Dr. Misa Yamanaka

KLAUS-GRAWE-INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Inputs für die Bearbeitung von Fallkonzeptionen / Therapieplanung (Fallkonzeptionskurse III-VII)

KONSISTENZTHEORETISCHE THERAPIEPLANUNG: INHALTLICH

Diagnosen:	
Allgemeines	Zu Beginn der Therapie ist die Diagnostik in der Regel noch nicht ganz abgeschlossen. Hier kannst Du gut mit Verdachtsdiagnosen arbeiten. Füge hinzu, wie Du die weitere Diagnostik planst. Achse I Diagnosen kommen unter Achse I, Achse II Diagnosen unter Achse II, auch wenn Du ICD-10 brauchst. Verwendetes Diagnose-System angeben: DSM oder ICD?
Beispiel: *Achse I*	*Rezidivierende depr. Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10: F33.1)* *V.a. soziale Ängste (S. U-Bogen, noch weiter abzuklären).* *V.a. Substanzmissbrauch (ebenfalls weiter abzuklären)*
Achse II	*V.a. narzisstische Persönlichkeitszüge (SKID II noch ausstehend)*
GAF	*Global Assessment of Functioning (Einordnung auf Skala 1-100)*
Therapieanlass, aktuelle Lebenssituation:	
Aktuelle Lebenssituation	Überblick: Alter, Beruf, Familiensituation (Partner, Kinder inkl. Alter), Wohnsituation, soziale Situation (falls relevant). Keine weiteren Angaben nötig, keine anamnestischen Angaben. (Fliesstext)
Therapieanlass	Unmittelbarer Therapieanlass: Was beschreibt Patient:in bei der Frage, warum er/sie in die Therapie kommt? Kurze Beschreibung, keine anamnestischen oder biografischen Angaben. (Fliesstext)
Biografie, Anamnese, traumatische Erfahrungen:	
Biographie & Anamnese	Höchstens 1 A4-Seite! Das Wichtigste aus Biografie (=Lebensgeschichte) und Anamnese (=Krankengeschichte) chronologisch zusammenfassen. Besonders wichtig: Relevante Ereignisse und Wendepunkte. (Fliesstext)
Wendepunkte/Traumata	Traumat. Ereignisse oder prägende Ereignisse/Wendepunkte im Text markieren.
Medizinische Angaben, Krankheiten, Medikamente:	
Körperliche Krankheiten, Medikamente, Psychiatrieaufenthalte. (Stichworte od. Bullet Points)	

MESSMITTEL-BESCHREIBUNG	
Allgemeines	Es ist empfehlenswert, einen Screening-FB und entsprechende störungsspezifische Messmittel einzusetzen und hier zu beschreiben. Es geht um eine Selbsteinschätzung des Patienten und um wichtige Hinweise für die Diagnostik. Selbsteinschätzung ≠ Diagnose!! Bei Screening-FB: Ausprägungen immer mit Bezug zur Referenzstichprobe beschreiben (z.B. belastete ambulante Patientenstichprobe). Bei störungsspezifischen FB: Cut-off oder Grenzwerte miteinbeziehen. Am Wichtigsten (für das Problemverständnis) ist die Interpretation: Gedanken zur Selbsteinschätzung, Vergleich mit der Therapeuteneinschätzung (=klinischer Eindruck), Hypothesen dazu.
Ausmass & Art der Symptombelastung	
BSI, BSCL & störungsspezifische FB	<u>Tipp zur Struktur / Inhalte (Bullet Points):</u> z.B. BSI: - Namen des FB angeben!! - Gesamtwerte (GSI, PST, PSDI): Bedeutung? - Beschreibung der wichtigen Skalen (einzelne Ausprägungen) - Vergleich mit Norm (Referenzstichprobe: angeben) - Interpretation & Vergleich mit klinischem Eindruck: Was stimmt mit Deinem Eindruck überein? Was nicht? Überlegungen dazu? Erste Hypothesen?
Ausmass & Art der Befindensbeeinträchtigung:	
EMI, Interviews	Wie stark ist das Befinden beeinträchtigt? Wie hoch ist der Leidensdruck? (≠ Symptomatik!!) Struktur: siehe oben!
Ausmass & Art der Inkongruenzen:	
INK	Die Auswertung des INK kann für die Schemaanalyse und für das funktionale Problemverständnis sehr hilfreich sein. <u>Tipps zur Struktur / Inhalte (Bullet Points):</u> - INK Annäherungsziele mit Bezug zur Ref.stichprobe angeben (z.B. Werte über der Ref.stichprobe) - INK Vermeidungsziele mit Bezug zur Ref.stichprobe angeben (z.B. Werte über der Ref.stichprobe) - Markieren (z.B. fett), welche AZ und VZ gemäss FAMOS auch relevante Ziele sind. - Gesamtwerte (G-INK, INK AZ, INK VZ) - Weiter ausführen: INK VZ>INK AZ = Vermeidung gelingt insgesamt schlechter als Annäherung, was besonders viel Leidensdruck auslöst, da (gemäss FAMOS) eine Vermeidungsorientierung vorliegt. - Bezug zum klinischen Eindruck und Hypothesen: Hilfreich für die Schemaanalyse!

INKONGRUENZANALYSE	
Allgemeines	Hier beschreibst Du die individuellen INK-Quellen (falls vorhanden), und die dazu passenden INK-verringernden Interventionen. Die INK-Quellen sollten spezifisch und individuell, aber knapp beschrieben werden (Bullet Points oder Prozessbeschreibungen mit Pfeilen). Die INK-verringernden Interventionen (Bullet Points) sollten spezifisch auf die INK-Quelle bezogen sein und möglichst alle Wirkfaktoren beinhalten. Keine Wirkfaktoren hinschreiben, sondern beschreiben, wie man konkret die Wirkfaktoren nutzen könnte: Problemaktivierung: wie? Klärung: wie? Bewältigung: wie? Ressourcenaktivierung: wie? Beziehungsgestaltung: wie? Ideen sammeln und kreativ sein ist super!!!! Angeben, wenn eine evidenzbasierte Intervention passend ist. Die Interventionen sollten auf die spezifische INK-Quelle passen (z.B. kognitive Interventionen bei «problematische Einstellungen», oder interpersonale Interventionen bei «problematisches Beziehungsverhalten». Interventionen dort hinschreiben, wo sie am besten passen, bei anderen INK-Quellen (wo diese Interventionen auch passen) kann darauf hingewiesen werden. Auf Hilfsmittel (links) achten!! Vorgeschlagene Messmittel oder Informationsquellen (wenn vorhanden) miteinbeziehen.
Einzelne INK-Quellen	
1 Lebensbedingungen	1 Hier geht es um ungünstige Lebensbedingungen im engeren Sinn: Finanzielle, soziale, gesundheitliche Bedingungen, Wohnsituation (z.B. Rückenschmerzen, 2 Familien mit Kindern in unterschiedlichen Ländern). Hier würde man angeben, ob jemand z.B. verschuldet oder Sozialhilfebezüger ist. Liegen ungünstige Lebensbedingungen vor, ist das i.d.R. eine relevante/existentielle INK-Quelle. Interventionen: Was kannst DU in der Psychotherapie machen? (z.B. Motivation für…, Anmeldung zur Physiotherapie…, Schmerzbewältigung: …..)
2 Brachliegende Ressourcen	2 Brachliegende Ressourcen aufzählen: Ressourcen, die einmal vorhanden waren, aber auf die Pat. aktuell nicht zurückgreifen kann. Ressourcen-FB miteinbeziehen! Interventionen: Möglichkeiten zur Reaktivierung brachliegender Ressourcen? Ressourcenaktivierung brachliegender Ressourcen gelingt meist einfacher & schneller als bei fehlenden Ressourcen!
3 Fehlende Ressourcen	3 Fehlende Ressourcen aufzählen: Ressourcen, die Pat. nie hatte und die gemäss Fallverständnis wichtig wären. Interventionen: Neues Erlernen und Aktivierung fehlender Ressourcen!

4 Störungsmuster mit Eigendynamik	4 Siehe Diagnostik (1. Seite): Einzelne Symptomgruppen (z.B. depressive Symptomatik, Angstsymptomatik, narzisstische Tendenzen) einzeln aufführen und Eigendynamik innerhalb der Symptomgruppe beschreiben. Das Vorliegen einer Eigendynamik spricht für eine sich-selbst-aufrechterhaltende Bedingung dieser INK-Quelle. Interventionen: Wenn eine Eigendynamik innerhalb einer Symptomgruppe festgestellt werden kann, macht eine störungsspezifische Intervention für die betreffende Symptomgruppe Sinn. Fokus: Störungsspezifische Interventionen (alle Störungen).
5 Behandlungsanliegen Patientensicht	5 Was sind die Anliegen und Behandlungsziele aus Patientensicht? (≠ Behandlungsziele aus Therapeutensicht!!) Interventionen: Wie können die Patientenanliegen am besten respektiert werden? Hier machen Bezüge zu anderen INK-Quellen häufig Sinn, da Patientenanliegen in der Regel mit anderen spezifischen INK-Quellen übereinstimmen. Stimmen die Anliegen der Patienten nicht mit dem therapeutischen Problemverständnis überein, kann hier beschrieben werden, wie die gemeinsame Zielvereinbarung bzw. Therapiemotivation angegangen werden kann.
6 Beziehungsmuster/-verhalten	6 Tipps zur Struktur: - Messmittelbeschreibung (hier: MAQ, IIP, IMI, FEE): Kurz das Wichtigste aufzählen und interpretieren. Was bedeutet es, wenn IIP ≠ IMI? - Beziehungsverhalten: Allgemeine Beschreibung des Beziehungsverhaltens in unterschiedlichen Kontexten. Fokus: Patientenverhalten. - Beziehungsmuster: Beschreibung des Interaktionsverhalten des Pat. in Abhängigkeit der Reaktionen anderer darauf, als Muster: z.B. Pat. → Partner → Pat. → Partner … etc. Hier können auch Beziehungsmuster in der Therapie beschrieben werden (Therapeut:in – Patient:in). Interventionen: Wie können Beziehungsverhalten und Beziehungsmuster therapeutisch verändert werden? Wie kann die therapeutische Beziehung genutzt werden? Was sollte dabei beachtet werden? Settingfrage nicht vergessen!!
7 Bewältigungsformen, Emotionsregulation	7 Welche Emotionsregulationsstrategien werden bei welchen negativen Gefühlen angewendet? Tipp: spezifisches Gefühl benennen und Emotionsregulationsstrategie beschreiben. Die Gefühle hinter den Strategien können auch hypothetisch angenommen werden. *Beispiel:* - *Angst zu versagen → exzessive Vorbereitung Vorlesungen* - *Selbstunsicherheit → Abwertung anderer* Interventionen: Fokus auf konkrete Interventionen zur Verbesserung der Emotionsregulation (z.B. Skills, EFT). Bezug nehmen auf die spezifischen Gefühle.

8 AZ und VZ	8 Hier geht es um die Auflistung von zu schwachen AZ und zu starken VZ (siehe FAMOS), und um die Beschreibung des Verhältnisses zwischen AZ und VZ (V/A). z.B. V/A > 0: vermeidungsorientiert. Bedeutung: Das Verhalten ist mehr durch Vermeidung als durch Annäherung geprägt. Interventionen: Gemäss Konsistenztheorie ist die Annahme, dass das Gesamt-INK-Niveau gesenkt werden kann, wenn schwache AZ gefördert und starke VZ geschwächt werden. Konkret auf die spezifischen AZ und VZ beziehen!
9 Motivationale Konflikte	9 Hier werden die KS und SK aus der Schemaanalyse zusammengefasst. D.h., diese INK-Quelle kann erst nach der Schemaanalyse beschrieben werden! Tipp zur Struktur / Form: Konfliktschemata, z.B.: - AZ: Akzeptanz, Angenommen, geliebt werden (B) - VZ: Versagen, scheitern, Blamage (SW) - AZ: Umsorgt, unterstützt werden (B) - VZ: Schwäche, Hilflosigkeit, ausgeliefert sein (K/O) Schemakonflikt, z.B.: - AZ: Ein guter Vater/Ehemann sein (B) - AZ: Leistung, Anerkennung, Erfolg (SW) Interventionen: Generell geht es hier um die Aktivierung, Klärung, Bearbeitung und Bewältigung der Konflikte. Ziele: Korrektive Erfahrungen ermöglichen, indem AZ gefördert und VZ abgeschwächt werden, und indem die beiden Ziele «voneinander getrennt werden». Endziel: Neue funktionale Schemata, sodass die Wünsche besser erfüllt und Grundbedürfnisse befriedigt werden können.
10 Fehlendes Bewusstsein, problemat. Einstellungen	10 Aufzählen einzelner dysfunktionaler Überzeugungen/Kognitionen. Gibt es übergeordnete Denkmuster? (z.B. Übergeneralisierung, Schwarz-Weiss-Denken…) Interventionen: Fokus auf kognitive Interventionen zur Veränderung von Kognitionen.

KONSISTENZTHEORETISCHE THERAPIEPLANUNG: PROZESSUAL

Beziehungsanalyse	
Latente Wünsche / wunde Punkte	Brainstorming: Was kommt Dir in den Sinn? Was löst Patient:in aus? Dieser Teil sollte rein assoziativ und spontan erfolgen…
Erschlossene Ziele	Welche interpersonalen Ziele (AZ und VZ) könnte Patient:in haben? (Erschliessung aus dem assoziativen Teil vorhin). Häufig sind diese interpersonalen Ziele auch Teil von relevanten Schemata.

Motivorientierte (komplementäre) Beziehungsgestaltung	
Komplementäre Beziehungsgestaltung	Hier geht es um Komplementarität gegenüber den wichtigsten individuellen Wünschen und Ängsten der Patienten (siehe dazu auch Beziehungsanalyse und Schemaanalyse). Auf die konkreten Ziele beziehen! Verbal: Konkrete Äusserungen Nonverbal: Therapeutenverhalten

Aktivierung des Annäherungsmodus (Grundbedürfnisse)	
Grundbedürfnisse	Hier geht es um die grundlegende Aktivierung des Annäherungsmodus in der Therapie: Wie kann jedes einzelne GB verbal und nonverbal befriedigt werden? Vorher ging es um die Ebene der individuellen Ziele, hier geht es um die allgemeine Ebene der Grundbedürfnisse. Verbal und nonverbal! Dieser Teil ist häufig ähnlich bei unterschiedlichen Patienten.

Schemaanalyse	
Intentionale Schemata	Intentionale Schemata sind AZ-Schemata, die grösstenteils konfliktfrei sind. Was gelingt in der Regel gut? Was hat Patient:in im Leben schon alles erreicht? Was ist wichtig? Was kann gut umgesetzt werden? Intentionale Schemata betreffen (im Gegensatz zu KS) häufig eher übergeordnete (Lebens-)ziele. Manchmal sind die intentionalen Schemata durch den aktuellen Stress überdeckt und sie müssen aufgrund der Lebensgeschichte erschlossen werden. *Beispiel:* - *Leistung, Anerkennung (SW)* - *Ein abwechslungsreiches Leben führen (L)* - *Autonomie, Selbstbestimmung, eigenen Weg gehen (K/O)* Exemplarische Situationen: Hier geht es um aktuelle Situationen (auch in der Therapie), in denen das intentionale Schema aktiviert ist. Keine Verhaltensbeschreibung! Verhalten und Kognitionen: Separat beschreiben! Schema aktiviert: Fokus auf Emotionen Schemakonflikte zwischen 2 int. Schemata hier angeben! Achtung: ein int. Schema kann nicht gleichzeitig auch Teil eines KS sein!!

Konfliktschemata:	**Beispiele siehe INK 9!** Hier ein paar hilfreiche Tipps zum Vorgehen/zur Struktur: - Ziele spezifisch beschreiben! Keine Grundbedürfnisse… - Hinter dem Ziel das Grundbedürfnis in Klammern angeben. - Für die Klarheit kann es hilfreich sein, die Formulierungen «Wunsch nach…» und «Angst vor…» zu verwenden. - KS sind miteinander verbundene AZ und VZ. D.h., die Realisierung von AZ und VZ schliesst sich gegenseitig aus! Entsprechend kann ein AZ aus einem KS nicht gleichzeitig auch ein intentionales Schema, oder Teil eines SK sein!! - Da der Wunsch (AZ) durch die Angst (VZ) blockiert ist, tritt er weniger in Erscheinung und muss am Anfang häufig erstmal hypothetisch angenommen werden (bis das Schema geklärt werden konnte). Hingegen ist die Angst (VZ) häufig leichter zu erkennen, da diese in der Regel verhaltensbestimmender ist! - Wichtig: Klare Abgrenzung der einzelnen Schemata voneinander! Kein Mischen! Verhalten und Kognitionen: Separat beschreiben! Schema aktiviert: Fokus auf Emotionen

Ressourcenanalyse	
Ressourcen	Inhaltlich thematisieren**:** Wie kann diese Ressource inhaltlich thematisiert werden, z.B. konkrete Äusserung? Prozessual Aktivieren: Wie kann diese Ressource prozessual aktiviert werden? Bei welchen Interventionen kann Pat. die betreffende Ressource prozessual nutzen? Bsp. Introspektionsfähigkeit (=Ressource) Inhaltlich thematisieren: «Ich finde, dass Sie sehr viel über sich selbst wissen und sich viele Gedanken machen…» Prozessual aktivieren: Mit Patienten zusammen ein Erklärungsmodell erarbeiten. Klärungsorientiertes Arbeiten, herausfordernde Hausaufgaben mitgeben.

INTERPERSONALE PERSPEKTIVE
Relevante Hypothesen aus systemischer Sicht
Relevante Hypothesen aus Mehrgenerationenperspektive, der strukturellen Analyse oder dem Lebenszyklusmodell. Angeben, welche Hypothesen aus welcher Perspektive stammen!

Mögliche Beziehungstests
Was für Beziehungstests sind *aufgrund der Schemaanalyse und der Beziehungsanalyse* zu erwarten? Hier geht es um eine optimale Vorbereitung auf mögliche BTs, damit man nicht allzu geschockt ist und damit schneller/therapeutisch sinnvoll darauf reagiert werden kann. Bei BT testen Patienten die therapeutische Beziehung zur therapierenden Person (=Provokation auf Beziehungsebene). BT sind i.d.R. persönlich und emotional spürbar (Aktivierung der therapierenden Person). Für die optimale Vorbereitung auf BT in der Praxis macht es daher Sinn, BT provokativ, klar und extrem zu formulieren. So können sie schneller erkannt werden. Beispiel: <u>Beziehungstest aufgrund eines relevanten KS</u>: - Verhalten: Abwerten und Belächeln der Therapeutin, dominantes Verhalten. - Befürchtung: Die Therapeutin wird mich nicht mögen, ich werde versagen. Sie wird mich abwerten und die Therapie beenden. - Wunsch: Von der Therapeutin angenommen, akzeptiert, respektiert, ernst genommen werden, mit allen Schwächen und Makeln. - Therapeutisches Verhalten: Markieren, Befürchtungen klären, Validieren, weiteres Vorgehen besprechen. (Komplementäre Beziehungsgestaltung)

FUNKTIONALES (ZUSAMMENFASSENDES) PROBLEMVERSTÄNDNIS
Hier werden die aus den verschiedenen Analysen (INK, SCHEMATA, RESS, BEZ) gewonnenen Informationen zueinander in Beziehung gesetzt und Hypothesen gebildet. Das funktionale Problemverständnis bildet die Grundlage (=roter Faden) für das therapeutische Vorgehen, indem es Prozesse beschreibt und verschiedene Aspekte unterschiedlich gewichtet. In den Analysen wurden verschiedene INK-Quellen etc. getrennt voneinander beschrieben (= «einzelne Bäume»). Hier wird der «Wald» beschrieben, der Fokus ist auf der Beziehung oder der Dynamik zwischen den einzelnen «Bäumen»: Wie sind relevante Vulnerabilitäten entstanden? Wie wurde die aktuelle Situation ausgelöst? Wie sieht die aktuelle Situation aus? (Was führt zu was, was wirkt verstärkend oder abschwächend? Was ist aufrechterhaltend?). Das Problemverständnis ist hypothetisch, d.h. es soll im Verlauf des Therapieprozesses immer wieder verifiziert oder angepasst werden! Es sollte für sich selbst stehen, sodass es auch ohne die anderen Inhalte gelesen und verstanden werden kann. <u>Tipps zur Struktur (siehe auch Seminarunterlagen):</u> Das funktionale Problemverständnis sollte maximal eine A4 lang und im Fliesstext geschrieben sein. Die Titel sind hier nur zur Veranschaulichung für die Gliederung der einzelnen Abschnitte aufgeführt, im funktionalen Problemverständnis braucht es keine Titel. <u>1 Entstehungsbedingungen für wichtige Schemata und Ressourcen</u> - Welche Verletzungen der GB/Erfahrungen haben zu welchen Schemata und Ressourcen geführt? - Nur die relevantesten Auslöser oder Bedingungen kurz andeuten! Die Anamnese/Biografie wurde vorher schon beschrieben, hier wird nur kurz angedeutet, was für das Problemverständnis wichtig ist. - Entstandene Ressourcen und Schemata konkret benennen, keine Hinweise auf Schemaanalyse! <u>2 Aktuelle Situation und Dynamik</u> - Wie wurde die aktuelle Situation ausgelöst? Wodurch wurden (vorbestehende) Probleme aktiviert? - Welche INK und RESS stehen wie miteinander in Zusammenhang? Was führt zu was? Gibt es zentrale INK-Quellen, die auf andere wirken? Wir wirken sie auf andere INK-Quellen? - Fokus auf die wichtigsten INK-Quellen und Ressourcen, die für das Problemverständnis relevant sind. <u>3 Wichtigstes aus systemischer Perspektive</u> - Wichtigstes aus systemischer Perspektive? Mehrgenerationen-, Lebenszyklusperspektive, strukturelle Analyse?

KONKRETER THERAPIEPLAN
- Der konkrete Therapieplan ist die Sammlung aus allen INK-verringernden Interventionen: Hier werden diese in eine Reihenfolge gebracht, *gemäss klinischer Relevanz und funktionalem Problemverständnis*. - Es macht z.B. Sinn, zentrale INK-Quellen zuerst anzugehen, da die Annahme ist, dass die Besserung von zentralen INK-Quellen bereits zu einer Besserung von anderen INK-Quellen führt. - Möglichst konkrete Interventionen aufschreiben (s. INK-Analyse) - Gedanken und besonders wichtige Punkte, die zu beachten sind? - Der Therapieplan ist das *wichtigste praktische Instrument*, auf den man sich im stressigen klinischen Alltag verlassen kann. Er sollte gewährleisten, dass man sich nicht vor jeder Therapiestunde immer wieder aufs Neue die gleichen Gedanken und eine fundierte Planung machen muss!

GENOGRAMM
Das Genogramm sollte weitgehend selbsterklärend sein, sodass bereits Hypothesen daraus abgeleitet werden können (interpersonale Perspektive, funktionales Problemverständnis, systemische Hypothesen). Das Genogramm gilt als integraler Bestandteil der Fallkonzeption! <u>Wichtige Regeln</u>: - Alter, Tätigkeiten, Beschreibungen und weitere wichtige Angaben zu den Personen - Haushaltslinien & Orte - Beziehungen: Männer links, Frauen rechts - Aktuelle Beziehung zentral, bei Männern Exbeziehungen rechts. - Ältestes Kind links, jüngstes Kind rechts - Ebenen der Generationen einhalten - Darstellung von Beziehungslinien - Familienatmosphäre angeben