

FALLBEISPIEL

Schematherapie

Formular zur Fallkonzeptualisierung

2. Auflage
Version 2.22

Bitte tippen Sie Ihre Antworten in die blau umrandeten Felder neben jedem Item.

Name des Therapeuten:	Joanne Hansen	Datum:	30.07.2017
Anzahl der Sitzungen:	15	Monate seit der ersten Sitzung:	5

I. Hintergrundinformation zum Patienten

Name des Patienten/ID	Peter Jensen	Alter/Geburtsdatum:	34
Aktueller Beziehungsstatus/Sexuelle Orientierung/Kinder (falls vorhanden):	Ledig, Letzte Partnerin hat Beziehung kürzlich nach einem Jahr beendet. Keine Kinder. Heterosexuell		
Beruf/Beschäftigung & Position	Lehrer, Fachschaftsleiter Naturwissenschaften		
Höchster Bildungsabschluss	Staatsexamen Lehramt		
Geburtsland/Religiöse Zugehörigkeit/Ethnische Gruppe	Geboren in Dänemark/evangelisch-lutherisch, nicht praktizierend/dänische Herkunft		

II. Warum ist der Patient in Therapie?

Was sind die hauptsächlichen Beweggründe die den Patienten dazu motivieren zur Behandlung zu kommen? Welche Lebensumstände des Patienten, welche signifikanten Ereignisse, Symptome/Störungen oder problematischen Emotionen/Verhaltensweisen tragen zu seinen/ihren Problemen bei (z.B. aktueller Lebensabschnitt, Gesundheits-, Beziehungsprobleme, Wutausbrüche, Anorexie, Drogenmissbrauch, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz)?

a. ursprünglich	Reagierte mit extremer Angst und Panik, nachdem die Partnerin ihn verließ. War so verzweifelt, dass er der Partnerin permanent aufgelöste Nachrichten schickte und sie anbettelte zurückzukommen, um nicht alleine zu sein. Verkaufte seine Eigentumswohnung, die die Partnerin nicht mochte, in der Hoffnung, dass sie dann zu ihm zurückkommen würde.
b. derzeit	<ul style="list-style-type: none"> • Hat große Probleme Liebe zu fühlen und zu zeigen obwohl er sich nach Zuneigung von seiner Partnerin sehnt. Dies führt dazu, dass Partnerinnen ihn letztendlich verlassen • Sobald eine Beziehung endet, trifft er sich mit anderen Frauen, um nicht alleine zu sein • Wenn eine Partnerin ihn kritisiert, wird er wütend, schreit und kommandiert sie herum. In anderen, nicht-romantischen Beziehungen, ist dies kein Problem. • Hat Probleme Emotionen irgendjemandem zu zeigen

III. Allgemeiner Eindruck zum Patienten

Beschreiben Sie kurz umgangssprachlich wie der Patient Ihnen in den Sitzungen im Allgemeinen begegnet (z.B. reserviert, feindselig, bemüht zu gefallen, bedürftig, eloquent, emotionslos). Beachten Sie, dass dieser Punkt nicht die Therapiebeziehung oder Veränderungsstrategien zum Inhalt hat.

a. ursprünglich	<ul style="list-style-type: none"> • Er ist freundlich, kooperativ, bemüht in der Therapie und diskutiert seine Probleme offen • Er ist in der Regel abgekoppelt von seinen Emotionen und hat einen emotionslosen Gesichtsausdruck; wenn er jedoch davon erzählt, dass er von seiner Partnerin verlassen wurde, wird er merklich unruhig
b. derzeit	<ul style="list-style-type: none"> • Er ist jetzt emotionaler und weniger besorgt als zu Beginn, z.B. brach er bei einer imaginativen Übung zusammen und weinte

IV. Aktuelle diagnostische Sicht auf den Patienten

A. Hauptdiagnosen (beinhaltet den Namen der Störung & den ICD-10-Code)

1.	ICD-10: F43.01 Mittelgradige Anpassungsstörung	2.	ICD-10: F61.0 Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, zwanghaften und narzisstischen Anteilen
3.		4.	

B. Derzeitiges Funktionsniveau in wichtigen Lebensbereichen

Schätzen Sie den Patienten in jedem der fünf folgenden Lebensbereiche auf der genannten sechsstufigen Skala in seinem Funktionsniveau ein (Skala unten). Detaillierte Beschreibungen jedes Lebensbereichs und die sechsstufige Rating-Skala finden sich in der **Anleitung** (1=*nicht funktional, sehr schwach funktionierend*, 6=*sehr gutes oder ausgezeichnetes Funktionsniveau*). In Spalte 3 erklären Sie kurz die Grundlage für jedes Rating *in Verhaltensbegriffen*. Wenn das Ausgangsniveau des Funktionierens signifikant unterschiedlich zum derzeitigen Funktionsniveau ist, erklären Sie das bitte in Spalte 3 genauer.

Hauptlebensbereich	Rating des derzeitigen Funktionsniveaus	Erklärung oder Erläuterung
Beruf und Ausbildung	5	Ist kompetent und verantwortlich in seiner Rolle als Fachschaftsleiter.
Intime, länger andauernde Liebesbeziehungen	3	Hatte längere Liebesbeziehungen, die einigermaßen stabil waren. Er hatte jedoch Affären nebenbei. Er wird verzweifelt und reagiert dysfunktional wenn eine Beziehung endet.
Familiäre Beziehungen	4	Sieht seine Eltern und seine Schwester regelmäßig. Sie verstehen sich gut und haben selten Konflikte. Er teilt seine Probleme und Gefühle jedoch nicht mit seinen Eltern. Gegenseitige Zuneigung wird nicht zum Ausdruck gebracht.
Freunde & andere soziale Beziehungen	4	Hat viele langjährige Freundschaften, manche bereits seit der Schulzeit. Er fühlt sich seinen Freunden aber nicht emotional nah oder verbunden.
Eigenständiges Funktionieren & Alleinsein	3	<ul style="list-style-type: none"> Alltagsaufgaben (Finanzen, Haushalt, Entscheidungen treffen) bewältigt er selbstständig Wenn er eine Freundin hat, fühlt er sich wohl darin auch mal alleine zu sein, seinen Hobbies nachzugehen und seine Interessen zu verfolgen. Wenn er jedoch ohne eine Beziehung ist, ist er beunruhigt, ängstlich und verzweifelt; kann sich dann nicht ausreichend fokussieren um seine Interessen zu verfolgen. Einzig ins Fitnessstudio geht er zur Ablenkung.

V. Wichtigste Lebensprobleme & Symptome

Erklären Sie für jedes Lebensproblem, jedes Symptom oder jede Störung die Art des Problems und den Einfluss des Problems auf das Leben des Patienten. Versuchen Sie, Schema-Terminologie bei der Symptom- oder Problembeschreibung zu vermeiden.

**1.
Lebensproblem/Symptom:**

Sehr besorgt wenn eine Liebesbeziehung endet, zeigt verzweifelte Reaktionen.

Wenn eine Partnerin ihn verlässt, wird er verzweifelt und tut beinahe alles, um sie zurückzugewinnen

**2.
Lebensproblem/Symptom:**

Hat große Schwierigkeiten seiner Partnerin gegenüber Liebe zu fühlen und zum Ausdruck zu bringen. Hat One-Night-Stands während er in festen Partnerschaften ist.

Kann seine Partnerin nicht liebevoll ansprechen oder ihr gegenüber Zuneigung zeigen. Langfristig führt dies dazu, dass die Partnerin ihn verlässt. Er fühlt sich in Beziehungen nicht geliebt und wird schnell gelangweilt.
Er hat auch One-Night-Stands mit anderen Frauen, um seinen Gefühlen von Einsamkeit und Unzulänglichkeit zu entkommen.

**3.
Lebensproblem/Symptom:**

Schwierigkeit Emotionen zu spüren und irgendjemandem zu zeigen und über sie zu sprechen

Ist nur selten mit seinen eigenen Emotionen verbunden. Zeigt sich nie verletzlich, außer gegenüber seiner Schwester.

**4. Andere
Lebensprobleme/Symptome:**

- a) Wird wütend und aggressiv gegenüber Partnerinnen wenn sie ihn kritisieren
- b) Hat sehr hohe Ansprüche an sich selbst und reagiert selbst-bestrafend wenn er diese nicht erfüllen kann

s. Abschnitte zu „Schikanieren und Angreifen“ und „Strafender Elternmodus“

VI. Ursprünge der derzeitigen Probleme in Kindheit & Jugend

A. Allgemeine Beschreibung der frühen Entwicklungsgeschichte

Fassen Sie diejenigen wichtigen Aspekte der Kindheit und Jugend des Patienten zusammen, die zu seinen aktuellen Lebensproblemen, Schemata und Modi beigetragen haben. Beziehen Sie alle wichtigen problematischen, „toxischen“ Erfahrungen oder Lebensumstände ein (z. B. kalte Mutter, verbal entwertender Vater, Sündenbock für die unglückliche Ehe der Eltern, unrealistisch hohe Ansprüche, Ablehnung oder Mobbing durch Gleichaltrigen).

Herr Jensen wuchs mit seinen beiden Eltern und seiner neun Jahre älteren Schwester auf. Vater hatte eine Herzerkrankung als der Patient sehr jung war. Der Vater war deshalb häufig im Krankenhaus und hatte einen Herzinfarkt vor Herr Jensens Augen. Patient hatte Angst, dass sein Vater auf der Stelle sterben würde. Nach dem Herzinfarkt, konnte der Vater nicht länger arbeiten. Herr Jensen hatte Mitleid mit ihm.

Vater war nie liebevoll, aber fuhr Herrn Jensen jedes Wochenende zu seinen Fußballspielen und feuerte ihn an, wenn er gut spielte. Er setzte den Patienten unter Druck in der Schule sehr gute Leistungen zu erzielen und kritisierte ihn, wenn er dies nicht schaffte. Vater erniedrigte Herrn Jensen vor der Familie und Freunden, wenn dieser weinte und nannte ihn ein Weichei und Waschlappen. Vater war emotional labil, zeigte sich wechselhaft mal ermutigend, mal erbost und strafend.

Seine Mutter war Hausfrau und legte Wert auf Status. Sie war kalt, distanziert und schützte ihre Kinder nicht. Die Kinder sahen nie, dass ihre Eltern sich küssten oder umarmten und bekamen selbst auch nie körperliche Zuneigung von ihnen.

Die Schwester verteidigte den Patienten manchmal gegenüber dem Vater oder lenkte dessen negative Aufmerksamkeit auf sich selbst, um Herrn Jensen zu beschützen. Immer wenn der Vater erbost war, bat die Mutter die Schwester ihn zu beruhigen. Die Schwester umarmte Herrn Jensen wenn er Trost brauchte. Als er sieben Jahre alt war, zog seine Schwester, aufgrund von Konflikten mit dem Vater, aus. Herr Jensen verlor seine einzige Quelle von Unterstützung und Schutz.

B. Spezifische unerfüllte frühe Grundbedürfnisse

Für die folgenden Punkte 1-3 geben Sie die wichtigsten unerfüllten frühen Grundbedürfnisse des Patienten an. Erläutern Sie anschließend kurz wie spezifische lebensgeschichtliche Ereignisse aus Abschnitt VI. A. zu der Grundbedürfnisfrustration führten. Geben Sie unter Punkt 4 weitere frühe Bedürfnisfrustrationen an.

1. Spezifisches unerfülltes frühes Bedürfnis:

Stabile und verlässliche Bindung

Ursprung

- Durch die dauerhafte Herzerkrankung des Vaters, befürchtete der Patient, dass sein Vater in jedem Moment sterben könnte
- Die unvorhersagbaren Wutausbrüche und Launen des Vaters führten dazu, dass der Patient sich vom Vater verlassen und emotional abgeschnitten fühlte

2. Spezifisches unerfülltes frühes Bedürfnis:

Bedingungslose Liebe und Anerkennung

Ursprung Vater war streng und strafend. Der Patient fühlte sich nie um seiner selbst willen geliebt. Vom Vater fühlte er sich nur geliebt, wenn er dessen Ansprüchen im Sport oder in der Schule gerecht wurde. Er erfuhr keine Wertschätzung durch die beiden Eltern.

3. Spezifisches unerfülltes frühes Bedürfnis:

Liebe, Versorgung und Aufmerksamkeit

Ursprung Eltern umarmten sich nie und zeigten dem Patienten keine körperliche Zuneigung. Sie sagten ihm nie, dass sie ihn liebten.

4. Anderes unerfülltes frühes Bedürfnis:

Validierung von Emotionen und Bedürfnissen

Ursprung Vater beschämte den Patienten, wenn dieser Emotionen zeigte oder weinte.

C. Mögliche temperamentsbezogene oder biologische Faktoren:

Führen Sie Temperamentsanteile und andere biologische Faktoren auf, die relevant für die Probleme des Patienten, für Symptome und die therapeutische Beziehung sein könnten. (In der **Anleitung** finden Sie eine Liste spezifischer Adjektive, die häufig benutzt werden, um Temperamente zu beschreiben. Es ist ausreichend, einfach die Adjektive aus der Liste der Anleitung zu nehmen. Beziehen Sie sich auf Eigenschaften, von denen Sie glauben, dass sie Teil des zugrundeliegenden Temperaments des Patienten oder seiner „Natur“ sind und nicht situationsspezifisch auftreten.)

ausgeglichen, kooperativ, einfallsreich, gewissenhaft, tatkräftig, sozial

D. Mögliche kulturelle, ethnische und religiöse Faktoren

Erklären Sie gegebenenfalls, wie Normen und Einstellungen des religiösen, ethnischen oder sozialen Hintergrunds des Patienten die Entwicklung seiner/ihrer aktuellen Probleme beeinflusst haben (z. B.: Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, die ein besonderes Gewicht auf Wettbewerb und Status legte anstatt auf die Qualität von Beziehungen).

Er wuchs in einer Gemeinschaft auf, die mehr Wert auf Status und Leistung als auf alles andere legte.

VII. Die relevantesten Schemata (derzeit)

Wählen Sie für die Items 1-4 die Schemata aus, die für die **aktuellen Lebensprobleme des Patienten von zentraler Bedeutung** sind. Spezifizieren Sie zunächst den Namen des Schemas. Beschreiben Sie dann wie sich jedes Schema auswirkt. Diskutieren Sie sowohl den spezifischen Situationstypus, in dem die Schemata aktiviert werden als auch die Reaktionen des Patienten. Welche negativen Auswirkungen hat jedes Schema auf den Patienten? Führen Sie weitere relevante Schemata in Item 5 auf.

1. Spezifisches frühes maladaptives Schema:

Im Stich gelassen (sehr hoch)

Das Schema ist vor allem aktiviert, wenn eine Partnerin droht ihn zu verlassen oder eine Beziehung tatsächlich beendet. Herr Jensen reagiert mit extremer Panik und würde fast alles dafür tun, dass die Partnerin ihn nicht verlässt oder zu ihm zurückkommt. Er vermeidet es außerdem seiner Partnerin emotional zu nahe zu kommen, um den Schmerz zu mildern falls sie ihn verlässt. Diese Muster führen dazu, dass Partnerinnen den Eindruck haben, dass Herr Jensen ihnen emotional nicht ausreichend verbunden ist, und ihn schlussendlich verlassen. In der Folge verhält Herr Jensen sich noch Monate nach der Trennung dysfunktional.

2. Spezifisches frühes maladaptives Schema:

Emotionale Gehemmtheit (hoch)

Herr Jensen ist fast immer emotional gehemmt und zeigt so gut wie nie Verletzlichkeit in Beziehungen. Dadurch, dass Herr Jensen sich nicht erlaubt seine Gefühle mit jemandem zu teilen, fühlt er sich oft allein obwohl er lange Freundschaften hat. Diese Gehemmtheit hindert ihn auch daran, seinen Partnerinnen gegenüber Liebe zu erleben.

3. Spezifisches frühes maladaptives Schema:

Emotionale Entbehrung (hoch)

Herr Jensen zeigt anderen gegenüber keine Liebe oder Zuneigung und kann diese Gefühle auch nicht erleben wenn Freundinnen ihm ihre Liebe zeigen. Als Folge fühlt er sich leer und alleine, auch wenn er in einer Beziehung ist.

4. Spezifisches frühes maladaptives Schema:

Unzulänglichkeit/Scham (hoch)

Herr Jensen ist sehr sensibel für Kritik durch andere und zudem auch sehr selbstkritisch. Er wird wütend und aggressiv gegenüber Partnerinnen, wenn diese ihn kritisieren. Er macht sich auch selbst schlecht und fühlt sich wertlos nach einem Beziehungsende.

5. Andere frühe maladaptive Schemata (optional) :

- Unerbittliche Standards
- Strafneigung

VIII. Die relevantesten Schema-Modi (derzeit)

Wählen Sie für die Items 1-6 die Modi aus, die für die aktuellen Lebensprobleme des Patienten von zentraler Bedeutung sind. Benennen Sie zuerst den Modus (z.B. einsamer Kindmodus, Selbstüberhöher, strafender Elternmodus). Erklären Sie dann, wie sich dieser Modus momentan darstellt. Welche Arten von Situationen aktivieren den Modus? Beschreiben Sie das Verhalten und die emotionalen Reaktionen des Patienten. Welche/s Schema(ta) löst oder lösen häufig den Modus aus? Welche negativen Auswirkungen hat der jeweilige Modus für den Patienten? (Wenn ein Modus sich für den Patienten nicht anwenden lässt, lassen Sie ihn aus. Sie können weitere Modi in Abschnitt D hinzufügen)

A. Kindmodi

1. **Verletzlicher Kindmodus:** Im Stich gelassenes Kind

Dieser Modus wird durch das Schema „Im Stich gelassen“ aktiviert und ausgelöst wenn eine Partnerin sich von ihm trennt.
Für ausführlichere Beschreibung des Modus siehe Abschnitt „Im Stich gelassen“

2. **Andere relevante Kindmodi:** Einsames Kind

Dieser Modus ist aktiviert durch das Schema „Emotionale Entbehrung“ und wird ausgelöst wenn er aktuell keine Partnerschaft hat und mit sich selbst alleine ist.

B. Maladaptive Bewältigungsmodi

3. **Unterwerfungsmodus:** Modus des Verzweifelt gefallen Wollens

Dieser Modus wird durch das Schema „Im Stich gelassen“ aktiviert und ausgelöst wenn Freundinnen drohen ihn zu verlassen. Herr Jensen würde fast alles tun um eine Freundin zurückzugewinnen. Beispielsweise verkaufte er seine Eigentumswohnung, um eine Freundin davon zu überzeugen zu ihm zurückzukommen.

4. **Distanzierter/Vermeidungsmodus:** Distanzierte Selbststimulation

Herr Jensens Schemata „Im Stich gelassen und „Emotionale Entbehrung“ aktivieren diesen Modus. Diese Schemata werden ausgelöst wenn er alleine ist oder Freundinnen drohen ihn zu verlassen. Er distanziert sich, indem er sich durch exzessive Arbeit, Fitnesstraining, Erledigungen und One-Night-Stands ablenkt.

5. **Überkompensationsmodus:** Schikanieren und Angreifen

Dieser Modus wird aktiviert durch sein Unzulänglichkeitsschema, das ausgelöst wird, wenn eine Freundin ihn kritisiert. In der Folge verlassen ihn viele Freundinnen letztendlich.

C. Dysfunktionaler Elternmodus

6. *Dysfunktionaler Elternmodus:*

Strafender/Fordernder Elternmodus

Seine Schemata „Unerbittliche Standards“ und „Strafneigung“ aktivieren diesen Modus. Die Schemata werden aktiviert wenn Herr Jensen glaubt, dass er seine beruflichen Ziele nicht erreicht hat und wenn er die Kontrolle über seine Emotionen verliert. In diesen Situationen klagt Herr Jensen sich selbst an, dass er ein schlechter Mensch und ein Versager sei.

D. *Andere relevante Modi* (optional)

N/A

E. *Gesunder Erwachsenenmodus*

Fassen Sie positive Werte, Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten des Patienten zusammen:

In der Regel lieb, verlässlich, hilfsbereit gegenüber Freunden und Familie, hat langjährige Freundschaften. Intelligent. Durchhaltevermögen in Bezug auf seine Bildung und seine Arbeit. Hat eine gesunde Lebensweise in Bezug auf Ernährung und Bewegung und versteht es sehr gut seine Finanzen zu regeln.

IX. Die therapeutische Beziehung

A. **Persönliche Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten**

Beschreiben Sie Ihre *positiven und negativen Reaktionen* auf den Patienten. Welche Patientencharakteristika oder Verhaltensweisen lösen diese persönlichen Reaktionen aus? Welche Schemata und Modi des Therapeuten sind aktiviert? Welchen Einfluss haben die Reaktionen des Therapeuten auf die Behandlung?

Ich mag den Patienten und sehe seinen Therapiebedarf, um seine langfristigen psychologischen Schwierigkeiten zu bewältigen. Ich möchte ihm helfen, weil ich den kleinen Jungen sehe, der einerseits erschrocken angesichts der Gewalt des Vaters ist und zeitgleich um dessen Leben bangt. Ich sehe den verletzten und emotional vernachlässigten Jungen in ihm. Ich habe auch Respekt davor, dass er hart für seine Errungenschaften gearbeitet hat.
Ich muss mir meines eigenen Schemas/Modus „Selbstaufopferung“, das durch seine Bedürftigkeit und Verzweiflung in seiner gegenwärtigen Lebenssituation ausgelöst wird, bewusst sein. Er versucht die Sitzungen in die Länge zu ziehen, um unsere Verbindung aufrechtzuerhalten und um das Verlassensgefühl am Ende der Stunde zu vermeiden. Meine fehlende Grenzsetzung führt dazu, dass sich die Sitzungen weit über die vereinbarte Zeit hinausziehen. In Zukunft werde ich die Sitzungen pünktlich beenden, auch wenn er widerstrebt ist zu gehen.

B. Qualität der therapeutischen Allianz (Zusammenarbeit) in Bezug auf die Therapieziele und Aufgaben

1. Bewertung der Zusammenarbeit bei Zielen & Aufgaben, basierend auf dem Verhalten des Patienten:

4

Beachten Sie die Anleitung zur Erklärung mit der detaillierten Rating-Skala von 1-sehr niedrig bis 5-sehr hoch.

2. Beschreiben Sie kurz den Prozess der Zusammenarbeit mit dem Patienten.

Welche positiven und negativen Faktoren/Verhaltensweisen dienen als Grundlage für Ihr Rating bei 1 oben?

Es ist positiv, dass Herr Jensen die Therapie aufgenommen hat und trotz einer langen Anfahrt zur Praxis, zu allen Sitzungen erscheint. Er füllt Fragebögen aus, engagiert sich im Prozess der Fallkonzeptualisierung und ist bereit an Übungen teilzunehmen. In jeder Sitzung entscheiden wir zusammen über die Struktur und Inhalte der Sitzungen. Ich biete ihm Auswahlmöglichkeiten an, wenn es angemessen ist. Der Patient mag dieses Vorgehen, da er sich wertgeschätzt und respektiert fühlt. Dadurch steigt wiederum seine Motivation in der Therapie mitzuarbeiten.

Im Laufe der Therapie hat er ein intellektuelles Verständnis für seine Lebensprobleme gewonnen, kann jedoch noch nicht anerkennen, dass seine Distanzierung in Beziehungen ihn daran hindert emotionale Verbindung und Liebe zu erleben. So lange seine aktuelle Beziehung nicht gefährdet ist und er sich nicht verlassen fühlt, kommt er nur ungern wöchentlich zur Therapie. Dadurch haben wir nicht genug Therapiezeit, um an seiner Distanzierung kontinuierlich zu arbeiten.

3. Wie könnte die therapeutische Allianz und Zusammenarbeit verbessert werden?

Welche Veränderungen könnten Therapeut und Patient unternehmen, um dies zu erreichen?

Empathische Konfrontation nutzen, um den Patienten kontinuierlich daran zu erinnern, dass die langen Abstände zwischen den Sitzungen, die Arbeit an seinem distanzierten, selbstbezogenen Verhalten gegenüber seiner Freundin verhindern. Daher ist es nur eine Frage der Zeit bis sie ihn, ebenso wie die anderen Freundinnen davor, verlässt. Dann wird er sich wieder verlassen und verzweifelt fühlen. Hoffentlich können meine wiederholten Erinnerungen dazu führen, dass er häufiger kommt.

C. Nachbeelternde Beziehung & Bindung

1. Bewertung der nachbeelternden Beziehung und Bindung:

4

Beachten Sie die Anleitung für die Erklärung und die Rating Skala von 1-sehr schwach bis 5-sehr stark.

2. Beschreiben Sie kurz die *nachbeelternde Beziehung und Bindung* zwischen Patient und Therapeut.

Gehen Sie näher auf die Verhaltensweisen des *Patienten*, emotionale Reaktionen und Äußerungen in Bezug auf den Therapeuten ein, die als Indikator dienen können, wie stark (oder schwach) sich die nachbeelternde Bindung für den Patienten anfühlt.

In den ersten Sitzungen zeigte er so viel Panik und Sorgen, dass er keine Nachbeelterung von mir annehmen konnte. Er nimmt jetzt Augenkontakt auf und kommuniziert seine Probleme und dysfunktionale Verhaltensweisen offener. Sein Wunsch die Stunden über die vereinbarte Zeit hinaus zu verlängern, ist ein Hinweis, dass er eine starke Bindung entwickelt hat.

Als er in einer Imaginationsübung weinte, ließ er es zu, dass ich meine Hand auf seine Schulter legte. Danach begann er mich zu umarmen und akzeptierte eine Umarmung von mir zu Beginn und Ende der Sitzungen.

3. Wie könnte die *nachbeelternde Beziehung und Bindung* verbessert oder gestärkt werden?

Welche unerfüllten Bedürfnisse könnte der Therapeut intensiver oder vollständiger erfüllen? Welche spezifischen Schritte könnte der Therapeut unternehmen, um die Bindung für den Patienten zu stärken?

Das einzige aktuelle Problem in der nachbeelternden Bindung ist, dass der Patient sich von mir (und allen anderen) zwischen den Sitzungen distanziert und damit die emotionale Verbindung verliert wenn er nicht bei mir ist. Da er in den Zeiten distanziert ist, erlebt er sein Bedürfnis nach der nachbeelternden Bindung nicht und ist sich dessen nicht bewusst. Aus diesem Grund ist er nicht motiviert häufiger zu den Sitzungen zu kommen.

In Zukunft werde ich vorschlagen, dass wir uns zwischen den Sitzungen regelmäßig SMS schreiben, um die Bindung wiederherzustellen und seine Distanzierung zu durchbrechen. Ich könnte ihn auch bitten Imaginationsübungen, die Nachbeelterung enthalten, aufzuzeichnen, so dass er sich diese außerhalb der Sitzungen anhören kann.

D. Andere, weniger häufige Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung (Optional)

Nennen Sie gegebenenfalls weitere Faktoren, die die Therapiebeziehung signifikant beeinflussen oder prägen (z. B. erheblicher Altersunterschied oder kulturelle Unterschiede, geographische Entfernung)? Wie könnten sie mit dem Patienten besprochen werden?

Herr Jensen hat über eine Stunde Anfahrt zu meiner Praxis. Dies führt dazu, dass er manche Sitzungen verpasst, wenn seine Arbeitsbelastung zu hoch ist. Dadurch werden die Abstände zwischen den Sitzungen länger.

X. Therapieziele: Fortschritte & Hindernisse

Führen Sie in Item 1-4 die **wichtigsten Therapieziele** auf. Seien Sie so genau wie möglich. Beschreiben Sie für jedes Ziel, wie der **Gesunde Erwachsenenmodus verändert werden könnte, um das Ziel zu erreichen. Dann diskutieren Sie den Fortschritt bis zum aktuellen Zeitpunkt und beschreiben mögliche Hindernisse.** Sie können weitere Ziele in Item 5 aufführen. (Ziele können beschrieben werden in Bezug auf: Schemata, Modi, Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen, Beziehungsmuster, Symptome, etc.)

1. Therapieziel:

Die panischen und distanzierten Reaktionen auf das Verlassenwerden von Freundinnen reduzieren. Verzweifelte Versuche die Freundinnen nach Beziehungsende zurückzugewinnen stoppen.

Schemata und Modi, die anvisiert werden	Schema: Im Stich gelassen Modi: Verlassenes Kind, Verzweifeltes gefallen Wollen, Distanzierte Selbstberuhigung/Selbststimulierung
Fortschritt & Hindernisse	<p>Fortschritt: Herr Jensen ist weniger panisch, wenn Freundinnen drohen ihn zu verlassen. Er schreibt ihnen jedoch immer noch unaufhörlich SMS und unternimmt zu viele Anstrengungen ihnen zu gefallen.</p> <p>Hindernis: Er nimmt Vorschläge weniger SMS zu schreiben oder mehr Zeit alleine zu verbringen nicht an, weil seine emotionalen Reaktionen auf „Im Stich gelassen“ werden noch zu stark sind.</p>

2. Therapieziel:

Ihn darin unterstützen seinen Partnerinnen gegenüber mehr Liebe, Zuneigung und Verletzlichkeit zu erleben und zu zeigen; seine Gefühle mehr mit Freunden und Partnerinnen teilen; aufhören zwanghaft One-Night-Stands zu haben wenn er alleine ist und keine Beziehung hat

Schemata und Modi, die anvisiert werden	Schemata: Emotionale Entbehrung, Emotionale Gehemmtheit Modi: Einsames Kind, distanzierter Selbststimulierer
Fortschritt & Hindernisse	<p>Fortschritt: Herr Jensen hat Fortschritte darin gemacht seine Gefühle mehr mit Freunden und Partnerinnen zu teilen, jedoch nicht in anderen Zielbereichen</p> <p>Hindernis: Herr Jensen fühlt sich weiterhin unwohl mit körperlicher Zuneigung (z.B. Berührungen, halten, küssen) und vermeidet Hausaufgaben die darauf abzielen, dass er seiner Partnerin gegenüber mehr Zuneigung zeigt. Die emotionale Vernachlässigung ist so stark, dass es ihm, trotz meiner Versuche ihn davon abzubringen, nicht gelingt auf die One-Night-Stands zu verzichten.</p>

3. Therapieziel:

Ihn darin unterstützen seine Gefühle von Unzulänglichkeit zu reduzieren; realistischere Ansprüche zu setzen; weniger selbststrafend zu sein; Wutausbrüche gegenüber Freundinnen, die ihn kritisieren einstellen

Schemata und Modi, die anvisiert werden	Schemata: Unzulänglichkeit, Unerbittliche Standards und Strafneigung Modi: Strafender/Fordernder Elternmodus, Schikanieren und Angreifen
Fortschritt & Hindernisse	Fortschritt: Herr Jensen ist deutlich weniger selbstkritisch geworden. Er hat keine Wutausbrüche mehr gegenüber Freundinnen. Er hat jedoch weiterhin sehr hohe Standards und entwertet sich manchmal. Hindernis: Seine Ansprüche sind so tief verwurzelt in seiner Kindheit, dass es längere Zeit in der Therapie dauern wird, bis er sich realistischere Ziele setzen kann.

4. Therapieziel:

N/A

Schemata und Modi, die anvisiert werden	
Fortschritt & Hindernisse	

5. Andere Therapieziele:

N/A

Schemata und Modi, die anvisiert werden	
Fortschritt & Hindernisse	

XI. Zusätzliche Kommentare oder Erklärungen (Optional):



© 14.09.2018 International Society of Schema Therapy

Von der ISST anerkannte deutsche Übersetzung des Formulars zur Fallkonzeptualisierung mit Fallbeispiel

Dies ist die Übersetzung der englischen Version © 07.02.2018 International Society of Schema Therapy

Unauthorized reproduction or translation – in whole or in part -- without written consent of the Society is strictly prohibited. To learn if there is an authorized translation in any specific language, go to <https://schematherapysociety.org/Case-Conceptualization-Translations> or contact the ISST office. Those wishing to make a translation into other languages or requiring any further information, about this form, should also contact the ISST office: office@isstonline.com