

Gerald Mackenthun

Berichte an den Gutachter schreiben

in tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Verfahren
einschließlich der genauen Erörterung der
Psychodynamik

2., korrigierte und ergänzte Auflage August 2017

ISBN 978-3-7412-5189-4

Beispiel für ein Obergutachterverfahren

Im Folgenden wird der Gang eines Obergutachter-Verfahrens dokumentiert (Chiffre R080182). Es werden abgedruckt:

1. *Der ursprünglich von der Ausbildungskandidatin geschriebene Bericht.*
2. *Der vom Supervisor korrigierte Bericht. (Ihm ist eigentümlich, dass die direkte Rede nicht in An- und Abführungszeichen, sondern kursiv gesetzt ist.)*
3. *Die ablehnende Stellungnahme des Gutachters.*
4. *Die Erwiderung von Ausbildungskandidatin und Supervisor an den Obergutachter.*
5. *Die befürwortende Stellungnahme des Obergutachters.*

Der von der Ausbildungskandidatin geschriebene Bericht

1. Relevante soziodemographische Daten: Die 35-jährige, allein lebende Grundschullehrerin kommt auf eigenen Wunsch zur Therapie.

2. Symptomatik und psychischer Befund: Grund für die Therapie seien die „vielen Belastungssituationen“, die sie in ihre Beziehung „trage“. Sie wolle die Therapie „als Ergänzung“ und „Möglichkeit, was rauszulassen“. Bereits seit 20 J. leide sie an Migräne, habe viele Medikamente ausprobiert, vertrage diese aber nicht. Im November sei ihr Kaninchen gestorben, dass „immer da war, auch wenn sonst keiner da war“. Seit dem sei die Migräne „schlimmer“ und sie habe „nichts mehr für die Schulkinder übrig“. Ihr Beruf als Lehrerin sei „sehr stressig“ und „belastend“. Manchmal habe sie „schon abends Angst, morgens Kopfschmerzen zu haben“, dann grübele sie („wie soll ich den Tag morgen schaffen?“) und „schlafe schlecht“. Morgens habe sie dann „manchmal schon Herzklopfen beim Gedanken an den bevorstehenden Tag“. Es sei „ein Kreislauf aus Kopfweh und Angst“. In der Vergangenheit habe sie in einigen besonders anstrengenden Situationen in der Schule „Panikattacken“ gehabt, dann bekomme sie „keine Luft“, „Herzklopfen“ und „Todesangst“. Begonnen habe die Angstsymptomatik während des Referendariats 2010-12, die Seminarleitung sei eine „Machtfrau“ gewesen, habe sie „von oben herab behandelt“ und „gemobbt“. Vor jedem Unterrichtsbesuch habe sie „Panik“ bekommen, habe „keine Freizeit“ mehr gehabt und sich nur noch auf die Vorbereitung der Unterrichtsbesuche konzentriert. Die Situation sei für sie „nicht aushaltbar“ gewesen, sie habe dann eine Psychotherapie begonnen und Antidepressiva eingenommen. Als weiteren Auslöser der Angstsymptomatik benennt sie die Erfahrungen während ihrer ersten Stelle nach dem Referendariat an einer Förderschule, an der sie 6 Monate tätig war. Die Schüler seien „gewalttätig“ gewesen; ein Schüler habe einen Stuhl knapp an ihr vorbei geworfen, es habe sie „geschockt“, sie sei „nicht Herr der Situation“ gewesen. Die Arbeit an dieser Schule habe ihre „Nerven nach und nach ruiniert“, kurz danach begannen „Konzentrationsprobleme“ und „Erschöpfung“, gefolgt von häufigerer und stärkerer Angst.

Es erscheint eine normalgewichtige, gepflegte, freundliche Frau, die ungeschminkt und in sportlicher Kleidung einen eher unscheinbaren ersten Eindruck macht. In den Sitzungen wirkt sie selbstbewusst, dominiert durch ihre aktuellen körperlichen Symptome das Gespräch und macht den Eindruck, viel Redebedarf zu haben. Auffällig ist, dass sie dabei auch bei emotional aufgeladenen Themen nur wenig von Gefühlen spricht und diese

auch kaum spürbar sind. Zu Beginn lässt die Pat. nur wenig Raum für Nachfragen, im Verlauf der Gespräche sucht sie Zustimmung und Ermutigung durch die Therapeutin. Sie bittet darum, das Fenster während des Gesprächs geöffnet zu lassen, da ihr bei schlechter Luft schnell unwohl werde. Die Pat. kann sich gut auf das Gespräch konzentrieren, ist formalgedanklich geordnet und intelligent. Affektiv ist sie ausreichend schwingungsfähig, keine Anhaltspunkte für produktiv-psychotisches Erleben oder Suizidalität. Die Pat. ist mir sympathisch, ich spüre in den Gesprächen ihren Druck und Stress, der sich auf mich überträgt und in mir den Wunsch erweckt, ihr zu helfen.

3. Somatischer Befund: siehe Konsiliarbericht; 2010-12 ambulante Psychotherapie; 23.03.-30.03.2017 Behandlung in der Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie der Charité Berlin am Campus Benjamin Franklin (siehe Anlage)

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte und zur Psychodynamik: Die Pat. wuchs mit ihrem Bruder (+3) bei den Eltern in einer Kleinstadt in Ostdeutschland auf. Sie sei eine Frühgeburt und nach Entbindung zwei Wochen lang im Brutkasten gewesen, ab dem 3./4. Monat sei sie in der Krippe gewesen. Die Mutter (+25; Maschinenbau-Ingenieurin, später VWL-Dozentin, Ernährungsberaterin), welche ebenfalls an Migräne leide, habe sie als „sehr fürsorglich“, „überängstlich“, „besorgt“ und „pessimistisch“ erlebt. Sie sei eine „Wendeverliererin“ gewesen, habe damals den Beruf verloren, zu dieser Zeit „viel geweint“, sich dann aber „durchgeschlagen“. Seit sie 2015 Gebärmutterhalskrebs gehabt habe, habe sie „permanente Angst“ vor einer neuen Krebserkrankung. Der Vater (+31; Bauingenieur) sei einerseits „ruhig“ und „geduldig“ gewesen, z.B. wenn er bei den Hausaufgaben geholfen habe, andererseits sei er „tyrannisch“ und „zornig“ gewesen. Er habe „perfekte“ Kinder gewollt, „Etikette“ sei ihm wichtig gewesen, er habe die Kinder „präsentieren“ wollen. Wenn diese sich nicht nach seinen Vorstellungen benommen oder schlechte Noten hatten, habe es Schläge gegeben, vor allem wenn er getrunken hatte. Es habe eine „ängstliche“, „misstrauische“ und „Sorgen geprägte“ Familienatmosphäre mit vielen Konflikten zwischen den Eltern geherrscht, es seien „auch mal Teller geflogen“. Die Pat. erinnert, dass er Vater mehrmals für einige Tage ausgezogen sei und die Eltern die Kinder fragten, bei wem von beiden sie leben wollen. Dennoch seien die Eltern zusammen geblieben, auch weil die in der Nachbarschaft lebenden Großeltern mütterlicherseits vermittelten. Rückblickend sei die Pat. der Meinung, die Eltern seien „häufig überfordert“ gewesen. In der Schule habe die Pat. sehr gute Leistungen erzielt, sei ehrgeizig gewesen, habe gute Kontakte zu Gleichaltrigen gehabt und die phasengerechten Schwellensituationen ohne Probleme bewältigt. Ihr

Großvater und ihr Bruder, welcher heute wie die Mutter Angst vor Erkrankungen habe und viele Untersuchungen machen lasse, seien Vorbilder gewesen, auch wenn sie von diesen ebenfalls geschlagen wurde. Sie sei „kein typisches Mädchen“ gewesen, habe „nie mit Puppen gespielt“. Sie habe dem Bruder stets nachgeeifert und mit 11/12 J. angefangen wie er Judo zu machen, wodurch sie sich gegen die Attacken wehren konnte. Dies habe sie „hart gemacht“, sie habe „gelernt, dass einem im Leben keiner was schenkt“. Die Pat. habe zunächst eine Ausbildung zur Bürokauffrau gemacht, dann auf dem zweiten Bildungsweg das Abitur nachgeholt und Grundschullehramt studiert. Aktuell arbeite sie 13 Stunden pro Woche an einer Grundschule und sei 10 Stunden pro Woche Seminarleiterin für Referendare.

Seit 4 J. sei sie mit ihrem Partner (-4 J.) zusammen. Er sei wegen ihr nach Berlin gezogen, habe sich aber „nicht angestrengt“, sei 1-2 J. arbeitslos gewesen und jetzt als Online-Redakteur tätig. Er sei ein „Energie-Zieher“, „klettig“ und „hänge“ sich an ihre Aktivitäten, z.B. wenn sie zum Sport gehe, habe keine Freunde. Sie sei „die reifere“, sei „wie eine Mutti“ gewesen, „die treibende Kraft“, müsse „Druck auf ihn ausüben“, damit er etwas mache, was ein Streitthema sei. Seine Eltern würden ihm helfen „alles aufzuschieben“, da er Geld von ihnen beziehe. Inzwischen sei er zurück zu den Eltern gezogen, sie finde die Idee einer Fernbeziehung gut, sie werden sich alle zwei Wochen sehen. Die Beziehung beschreibt sie als „freundschaftlich“, „solide“, „vertrauensvoll“, „respektvoll“ und „ehrlich“. Sie selbst fühle sich in Berlin wohl, habe hier einen Freundeskreis aufgebaut. Ihre Freizeit verbringe sie mit einem Sprachkurs, mit den Nachbarn, ihrer Kosmetikerin oder beim Sport.

Durch die Frühgeburt, die Versorgung im Brutkasten und die daran anschließende frühe Betreuung außerhalb der Familie nach dem Vorbild der DDR konnte die Pat. ihre Mutter nicht als konstantes, empathisch-spiegelndes Beziehungsobjekt erfahren und lernte nicht, mit Hilfe der Mutter unspezifische körperliche Empfindungen zu verstehbaren Gefühlen zu machen. Es kam zu einer emotionalen Dauerspannung und Überlastung des kindlichen Selbst durch die fehlende Zuwendung eines omnipotenten Selbstobjekts; die Verschmelzungsfantasien und Versorgungsbedürfnisse der Pat. wurden in der Folge verdrängt. Ein böses, versagendes Mutter-Introjekt entstand, feindselige Gefühle gegenüber der Mutter wurden ebenfalls verdrängt. Hinzu kommt das bedrohliche und unkontrollierbare Elternhaus der Pat., in dem unvorhersehbare körperliche Übergriffe stattfanden. Die Pat. wurde ein klagloses Kind; sie kompensierte die fehlende Kontrolle über sich und die Umwelt durch angepasstes, unproblematisches Verhalten und fokussierte

auf gute Leistungen, die scheinbare Kontrolle ermöglichten. Sie entwickelte eine zwanghaft-pseudo-unabhängige Persönlichkeitsstruktur und überhöhte Selbstanforderungen in Bezug auf Altruismus und Leistung. Diesem Ich-Ideal wurde sie gerecht, indem sie die Rolle der Unterstützerin für Mutter und Bruder übernahm, die ängstlich konstituiert sind und die sie immer wieder ermutigt und aufbaut. Beruflich strebt sie nach Perfektionismus, will alle anderen überholen und überfordert sich damit massiv; ihr Körper setzt ihr durch Migräneattacken Grenzen, die sie nicht akzeptieren kann.

Unter dem Druck des Referendariats kommt es schließlich zur erstmaligen Dekompensation; die Pat. ist mit dem Einstieg in das Berufsleben überfordert. Angst entsteht, nicht funktionieren zu können und die Kontrolle über den Körper zu verlieren. Die Pat. nimmt erstmals eine Psychotherapie auf und beginnt die Einnahme von Antidepressiva, was sie zunächst stabilisiert. Sie schafft sich ein Haustier an, das durch seine Präsenz eine Art „Übergangsobjekt“ wird. Vor 4 J. beginnt sie die Partnerschaft zu einem jüngeren Mann; in der Beziehung zu ihm kann sie die Kontrolle haben, macht sich nicht abhängig und hält ihn durch die Abwertung auf Distanz. Nach dem Tod des Kaninchens geraten ihre abgewehrten Versorgungsbedürfnisse in Versuchung, die Pat. ringt m.E. damit, sich doch auf die Beziehung einzulassen, dekomponiert aber erneut, vermutlich aus unbewusster Angst beim Zulassen ihrer Anlehnungsbedürfnisse genauso schwach und ängstlich zu werden wie die eigene Mutter, der die Pat. unbewusst feindselig gegenüber steht. Die körperliche Symptomatik verstärkt sich, der Druck, dem sich die Pat. in Bezug auf ihre Leistungen aussetzt, wird unerträglich, es folgen häufige Krankschreibungen, letztlich begibt sie sich in eine Klinik und sucht anschließend die ambulante Psychotherapie auf.

Bevorzugte Abwehrmechanismen: *Verdrängung der eigenen Versorgungsbedürfnisse, Kompensation durch übermäßiges Leistungsstreben, Somatisierung, Affektisolierung, Idealisierung der Mutter (zur Abwehr verdrängter Hassimpulse) und Abwertung des Partners (zur Abwehr verdrängter Versorgungsbedürfnisse), Altruistische Wunschabwertung*

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung: F43.2 Anpassungsstörung mit Panikattacken vor dem Hintergrund einer zwanghaft-pseudo-unabhängigen Neurosenstruktur; OPD: mäßig interagiertes Strukturniveau, Grundkonflikt zwischen Versorgung vs. Autarkie im aktiven Modus; G43.1 Migräne mit Aura.

6. Behandlungsplan und Prognose: Die Pat. kommt auf eigenen Wunsch mit starkem Leidensdruck zur Therapie. Der Behandlungswunsch ergibt sich in erster Linie aufgrund

verstärkt auftretendem Überlastungserleben und der damit verbundenen Zunahme der Angstsymptomatik und Migräne. Ziele der Behandlung sind Ich-Stärkung in Hinblick auf das Erlernen des Wahrnehmens der eigenen, bisher abgewehrten Bedürfnisse nach Fürsorge und Zuwendung durch andere, ohne dabei schwach sein zu müssen. Im Fokus soll das Wahrnehmen und (in einem zweiten Schritt) Äußern der eigenen Emotionen, sowie das Erleben und Integrieren der Wut auf die Mutter durch den in der Kindheit erlebten emotionalen Mangel sein. Die Pat. soll ihre Angst vor Ablehnung durch das Gegenüber beim Einfordern von Zuwendung erlernen und es hierdurch schaffen, in zwischenmenschlichen Beziehungen, und insbesondere in ihrer Partnerschaft, Nähe zuzulassen und Kontrolle abzugeben, sodass beide Partner auf gleicher Ebene sein können. Es soll, nach einer Phase der Motivation und des Beziehungsaufbaus, konfliktaufdeckend mit Klärifikation, Konfrontation und Deutung gearbeitet werden. Dabei soll nicht die gesamte Persönlichkeitsstruktur der Patientin, sondern ihr Versorgungs-Autarkie-Konflikt fokussiert werden. Die Indikation einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist gegeben.

Prognoseeinschränkend wirkt die Tendenz der Pat., in Beziehungen die Kontrolle haben zu wollen und darüber Distanz herzustellen, wie sich durch ihre Dominanz der Gespräche mit aktueller körperlicher Symptomatik abzeichnet, sowie die durch das Symptom legitimierten Versorgungswünsche, die in der Therapie erfüllt werden, aber an das Symptom gebunden sind. Aufgrund der bereits angebahnten vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, der hohen Motivation der Pat., ihrem Veränderungswunsch, ihrer vorhandenen Ressourcen und ihrer Zuverlässigkeit ist insgesamt von einer ausreichend günstigen Prognose auszugehen. Vorgesehen sind 60 Stunden tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie in einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche.

Berlin, 24.07.2017

* * *

Der vom Supervisor korrigierte Bericht

1. Relevante soziodemographische Daten: Die 35-jährige, seit 4 Jahren in Partnerschaft, aber allein lebende Grundschullehrerin/ Fachseminarleiterin kommt auf eigenen Wunsch zur Therapie.

2. Symptomatik und psychischer Befund: Die Pat. fürchte, die *vielen Belastungssituationen* in ihre Beziehungen zu tragen. Nachdem 11/2016 auch noch ihr Kaninchen gestorben sei (*war immer da, auch wenn sonst keiner da war*), habe sich ihre Migräne verschlimmert und sie habe *nichts mehr für die Schulkinder übrig*. Sie wolle damit ihre Liebesbeziehung nicht noch mehr belasten. Seit 20 J. leide sie an Migräne; manchmal habe sie *schon abends Angst, morgens Kopfschmerzen zu haben*, grüble dann, wie sie den Tag schaffen könne und schlafe schlecht. Es sei ein *Kreislauf aus Kopfweh und Angst*. Seit dem Referendariat 2010-12 erlebe sie Panikattacken (*keine Luft, Herzklopfen und Todesangst*). Die Seminarleiterin (*Machtfrau*) habe sie *von oben herab behandelt und gemobbt*. Wegen der Panik vor jedem Unterrichtsbesuch habe Pat. sich nur noch auf die Vorbereitung der Unterrichtsbesuche konzentriert, schließlich 2010 eine Psychotherapie begonnen und Antidepressiva genommen. Nach dem Referendariat sei sie 6 Mon. an einer Förderschule *gewalttätigen* Schülern ausgesetzt (*war nicht mehr Herr der Situation*) gewesen. Erst die Perspektive künftig als Fachseminarleiterin tätig zu sein habe sie stabilisiert.

Es erscheint eine normalgewichtige, gepflegte, freundliche Frau, die ungeschminkt und sportlich gekleidet einen eher unscheinbaren Eindruck macht. In den Sitzungen wirkt sie selbstbewusst und dominiert mit ausführlichen Beschreibungen ihrer körperlichen Symptome das Gespräch (das Fenster soll geöffnet bleiben). Auch bei emotional aufgeladenen Themen ist nur wenig affektive Beteiligung spürbar. Sie lässt kaum Raum für Nachfragen. Ich empfinde eine unausgesprochene Aufforderung, sie bestätigen zu sollen. Die Pat. kann sich gut auf das Gespräch konzentrieren. Affektiv ist sie ausreichend schwingungsfähig, keine Anhaltspunkte für produktiv-psychotisches Erleben oder Suizidalität.

3. Somatischer Befund siehe Konsiliarbericht; 2010-12 ambulante TP; 23.03.-30.03.17
Behandl. psychosomat. Klinik (s. Anl.).

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte und zur Psychodynamik: Die Pat. (Frühchen: 2 Wo. im Brutkasten; ab 3./4. Monat Krippe) verbrachte mit einem älteren Bruder (+3) ihre Kindheit in einer Kleinstadt der DDR. Mutter +25; Maschinenbau-

Ing., später VWL-Dozentin, Ernährungsberaterin, *überängstlich, besorgt* und *pessimistisch*, Migräne. Vater +31; Bauingenieur, bei den Hausaufgaben *ruhig* und *geduldig*, sonst oft aber *tyrannisch* und *zornig*. Familienatmosphäre: *ängstlich, misstrauisch* von Sorgen geprägt, *es flogen auch mal Teller*. Vater habe *perfekte Kinder* gewollt, die man *präsentieren* konnte. Wenn er getrunken hatte, habe es nach schlechten Noten Schläge gegeben. Pat. sei *kein typisches Mädchen* gewesen, habe *nie mit Puppen gespielt*, vielmehr dem Bruder nachgeeifert, z.B. mit 11/12 J. wie er mit Judo angefangen, um sich gegen die *Attacken der Männer in der Familie* wehren zu können. Dies habe sie *hart gemacht*; sie habe *gelernt, dass einem im Leben keiner was schenkt*. Die Mutter sei *Wen-deverliererin* gewesen, habe *viel geweint*; 2015 Gebärmutterhalskrebs mit *permanenter Angst* vor Rezidiv. Auch der Bruder habe immer Angst vor Erkrankungen gehabt und ständig Untersuchungen machen lassen.

Nach Realschulabschluss Ausbildung zur Bürokauffrau. Umzug in Großstadt und über zweiten Bildungsweg Abitur, anschließend Lehramtsstudium GS. Derzeit 13 Stunden Unterricht an GS sowie 10 Stunden Seminarleitertätigkeit.

Seit 4 J. Partner (-4), anfangs arbeitslos, jetzt Online-Redakteur. Er habe *keine Freunde*; sie erlebe ihn als *Energie-Zieher, klettig, muss Druck auf ihn ausüben wie eine Mutti*. Aktuell sei er zurück zu den Eltern gezogen; die Partnerschaft sei insgesamt *solide* und sie finde die Idee einer Fembeziehung gut. Sie fühle sich in Metropole wohl, habe hier einen Freundeskreis, verbringe Freizeit mit Sprachkurs, Sport, Nachbarn, ihrer Kosmetikerin.

Die anamnestischen Angaben legen eine nur mangelhafte Mutterbeziehung nahe, die durch die ambivalente Nähe zum (schwachen) Vater ggf. etwas kompensiert wurde. Als dessen Tochter rivalisierte sie erfolgreich mit dem Bruder (Mutters Sohn), was eine auf akzentuiertem Überlegenheitsstreben gegründete Leistungsidentität induzierte. Die Entwertung der kränkelnd selbstbezogenen Mutter behinderte die Identifizierung mit der Weiblichkeitsrolle, was auch durch das Verhältnis zum leistungsorientierten Vater nicht kompensiert wurde. In der von Ängstlichkeit, Krankheit und Streit geprägten Atmosphäre lag es nahe, ein klagloses Kind zu werden, das sich durch angepasstes Verhalten und gute Leistungen autark entwickelte (pseudo-unabhängige Persönlichkeitsstruktur, überhöhte Selbstanforderungen in Bezug auf Altruismus und Leistung). Der fehlende Zugang zu sich selbst korrespondiert mit einem perfektionistischen Ich-Ideal. Ungeübtes Beziehungsverhalten, innere Feindseligkeit aus Unsicherheit und Projektion auf das Gegenüber induzieren einen Teufelskreis: Ihr Körper will sich entziehen, aber der Ehrgeiz

verlangt Standhalten. Die Migräne- und Panikattacken schließlich legitimieren den Rückzug.

Dekompensation: Überfordernde Selbstunsicherheits-Situationen (kritische Seminarleiterin, vitale Grundschüler, Partnerschaft) bedrohen die Leistungsidentität. Diesem Druck sucht sich die Pat. durch Krankschreibungen und Klinikaufenthalt zu entziehen, kann jedoch damit den Kreislauf von Selbstunsicherheit, Angst, Feindseligkeit bei übermäßigem Ehrgeiz nicht durchbrechen (will den Knoten nicht auflösen, sondern durchschlagen!).

Bevorzugte Abwehrmechanismen: *Verdrängung, Projektion, Sublimierung, Somatisierung, Affektisolierung, Idealisierung, Altruistische Wunschabtretung*

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung: F 34.1 Dysthymia, F 41.0 Panikattacken vor dem Hintergrund einer zwanghaft-pseudounabhängigen Neurosenstruktur; OPD: mäßig integriertes Strukturniveau, Grundkonflikt zwischen Versorgung vs. Autarkie im aktiven Modus; G43.1 Migräne mit Aura

6. Behandlungsplan und Prognose: Die Pat. kommt auf eigenen Wunsch mit starkem Leidensdruck zur Therapie. Der Behandlungswunsch ergibt sich in erster Linie aufgrund des drohenden Scheiterns ihres Berufsweges (Überlastungserleben, Zunahme der Angstsymptomatik und Migräne). Vorrangiges Ziel der Behandlung ist supportiv auf Stabilisierung der Leistungslinie gerichtet. Dazu muss in zweiter Hinsicht die Affektdynamik entschärft werden. Wie weit dies gelingt, dürfte davon abhängen, ob mit einer Therapeutin die feindselige Mutterbeziehung verbessert werden kann. Es ist zu hoffen, über die Förderung ihres Arbeitserfolges bei der Pat. den Mut zu steigern, die abgewehrten Wünsche nach zwischenmenschlicher Intimität zuzulassen (Versorgungs-Autarkie-Konflikt). Ihre diesbezügliche Verschlussenheit dürfte einer analytischen Vorgehensweise im Wege stehen. Die Behandlung erscheint induziert, um nicht der weiteren Somatisierung (wie bei der Mutter) Vorschub zu leisten. Aufgrund der bereits angebahnten therapeutischen Beziehung, dem Leidensdruck, den vorhandenen Ressourcen und der Zuverlässigkeit der Pat. ist insgesamt von einer noch ausreichend günstigen Prognose auszugehen. Vorgeesehen sind zunächst 60 Stunden tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie mit einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche.

Datum, Unterschriften

Die ablehnende Stellungnahme des Gutachters

Das Vorliegen eines krankheitswertigen Zustandes im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie wird bestätigt. Die Ausführungen zur Psychodynamik bestehen überwiegend aus anamnestischen und psychosozialen Angaben sowie zu abstrakten/allgemeinen psychodynamischen Annahmen und können auf diese Weise die ätiologisch relevante verinnerlichte pathogenen Dynamik (welche Ängste in welchen motivationalen Kontexten werden in welchen typischen Situationen wie und mit welchen intrapsychischen, interpersonellen und symptomatischen Folgen abgewehrt?) Und die aktuelle auslösende Dynamik nicht hinreichend fallbezogen konkretisiert erkennbar machen. Entsprechend ist auch die Behandlungsplanung zu abstrakt und für eine TP überdimensioniert. Sie ist nicht ausreichend schlüssig auf den konkreten Fall und seine aktuelle Konfliktdynamik bezogen und begrenzt. Es wird nicht erkennbar, wie in diesem Fall unter psychodynamischen Aspekten mittels des beantragten Verfahrens eine hinreichende Besserung erreichbar sein könnte. aus den oben genannten Gründen kann die Bewilligung der beantragten 60 Leistungen nach EBM 35405 nicht empfohlen werden.

Es besteht die Möglichkeit, bei der Kasse ein Obergutachten zu beantragen.

Datum, Unterschrift

* * *

Die Erwiderung von Ausbildungskandidatin und Supervisor an den Obergutachter

Der Kommentar des Erstgutachters moniert an den bisher vorgelegten Ausführungen:

1. einen Mangel an Konkretheit hinsichtlich der für die Psychodynamik relevanten Prozesse, insbesondere der spezifischen Ängste und ihrer entsprechenden Abwehr.
2. Die auslösende Dynamik werde nicht fallbezogen konkretisiert.
3. Daraus ergeben sich die weiteren Monita: abstrakte und zudem für eine TP überdimensionierte Behandlungsplanung, Mangel an Fokussierung, Abstraktheit.
4. Konsequenz aus 1-3: Wahl der Methode sei nicht begründbar, da Zielsetzung diffus.

Der Tendenz dieser Kritik (mangelnde Operationalisierung in methodisch-professioneller Hinsicht) kann ich nur eingeschränkt folgen. Es trifft jedoch zu, dass die aktuelle Dekompensation von mir nicht explizit herausgearbeitet wurde. Als Berufsanfängerin hätte ich

mich über ein oder zwei konkrete Hinweise in der bemängelten Richtung gefreut, auch wenn dies nicht gefordert werden kann. Es hätte mir erleichtert, mein Bild des Falles mit dem des Gutachters abzugleichen. Es war und ist mein Anliegen, die konkrete Lebens- und Erfahrungsrealität der Patientin zu erfassen, wobei das Verständnis der Abwehrstrategien seinen zentralen Anteil hat.

Zu den obigen Beanstandungen möchte ich folgende Nachträge und Ergänzungen machen:

1. Der bisherige Lebensweg der Pat. zeigt eine Frau, die aus offenbar wenig Zärtlichkeit und Fürsorge beinhaltenden Kindheitsbedingungen heraus intuitiv den Weg zu einem akzentuiert autarken Lebensmodus (Selbststärkung per Leistung) einschlug. Der ältere Bruder hatte die *oft leidende, überanstrengte* Mutter besetzt, was das vitale Mädchen vermutlich früh zum *ruhigen und geduldigen* Vater tendieren ließ. Sie übernahm dessen Leistungsorientierung, wobei sie von ihm nicht in ihrer Geschlechtsrolle als Mädchen bestärkt wurde. Auch ihr entwertender Blick auf die Mutter bewirkte eine unsichere Weiblichkeitsentwicklung. Aktuell hält das ausgeprägte Rivalisieren ein ambivalentes Beziehungsgefüge aufrecht, das die partnerschaftliche Beziehungsgestaltung verhindert und den bedürfnislosen Lebensstil erfordert. Primäre Quelle von Selbstwert sind Lernerfahrungen und konzentrierte, perfektionistische Arbeit, wobei die Pat. sich durch die Übernahme (zu) vieler Aufgaben, die Kooperation verlangen, aktuell immer weiter überfordert.

2. Instabil wird die bisher erfolgreiche Kompensation auf der Beziehungs- und Selbstbeziehungsebene: Mangel an Empathie, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik sowie Rivalität/Konkurrenzhaltung induzieren Angst/Feindseligkeitsspirale (insbesondere Frauen gegenüber). Bisher konnte die Pat. erfolgreich ihre Sehnsucht nach Autonomie auf dem Weg der Leistung realisieren und so ihren Selbstwert stabilisieren. Durch die negative Dynamik in der gegenwärtig real verunsichernden Ausbildungssituation wird sie auf objektive Mängel gestoßen, denen sie nicht durch einen erneuten Wechsel entkommen kann. Dies provoziert verstärkte Autarkiebedürfnisse, auf deren Frustration die Pat. zunehmend die Affekte von Angst und Aggression mobilisiert. Dekompensation tritt immer dann ein, sobald diese Dynamik die Leistungslinie bedroht (Beziehung zu emotional anstrengenden Kindern/Kritik durch Ausbilderinnen/Partnerschaft).

Die Migräne korreliert mit Kopfzerbrechen und Ohnmachtsgefühl bzw. Wut und bedroht ihr idealisiertes Selbst (*dann werde ich wie die schwache Mutter*). Von der Behandlung in einer psychosomatischen Klinik im März 2017 erhoffte sich die Pat. eine Verbesserung

der Symptomatik, die ausblieb. Stattdessen nimmt die Spannung zwischen Symptomatik, Leistungslinie und Versagensangst immer weiter zu. Damit ist ihr Lebensplan bedroht (Schulleiter kritisiert häufige Krankschreibungen: *wie mein Vater!*; Neurologin rät zu Wechsel in den Innendienst: *traut mir auch nichts zu!*). Dass die Patientin nach dem ablehnenden Befund des Gutachters an der psychotherapeutische Behandlung festhalten will, zeigt mir, dass die bisher positiv getönte Übertragungsbeziehung der prob. Sitzungen tragfähig ist. Es hat bereits eine Öffnung stattgefunden, die sie Hoffnung fassen ließ, sich den erlebten Mängeln im eigenen Wesen zu stellen.

3. Aufbau einer stützenden (Mutter-)Beziehung, um die projektive Abwehr der Seminarleiterin gegenüber durch Containen bzw. Klarifizierung der feindseligen Konkurrenzhaltung zu entschärfen. Therapeutin als Hilfs-Ich bzw. Übungsfeld eines kooperativen Umgangs mit anderen und dem eigenen Selbst. Damit soll die Arbeitsfähigkeit gesichert und zugleich die Erfahrungsbasis geschaffen werden, in einer exemplarischen Beziehung angenommen zu werden und abgewehrte Zuwendungsbedürfnisse erleben zu können.

4. VT-Vorerfahrung soll durch den verstärkten Einbezug der virulenten Abwehr ihrer Beziehungsängste vertieft werden. Die Pat. ist zu einer Psychoanalyse nicht bereit, zudem lässt die bisherige Erfahrung mit der Pat. den Schluss zu, dass dieses Verfahren weder ihrer Persönlichkeit, noch der aktuellen Situation angemessen ist. Ich fokussiere bewusst auf die Ressource ihres Leistungswillens, dessen virulente Aspekte gemildert werden sollen.

Datum, Unterschriften

* * *

Die befürwortende Stellungnahme des Obergutachters

Unter dem Datum vom 21.09.2017 beauftrage die Kasse mich mit einer obergutachterlichen Stellungnahme zu einem Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Umfang von 60 Therapieeinheiten gem. Ziffer 35405.

Der Erstgutachter, Herr Dipl.-Psych. Xyz, konnte das Vorliegen der Voraussetzung für die Kostenübernahme am 28.08.2017 nicht bestätigen. Dagegen wird nun Widerspruch eingelegt.

Die nachfolgende **obergutachterliche Stellungnahme** beruht im wesentlichen auf folgenden mir vorliegenden Unterlagen:

Widerspruchsbericht an den Obergutachter mit Datum vom 15.09.2017.

Bericht zum Antrag auf Langzeittherapie mit Datum vom 24.07.2017, dazu **nichtbefürwortete Stellungnahme** des Erstgutachters vom 28.08.2017.

Konsiliarbericht vom 13.06.2017.

Entlassungsbericht Charite bezüglich einer stationär psychosomatischen Behandlung vom 23.03.2017 bis 30.03.2017 sowie **Psychiatrisch-neurologischer Befundbericht** aus 2016.

Der Erstgutachter konnte das Vorliegen der Voraussetzung für die Kostenübernahme nicht bestätigen, obwohl auch er das Vorliegen des krankheitswertigen Zustandes im Sinne Psychotherapie-Richtlinie als gegeben ansieht. Er moniert aber eine unzureichende Psychodynamik, die die ätiologisch relevante verinnerlichte, pathogene Dynamik nicht ausreichend abbilde. Entsprechend bleibe auch die Behandlungsplanung zu abstrakt und nicht ausreichend fallbezogen konkretisiert. Zudem sei die vorgelegte Behandlungsplanung für eine TP „überdimensioniert“. Sie sei nicht ausreichend schlüssig auf den konkreten Verlauf und seine aktuelle Konfliktodynamik bezogen und begrenzt. Damit bleibe unklar, wie unter psychodynamischen Aspekten mit dem beantragten Verfahren eine hinreichende Besserung erreichbar sein könnte.

Die durchführende Therapeutin/Ausbildungs-Kandidatin zur Psychologischen Psychotherapeutin sowie der Supervisor nehmen in dem Widerspruchsbericht zum Antrag an den Obergutachter ausführlich zu den Monita des Erstgutachters Stellung.

Hinsichtlich des Vorliegens einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung besteht allseitiges Einvernehmen. Dies dokumentiert sich ja auch schon in der vorausgegangenen stationären Behandlung.

In der ausführlichen Auseinandersetzung mit den Monita des Erstgutachters wird vor allen Dingen eine Konkretisierung der Behandlungsplanung mit Komplexitäts-Reduktion entwickelt. Der vorgelegte Behandlungsplan kann damit nunmehr als verfahrensgerecht eingestuft werden.

Im Hinblick auf die damit nun klarer umrissene fokale Ausrichtung der Behandlung und Begrenzung der Zielsetzung, dürfte die Prognose als noch ausreichend günstig einzuschätzen sein.

Hinsichtlich der im Widerspruchbericht angesprochenen Differentialindikation für analytische Psychotherapie sehe im Gegensatz zur Annahme der Therapeutin, bzw. des Supervisors, die Differentialindikation durchaus als eine mögliche Option an. Da aber die Behandlungserwartungen und Zielsetzung der Patientin gegenwärtig klar aktuellkonfliktzentriert ausgerichtet sind, erscheint es durchaus sinnvoll und vertretbar, eine Stabilisierung im Rahmen der jetzt vorgelegten Behandlungsplanung mit fokaler Ausrichtung und Zielbegrenzung zu versuchen. Sollte sich tatsächlich erweisen, dass mit dieser Behandlungsplanung eine ausreichende, längerfristig wirksame Stabilisierung der Patientin nicht erreicht werden kann, könnte die Differentialindikation für analytische Psychotherapie im weiteren Verlauf ja durchaus wieder aufgegriffen werden.

Ich möchte Ihnen daher nunmehr empfehlen, für die beantragten Leistungen die Zusage zu geben.

Sollten Sie über die hier gemachten Informationen hinaus weitere Angaben benötigen, bitte ich persönlich auf mich zuzukommen. Im Falle eines Verlängerungsantrages obliegt es nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie Ihrer Entscheidung, ob sie einen solchen Verlängerungs-Antrag einer Begutachtung unterziehen wollen. Sollte dies der Fall sein, wird die berichtende Therapeutin vorsorglich gebeten, dem Erstgutachter alle Informationen zur Verfügung zu stellen, die auch Basis dieser obergutachterlichen Stellungnahme gewesen sind.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift