

Merkblatt zur Erstellung von Prüfungsanamnesen im Rahmen der Berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III) – Kinder und Jugendliche

Für die mündlich-praktische Fallprüfung als Teil der psychotherapeutischen Prüfung zur Erlangung der Approbation sind gemäß PsychThApprO § 38 vier schriftliche PatientInnenanamnesen 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

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

- Alter
- Angaben zur Lebenssituation
- Kindergarten? Schulart
- ggf. Schulabschluss / Arbeitsstelle
- Geschwisteranzahl und -position
- Alter und Beruf der Eltern und ggf. der primären Betreuungspersonen

2. Symptomatik und psychischer Befund

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

Inhalte:

- spontan berichtete Symptomatik

- möglichst mit wörtlichen Zitaten (in Anführungszeichen)
- erfragte Symptomatik
- Wiedergabe der Schilderungen durchgehend im Konjunktiv („Er sagte, er habe ...“ „Sie sagte, sie sei ...“)
- 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
 - o Wie sieht die Symptomatik genau aus?
 - o Berücksichtigung der vier Modalitäten *Verhalten, Kognition, Emotion, Physiologie*
 - o Wie häufig tritt die Symptomatik auf? In welchen Situationen tritt die Symptomatik auf? Wie reagieren Bezugspersonen?
- Neben den Schilderungen des Kindes sollten auch die Angaben von Bezugspersonen wie Eltern, Lehrkräften oder Betreuungspersonen einbezogen werden. Es sollte jeweils erwähnt werden, welche Person die Schilderungen vorgetragen hat.
- **Psychopathologischer Befund**
- **Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren**
- 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

- Somatische Befunde (einschließlich Suchtmittelkonsum)
- Ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Frühere Fördermaßnahmen, psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische und psychiatrische Vorbehandlungen, ggf. auch aufgrund anderer Auffälligkeiten, unter Nennung von:
 - o Art der Vorstellung: z.B. Frühförderung, Ergotherapie, Sprachtherapie, Beratungsstellen, Jugendhilfemaßnahmen, kinder- und jugendpsychiatrische ambulante oder stationäre Behandlung, frühere Psychotherapie

- o Jahr der Vorstellung oder Jahr und Dauer der Maßnahme
- o ggf. bei kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Vorstellung vergebene ICD-10, Kapitel F-Diagnose, ggf. Wiedergabe früherer IQ-Befunde
- o ggf. frühere psychopharmakologische Medikation: Art, Dauer und aktuelle Dosierung, Verordnung durch wen
- o Empfehlung der jetzt geplanten psychotherapeutischen Behandlung durch wen?

4. Biografische Anamnese (lebensgeschichtliche Entwicklung des/der PatientIn) und Krankheitsanamnese

Wichtige Aspekte sind zum Beispiel:

- Familiäre und soziale Situation
 - o aktueller Lebensmittelpunkt des/der PatientIn (PatientIn lebt mit wem wo? Bsp.: bei alleinerziehender Mutter, in Drei-Zimmer-Wohnung in einer Kleinstadt)
 - o Eltern: Alter, Berufstätigkeit, besondere Belastungen und Auffälligkeiten, finanzielle Situation der Familie
 - o bei Trennungssituationen der Eltern: Jahr der Trennung und ggf. Scheidung, Sorgerecht, aktuelle Partnerschaften der Eltern, Kontakt zum getrenntlebenden Elternteil
 - o bei Aufenthalt außerhalb der Familie: Art und gesetzliche Grundlage der Unterbringung, Beginn der Unterbringung, aktueller Kontakt zu den Eltern oder anderen Bezugspersonen
 - o Geschwister: Alter, Geschlecht, besondere Belastungen und Auffälligkeiten, bei getrenntem Aufenthalt: Geschwister leben wo?
 - o Verhältnis zu wichtigen Bezugspersonen (Güte/Qualität der Beziehung? Nähe/Distanz?)
 - o Psychische Erkrankungen bei Familienmitgliedern oder weiteren leiblichen Verwandten
- Psychische und körperliche Entwicklung des/der PatientIn
 - o Besonderheiten und Belastungen während Schwangerschaft und Geburt
 - o Frühkindliche Besonderheiten und Belastungen (z.B. medizinische, familiäre, soziale)
 - o Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, Statomotorik und Sauberkeit (Meilensteine der Entwicklung zeitgerecht erreicht?); Temperament/Trotzphasen?
 - o Besuch des Regelkindergartens oder eines heilpädagogischen Kindergartens, Sprachheilkindergartens, etc. (Eintrittsalter, Trennungsangst bei Eingewöhnung, Spielvorlieben, Verhaltensauffälligkeiten?)

- o Schulsituation: Eintrittsalter, aktuell besuchte Schulform, Klasse, besondere Auffälligkeiten oder Belastungen (z.B. Klassenwiederholungen, häufige Schulwechsel, hohe Zahl an Fehlstunden), ggf. Schulabschluss und Jahr des Schulabschlusses
- o ggf. Ausbildung, berufliche Situation: Art und Beginn, besondere Belastungen und Auffälligkeiten
- o Freizeitaktivitäten, Interessen und soziale Kontakte
- o noch nicht berichtete Besonderheiten und Belastungen in Kindheit und Jugend (z.B. medizinische, familiäre, soziale)
- Entwicklung der Symptomatik, die zur aktuellen Vorstellung geführt hat (Krankheitsanamnese)
 - o Beginn und Verlauf der Symptomatik, mit Beschreibung von Intensität und Grad der Belastung, unter Berücksichtigung biografischer Prägungen und Lernerfahrungen
 - o Veränderungen der Symptomatik, ggf. in verschiedenen Lebensbereichen

5. Erklärungsmodell

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

Verhaltensanalyse	Tiefenpsychologisch-fundiert (nach OPD-KJ-II)
Makroanalyse • Genetische Prädispositionen • Lerngeschichtliche Dispositionen • Auslösende Faktoren • Aufrechterhaltende Faktoren Mikroanalyse (SORKC-Modell) • Situation - o S_{intern} - o S_{extern} • Organismusvariablen • Reaktion - o R_{kognitiv} - o R_{emotional} - o R_{physiologisch} - o R_{motorisch}	Auslösende Situation Beziehungsdynamik Konfliktebene (inkl. aktiver vs. passiver Modus) • Nähe versus Distanz • Unterwerfung versus Kontrolle • Selbstversorgen versus Versorgt werden • Selbstwertkonflikt • Schuldkonflikt • Ödipaler Konflikt • Identitätskonflikt Strukturniveau • Steuerung • Identität

• Kontingenz • Konsequenzen - o C_{kurzfristig} - o C_{langfristig}	• Interpersonalität • Bindung
--	--

6. Diagnose/n

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

Protokoll Nummer X der PatientInnenanamnese in der berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III)

Masterstudiengang Psychologie:
 Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Universität Göttingen

Zu prüfende Person	B.Sc./M.Sc. (Vorname/Name)
PatientIn	Frau/Herr XX., Alter bei Behandlungsbeginn: XX Jahre
Diagnosen	1. XXX (ICD-10: FXX.XX G) 2. XXX (ICD-10: FXX.XX G) 3. Ggf. weitere F-Diagnosen
Behandlungszeitraum	XXX bis XXX
Psychotherapie	(Stundenanzahl) Std. in BQT III: ☐ stationäre Behandlung BQT III ☐ ambulante Behandlung BQT III (Zutreffendes bitte ankreuzen)
Anleitende*r PsychotherapeutIn	(Name u. Institution)

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

 Unterschrift
 StudentIn

 Unterschrift/Stempel
 Anleitende*r PsychotherapeutIn

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Prüfungsanamnese selbstständig verfasst und zu Erstellung keine KI-Systeme genutzt habe. Die eingereichte Anamnese ist nicht anderweitig als Leistung verwendet worden. Mir ist bewusst, dass wahrheitswidrige Angaben als Täuschung behandelt werden.

 Unterschrift
 StudentIn