamische) Diagnostik notwendig. Und diese sollte hinreichend operationalisiert sein, um eine wenig hilfreiche begriffliche Beliebigkeit zu vermeiden (Rüger et al., 2012, S. 29).

1.3 OPD in der Richtlinienpsychotherapie: Bisherige Erfahrungen

Da zunehmend mehr Therapeuten Interesse an und Erfahrung mit der OPD besitzen, lag es für sie nahe, diese Erfahrungen auch in den Bericht zum Antrag einfließen zu lassen. Freilich war man sich unsicher, wie das geschehen könne und wie es von Seiten der Begutachtenden aufgenommen würde.

Von manchen Gutachtern wurde die Einführung der OPD als wissenschaftlich fundierte Form der psychodynamischen Beschreibung begrüßt, von anderen kritisiert, weil OPD-Begriffe zuweilen nur erwähnt wurden, ohne dass diese Befunde aus der Lebensrealität des Patienten, seinem Verhalten und subjektivem Erleben abgeleitet waren («Es liegt ein Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt vor.»).

In den gutachterpflichtigen Berichten zum Antrag auf Psychotherapie finden sich aktuell OPD-Aspekte in 35 % der Texte (25 % betreffen OPD-Konflikte, 20 % OPD-Strukturaspekte, 10 % beides) (Rudolf, 2009). Da bisher diesbezüglich keine Empfehlungen vorliegen, wurden die OPD-Angaben sehr individuell gestaltet. Einzelne Therapeuten ergänzten ihren Bericht um einen kompletten OPD-Befund, andere fügten OPD-Aspekte in die Berichtsabschnitte «psychischer Befund», «Psychodynamik», «psychodynamische Diagnose», «Therapieplanung» ein. Manche der vielgelesenen Ratgeber raten zur Vorsicht im Blick auf möglicherweise kritische Gutachter. Von diesen wurde zurecht kritisiert, dass manche Therapeuten z. B. den Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt in einem sehr allgemeinen Sinne zur Beschreibung vielfältiger neurotischer Lebensprobleme in der Auseinandersetzung um Verselbstständigung und Bindung verwendeten (während es sich bei dem Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt nach den Definitionen der OPD-1 um einen sehr speziellen, eher schwerwiegenden Konflikt handelt). In der OPD-2 wurde daher diese Begrifflichkeit verändert und für den Konflikt 1 der Terminus Individuations-Abhängigkeits-Konflikt gewählt. Es hat aber den Anschein, dass viele Therapeuten an dem nicht ganz OPD-konformen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt festhalten. Er ist nach wie vor der am häufigsten verwendete Konflikt, dreimal so häufig wie die nachfolgenden Konflikte Autarkie-Versorgung und Selbstwert.

Strukturelle Aspekte werden in etwa 20% der Berichte beschrieben, am häufigsten zur Charakterisierung des Strukturniveaus, seltener zur Beschreibung spezifischer struktureller Störungen. Eine Diskussion des Strukturniveaus erfolgt i. d. R. im Zusammenhang mit der Behandlungsplanung (ausreichend gutes Strukturniveau, um bestimmte Therapien durchführen zu können) oder im Behandlungsverlauf (zunehmend deutlich werdende strukturelle Einschränkungen, welche Behandlungsmodifikationen notwendig machen).

In Seminaren lassen die Therapeuten immer wieder erkennen, dass sie bemüht sind, ihre Patienten generell und speziell im Bericht zum Antrag «zu schützen», indem sie schwerwiegendere Pathologien bei Seite lassen. Dazu gehören auch die strukturellen Störungen im Sinne von Persönlichkeitsstörungen, die offensichtlich unterrepräsentiert sind (ca. 3% Nennung bei zu erwartenden 30% Vorkommen). Stattdessen wird häufig eine möglichst unangreifbare «neurotische» Konfliktpathologie angeführt (wie z. B. der erwähnte Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt in seiner allgemeinen, nicht OPD-spezifischen Bedeutung).

Mit einer solchen, eher defensiven Strategie, begründet durch die Sorge vor gutachterlicher Kritik und eventueller Nicht-Befürwortung, bleiben die Möglichkeiten der OPD als Instrument der Qualitätssicherung in der Richtlinienpsychotherapie noch zu wenig genutzt.

Da sich viele Therapeuten für OPD interessieren und z. B. ihre Behandlungen in OPD-Supervisionsgruppen begleiten lassen wollen und da viele Gutachter eine standardisierte psychodynamische Begrifflichkeit im Sinne der OPD bei richtiger Anwendung für einen Fortschritt der Qualitätssicherung auch in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie halten, werden wir im Folgenden nochmals die Grundsätze OPD-basierter psychodynamischer Fallbeschreibung verdeutlichen und darlegen, wo und wie diese in den Bericht zum Antrag integriert werden können.

2. Übersicht zu den Achsen der OPD

Nachfolgend wird in Form von Tabellen und einer Abbildung eine Übersicht zu den vier Achsen der OPD-2 gegeben. Darin werden die zentralen Konzepte der OPD aufgelistet und stichwortartig erläutert, sodass damit eine Orientierung für den erfahrenen OPD-Anwender zur Verfügung steht. Der noch nicht Kundige sollte aber unbedingt das ausführliche Manual (Arbeitskreis OPD, 2006) hinzuziehen und die vom Arbeitskreis empfohlenen Schulungen in Anspruch nehmen.

Die Übersicht verzichtet absichtlich auf die formaleren Aspekte der OPD-Achsen, v. a. auf die für die diagnostischen Einschätzungen vorgesehenen Skalen und die damit verbundenen Anwendungsvorschriften. Sie konzentriert sich stattdessen auf die dahinter stehenden Konzepte und deren klinischen Bedeutungskern. Dies geschieht zum einen wegen der für den Bericht an den Gutachter vorgegebenen Richtlinien, die eher eine qualitative als eine quantitative Erörterung der Patientenproblematik fordern. Die hier dargestellte, stärker klinische Orientierung trägt zum anderen auch dem Umstand Rechnung, dass die diagnostische Einschätzung des Patienten neben der Beschreibung der Psychodynamik, Behandlungsplanung und Prognose nur einen Teilschritt in der Argumentation des Berichtes darstellt und ihr im Falle ihrer vollständigen Ausführung in der Form des OPD-Standardverfahrens ein zu großes Gewicht gegeben würde.

2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Die **Tabelle 2-1** enthält eine Übersicht zu den in der Achse I «Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen» beschriebenen Befundaspekten. In der Standardanwendung der OPD wird verlangt, dass

Tabelle 2-1: Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

1. Gegenwärtige Schwere der Störung/des Problems	
1.1 Schwere der Symptomatik	Objektivierende globale Beurteilung der Störungsschwere unter synoptischem Einbezug körperlicher, psychischer und sozialer (z. B. Beziehungsschwierigkeiten) Problemaspekte.
2. Dauer der Störung/des Problems	
2.1 Dauer der Störung 2.2 Alter bei der Erstmanifestation	Dauer der aktuellen Störung in Jahren oder Monaten bezogen auf die Hauptproblematik; die Erstmanifestation muss nicht am Anfang der aktuellen Störung stehen, wenn es im Anschluss an sie störungsfreie Intervalle gab.
3. Krankheitserleben und -darstellung des Patienten	
3.1 Leidensdruck 3.2 Darstellung körperlicher Beschwerden und Probleme 3.3 Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme 3.4 Darstellung sozialer Probleme	Das vom Patienten subjektiv erlebte Ausmaß von Leiden, soweit es sich aus seinen verbalen, gestischen oder auch szenischen Äußerungen erschließen lässt; das Ausmaß der Präsentation körperlicher, psychischer oder sozialer Probleme unter Berücksichtigung sowohl verbaler als auch szenischer Äußerungen.
4. Krankheitskonzepte des Patienten	
4.1 An somatischen Faktoren orientiert 4.2 An psychologischen Faktoren orientiert 4.3 An sozialen Faktoren orientiert	Bewusste subjektive Ursachenvorstellungen des Patienten bezüglich seiner Erkrankung; eine Orientierung an psychologischen Faktoren schließt Beziehungsprobleme ein, wenn der Patient eigene Anteile daran reflektiert – bei der Orientierung an sozialen Faktoren stehen hingegen eindeutig äußere Belastungen seitens der sozialen Umwelt (Mobbing, Arbeitsamt etc.) im Fokus; die drei Krankheitskonzepte schließen sich nicht gegenseitig aus.

5. Veränderungskonzepte des Patienten	
5.1 Gewünschte Behandlungsform: körperlich 5.2 Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutisch 5.P 1: Symptomreduktion 5.P 2: Reflektierend-motivklärend/ konflikt-orientiert 5.P 3: Emotional-supportiv 5.P 4: Aktiv-anleitend 5.3 Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich	Die Veränderungskonzepte schließen sich nicht gegenseitig aus, sind aber in der Regel verschieden gewichtet; diese Gewichtung sollte beurteilt werden. Körperlich oder sozial orientierte Veränderungsvorstellungen sind konkret zu beschreiben (z. B. Medikation; Schuldnerberatung). Die gewünschte psychotherapeutische Behandlungsform kann mit Blick auf die vier genannten Behandlungsvorstellungen differenziert beschrieben werden.
6. Veränderungsressourcen	
6.1 Persönliche Ressourcen 6.2 (Psycho-)soziale Unterstützung 6.P 1: Offenheit	Gesundheits- und therapieförderliche persönliche Haltungen, Fähigkeiten und Eigenschaften; soziale Integration und Fähigkeit zum Gebrauch des sozialen Umfeldes; Offenheit für eine psychologische Betrachtung der Störung und für entsprechende Anstöße des Therapeuten
7. Veränderungshemmnisse	
7.1 Äußere Veränderungshemmnisse 7.2 Innere Veränderungshemmnisse 7.P 1: Sekundärer Krankheitsgewinn	Etwa berufliche und private Inanspruchnahme oder Versicherungssituation; fehlende Motivation, besonders: sekundärer Krankheitsgewinn

die Ausprägung jeder dieser Aspekte auf einer 5-stufigen Skala mit den Stufen «nicht/kaum», «mittel» und «sehr hoch» beurteilt wird. Dieses Vorgehen würde den für den Bericht zum Antrag vorgegebenen Rahmen aus den eingangs genannten Gründen sprengen und ist daher nicht zu empfehlen. Wir schlagen stattdessen vor, die in **Tabelle 2-1** aufgeführten Gesichtspunkte im Bericht in der Art einer Heuristik zu berücksichtigen und ggf. in den dazu geeigneten Abschnitten zu diskutieren (Kapitel 5).

2.2 Beziehung

Abbildung 2-1 stellt das Schema für die Analyse repetitiver Beziehungsmuster nach OPD-2 dar. Es beschreibt, wie der Patient in Beziehungen genau jene Reaktionen provoziert, die er eigentlich befürchtet und vermeiden möchte. Die obere Hälfte bildet die *Erlebensperspektive des Patienten* ab. Dem rechten Feld werden dabei jene Beziehungsaspekte zugeordnet, die der Patient von Seiten der *anderen* erlebt; das linke enthält Reaktionen und Verhaltensweisen, die der Patient bei sich *selbst* erlebt. Im unteren Teil des Schemas werden jene Aspekte des Beziehungsgeschehens abgebildet, die *andere* immer wieder in der Begegnung mit dem Patienten erleben, darunter auch der Untersucher (*Erlebensperspektive der anderen*). Die Pfeile bezeichnen wichtige Zusammenhänge innerhalb des Schemas: In der Erlebensperspektive der Patienten verläuft die Abfolge der Ereignisse typischerweise von rechts nach links (I. Zusammenhang): Patienten schildern wiederkehrende Beziehungsakte anderer, die sie als enttäuschend oder feindselig erleben und auf die

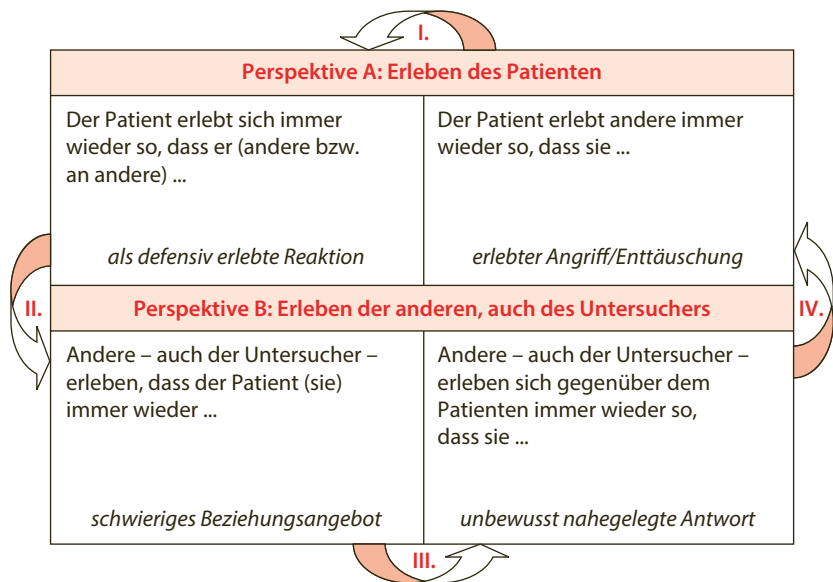


Abbildung 2-1: Achse II «Beziehung»: der beziehungs-dynamische Zirkel