

Dokument 2:

Fallkonzeptionskriterien zur Erstellung der Masterarbeit für den MASPTVT der Uni Bern

Kriterien/Empfehlungen Januar 2020

Wir empfehlen das ganze Plananalyse-Buch in der neuen Auflage von 2018, das Ihnen gratis als ebook zur Verfügung steht ([s. Dokument «Zugang zu E-Book Plananalyse» in Literatur-Ordner auf Ilias](#)) mindestens aber den zusammenfassenden, aus nur 25 Textseiten bestehenden Artikel von Caspar (2018; auf Ilias) zu lesen, spätestens bevor Sie sich an den Fallbericht machen. Dort steht das Wichtigste zur Auffrischung Ihrer Plananalyse-Kenntnisse (s. auch Fussnote 1).

Ergänzung der Kriterien:

Das Inhaltliche:

Wichtig sind in den Fallkonzeptionen:

1. **Informationsquellen:** Explizites (bewusstes) und implizites (nicht bewusstes) Funktionieren sollten gleichermaßen erfasst und abgebildet werden. Vor allem auf eigenen Aussagen des Patienten beruhende Informationen (Introspektive Aussagen über das eigene Funktionieren, FAMOS, INK) erfassen nur den bewussten Teil. Sie reflektieren nicht oder ungenügend das, was Grawe das «regulierende Selbst» genannt hat, das «wirkliche» Funktionieren einschliesslich der weniger oder nicht bewussten, impliziten Teile. Dass ein Patient seine Probleme nicht selber lösen kann, liegt aber in vielen Fällen (mit) daran, dass er diese Teile nicht versteht (s. auch Punkt 5) und deshalb ist es besonders wichtig, dass die Therapeutin ihnen in ihrer Fallkonzeption grosses Gewicht gibt. Die Plananalyse ist ein ideales Instrument, zum Verständnis dessen, was in der Selbstsicht des Pat. nicht enthalten ist, beizutragen durch Zu- und Einordnen von konkreten Auffälligkeiten (einschl. non-verbalem und pragmatischem Verhalten) in der Therapiesituation. Was und wie etwas davon mit dem Patienten im Sinne des Wirkfaktors Klärung besprochen wird, ist auf der Basis der Fallkonzeption zu entscheiden.
2. Differenzierte Betrachtung der **Motive** eines Patienten auf der Basis einer Plananalyse: Dazu gehört auch die Einbettung der positiven Therapiemotivation, aber auch der Instrumentalität (wenn plausibel) der Symptomatik, von Widerständen etc. in das Gesamt des Funktionierens. Positiven Motiven sollte ebenso Rechnung getragen werden wie problematischen. Achtung: Es geht nicht nur um „die Therapiemotivation“, sondern um die für das Funktionieren, die Probleme und die Therapiebeziehung relevanten Motive insgesamt.
3. **Konfliktschemata** müssen nicht enthalten sein, da nicht bei allen Patienten ihre Probleme auf Konfliktschemata zurückzuführen sind. Wenn solche angenommen werden, ist aber darauf zu achten, ob die Bedingungen dafür tatsächlich erfüllt sind und dass sie auch mit allen nach Grawe wichtigen Elementen (Dokument «KonfliktschemataGrawe»¹) dargestellt werden. Bei Plankonflikten (bzw. Schemakonflikten) ist es optimal, wenn erwähnt wird, welche negativen Nebenwirkungen der für den einen Plan eingesetzten Mittel für den damit in Konflikt stehenden anderen Plan den Konflikt ausmachen: Das ist ein wichtiger Ausgangspunkt für die Suche nach Lösungen (nebenwirkungsärmeren Mitteln für die Pläne -s. Rigidität, unten-).
4. Die **Problemsicht des Therapeuten** sollte klar aus der plananalytischen Sicht, (je nach Bedeutung für diesen Fall) (und natürlich den weiteren Fallkonzeptions-Perspektiven, z.B. lerntheoretisch, ABC-Analyse, systemisch, ...) abgeleitet sein. Dazu gehören Überlegungen zum Thema Rigidität der Planstruktur (warum wurde kein reicheres Repertoire entwickelt, das situationsangemessener, effizienter und nebenwirkungsärmer eingesetzt werden könnte? In welcher Hinsicht ist die Struktur des Patienten rigide?) und zur instrumentellen Einbettung der Probleme (hat das Problem/haben die Probleme eine instrumentelle Funktion und/oder sind sie eine Nebenwirkung von suboptimalen Plänen?).
5. Bei der **Problemsicht des Patienten** sollte klargemacht werden, welche Pläne allfällige Ausblendungen, Fehlattritionen, Überbetonungen hervorbringen.
6. Es sollten die **Konzepte und Interventionen** genutzt werden, welche individuell für den konkreten Patienten und seine Situation optimal erscheinen (Caspar, 2009). Z.B. schematherapeutische Interventionen einfach ohne Ableiten aus der individuellen Fallkonzeption

zu nutzen, weil man Schematherapie gut findet, wäre ein Rückfall in schulorientiertes Denken. Auch schematherapeutische Interventionen lassen sich, wenn wirklich für einen Fall sinnvoll, aus einer plananalytischen Fallkonzeption begründen.

7. Es ist alles erlaubt, was plausiblerweise den bestmöglichen Effekt mit einem Minimum an negativen Nebenwirkungen hat, vorzugsweise natürlich empirisch validiert. Es soll aber dargelegt werden, warum ein bestimmtes Konzept/Vorgehen in dem Fall den größten Nutzen verspricht. Dabei kann (muss aber nicht) das Wirkfaktorenmodell von Grawe genutzt werden.
8. Den **Ressourcen** des Patienten sollte angemessene Aufmerksamkeit gewidmet werden, insbesondere auch der Frage, wie sie in der Therapie genutzt werden könnten und konnten.
9. Ein Minimum an Überlegungen zum Bezug auf das aktuelle **System** (Herkunftsfamilie, Paarbeziehung, selber gegründete Familie, evtl. Arbeitsumgebung), aber auch zur Herleitung aus der Herkunft (Genogramm zur Darstellung sehr empfohlen; Lebenszyklusperspektive) sollte vorhanden sein.
10. Stärkere und vor allem anhaltende/wiederkehrende **Emotionen**, positive wie negative, sollten aus dem Funktionieren des Patienten und der Situation, in der sie auftreten, verstehbar sein. Eine Analyse nach den Emotionsheuristiken der Plananalyse (Aspekte 1-4¹) sollte für die wichtigsten Emotionen explizit erfolgen, und zwar für jede Emotion einzeln. (Dabei trifft aber natürlich nicht jede der 4 Heuristiken auf die jeweiligen Emotionen zu!) Meistens sind 3-4 Emotionen zentral, und auch positive Emotionen sollten beachtet werden, weil sie Aufschluss über Annäherungspläne, aber auch Probleme beim Sich einlassen auf Annäherungspläne geben können. Empfohlen: «Emotionen Belz_Caspar 2017¹»
11. Die **Therapiebeziehung** mit ihren besonderen Anforderungen und Möglichkeiten soll aus der Plananalyse abgeleitet, reflektiert und geplant worden sein. Für entsprechende Überlegungen ist das Konzept der Motivorientierten Beziehungsgestaltung zu nutzen, d.h. für Problemverhalten ist explizit in der Planhierarchie herzuleiten, welches übergeordnete Motiv als unproblematisch angesehen wird (Prinzip 1 der Motivorientierten Beziehungsgestaltung; Caspar, 2008¹). Dabei soll das Motiv der Regel „so hoch wie nötig, aber so konkret wie möglich“ folgend bestimmt werden. Das weiter übergeordnete Bedürfnis zu nennen, reicht nicht, weil zu unspezifisch. Die Konstruktionsregeln für das komplementäre Therapeutenverhalten sollen sehr proaktiv formuliert sein. Bei Problemverhalten sollte plausibel werden, dass eine Sättigung des eruierten unproblematischen Motives das Problemverhalten überflüssig machen könnte (Prinzip 2). Es sollte im Sinne des Neukonstruktionsmodells (s. Punkt 12, unten) deutlich werden, dass die Beziehungsgestaltung nicht nur zu Therapiebeginn wichtig ist, sondern durch die ganze Therapie hindurch bei jeder Intervention berücksichtigt wird. Und bitte: Die Motivorientierte Beziehungsgestaltung stammt nicht von Sachse, und sein (ebenfalls sehr sinnvolles!) Verständnis von Komplementärer Beziehung entspricht nicht ganz dem der Plananalyse.
12. Es sollte deutlich werden, dass die **Therapieplanung** tatsächlich auf der Fallkonzeption beruht. Dabei wäre es ein Missverständnis, dass alles im Detail vorausgeplant werden kann und soll. Der Titel eines Beitrags von Grawe: «Der Weg entsteht beim Gehen» illustriert dies. Fallkonzeption und Therapieplanung sollten nicht die unmittelbare Präsenz des Therapeuten in der aktuellen Situation behindern, sondern diese als Basis für ein Verständnis und Nutzen des sich innerhalb und ausserhalb der Therapiesituation Entwickelnden unterstützen. Die Grundidee der Konstruktion therapeutischen Handelns unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer Vielzahl von Aspekten ist in Caspar (2009)² erklärt. Dass nicht alle der dort genannten Aspekte bei jedem Patienten jederzeit und gleichermaßen relevant sind, erleichtert die Umsetzung des Modells.
13. Es muss **nicht alles perfekt** gelaufen sein: Eine gute Analyse von therapeutischen Fehlern auf der Basis einer klaren Fallkonzeption kann wertvoller sein als eine simple, wenig reflektierte, ganz glatt gelaufene Therapie. Die Fälle sollten von Anfang an auch auf plananalytischer Basis durchgeführt und supervidiert werden. Regel: erste, auf die Therapiebeziehung konzentrierte Plananalyse nach der ersten Sitzung; ausführliche, das Wichtigste im Gesamtfunktionieren einschl. die wichtigsten Probleme erklärende Plananalyse nach der 5. Sitzung. Diese kann und sollte natürlich erweitert werden, wenn neue Informationen dazu kommen.

Im Weiteren siehe auch Dok7: „Liste häufiger Fehler in plananalytischen Fallkonzeptionen“

Formales:

Letztlich ist das Formale nicht das Wichtigste, aber seien Sie sich bewusst, dass der Fallbericht eine akademische Abschlussarbeit ist und auch formal in Ordnung sein sollte. Vereinzelt Fehler führen nicht zu einem Notenabzug, aber sie sollten sich nicht häufen. Obwohl wir beim Korrigieren weniger streng sind als bei normalen Masterarbeiten oder Dissertationen, sind doch einige Punkte zu beachten.

Folgende Maßnahmen sind sinnvoll:

- Lassen Sie den Bericht von einer anderen Person mit guter Sprachkompetenz gegenlesen. Oft sieht man die eigenen Fehler weniger gut als die anderer.
- Nutzen Sie die Rechtschreibprüfung Ihres Textverarbeitungsprogramms!
- Unschön ungleich lange Zeilen (bei linksbündigem Satz) oder ungleiche Wortabstände (bei Blocksatz) sollten bei einer solchen Arbeit vermieden werden. Am besten schalten Sie die automatische Silbentrennung ein, kontrollieren Sie aber am Schluss nochmal
- Auch Kommafehler sollten vermieden werden! Hilfreich dabei ist dieser Link: <https://schreibszene.ch/blog/endlich-durchblick-bei-den-kommaregeln-alle-13-regeln-an-beispielen-erklart?highlight=WyJrb21tYXJlZ2VsbjJd> (nützt auch bei Briefen an Ärzte oder Patienten, um einen schlechten Eindruck zu vermeiden!).
- Literaturliste: Entsprechend APA- bzw. DGPs-Richtlinien. Die Liste muss nicht lang sein; geben Sie nur an, was Sie wirklich verwendet haben. So ist es z.B. eher entlarvend, wenn beim Plananalyse-Buch («Beziehungen und Probleme verstehen») Caspar & Goldfried als Autoren angegeben werden (letzter hat nur ein kurzes Vorwort geschrieben) oder wenn bei anderen Büchern ein Übersetzer als Autor angegeben wird. Anders als bei sonstigen wissenschaftlichen Arbeiten muss die Literatur zu den allgemein an den DGVT-Zentren verwendeten Tests nicht angegeben werden, allenfalls zu besonderen, nicht allgemein verwendeten Tests.

¹ Wem das fehlt: Siehe Ilias, in Ordner „Basis-Literatur für Fallberichte“: Artikel Caspar Plananalyse 2018“; «Emotionen Belz_Caspar 2017», «[Caspar, motivorientierte Bez. 2008](#)», «KonfliktschemataGrawe und ausführlicher natürlich in „Beziehungen und Probleme verstehen ...“ (Caspar 2007, neu 2018)

² Caspar, F. (2009). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1 (S. 213-225). Heidelberg: Springer.