

Merkblatt zur Erstellung von Prüfungsanamnesen im Rahmen der Berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III) – Forensik

Für die mündlich-praktische Fallprüfung als Teil der psychotherapeutischen Prüfung zur Erlangung der Approbation sind gemäß PsychThApprO § 38 vier schriftliche Patientenanamnesen anzufertigen (s. auch PsychThApprO § 18 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b), von denen eine Anamnese Gegenstand der mündlich-praktischen Fallprüfung ist. Im Folgenden informieren wir Sie über die formalen und inhaltlichen Standards, die die vier geforderten Anamnesen erfüllen müssen, um als Prüfungsanamnesen für die mündlich-praktische Fallprüfung akzeptiert zu werden.

Formale Vorgaben zur Erstellung von Prüfungsanamnesen:

- Die Anamnese muss mit einem Deckblatt versehen sein (siehe Anhang)
- Der Umfang der Anamnese soll nicht weniger als vier und nicht mehr als sechs DIN A4-Seiten umfassen - exklusive Deckblatt
- Empfehlung: Schriftart Arial, Schriftschnitt Standard, Schriftgrad 11; Zeilenabstand 1,5-fach, Abstand nach Absatz 6 pt, Überschriften fett, Hervorhebungen im Text per Fettdruck
- Die Anamnese muss **anonymisiert** sein

1. Relevante soziodemographische Daten, Unterbringungsanlass

Abschnitt 1 soll kurz und prägnant die wichtigsten Angaben zur aktuellen Soziodemografie der Patientin /des Patienten abbilden.

- Alter
- aktuell ausgeübter Beruf
- ggf. Schulabschluss und Ausbildung/Studium
- Familienstand
- Zahl der Kinder
- Bei jugendlichen Patienten: Alter/Beruf der Eltern und ggf. der primären Bezugspersonen
- Unterbringungsgrund

Beispiel: „Der 24-jährige ledige, kinderlose Patient habe einen erweiterten Hauptschulabschluss absolviert und eine anschließende Lehre zum Zerspanungsmechaniker nach zwei Jahren abgebrochen. Er sei vor der Unterbringung in der Klinik arbeitslos gewesen. Unterbringungsgrund sei gefährliche Körperverletzung in drei Fällen.“

2. Symptomatik, eigene Deliktattributionen und psychischer Befund

Abschnitt 2 soll die von der/m Pat. berichtete aktuelle Symptomatik wiedergeben, die die Diagnose(n) begründet. Abschnitt 2 ist rein deskriptiv, ohne Wertungen oder Interpretationen des Therapeuten. Außerdem sollen der psychopathologische Befund sowie psychodiagnostische Testergebnisse aufgeführt werden.

Inhalte:

- spontan berichtete Symptomatik, möglichst mit wörtlichen Zitaten (in Anführungszeichen)
- erfragte Symptomatik
- spontan berichtete und erfragte Beschreibung und Begründung für die Anlassdelinquenz

- Wiedergabe der Schilderungen durchgehend im Konjunktiv („Er sagte, er habe ...“)
- Es sollte die aktuelle Symptomatik und die Symptomatik aus den vergangenen Wochen wiedergegeben werden. Länger zurückliegende Symptomatik sollte in Abschnitt 4 wiedergegeben werden („Entwicklung der Symptomatik“).
- Die Darstellung der Symptomatik sollte sehr konkret sein
 - Wie sieht die Symptomatik genau aus?
 - Berücksichtigung der vier Modalitäten *Verhalten, Kognition, Emotion, Physiologie*
 - Wie häufig tritt die Symptomatik auf? In welchen Situationen tritt die Symptomatik auf? Wie reagieren Bezugspersonen?
 - Wie stellt sich die Symptomatik in Bezug auf das Anlasstatgeschehen dar?
- **Psychopathologischer Befund**
- **Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren, ggf. inkl. Prognoseverfahren, Risikoprofil**
- Unter Abschnitt 2 sollte sich die Symptomatik wiederfinden, die auch die Diagnose unter Abschnitt 6 begründet. Nach Möglichkeit sollte unter Abschnitt 2 weitgehend die Symptomatik aufgeführt sein, die im Querschnitt den Diagnose-Kriterien entspricht. Die Längsschnitt-Diagnose-Kriterien sollten im Abschnitt 4c aufgeführt sein.
- Liegen mehrere Diagnosen vor, sollten die dazugehörigen Symptomatiken in Abschnitt 2 durch Absätze getrennt in der Reihenfolge ihrer Krankheitswertigkeit wiedergegeben werden (hohe Krankheitswertigkeit zuerst).
- Liegt zusätzlich eine Symptomatik von Krankheitswert vor, die aber keine Diagnose begründet, sollte diese Symptomatik auch durch einen Absatz getrennt werden. In Abschnitt 6 sollte erwähnt werden, dass trotz in Teilen gegebener Symptomatik die Diagnose-Kriterien nicht erfüllt werden.

3. Somatischer Befund/Konsiliarbericht/Vorbehandlungen

- Somatische Befunde (einschließlich Suchtmittelkonsum)
- Ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Frühere Fördermaßnahmen, psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische, psychiatrische und forensisch-therapeutische Vorbehandlungen, ggf. auch aufgrund anderer Auffälligkeiten, unter Nennung von:
 - Art der Vorstellung: z.B. Beratungsstellen, Jugendhilfemaßnahmen, psychiatrische ambulante oder stationäre Behandlung, frühere Psychotherapie
 - Jahr der Vorstellung oder Jahr und Dauer der Maßnahme
 - ggf. bei psychiatrischer oder psychotherapeutischer Vorstellung vergebene ICD-10, Kapitel F-Diagnose
 - ggf. frühere psychopharmakologische Medikation: Art, Dauer und aktuelle Dosierung, Verordnung durch wen

4. Biografische Anamnese (Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin / des Patienten) Krankheitsanamnese und Delinquenzanamnese

Wichtige Aspekte sind zum Beispiel:

- Familienanamnese
 - Verhältnis zu wichtigen Bezugspersonen (Güte/Qualität der Beziehung? Nähe/Distanz?)
 - Psychische Erkrankungen / Suizidversuche / Suizide / Suchtmittel / Delinquenz bei Familienmitgliedern oder weiteren leiblichen Verwandten

- Psychische und körperliche Entwicklung des Patienten
 - ggf. Besonderheiten und Belastungen während Schwangerschaft und Geburt
 - Frühkindliche Besonderheiten und Belastungen (z.B. medizinische, familiäre, soziale)
 - Auffälligkeiten in der Entwicklung
 - schulische Entwicklung: Eintrittsalter, besuchte Schulform, höchster erreichter Schulabschluss, besondere Auffälligkeiten oder Belastungen (z.B. Klassenwiederholungen, häufige Schulwechsel, Schulabbruch)
 - Ausbildung, berufliche Situation: Art und Beginn, besondere Belastungen und Auffälligkeiten
 - Freizeitaktivitäten und soziale Entwicklung
 - Psychosexuelle Entwicklung, insbesondere bei Sexualdelinquenz
 - noch nicht berichtete Besonderheiten und Belastungen (z.B. medizinische, familiäre, soziale, eigene misshandlungs- bzw. -missbrauchserfahrungen)

- Entwicklung der Symptomatik der Störung, die zur aktuellen Unterbringung geführt hat (Krankheitsanamnese)
 - Beginn und Verlauf der Symptomatik, mit Beschreibung von Intensität und Grad der Belastung, unter Berücksichtigung biografischer Prägungen und Lernerfahrungen
 - Veränderungen der Symptomatik, ggf. in verschiedenen Lebensbereichen

- Entwicklung der Delinquenz (Delinquenzanamnese)
 - Beginn und Verlauf der Delinquenz
 - Veränderung der Delinquenz

5. Erklärungsmodelle

- Erarbeitung eines Erklärungsmodells der Störung anhand verhaltenstherapeutischer **oder** psychodynamischer Ansätze

Verhaltensanalyse	Tiefenpsychologisch-fundiert (nach OPD-III)
<p>Makroanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetische Prädispositionen • Lerngeschichtliche Dispositionen • Auslösende Faktoren • Aufrechterhaltende Faktoren <p>Mikroanalyse (SORKC-Modell)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situation <ul style="list-style-type: none"> ○ S_{intern} ○ S_{extern} • Organismusvariablen • Reaktion <ul style="list-style-type: none"> ○ R_{kognitiv} ○ R_{emotional} ○ R_{physiologisch} ○ R_{motorisch} • Kontingenz • Konsequenzen <ul style="list-style-type: none"> ○ C_{kurzfristig} ○ C_{langfristig} 	<p>Auslösende Situation</p> <p>Beziehungsdynamik</p> <p>Konfliktebene (inkl. aktiver vs. passiver Modus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuation versus Abhängigkeit • Unterwerfung versus Kontrolle • Versorgung versus Autarkie • Selbstwertkonflikt • Schuldkonflikt • Ödipaler Konflikt • Identitätskonflikt <p>Strukturturniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung • Selbststeuerung • Emotionale Kommunikation • Bindung, innere Bilder

- Erarbeitung eines Erklärungsmodells der Anlassdelinquenz / der „Gefährlichkeit“ (als Unterbringungs Voraussetzung) unter Beachtung der Bedeutung der Störungsdiagnosen

6. Diagnose/n

- Diagnosestellung
- Differentialdiagnosen: Abgrenzung zu den wichtigsten Differentialdiagnosen unter Hinzuziehung der Diagnosekriterien („Störung x konnte ausgeschlossen werden, da...“)

**Protokoll Nummer 1 bis 4 der Patient:innenanamnese in
der berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III)**

Masterstudiengang Psychologie mit dem Schwerpunkt
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Hildesheim

Zu prüfende Person B.Sc. (Vorname/Name)

Patient:in Frau P., Alter bei Behandlungsbeginn: 89 Jahre

Diagnosen

1. Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) (ICD-10: F00.1 G)
2. Organische Angststörung (ICD-10: F06.4 G)
3. Ggf. weitere F-Diagnosen

Behandlungszeitraum Februar 2019 bis Februar 2020

Psychotherapie (Stundenanzahl) Std. in BQT III:
 stationäre Behandlung BQT III
 ambulante Behandlung BQT III
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Anleitende:r
Psychotherapeut:in** (Name u. Institution)

Ich bestätige hiermit, dass die dargestellte Patient:innenanamnese auf einem realen Behandlungsfall aus der oben genannten Einrichtung basiert und dass der Behandlungsfall in der Patient:innenanamnese ausreichend pseudonymisiert wurde.

Unterschrift
Student:in

Unterschrift/Stempel
Anleitende:r Psychotherapeut:in