

Leitfaden für Falldarstellungen

Version für MASPTVT Bern

in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin / zum Psychologischen Psychotherapeuten (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)

Die Dokumentationen verhaltenstherapeutischer Falldarstellungen sind ein Element der Qualifikationsbeurteilung beim Abschluss von Therapieausbildungen. Im Rahmen der VT-Ausbildung werden sie ergänzt durch begleitende Supervision und Selbsterfahrung sowie von Abschlussprüfungen nach den jeweils geltenden Richtlinien. So sind im Rahmen der Psychotherapieausbildung nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sechs Falldarstellungen zu erstellen, zwei davon sind bei der Prüfung vorzulegen (Stand DGVT-seitig: **2012**).

Die Falldarstellungen über therapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen sollen zeigen, dass der Therapeut/die Therapeutin in der Lage ist, empirisch fundierte Prinzipien und psychotherapeutische Konzepte an den Fall anzulegen und zur Begründung des therapeutischen Handelns heranzuziehen. Darüber hinaus soll er/sie – soweit das über derartige Berichte überhaupt möglich ist – zeigen, dass er/sie klinisch sensibel arbeiten kann und therapeutische Handlungskompetenz besitzt. Die Fallberichte sollen auch verdeutlichen, dass psychotherapeutisches Arbeiten und die Erfahrungen mit entsprechenden Interventionen selbstkritisch reflektiert wurden.

Es gibt verschiedene Darstellungsformen zur Strukturierung von Fallberichten, die sich aus Sicht der QSK bewährt haben. Anregungen dazu sind enthalten in: Bartling et al. (1998), Fliegel und Heyden (1994), Schulte (1996), Caspar (2018). Gleichgültig, welches Modell benutzt wird, muss z. B. aus der Problemanalyse und den hypothetischen Bedingungsmodellen oder z. B. aus einer **Plananalyse (beim Berner Master unverzichtbar!)** stringent eine Ziel- und Therapieplanung **sowie eine Motivorientierte Beziehungsgestaltung** abgeleitet und umgesetzt werden.

Der hier vorgestellte Leitfaden versucht, eine exemplarische Grundstruktur vorzustellen, die als sinnvolle Orientierung dienen kann und sich im Wesentlichen in den o. g. Ansätzen wiederfindet.

Für Fallberichte, die als Masterarbeit für den Berner MASPTVT eingereicht werden, gelten spezifische Anforderungen, die zusätzlich bzw. alternativ zu berücksichtigen sind. Die entsprechenden Passagen sind **blau** unterlegt.

Der einzelnen Falldarstellung soll ein Deckblatt vorangestellt werden, das in der Regel folgende Angaben enthalten sollte:

- Name, Matrikelnummer, Anschrift des Ausbildungsteilnehmers/der Ausbildungsteilnehmerin **(mit Email-Adresse)** sowie des Ausbildungsinstitutes sowie Jahr des Ausbildungsbeginns
- Code1, Alter des Patienten/der Patientin
- Hauptdiagnose(n)
- Behandlungszeitraum
- Anzahl der Therapie- und Supervisionsstunden
- Name und Anschrift des Supervisors/der Supervisorin und dessen/deren Unterschrift

¹ Aus dem Code dürfen keine Rückschlüsse auf die PatientInnen gezogen werden können.

- Erklärung mit Unterschrift, dass die Therapie selbstständig durchgeführt und der Bericht selbstständig verfasst wurde (bei der Masterarbeit auf die letzte Seite)

Für die sechs Falldarstellungen nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sollte von einem Umfang von maximal je ca. **20 Seiten** (1,5 zeilig) ausgegangen werden.

Für Fallberichte, die als Masterarbeit für den Berner MASPTVT eingereicht werden, gibt es eine Checkliste (Dok6), die vor Abfassen der Arbeit durchzulesen, beim Abfassen zu berücksichtigen und beim Einreichen der Masterarbeit mit eingereicht werden muss. Wenn etwas fehlt, wird der Fallbericht zurückgeschickt. Unterschreiben Sie also oder nehmen Sie die Checkliste so ernst als müssten Sie unterschreiben.

Die Falldarstellung sollte in der Regel der folgenden Gliederung entsprechen:

1. Problemstellung

- 1.1 Erste Orientierung über die Problematik
- 1.2 Rahmenbedingungen der Therapie
- 1.3 Lebenssituation
- 1.4 Sozialisationsbedingungen
- 1.5 Somatischer Befund, soweit relevant

2. Psychischer Befund

3. Problemanalyse (Verhaltensanalyse)²

- 3.1 Informationsquellen
- 3.2 Symptomatik
- 3.3 Funktionale Bedingungsanalyse (V. i. S.)³
- 3.4 Explizite Analyse der Kognitionen
- 3.5 Analyse der Kompetenzen und Ressourcen
- 3.6 Analyse der Motive, wenn relevant auch Konfliktschemata, und Inkongruenzanalyse⁴
- 3.7 Analyse der Selbstkontrolle (Selbststeuerungsfähigkeiten)
- 3.8 System(Beziehungs)analyse/Mehrgenerationenanalyse
- 3.9 Inkongruenzanalyse
- 3.10 Problemgenese und hypothetisches Bedingungsmodell, Bezug der Probleme zueinander
- 3.11 Problemsicht des/r PatientIn unter Bezug auf die Planstruktur
- 3.12 Therapiemotivation des Patienten

4. Diagnosen

5. Zielanalyse

- 5.1 Veränderungsvoraussetzungen⁵
- 5.2 TherapeutInnen-PatientInnen-Beziehung unter Bezug auf die Plananalyse; Motivorientierte Beziehungsgestaltung

² Die Problemanalyse kann auch in Form einer Plananalyse (Caspar, 2018) oder Schemaanalyse (Grawe, 1998) erarbeitet werden. In diesen Fällen können dann entsprechende hier genannte Aspekte entfallen. Für die Masterarbeit ist die Plananalyse verpflichtend.

³ Punkt 3.3 kann auch als konkretes Beispiel abschließend nach Punkt 3.9 aufgeführt werden. Dies würde eine evtl. logischere Reihenfolge bedeuten: Erst die Grundlagen, dann ein Entstehungsmodell (Problemgenese) schließlich ein konkretes Beispiel.

⁴ Wo macht Pat. Keine Wahrnehmungen im Sinne seiner Bedürfnisse? Gründe, wie ungünstige Lebensbedingungen, Copingstrategien, Emotionsregulation, Beziehungsmuster, Plankonflikte, etc. benennen! Ergebnisse aus Fragebogen INK können einbezogen werden, sofern dieser gegeben wurde!

⁵ Kann sehr knapp gehalten werden, wenn unter 3.12 weiter behandelt

5.3 Therapieziele

6. **Therapieplan** (Interventionen und Strategien zum Erreichen der Ziele unter 5, einschließlich Beziehungsgestaltung)
7. **Therapieverlauf**
8. **Bewertung (Ergebnis)**
9. **Katamnese**
10. **Selbstkritische Reflexion**
11. **Literatur**
12. **Beilagen: Planstruktur des Patienten /der Patientin, Genogramm⁶, Messungen**

Die einzelnen Gliederungspunkte werden nachfolgend erläutert:

1. Problemstellung

1.1. Erste Orientierung über die Problematik

- Vorinformationen, die eine erste Orientierung über die Problematik ermöglichen
- Anfangsberichte und Anlässe zum Aufsuchen der Therapie
- kurze Darstellung der Symptomatik
- Angaben über Vorbehandlungen

1.2. Rahmenbedingungen der Therapie

- Therapiebedingungen: ambulant – stationär
- Zeitrahmen und Frequenz
- Art der Einrichtung, in der die Therapie stattfindet
- Settingbedingungen

1.3. Lebensbedingungen

- aktuelle Situation: Umgebung, wirtschaftliche Situation, enge Beziehungen, Beruf etc.

1.4. Sozialisationsbedingungen

- lebensgeschichtliche Entwicklung mit Genogramm⁶ (mehrere Generationen, möglichst mit differenzierten Hinweisen zu wichtigen Aspekten aus der Mehrgenerationenperspektive)
- wichtige Lebensereignisse
- Elternhaus
- Geschwister
- frühe Beziehungen
- Vulnerabilitätsfaktoren
- Veränderungen und besondere Belastungen
- Hinweis auf Umstände, die das gegenwärtige Funktionieren nachvollziehbar machen

⁶ Wenn Konzept bekannt. Sollte bei regulärem Durchlaufen von MASPTVT bzw. ab Herbst 2014 der Fall sein. Mehrere Generationen, möglichst mit differenzierten Hinweisen zu wichtigen Aspekten aus der Mehrgenerationenperspektive

1.5. Somatischer Befund

- Körperlicher Zustand und Fitness, ggf. Vorerkrankungen
- aktuelle Medikation

2. Psychischer Befund⁷

- Stimmungslage, Interaktion- und Kontaktfähigkeiten
- Denkstörungen, Gedächtnis und Konzentration
- Psychotische Anzeichen, Bewusstseinsstörungen
- Suizidalität
- Gesundheits- und selbstgefährdendes Verhalten

3. Problemanalyse (Verhaltensanalyse)⁸

(Vorbemerkung: Bei einer komplexen Problematik kann es sinnvoll sein, die einzelnen Problembe-
reiche separat darzustellen und durch zusammenfassende Diskussion der Beziehungen untereinander
zu ergänzen.)

3.1. Informationsquellen

- Fragebögen und Testverfahren, strukturierte Interviews und Beobachtungssituationen, Berichte
und Krankenakten
- Standarddiagnostik
- Baselines
- Auswertung durch z.B. Ambos, Figurationsanalyse etc.

3.2. Symptomatik

- Art, Häufigkeit und Intensität der Störungen
- Auftretensbedingungen
- spezifische Unterformen der Störungen

3.3. Beispielhafte Darstellung problematischen Verhaltens (Verhalten in Situationen)

- 3.3.1. externe Situation
- 3.3.2. interne Situation
- 3.3.3. Wahrnehmungsprozesse
- 3.3.4. innere Verarbeitung
- 3.3.5. Verhalten
- 3.3.6. Konsequenzen

3.4. Explizite Analyse der Kognitionen

- Schemata
- dysfunktionale Kognitionen
- Katastrophisierungstendenzen
- rigide Muster

⁷ Der psychische/psychopathologische Befund sollte nach Fachkriterien eingeschätzt sein (z.B. nach AMDP)

⁸ Teil 3.3. der Problemanalyse kann (wenn nicht der Fall eine lerntheoretische Betrachtung nahelegt) auch ausschließlich in Form einer Plananalyse (Caspar, 2008) oder Schemaanalyse (Grawe, 1998) (s. 3.6) erarbeitet werden. In diesen Fällen können dann entsprechende hier genannte Aspekte entfallen.

3.5. Analyse der Kompetenzen und Ressourcen

- entlastende Kognitionen
- Verhaltenskompetenzen
- eigene Ressourcen sowie Unterstützungsmöglichkeiten der relevanten Umwelt (Individuell, interpersonell, motivational, etc.; Fragebogenergebnisse einbeziehen)

3.6. Motivationale Analyse des Patienten

3.6.1. Wichtige Annäherungsziele / Positive Pläne:

- welche⁹?
- mit welchen Mitteln versucht der Pat. diese zu realisieren (Pläne / Verhalten)?

3.6.2. Wichtige Vermeidungsziele /- Pläne:

- welche¹⁰?
- mit welchen Mitteln versucht der Pat. diese zu realisieren (Pläne / Verhalten)?

3.6.3 Analyse der wichtigsten Emotionen unter Nutzen der 4 Aspekte des In Beziehung Setzens zu Plänen.

3.6.4. Plan- /Schemakonflikte¹¹

3.6.5 Konfliktschemata (wenn Kriterien dafür erfüllt - nicht bei allen Patienten gegeben!)¹²

Konfliktschema benennen	
Vermeidungsziel ⁹ :	Annäherungsziel:
Unterpläne und Verhalten:	Unterpläne und Verhalten:
Situationen, in denen Konflikt aktiviert:	Kognitionen, wenn Konflikt aktiviert ¹⁰ :
	Emotionen, wenn der Konflikt aktiviert:
Lebensgeschichtliche Entstehung	

3.7. Analyse der Selbstkontrolle (Selbststeuerungsfähigkeiten)

- bisherige Bewältigungsversuche des/der PatientIn
- Wo hat er/sie sich bereits Hilfe aus seiner Umwelt gesucht, wo Kontakt zu professionellen Institutionen aufgesucht?

⁹ Nur die wichtigsten benennen, als Faustregel: zwischen 3 und 6

¹⁰ Nur die wichtigsten benennen, als Faustregel: zwischen 3 und 6

¹¹ mit Angabe, welche negative Nebenwirkungen des einen Planes den Konflikt mit dem anderen ausmacht.

¹² Wenn Konzept nicht in Kursen vermittelt: Bitte nachlesen! Das Wichtigste steht im Dokument „Konfliktschema“ auf Ilias. Bitte beachten: Konfliktschema ungleich Schemakonflikt! Patienten haben in der Regel, wenn überhaupt, 1, max. 2 Konfliktschemata. Wenn nötig Raster copy/pasten.

3.8. System(Beziehungs-)analyse

- Welche Bezugspersonen unterstützen die Aufrechterhaltung der Störung?
- Welche Bedeutung hat das Problem für das soziale System?
- Welche Probleme würden in dem sozialen System auftreten, wenn eine Therapie erfolgreich wäre?

3.9. Inkongruenzanalyse

Wichtige Quellen von Inkongruenz?	Für welche motivationalen Ziele?

3.10. Problemgenese und hypothetisches Bedingungsmodell

- Analyse der Entstehung der Störung(en) unter Einbeziehung des lebensgeschichtlichen Hintergrunds, der auslösenden und chronifizierten Bedingungen.
- funktionale Bedeutung der Störung
- Vulnerabilitätsfaktoren
- Normen und Werthaltungen
- subjektives Krankheitsmodell des/der PatientIn
- alternative Modellvorstellungen

3.11. Problemsicht des/r PatientIn unter Bezug auf die Planstruktur

- Wo weicht die Sicht von der des Therapeuten ab?
- Welche Pläne bewirken blinde Flecken, Fehlattritionen, Überbetonungen?

3.12. Therapiemotivation des Patienten

- **Stand der Motivationsentwicklung (stages of change) nach Problemen:**
- Motivation zur Unterstützung durch die Bezugsperson
- Therapiezugangsmotivation (Wer hat den/die PatientIn zur Therapie geschickt?)
- Bezug der Therapiemotivation und damit verbundener Konflikte zur Planstruktur, wenn sinnvoll: differenziert nach Problemen/Therapiezielen

4. Diagnose(n)

- Diagnosen nach ICD-10, bzw. DSM-IV
- differentialdiagnostische Überlegungen
- fachärztliche Diagnosen gegebenenfalls darstellen (s. a. somatischer Befund)

5. Zielanalyse

5.1. Veränderungsvoraussetzungen

- Begleitumstände bei der Therapie
- Rahmenbedingungen der Therapie

- beeinflussende Faktoren
Therapeuten-Patienten-Beziehung
- Therapeuten-Patienten-Beziehung (zu Therapiebeginn und im Verlauf)
- Woraus kann eine gute oder auf eine eher problematische Beziehung geschlossen werden?

5.2. Therapieziele

- Was müsste sich ändern, damit es dem Pat. dauerhaft besser geht¹³? Für welche Ziele besteht Konsens mit Pat.?
- Die einzelnen Therapieziele sollen aus der Problemanalyse herausgearbeitet, begründet und operationalisiert werden
- Abwägungen zwischen kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Zielen
- Angabe, ob es sich um die Ziele des/der PatientenIn oder des/der TherapeutIn handelt
- prognostische Einschätzung
- Goal-Attainment-Scaling (GAS: Zielerreichungsskalierung)¹⁴

6. Therapieplan (Methoden)

- Ausgewählte Methoden sollten nicht nur benannt, sondern auch aus der Verhaltensanalyse begründet werden sowie einen Bezug zu Therapiezielen erkennen lassen
- Warum wurde welche von verschiedenen Möglichkeiten ausgewählt?
- Effektivität und Effizienz der ausgewählten Methoden
- Für welches Ziel wird mit welchen **Wirkfaktoren** gearbeitet, welche Arten von **Interventionen** werden dabei berücksichtigt?
- Wie werden die wichtigsten **Ressourcen aktiviert/genutzt**?
- Ablaufplan, Prioritäten des Vorgehens
- Auch die Einbeziehung nicht-verhaltenstherapeutischer Therapiemethoden kann im Einzelfall sinnvoll sein, sie sollte entsprechend begründet werden.
- Therapiebegleitende Diagnostik (z. B. über Ambos, Figurationsanalyse etc.)
- Die wichtigsten **Therapeutenpläne für die motivorientierte Beziehungsgestaltung**¹⁵?
- Wie soll mit **Beziehungstests** umgegangen werden, wenn sie (nach 3.8) erwartet werden?

7. Therapieverlauf

- chronologische oder symptom-spezifische Darstellung
- Beziehungsgestaltung im Verlauf der Therapie sowie deren Veränderungen
- Schwierigkeiten im Verlauf sind explizit zu diskutieren, besonders bei „nichterfolgreichen“ Therapien oder Therapieabbrüchen, die auch Gegenstand von Fallberichten sein können, wenn sie nur entsprechend reflektiert und diskutiert werden. Gerade in der Bewältigung auftauchender Schwierigkeiten zeigt sich oft therapeutische Kompetenz.
- Welche Problemlösungen konnten in der Supervision oder Ausbildung gefunden werden (Einfluss der Supervision auf den Therapieprozess)
- Anpassung von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen im Verlauf
- Verlaufskontrolle über z.B. Ambos, Figurationsanalyse (einschließlich PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung)

8. Bewertung (Ergebnis)

- Evaluation der Therapie
- Bewertung/Vergleich zwischen den Therapiezielen und dem Ergebnis

¹³ Sollte an Problemverständnis anknüpfen und prägnant auf den Punkt gebracht werden

¹⁴ GAS einbeziehen falls es mit dem Pat. durchgeführt wurde

¹⁵ Allenfalls auch weitere Anmerkungen zur motivorientierten Beziehungsgestaltung Überlegungen zur therapeutischen Beziehung nur in Kapitel 5.2 und nicht doppelt in 6. oder 7. Hier sollte mehr aus dem Verlauf heraus stehen, was sich bewahrheitet, verändert, schwierig herausgestellt hat etc.

- Welche Ziele wurden erreicht?
- in welchem Ausmaß konnte die Störung beseitigt/das Problem gelöst werden?
- Welche störungsunspezifischen Aspekte konnten erreicht werden?
- Welche Auswirkungen gab es auf das Bezugssystem?
- Wieweit werden die diagnostischen Kriterien nach den Klassifikationssystemen nun nicht mehr erfüllt
- Welche Veränderungen in den testpsychologischen Befunden sind eingetreten? (Prä-, Post-, Zwischenmessung z.B. mit Ambos, Figana etc.)

9. Katamnese

- Angestrebt werden sollten mindestens Ein-Jahres-Katamnesen
- Schriftliche Befunde oder telefonische Rückfragen
- Katamnesefragebogen
- Rückmeldungen von Bezugspersonen

10. Selbstkritische Reflexion

- Welche spezifischen Beziehungsprobleme (z. B. Umgang mit einzelnen Störungsbildern, die derzeit besonders für den/die TherapeutIn schwierig waren) sind aufgetreten?
- Welche Therapiemethoden konnten nicht auf dem Hintergrund der TherapeutInnenpersönlichkeit konzeptuell integriert werden?
- Welche Lernerfahrungen sind durch den/die TherapeutIn gemacht worden?
- Was sollte bei einer ähnlichen Problematik zukünftig verändert oder berücksichtigt werden?

11. Literatur¹⁶

Anmerkungen

Dieser Leitfaden soll vor allem als Modell für Falldarstellungen für Psychotherapien im engeren Sinn dienen und muss daher für die verschiedenen Aufgabenfelder im psychosozialen Arbeitsbereich adaptiert werden. So sind z. B. einzelne Punkte für Falldarstellungen im Bereich von psychosozialen Beratungsstellen stärker oder weniger bedeutsam.

Die TherapeutInnen sollen diesen Leitfaden daher unbedingt flexibel anwenden, also den individuellen Fragestellungen anpassen und die einzelnen Punkte entsprechend zuordnen – oder auch auslassen/modifizieren.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die vorgeschlagenen Punkte nicht als abschließend zu betrachten sind, sie stellen allerdings die wesentlichen Aspekte dar.

Ralf Adam, Anja Dresenkamp, Markus Hertle, Karin Wilke

Ergänzungen zum Berner Modell: Franz Caspar, Martina Belz und Günter Ruggaber

¹⁶ hier ist nicht möglichst viel anzugeben, aber Hinweise z.B. für die Benutzung von Manualen. Einhalten der Regeln der DGPs, wie im Studium gelernt. Die Berner Fallkonzeption gehört zur Masterarbeit und soll den gängigsten Kriterien für wissenschaftliches Arbeiten genügen.