



INSTITUT FÜR INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE WIEN

Tel: +43/1/478 09 25 E-mail: igw@igwien.at

Fax: +43/1/47 00 267 Internet: www.igwien.at

IGWien, 8., Lammgasse 6/3

Leitfaden für die Falldarstellung (WPF IG) und weiterführende Informationen

Allgemeine Hinweise:

- Für die Falldarstellung sollte ein mindestens 30-stündiger Therapieprozess dargestellt werden und die Auswahl ebenso begründet werden.
- Insgesamt ist auf eine schlüssige und gut nachvollziehbare Darstellung, die auf gestalttherapeutischer Sichtweise basiert Wert zu legen.
- Umfang der Falldokumentationen:
 - ca. 15-20 Seiten (max.20 Seiten!) in DIN A-4-Format
 - Schriftgröße [Times New Roman 12] oder [Arial 11]
 - Zeilenabstand von 1,5
- Anonymisierung muss so erfolgen, dass niemand außer dem/der Klient*in selbst Rückschlüsse auf deren Identität ziehen kann. Dies bedeutet, dass Nachnamen von Personen entfallen und Vornamen geändert werden, ebenso exakte Ortsangaben oder Klinikbezeichnungen (statt dessen z.B.: „Psychosomatische Klinik“).
- Weitestgehend einheitliche inhaltliche Gestaltung der Falldarstellungen (entsprechend der nachfolgenden Gliederung) mit Deckblatt mit soziodemographischen Daten zum Patienten und Eckdaten zur Behandlung (siehe Vorlage auf der folgenden Seite).

Falldarstellung
für den Abschluss des Fachspezifikums „Integrative Gestalttherapie“ an der
Sigmund-Freud-Universität (SFU) in Kooperation mit dem Institut für Integrative
Gestalttherapie Wien (IGWien)

Ausbildungskandidat:

Ausbildungsgruppe:

Datum:

Falldarstellung Code (1.Buchstabe Nachname Geburtsjahr, z.B. A 86)

Angaben zum Patienten, zur Patientin:

Geschlecht:

Alter:

Familienstand:

Beruf:

Anzahl/Alter/Geschlecht von Kindern:

Kultureller Hintergrund:

Psychotherapeutische Vorerfahrungen:

Medikamente:

Diagnose (ICD10 oder DSM IV):

Angaben zur Therapie:

Behandlungszeitraum:

Anzahl der Behandlungsstunden:

Anzahl der Supervisionsstunden:

Supervisor*in:

Gliederung der Falldarstellung:

1. Angaben zum Behandlungsrahmen

Ort der Behandlungsdurchführung, Angaben zum Setting (ambulant/stationär),
Überweisungskontext

2. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Spontane Angaben des Patienten zu der Symptomatik, wörtliche Zitate; ggf. auch
außenanamnestische Daten

Stellenwert der Störung für den/die Patient*in

Subjektive Erklärungsmodelle

3. Biografische Anamnese / Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Anamnestische Daten: Krankheitsanamnese, Darstellung der Beziehung zu wichtigen
Bezugspersonen (Ursprungsfamilie), in welcher Umgebung und Atmosphäre ist d. Klient*in
aufgewachsen,

markante oder prägende Ereignisse bzw. Krisen in der Biographie, insbesondere
traumatische Ereignisse wie Unfälle, schwere Krankheiten, Verluste, Gewalterfahrungen
Bewältigung von Entwicklungsschritten (Geschwister, soziale Kontakte, Schule, Pubertät,
Adoleszenz, Partnerwahl, Elternschaft)

Bildungsgang und berufliche Situation, Leistung

Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebens-
Verhältnisse, kultureller Hintergrund)

Feststellung bereits früher durchgeführter psychotherapeutischer Behandlungen (ambu-
lant/stationär), Vorerfahrungen damit.

4. Somatische Anamnese

Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, chronische Krankheiten, die ärztlicher Behandlung
bedürfen, Medikamente.

5. Psychischer Befund

a) Erscheinungsbild, was fällt auf im Erstgespräch?

Erste Kontaktaufnahme, aktuelles Interaktionsverhalten beim Erstgespräch, emotionaler
Kontakt, Aufbau und Gestaltung der therapeutischen Beziehung,

b) Zielorientierung:

Orientierung auf Symptomminderung, Nachreifung, Persönlichkeitsveränderung, Einsichtsgewinn?, Therapiemotivation und Kooperationsbereitschaft
gemeinsam erarbeitete Erwartungen, Therapieziele, Therapieauftrag,

c) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.

d) Psychopathologischer Befund (z.B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage und der Affektivität, Störungen der mnestischen Funktionen, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

e) Schweregrad und Krisenhaftigkeit (gering – erheblich – schwer – schwerst – unmittelbare Fremd- oder Selbstgefährdung)

f) Mögliche Zusammenhänge zwischen dem psychischen Befund und dem somatischen Krankheitsgeschehen.

6. Gestaltdiagnostische Überlegungen

Welche Gestaltdiagnostik wird verwendet? z.B. Dreitzel, L. Jacobs, PHG (am Kontaktzyklus orientierte Diagnostik), L.Perls Kontakt-Support-Modell, Bezugnahme zu
Ausbildungsseminaren Gestaltdiagnostik 1 und 2

Welche Diagnostik mit anderem theoretischen Hintergrund wird verwendet?

z.B. operationalisierte Diagnostik, operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD),

Welche Verbindung kann zur Gestaltdiagnostik hergestellt werden?

Theoretischer Hintergrund (verwendete Konzepte, Literatur, Erkenntnistheorie dazu)

Beschreibung des angewandten Konzeptes und der Bedeutung desselben für die eigene therapeutische Arbeit

a) Prozessuale Gestaltdiagnostik (d.h. wie zeigen sich die Kontaktunterbrechungen und die damit einhergehenden im Folgenden angeführten Aspekte innerhalb der dialogischen Beziehung im Verlauf des Therapieprozesses)

- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
- Wahrnehmung des Körpers und Einstellung zum Körper, körperlicher Ausdruck und Bewegung
- Wahrnehmung von Bedürfnissen
- Emotionalität: Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit von Gefühlen. Welche sind

zugänglich, welche nicht (z.B. Trauer, Ärger).

- Umgang mit Gefühlen.
- Kontaktfähigkeit und Kontaktunterbrechungen, vorrangige Abwehrmechanismen, was wehrt Patient*in ab?
- Fähigkeit zur Abgrenzung und Selbstbehauptung
- Übernahme von Verantwortung
- Fähigkeit zur Fremdwahrnehmung
- Kommunikations und Interaktionsverhalten mit sich selbst und mit anderen
- Beziehungsfähigkeit, Beziehungsgestaltung, Übernahme von Rollen, Beziehungsmuster
- Fähigkeit zur Selbststeuerung und Selbstaussdruck
- Ausrichtung an Werten
- Konfliktmuster und -verhalten
- Self-Support, Stärken und Ressourcen des/der Patient*in (Was ist gesund, stabil, ausgebildet),
- Einschätzung des Strukturniveaus
- besondere Begabungen und Interessen.
- Defizite: Was fehlt, ist vielleicht zu entwickeln?

b) ICD10/DSMIV Diagnose:

7. Vorläufiger Behandlungsplan

Hypothesen d. Therapeut*in in Bezug auf die Diagnose, die dargestellte Problematik und die wesentlichen Themen d. PatientIn zu Beginn der Behandlung

Anamnestiche Daten und die Beschreibung des therapeutischen Prozesses sollen verknüpft werden mit der aus dem Literaturstudium gewonnenen Theorie der Gestalttherapie und der spezifischen Störungsbilder, sowie mit dem eigenen Prozess.

8. Der Prozess der Gestaltpsychotherapie und der therapeutischen Begegnung

- Therapeut*in-Patient*in-Beziehung
- chronologischer und thematischer Therapieverlauf
- Interventionen und Reaktionen darauf, eigene Überlegungen, Vorgangsweisen
- Beschreibung des Verlaufs (Fortschritt, Stillstand, Krisen, Wendepunkte, Schlüsselszenen, Prozess des Therapieabschlusses...)
- Gegenübertragungsgefühle/-reaktionen und Umgang damit. Wie lassen sie sich erklären?

9. Ergebnis

Beschreibung des Therapieergebnisses:

1. Wahrnehmbare Veränderungen (auch im Hinblick auf die Gestaltdiagnostik)
 - * Veränderungen in Bezug auf die Symptome
 - * Verbesserung von Awareness im Bezug auf Körper, Emotionen Bedürfnisse, sowie Kontaktunterbrechungen
 - * Verbesserung der Ich-Funktionen z.B. in der Fähigkeit zur Abgrenzung und Selbstbehauptung, im Kommunikationsverhalten
 - * Entwicklung von Self-Support z.B. Veränderung des Umgangs mit sich selbst und mit seinen Gefühlen
 - * Transfer der in der psychotherapeutischen Beziehung entwickelten Fähigkeiten in den Alltag (z.B. Erscheinungsbild, Veränderungen in den Lebensumständen (privat, beruflich,...), Veränderungen im Umgang mit anderen nahen Menschen)
2. Wie lassen sich die Veränderungen gestalttherapeutisch theoretisch verstehen?
3. Evaluation der Therapie im Hinblick auf die genannten Therapieziele
In welchem Zusammenhang steht der Therapiefortschritt zum beschriebenen Therapieverlauf und wie lässt er sich verstehen?
4. Kritische Reflexion des therapeutischen Vorgehens
 - gelungene und weniger gelungene Aspekte der eigenen therapeutischen Vorgangsweisen, was würde ich heute anders machen? wie mich anders verhalten? Welche Hypothesen haben sich bestätigt, welche nicht? Welche anderen therapeutischen Strategien würde ich heute anwenden?
 - Reflexion der erfolgten Interventionen in Bezug zu den eigenen Hypothesen und Konzepten
 - Verknüpfung von diagnostischem Modell und Hypothesen sowie den angewandten Therapiekonzepten mit dem tatsächlichen Verlauf der Therapie und der Entwicklung d. Patient*in
5. Darstellung und rückblickende Reflexion der therapeutischen Beziehung (auch im Hinblick auf Gegenübertragungsgefühle d. Th. evtl. in Bezug auf den eigenen biograph. Hintergrund)

Beim Verfassen ist daran zu denken, dass die Falldarstellung für psychotherapeutisch vorgebildete Leser*innen interessant sein soll, die verstehen wollen, wie und warum hier so gearbeitet wurde, was dem/der Therapeut*in sich dabei gedacht hat und was aus dieser Falldarstellung an Erkenntnis gewonnen wurde.

Die genannten Punkte sollen eine gedankliche Stütze für die Herangehensweise bieten. Sie umfassen die wesentlichen Eckpfeiler im Aufbau einer Falldarstellung. Es wird nicht erwartet, dass alle Punkte in vollem Umfang und gleicher Ausführlichkeit behandelt werden.

Nützliche unterstützende Literatur:

Inhalte aus IGWien-Seminaren „Gestalt Diagnostik 1 + 2“

J. Schraml: Artikel Übertragung/ Gegenübertragung In : Gestalttherapie 1/2012

H.P. Dreitzel: Gestalt und Prozess

G. Rudolf: Strukturbezogene Psychotherapie

Diagnostik-Leitlinie BMG 2005