

2 Leitfaden für die Falldokumentation – Überblick und Rahmendaten

Für die sechs Falldarstellungen nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen soll *unbedingt ein Umfang von 12 - 18 Seiten* eingehalten werden. Fallberichte, die kürzer als 12 Seiten sind, sind häufig zu oberflächlich und können dazu verleiten, den Fall nicht gründlich genug zu reflektieren, was sich in der mündlichen Prüfung bemerkbar machen kann. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Leser dieser Fälle weder die KlientInnen noch die TherapeutInnen kennen und deshalb anders als SupervisorInnen fehlende Informationen nicht implizit ergänzen können. Längere Fallberichte hingegen sind häufig redundant und/oder nicht genügend strukturiert.

Umfang der Fallberichte:

- 12-18 Seiten
- Seitenränder oben und unten: je 2 cm
- Seitenränder rechts und links: je 2,5 cm
- Schriftgröße: Times 12 pt. oder Arial 11 pt.
- Zeilenabstand: 1 ½-zeilig

Jeder Falldarstellung wird zunächst einmal ein Deckblatt vorangestellt, welches folgende Angaben enthalten sollte:

Antragsteller/in:	Voller Name
Patientin:	Anfangsbuchstabe Nachname Geburtsdatum tt.mm.jj, Alter in Jahren
Codename:	Fantasiename zur besseren Lesbarkeit
Diagnose:	Hauptdiagnosen
Behandlungsdauer:	Anzahl Stunden, Häufigkeit der Sitzungen
Setting:	ambulant, stationär, Einzel, Paar, Familie, Bezugspersonen
Behandlungszeitraum:	von - bis
Einzelsupervision /Gruppensupervision:	Name des Supervisors, Häufigkeit der Supervision
Erklärung:	Die Therapie wurde selbstständig durchgeführt.

Die Falldarstellung sollte dann der folgenden Gliederung entsprechen

1. Problemstellung

- 1.1 Erste Orientierung über die Problematik
- 1.2 Rahmenbedingungen der Therapie
- 1.3 Lebensbedingungen, aktuelle Familiensituation
- 1.4 Entwicklungsgeschichte

1.5 Somatischer Befund

2. Problemanalyse (Verhaltensanalyse)

- 2.1 Informationsquellen
- 2.2 Symptomatik
- 2.3 Psychischer Befund
- 2.4 Kognitionsanalyse
- 2.5 Analyse psychologischer Grundbedürfnisse / Plananalyse
- 2.6 Motivationale Analyse (Änderungsmotivation)
- 2.7 Beziehungsanalyse (Therapeut-Patient-Beziehung)
- 2.8 Ressourcenanalyse
- 2.9 Systemanalyse
- 2.10 Multiaxiale ICD-10-Diagnose
- 2.11 Funktionale Verhaltensanalyse

3. Problemgenese und hypothetisches Bedingungsmodell

4. Zielanalyse

- 4.1 Veränderungsvoraussetzungen
- 4.2 Therapieziele

5. Therapieplan (Methoden)

6. Therapieverlauf

7. Bewertung (Ergebnis)

8. Katamnese

9. Selbstkritische Reflexion

3 Detaillierte Beschreibung und Kommentar zum Falleitfaden

1. Problemstellung

1.1 Erste Orientierung über die Problematik

Hier sollen die vom Kind und/oder Jugendlichen bzw. seinen Eltern oder anderen Bezugspersonen¹ als *Vorstellungsanlass* aufgeführten Probleme genannt werden. Wichtig ist, *wer* das Kind angemeldet hat und *wer* Therapiebedarf sieht bzw. eine Änderung wünscht. Sind implizite Therapieaufträge erkennbar (also Wünsche, die nicht direkt ausgesprochen werden, die aber durch die Schilderungen der Beteiligten deutlich werden)?

¹ Der sprachlichen Einfachheit halber werden wir im folgenden nur die Eltern erwähnen, auch wenn z.B. Pflegeeltern oder Heimerzieher gemeint sind. Das Wort „Eltern“ steht also für die im Alltag relevanten Hauptbezugspersonen.

1.2 Rahmenbedingungen der Therapie

Findet die Therapie ambulant oder stationär statt? In welcher Einrichtung findet die Therapie statt (ggf- besondere Vor- und Nachteile der Institution)? Wie ist der Zeitrahmen der Therapie? Welche Familienmitglieder können/sollen mitarbeiten und gibt es eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen?

1.3 Lebensbedingungen, aktuelle Familiensituation

Bei wem bzw. wo lebt das Kind? Wer hat Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht? Wer wohnt alles mit dem Kind zusammen (Geschwister, andere Bezugspersonen)? Bei Trennungverhältnissen: Wie ist die Umgangsregelung?

Wie ist die wirtschaftliche / soziale Situation des Kindes und der Familie? Welchen Beruf üben die Eltern aus (und – falls bekannt – welchen Schulabschluss haben sie), zu welcher Schule geht das Kind? Gibt es besondere Auffälligkeiten in der Familie (z.B. psychische Störung eines Elternteils o.ä.)?

Häufig ist eine schematische Darstellung der Familiensituation mit Hilfe eines Genogramms übersichtlich und hilfreich (vgl. McGoldrick & Gerson, 2002).

1.4 Entwicklungsgeschichte

Hier sind einerseits die relevanten Entwicklungsdaten zu benennen (Eintritt in den Kindergarten, Schuleintritt, Schulwechsel), und andererseits die kritischen Lebensereignisse (z. B. familiäre Veränderungen wie Trennungen, Geburt von Geschwisterkindern, Umzüge), die Auswirkung auf das Kind hatten und haben. (vgl. Filipp, 1995)

Im Sinne einer entwicklungspsychopathologischen Orientierung soll hier andererseits insbesondere die Störungsgeschichte beschrieben werden. Wann kam es zu den ersten Auffälligkeiten? Was wurde bisher unternommen? Gab es Phasen der Problemfreiheit? Wie hat sich die Symptomatik im Laufe der Zeit verändert/entwickelt?

Welche Bewältigungsversuche wurden bis lang vom Kind/Jugendlichen und/oder seinen Eltern gezeigt? Wurde professionelle Hilfe in Anspruch genommen? Wie erfolgreich waren welche Bewältigungsversuche? Warum wurden die Selbstkontrollversuche wieder aufgegeben?

1.5 Somatischer Befund

Der Verweis auf den Konsiliarbericht (wie im Therapieantrag) reicht hier nicht. Vielmehr sollten vorliegende Befunde (aus Konsiliarbericht oder von anderen Institutionen) kurz benannt werden und ggf. hinsichtlich ihrer Relevanz für die Störung interpretiert werden.

2. Problemanalyse (Verhaltensanalyse)

2.1 Informationsquellen

Im Unterschied zur Erwachsenentherapie kommen die Informationen häufig nicht direkt vom Indexpatienten (Kind, Jugendlicher), sondern von den Bezugspersonen oder anderen Fachleuten, vielfach auch vom zuständigen Sozialarbeiter oder der Schule. Hier sollte wie bei einem Psychologischen Fachgutachten besonderes Augenmerk auf die Zuordnung der Informationsquellen gelegt werden. Es ist also stets zu benennen, wer Informationen gegeben hat (im Gespräch, im Fragebogen, ...).

Es müssen alle Erhebungsverfahren und -instrumente (Exploration welcher Personen, Fragebögen, Testverfahren, Beobachtungssituationen, vorliegende Berichte) genannt werden.

2.2 Symptomatik

Hier soll die Symptomatik in ihrer Qualität, Quantität und Intensität beschrieben werden. Auch bereits bekannte situative Bedingungen, die das Auftreten der Symptomatik wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher machen, sollen genannt werden.

Besonders wünschenswert – insbesondere unter dem Gesichtspunkt der späteren Erfolgsbewertung - wäre es, wenn konkrete Daten (Baseline) aus systematischen Fremd- oder Selbstbeobachtungen vorliegen, die hier beschrieben werden können (vgl. Kern, 1997 oder Julius, Schlosser & Goetze, 2000). Die Ausgangswerte einer Zielerreichungsskalierung (vgl. Kanfer et al., 2000; Borg-Laufs, 1997) können hier ebenfalls aufgeführt werden.

2.3 Psychischer Befund

Im psychischen Befund werden kurze Angaben einerseits zum psychopathologischen Befund erwartet (Stimmungslage, Kontaktfähigkeit, Denkstörungen, Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, psychotische Anzeichen, Bewusstseinsstörungen, Suizidalität).

Andererseits sollen hier Testbefunde, z.B. von Leistungs- und Entwicklungstests, Persönlichkeitstests, Screeningverfahren usw. aufgeführt werden.

2.4 Kognitionsanalyse

Jüngere Kinder können nicht gut über ihre Kognitionen Auskunft geben. Dennoch sollten auch erschlossene dysfunktionale Kognitionen, irrationale Grundüberzeugungen, rigide Schemata, Katastrophisierungstendenzen usw. der Kinder benannt werden. Diese Analyse soll immer das Entwicklungsalter des Kindes/Jugendlichen mit einbeziehen.

Auch für die Aufrechterhaltung der Problematik relevante kognitive Muster (w.o.: dysfunktionale Kognitionen, irrationale Grundüberzeugungen, rigide Schemata, Katastrophisierungstendenzen) der Eltern sollen hier beschrieben werden.

Das subjektive Krankheitsmodell des Kindes und/oder der Eltern sollte hier ebenfalls kurz beschrieben werden.

2.5 Analyse psychologischer Grundbedürfnisse / Plananalyse

Durch die Arbeiten von Grawe (insbesondere Grawe, 1998) wurde die Wichtigkeit der psychologischen Grundbedürfnisse (Kontrolle/Orientierung, Bindung, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Selbstwerterhöhung) im Rahmen der Erklärung und Behandlung psychischer Störungen herausgearbeitet. In jüngerer Zeit wurde die Rolle der Grundbedürfnisse und hier mit besonderer Betonung des Bindungsbedürfnisses auch für die Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie herausgearbeitet (Immisch, 2004; Borg-Laufs, 2002; 2004). TherapeutInnen sollten sich unbedingt einen Überblick darüber verschaffen, wie der Status der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse bei den Indexpatienten (und ggf. auch bei den Eltern) ist. Dazu können Erhebungsverfahren wie der GBKJ (in Borg-Laufs, 2005) eingesetzt werden. Aber auch durch die entsprechende Interpretation der Exploration und von Verhaltensbeobachtung können hier Einschätzungen vorgenommen werden.

Empfohlen wird – insbesondere in komplexen Fällen – auch die Durchführung einer Plananalyse (vgl. hierzu ausführlich Caspar, 1996; Klemenz, 1999; im Überblick Borg-Laufs, 2005) und die Darstellung der Plananalyse im Rahmen der Falldokumentation. Die dabei herausgearbeiteten obersten interaktionellen Verhaltensziele beziehen sich häufig auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen oder auf die Vermeidung weiterer Verletzungen der Grundbedürfnisse.

2.6 Motivationale Analyse (Änderungsmotivation)

Im Rahmen der Analyse der Änderungsmotivation ist darzustellen, inwieweit eher Leidensdruck oder Störungsgewinn bei dem Indexpatienten und seinen/ihren Eltern vorliegt. Darüber hinaus ist darzustellen, wie die Motivationslage des Kindes./Jugendlichen und der Eltern im Verhalten und in den Äußerungen zu erkennen ist.

Motivationsprobleme sollten ggf. genauer expliziert werden (vgl. Mackowiak, 1999; Borg-Laufs & Hungerige, 2005; Borg-Laufs, 2005), d.h., es sollte benannt werden, welche Motivationshindernisse genau bestehen.

2.7 Beziehungsanalyse (Therapeut-Klient-Beziehung)

Sowohl die Beziehung zum Kind/Jugendlichen als auch die Beziehung zu den Eltern soll hier geschildert werden. Dabei sollten Äußerungen und Verhaltensweisen benannt werden, die den Status der therapeutischen Beziehung belegen (vgl. Borg-Laufs, 2005).

In der Kindertherapie ist die Qualität der Beziehung zum Indexpatienten und der Beziehung zu seinen/ihren Eltern in der Regel nicht unabhängig voneinander. Ggf. müssen hier auch Loyalitätskonflikte thematisiert werden oder Versuche, den Therapeuten / die Therapeutin „auf eine Seite zu ziehen“. Wie wird mit Schweigepflicht und Transparenz in der Arbeit mit der gesamten Familie umgegangen?

2.8 Ressourcenanalyse

Welche Stärken und Interessen hat das Kind aber auch seine soziale Umwelt? Unterschieden werden sollten hier Personenressourcen (psychische und physische) einerseits und Umweltressourcen (Familie, Freunde, Wohnbedingungen, materielle Bedingungen) andererseits (vgl. Klemenz, 2003, Willutzki, 2003).

Insbesondere sind solche Ressourcen von Bedeutung, die für die Problembewältigung direkt genutzt werden können.

2.9 Systemanalyse

Welche *Funktion* hat die Symptomatik innerhalb der Familie? Gibt es (möglicherweise subkulturell geprägte) *explizite oder implizite Familienregeln*, die relevant sind? Was würde sich im System ändern, wenn die Therapie erfolgreich wäre?

Im Rahmen der Systemanalyse können Ergebnisse eines Genogramms einfließen aber auch alle weiteren *familiären Auffälligkeiten* (Beziehungen, Erziehungsbedingungen, usw.) und auch *Besonderheiten weiterer relevanter Systeme* (Schule, Arbeitsplatz) dargestellt werden.

2.10 Multiaxiale ICD-10-Diagnose

Auch wenn dies in den Therapieanträgen im Rahmen der Kassenpsychotherapie nicht zwingend erwartet wird, sollte an dieser Stelle unbedingt eine umfassende *klassifikatorische Einschätzung auf allen sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationssystems für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10* (Remschmit, Schmidt & Poustka, 2001) erfolgen.

Die Diagnosen sollten im Zweifelsfall auch begründet werden, insbesondere auf Achse I (klinisches Störungsbild) sollten *differentialdiagnostische Überlegungen* unbedingt aufgeführt werden! (Wie können die Auffälligkeiten sonst noch erklärt werden? Welche Hypothesen wurden aufgestellt und weshalb wieder verworfen?)

2.11 Funktionale Verhaltensanalyse

Die funktionale Verhaltensanalyse ist die zentrale Analyseeinheit für die verhaltenstherapeutische Arbeit (vgl. Kanfer et al., 2000; Döpfner & Borg-Laufs, 1999; Borg-Laufs, 2005), aus der sich Interventionen direkt ableiten lassen. Daher sollte bei der Erstellung der funktionalen Analyse große Sorgfalt darauf verwendet werden, diese stimmig und mit den richtigen Begrifflichkeiten anzufertigen. Da die verwendeten Begriffe und die Abkürzungen leicht variieren können, sollte jeweils angegeben werden, auf welchen *AutorIn* bzw. welche Autorengruppe sich bei der funktionalen Analyse bezogen wird (z.B. Bartling et al., 2005; Borg-Laufs, 2005; Kanfer et al., 2000; Schulte, 1996).

Eine Einführung in die Technik der funktionalen Analyse kann hier nicht gegeben werden. Wir weisen aber darauf hin, dass die sogenannte Organismus-Variable (O-Variable) für überdauernde physiologische und psychologische Dispositionen (z.B. kognitive Schemata, Status der Befriedigung der verschiedenen psychologischen Grundbedürfnisse, übergeordnete Verhaltenspläne und -ziele, Temperamentsfaktoren, überdauernde Gesundheitsfaktoren), die helfen können, die Funktionalität des Verhaltens (bzw. die Wirksamkeit der Verstärker) zu erklären.

Sollten mehrere getrennte Problembereiche existieren, müssen ggf. verschiedene jeweils paradigmatische Situationen ausgesucht werden, zu denen jeweils eine funktionale Analyse erstellt wird und deren wechselseitige Beeinflussung ggf. beschrieben wird.

In der Kindertherapie macht es darüber hinaus häufig Sinn, auch das Verhalten der Eltern einer funktionalen Analyse zu unterziehen, wenn z.B. problematisches Erziehungsverhalten der Eltern verändert werden soll.

3 Problemgenese und hypothetisches Bedingungsmodell

Unter Berücksichtigung aller diagnostischen Befunde und durchgeführten Analysen erfolgt hier die *Zusammenfassung* (keine Wiederholung). Hier kann der Ausbildungskandidat zeigen, dass er in der Lage ist, die Verhaltensanalyse kurz, plausibel und umfassend darzustellen. Zunächst wird die *Genese* der Störung aus Therapeutensicht erläutert (auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen im Lebenslauf, Vulnerabilitätsfaktoren). Daran anschließend wird das *aktuelle hypothetische Bedingungsmodell* beschrieben. D.h., der Therapeut / die Therapeutin schildert hier zusammenfassend alle Bedingungen, die aktuell dazu führen, dass die Störung zur Zeit besteht und aufrecht erhalten wird. Dabei sollte explizit auf die Ergebnisse der vorangegangenen Analysen Bezug genommen werden.

4. Zielanalyse

4.1 Veränderungsvoraussetzungen

Die Veränderungsvoraussetzungen betreffen alle Bedingungen, die für die erfolgreiche Durchführung der Therapie relevant sein können. Dies können *besondere Begleitumstände und Rahmenbedingungen* der Therapie sein, dies kann aber auch die Ergebnisse der *Beziehungs- und Motivationsanalyse* sowie eine Einschätzung der *persönlichen Veränderungsvoraussetzungen* (z.B. Entwicklungsstand, kognitives Niveau des Kindes / der Eltern).

4.2 Therapieziele

Hier sollen sowohl die *Ziele des Kindes/Jugendlichen* **als auch** der *Eltern* und möglicherweise noch weiterer beteiligter Personen (z.B. Lehrer) genannt werden.

Der Therapeut / die Therapeutin formuliert dann (ggf. begründet) *eigene Therapieziele*, die sich auf die genannten Ziele der Kinder/Eltern und/oder auf die Ergebnisse der vorausgegangenen Analysen beziehen (vgl. zum Prozess der Zielklärung Michels & Borg-Laufs, 2001 oder Borg-Laufs & Hungerige, 2005). Sollten Ziele der Eltern oder des Kindes nicht aufgegriffen werden, so ist dies unbedingt zu begründen.

Die Ziele sollen nachvollziehbar *operationalisiert* werden (woran kann ich erkennen, dass das Ziel erreicht worden ist, an welchem Verhalten?) und idealerweise in eine Zielerreichungsskala überführt werden (vgl. z.B. Borg-Laufs & Hungerige, 2005).

Wie ist die *Prognose* bzgl. der Zielerreichung?

5. Therapieplan (Methoden)

Der Therapieplan kann tabellarisch erstellt werden. Er sollte sich explizit auf die unter 4.2 erarbeiteten Ziele beziehen. Die anzuwendenden *Methoden* sollen nicht nur benannt werden, vielmehr ist die *Methodenauswahl zu begründen* (für viele Probleme stehen prinzipiell ja

mehrere Methoden zur Verfügung²) und der Therapieplan soll auch eine begründete zeitliche Abfolge der Interventionsdurchführung beinhalten.

Weiterhin muss der Therapieplan auch Angaben zur therapiebegleitenden Diagnostik bzw. Evaluation enthalten.

6. Therapieverlauf

Der Therapieverlauf wird in der Regel chronologisch beschrieben, möglich ist auch eine Strukturierung nach methodischen Schwerpunkten. Dabei soll die gesamte Therapie in ihren Grundzügen nachvollziehbar sein, dies umfasst die therapeutischen Interventionen und das Verhalten der PatientInnen, den Verlauf der therapeutischen Beziehung und der Änderungsmotivation (Mitarbeitsbereitschaft) und natürlich die Veränderungen in der Symptomatik.

Schwierigkeiten im Verlauf sollen erläutert und diskutiert werden.³ Besonders sind Veränderungen der Therapieziele und des Therapieplanes zu erwähnen. Ggf. kann bereits auch hier auf den später noch genauer zu erläuternden Einfluss der Supervision hingewiesen werden.

Die gewählten Methoden sollten so beschrieben werden, dass ihre individuelle Anwendung erkennbar ist, d.h. es reicht z.B. nicht zu schreiben „es wurde eine rationale Disputation nach Ellis durchgeführt“. Bei diesem Beispiel wäre etwa darzustellen, welche irrationalen Überzeugungen durch welche kognitiven Strategien bearbeitet wurden usw. Es sollten einige besonders interessante Stunden auch detailliert beschrieben werden, um insgesamt die Nachvollziehbarkeit der Falldarstellung zu erhöhen.

7. Bewertung (Ergebnis)

Die Therapiebewertung sollte unbedingt in einem Vergleich der ursprünglichen Therapieziele und Prognosen mit den tatsächlichen Resultaten der Therapie bestehen. Dabei sollte nicht nur die Erreichung der auf den Indexpatienten bezogenen Ziele beschrieben werden, sondern auch die Erreichung von Zielen für das Familiensystem bzw. die Eltern.

Sind Veränderungen in testpsychologischen Befunden aufgetreten? Wie ist das Ergebnis der Zielerreichungsskalierung? Wie ist der Prozess nach der Figurationsanalyse zu bewerten? Können / müssen die ursprünglichen klassifikatorischen Diagnosen (ICD) noch aufrechterhalten werden?

Wie zufrieden sind die unterschiedlichen Beteiligten (Kind/Jugendlicher, Eltern, TherapeutIn,

² Auch der Einbezug nicht-verhaltenstherapeutischer Methoden kann hier sinnvoll sein, muss aber natürlich ebenfalls im Rahmen des verhaltenstherapeutischen Therapieplans begründet werden.

³ Ein problematischer Therapieverlauf oder auch eine eher erfolglose Therapie können durchaus Grundlage des Fallberichtes sein. Wichtig ist nur, dass die Schwierigkeiten dann eben auch nachvollziehbar beschrieben werden. Solche Therapieverläufe können für die GutachterInnen / PrüferInnen letztendlich sogar interessanter sein als allzu glatte Therapieverläufe und können die therapeutischen Fähigkeiten belegen. Fehlerfreundlichkeit ist hier das Schlagwort, wie Kleiber & Wehner (1988) schreiben.

ggf. weitere Beteiligte)? Sind sie in ihrer Bewertung einig oder unterschiedlich?

Sind weitere Hilfen notwendig und welche? Wie ist die langfristige Prognose?

8. Katamnese

Wünschenswert (aber im Rahmen der Ausbildungstherapien nicht immer durchführbar) sind 1-Jahres-Katamnesen. Möglich ist die Darstellung telefonischer Rücksprachen mit den PatientInnen oder schriftlicher Befunde und/oder von Katamnesefragebögen. Ggf. negative Ergebnisse der Katamnese sollten diskutiert werden.

9. Selbstkritische Reflexion

Es geht bei der selbstkritischen Reflexion nicht (!) darum, sich als unfehlbare TherapeutInnen darzustellen. vielmehr sollte der Fall und insbesondere das eigene Handeln und der Lernfortschritt dargestellt werden.

War die Diagnostik angemessen? Die Beziehungsgestaltung? Die Ziele? Der Therapieplan? Die Durchführung der Interventionen? Die Evaluation? Welche spezifischen Probleme sind aufgetreten? Welche Schwierigkeiten sind in der Therapie durch die aktuellen Fähigkeiten und/oder die Persönlichkeit der Therapeutin bzw. des Therapeuten aufgetreten? Was lief gut?

Welche Lernerfahrungen wurden durch die Therapeutin / den Therapeuten gemacht und wie werden zukünftige Therapien dadurch profitieren, d.h., was werde ich zukünftig anders machen?

Welchen Einfluss hatte die Supervision auf mein Vorgehen? Hier wäre wünschenswert, wenn konkret benannt werden könnte, welche Hinweise aus der Supervision für die Therapie wichtig waren.