Anleitung zur Nutzung des
Formulars zur schematherapeutischen Fallkonzeptualisierung

2. Auflage
Version 2.22

Überblick

Das Formular soll Sie in der Zusammenstellung der notwendigen diagnostischen Informationen über Ihre Patienten unterstützen und dient der Entwicklung Ihrer Fallkonzeptualisierung. Es wird empfohlen, das Formular zur Fallkonzeptualisierung auch zu nutzen, wenn im Therapieprozess neue oder zusätzliche Informationen erkennbar werden.

Möglicherweise haben Sie an unterschiedlichen Stellen den Eindruck, dass sich die erfragten Informationen wiederholen. In dem Fall können Sie einfach auf den jeweiligen Abschnitt verweisen, in dem Sie die relevanten Angaben bereits gemacht haben

Wenn Sie weitere Informationen einbeziehen möchten, können Sie für jede Antwort weitere Seiten am Ende des Formulars anfügen oder einen der Abschnitte erweitern.

Name Therapeut: Name der Person, die den Patienten behandelt und die Fallkonzeptualisierung erstellt.

Datum: Das Datum, an dem der Therapeut dieses Formular zuletzt ausgefüllt oder aktualisiert hat.

Anzahl der Sitzungen: Einschließlich der ersten Sitzung mit dem Patienten

Monate seit erster Sitzung: Anzahl der Monate seit Erstkontakt

I. Hintergrundinformation zum Patienten

Name des Patienten/ID: Name, Pseudonym oder Identifikationscode vom Patienten

Alter/Geburtsdatum: Geben Sie entweder das Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Erstellung der Fallkonzeptualisierung oder das Geburtsdatum an

Aktueller Beziehungsstatus/Sexuelle Orientierung/Kinder (falls vorhanden): Bezeichnen Sie den Beziehungsstatus des Patienten (Single, verheiratet, Zusammenleben usw.), die sexuelle Orientierung des Patienten. Ggf. Anzahl der Kinder und deren Alter

Beruf/Beschäftigung und Position: Beschreiben Sie die berufliche Laufbahn oder Beruf des Patienten. Welche Position hat der Patient inne(z.B. Führungs- oder Leitungspositionen, selbstständig usw.)?

Höchster Bildungsabschluss: Was ist der höchste erreichte Abschluss des Patienten?

Geburtsland/Religiöse Zugehörigkeit/Ethnische Gruppe: Benennen Sie Geburtsland und ggf. religiöse Zugehörigkeit oder Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe

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 signifikante 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,)? Erörtern Sie, warum der Patient ursprünglich zur Therapie kam und warum er/sie gerade zum gewählten Zeitpunkt zur Therapie kommt. Kommt der Patient freiwillig? Wie hoch ist der aktuelle Leidensdruck des Patienten?

III. Allgemeiner Eindruck zum Patienten

Beschreiben Sie kurz umgangssprachlich wie Ihnen der Patient in den Sitzungen im Allgemeinen begegnet (z. B. reserviert, feindselig, bemüht zu gefallen, bedürftig, eloquent, emotionslos). Bitte beantworten Sie diese Fragen sowohl in Bezug auf den Behandlungsbeginn als auch auf aktuelle Sitzungen. Beachten Sie, dass dieser Punkt nicht die Therapiebeziehung oder Veränderungsstrategien zum Inhalt hat.

IV. Aktuelle diagnostische Sicht auf den Patienten

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

Listen Sie unter Bezugnahme auf das ICD-10-CM bis zu vier Diagnosen psychischer oder Verhaltensstörungen auf. Fügen Sie für jede Diagnose sowohl den Namen als auch den numerischen Code ein.

Klicken Sie auf diesen Link, um eine umfangreiche PDF-Datei mit dem Original- ICD-10 herunterzuladen: https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/chapter-v.htm

Für eine Online - Auflistung der ICD-10-Codes und -Namen, ohne Diagnosekriterien, klicken Sie auf den folgenden Link (Abschnitt V): http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F30-F39

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). Erläutern Sie kurz Ihre Begründung für jede Einschätzung.

Überblick. *Definition des aktuellen Funktionsniveaus*

Das aktuelle Funktionsniveau ist definiert als die Qualität des Verhaltens in allen Lebensbereichen. Dies sollte in der Regel aus der Perspektive eines objektiven Beobachters geschehen - *nicht* subjektiv. Außerdem sollen Ihre Bewertungen des Patienten im Vergleich zum "allgemeinen Durchschnitt“ und *nicht* im Vergleich zu anderen Patienten oder zu einer idealen Person erfolgen.

Spalte 2. Ratingskala für das *Funktionsniveau*

In der zweiten Spalte verwenden Sie die folgende sechsstufige-Skala, um das aktuelle Funktionsniveau in jedem der folgenden fünf wichtigsten Lebensbereiche in Spalte 1 einzuschätzen.

1 = nicht funktional oder sehr schwach funktionierend
2 = niedriges Funktionsniveau
3 = signifikant beeinträchtigtes Funktionsniveau
4 = mäßig eingeschränktes Funktionsniveau
5 = gutes Funktionsniveau
6 = sehr gutes oder ausgezeichnetes Funktionsniveau

Wenn äußere und außerhalb der Kontrolle des Patienten liegende Umstände das Funktionsniveau senken (z. B. Alter oder kürzlich eingetretener Verlust), soll das Rating in Spalte 2 mit N/A (nicht anwendbar) erfolgen und dann in Spalte 3 näher erläutert werden.

Spalte 3. Erklärung oder Erläuterung

Bitte erklären Sie in Spalte 3 kurz, wie Sie zu Ihrer Patientenbewertung in den verschiedenen Lebensbereichen kommen.

Wenn es eine signifikante Diskrepanz zwischen Bewertungen zu verschiedenen Lebenszeitpunkten gibt, erklären Sie bitte die Veränderung. Beispiel: Der Patient hatte ausgezeichnete Beziehungen zu Freunden vor dem Beginn einer schweren Depression.

Erweiterte Beschreibungen der fünf Lebensbereiche:

Folgende Beschreibungen sollen die Unterschiede zwischen den Funktionsbereichen verdeutlichen:

- **Beruf und Ausbildung:** Bezieht sich auf Arbeits- oder Schulleistung im Vergleich zu dem, was als „normal“ gilt für die Alters- oder Peergruppe des Patienten und zu dem, wozu der Patient basierend auf seinen Fähigkeiten und seinem Hintergrund wahrscheinlich fähig ist.
- **Intime, länger andauernde Liebesbeziehungen:** Bezieht sich auf *stabile*, relativ langfristige Beziehungen mit (Partnern. Ehe oder eheähnliche Beziehungen sind hier eingeschlossen. Beziehungen von kurzer Dauer oder freundschaftliche Beziehungen mit sexuellem Kontakt („friends with benefits“) sind in dieser Kategorie nicht vorgesehen.
- **Familiäre Beziehungen:** Bezieht sich auf die Beziehungen des Patienten sowohl zu engen Familienmitgliedern, einschließlich seiner eigenen Kinder, Eltern, Großeltern, Geschwister und entfernter Verwandter (z.B. Onkel, Cousins, Nichten, Schwiegereltern). In dieser Kategorie sind Ehepartner und Lebensgefährten nicht eingeschlossen.
- **Freunde & andere soziale Beziehungen:** Bezieht sich auf die meisten anderen Arten sozialer Beziehungen, die oben nicht erwähnt wurden. Besondere Berücksichtigung sollen aktuelle Beziehungen mit Freunden finden, zu einem geringeren Anteil auch Arbeitskollegen. Kurzfristige Beziehungen und Freundschaften mit sexuellem Kontakt („friends with benefits“) können in dieser Kategorie enthalten sein ebenso wie weitere soziale Beziehungen zu Nachbarn, zu Gemeinde- und Vereinsmitgliedern.
- **Eigenständiges Funktionieren und Alleinsein:** Bezieht sich auf die aktuelle Fähigkeiten des Patienten auch wenn er/sie alleine ist, diese Zeit als sinnvoll zu erleben und auch im Alleinsein einen Fokus und ausreichend Anregung zu finden. Dies beinhaltet die Fähigkeit mit den eigenen Gedanken und Gefühlen auf gesunde Weise umzugehen. In die Bewertung sollte weiterhin die Fähigkeit in der Bewältigung von Alltagsanforderungen mit einfließen (z.B. Körperhygiene, Haushaltsführung usw.).

V. Wichtigste Lebensprobleme und Symptome

Benennen Sie mindestens drei aktuelle, relevante Lebensprobleme oder Symptome/Störungen geordnet nach ihrer Wichtigkeit. Erklären Sie dann 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

Wenn Sie ein psychiatrisches Symptom aufführen, sollte es mit einer der Diagnosen aus Sektion IV.A. in Verbindung gebracht werden. Wenn Sie möchten können Sie mehrere Symptome aufführen, wenn sie sich auf dieselbe psychiatrische Diagnose beziehen. (Zum Beispiel zu rezidivierender Depression: Interessensverlust, Müdigkeit, Konzentrationsminderung bei der Arbeit, Schlafstörungen). Bitte beschreiben sie die Art der Symptome und wie diese den Patienten im Alltag beeinträchtigen.

VI. Ursprünge der derzeitigen Probleme in Kindheit und 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 auf(z. B. kalte Mutter, verbal entwertender Vater, Sündenbock für die unglückliche Ehe der Eltern, unrealistisch hohe Ansprüche, Ablehnung oder Mobbing durch Gleichaltrige).

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. Sie können auch (wenn möglich) den YPI, den Selbstbericht des Patienten, Familiensitzungen oder diagnostische Imagination verwenden, um diese Informationen zu erhalten. Geben Sie unter Punkt 4 weitere frühe Bedürfnisfrustrationen an, die weniger zentral erscheinen, als die in Punkt 1-3.

C. Mögliche temperamentsbezogene oder biologische Faktoren

Führen Sie Temperamentsanteile und/oder biologischen Faktoren auf, die für die Probleme, Symptome und die therapeutische Beziehung relevant sein könnten.

Sie können eigene beschreibende Worte nutzen, um das Temperament des Patienten zu beschreiben. Es reicht jedoch aus Adjektive aus der unten stehenden Liste zu wählen, die Sie für die Beschreibung des grundlegenden Temperaments oder der „Art“ des Patienten (nicht für situations-spezifische Eigenschaften) wichtig erachten.

emotional stabil	introvertiert	ängstlich	kann intensive Bindungen aufbauen
ausgeglichen	unbeweglich	zurückgezogen	selbstvergessen/ wenig reaktionsfreudig
optimistisch	sanft	demütig/unterwürfig	unaufmerksam gegenüber Gefahren und Anzeichen von Bedrohung
belastbar	passiv	reserviert	übermäßig angepasst
warmherzig	kooperativ	vorsichtig	übertrieben kontrolliert
empathisch	kontaktfreudig	reizbar	überstrukturiert
sozial	extravertiert	impulsiv	dominant
zuversichtlich	abenteuerlustig	Neigung zu negativen Gefühlen	gefühllos, abgestumpft
fröhlich	tatkräftig	pessimistisch	feindselig
einfallsreich	hyperaktiv	schnell emotional überwältigt	konfliktfreudig

Berücksichtigen Sie ebenfalls biologische Faktoren, die möglicherweise eine bedeutende Rolle bei der Schema- oder Modus- Entwicklung gespielt haben (z. B. Körpergröße, medizinische Besonderheiten, Autismus, etc.).

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).

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.

VIII. Die relevantesten Schema-Modi (derzeit)

Abschnitte A. - C.

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) Unter „Andere Kindmodi“ kann das zufriedene/ glückliche Kind aufgenommen werden, wenn es Ihnen relevant erscheint.

Abschnitt D. Andere relevante Modi (optional)

Falls Sie feststellen, dass Sie zusätzliche Modi oder Subtypen von Modi hinzufügen möchten, aber in den Abschnitten A - C oben keinen Platz mehr haben, können Sie ein oder zwei weitere Modi hinzufügen. Diese Modi können Kind-, Eltern- oder Bewältigungsmodi sein. Geben Sie unbedingt an, auf welche Kategorie sich jeder der "Andere Modi" bezieht (z.B. Kindmodus: Wütendes Kind; Bewältigungsmodus: Suche nach Anerkennung).

Abschnitt E. Gesunder Erwachsenenmodus

Beschreiben Sie für den Modus des gesunden Erwachsenen positive Werte, Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten des Patienten. Zum Beispiel könnten Sie positive Indikatoren für eine gute Prognose diskutieren; Ressourcen wie Familienmitglieder und soziale Unterstützung; sinnvolle Lebensziele; persönliche Werte; Energiequellen, Leidenschaft, Inspiration, Engagement; und andere Stärken.

IX. Die therapeutische Beziehung

A. Persönliche Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten

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

Basierend auf der Annahme, dass jeder Patient spezifische und individuelle Reaktionen des Therapeuten auslöst, kann die Feststellung dieser Reaktionen die Selbstwahrnehmung des Therapeuten fördern und wichtige diagnostische Informationen über den Patienten liefern. Es ist wichtig diese persönlichen Reaktionen zu verstehen, um zu verhindern, dass negative Reaktionen des Therapeuten den therapeutischen Prozess beeinträchtigen.

B. Zusammenarbeit bei Therapiezielen und -aufgaben

Überblick

a. Definition der therapeutischen Zusammenarbeit

Die Therapiezusammenarbeit ist definiert als die Qualität der Allianz zwischen Therapeut und Patient, mit einem besonderen Fokus auf das Ausmaß in dem sich beide auf die Ziele und Aufgaben der Therapie einigen können. Berücksichtigt wird auch, in weit es dem Therapeuten gelingt mit dem Patenten den Fokus und die Inhalte der einzelnen Sitzungen abzustimmen und wie hoch das Engagement des Patienten in der Zusammenarbeit ist. Dies kann beispielsweise über das Interesse an der Sitzung, Zusammenarbeit mit dem Therapeuten, Zuverlässigkeit in der Einhaltung der Termine und Engagement bei Therapie-Hausaufgaben gemessen werden.

b. Vertiefendes Beispiel für therapeutische Zusammenarbeit

Der Therapeut und der Patient konnten sich auf Ziele einigen, die wichtig für den Patienten sind und der Patient ist motiviert diese zu erreichen. Im gegenseitigen Dialog wird der jeweilige Fokus

von Sitzung zu Sitzung erarbeitet und der Patient wirkt bereit seine persönlichen Probleme zu durchleuchten. Der Patient verpasst jedoch häufig Termine oder bittet um Terminänderungen. Dieses Verhalten scheint konträr zu dem Engagement, das er in der Sitzung ausdrückt und passt auch nicht zu der geringen zeitlichen Auslastung, die der Patient beschreibt. Der Patient erledigt seine Hausaufgaben nur in etwa 50 % der Fälle und kann dafür keine zufriedenstellenden Gründe angeben.

Punkt 1. Bewertung für die Zusammenarbeit bei Zielen und Aufgaben

Bewerten Sie das Niveau der therapeutischen Zusammenarbeit basierend auf dem Verhalten des Patienten in und außerhalb der Sitzung. Berücksichtigen Sie das Ausmaß des Engagements, der Beteiligung, Einhaltung von Absprachen usw. Verwenden Sie die folgende 5-Punkte-Bewertungsskala:

1 = SEHR NIEDRIGE Kooperation (z. B. sagt häufig ab, entwertet die Therapiearbeit, zeigt minimales Engagement)

2 = NIEDRIGE Kooperation (z. B. inkonsistente Teilnahme, fehlt regelmäßige, unkonzentriert)

3 = MITTLERE Kooperation (z. B. zögernd und skeptisch, kommt regelmäßig, macht manche Hausaufgaben)

4 = HOHE Kooperation (engagiert und willens zur Teilnahme und Arbeit in der Therapie)

5 = SEHR HOHE Kooperation (z. B. enthusiastisch, konzentriert, reagiert schnell und positiv auf Interventionen)

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

Welche positiven und negativen Faktoren/Verhaltensweisen dienen als Grundlage für Ihre Bewertung in 1 oben?

Beschreiben Sie, auf welche Weise der Patient und Therapeut positiv wie negativ zusammengearbeitet haben. Ihre Beispiele sollen das Ausmaß eines gemeinsamen Problemverständnisses beschreiben; den Konsens über Strategien und Ziele; und die Fähigkeit, Konflikte zu klären. Beschreiben Sie auch die spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen, die die positive Zusammenarbeit fördern.

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

Welche Veränderungen auf Seiten des Therapeuten wie auch des Patienten könnten eine Verbesserung bewirken? Welche Arten von Hindernissen erschweren die Zusammenarbeit? Diese könnten sein: chronische Missverständnisse; Mangel an Übereinstimmung über Vorgehensweisen oder Ziele; passiv-aggressives Verhalten; Versäumnis, die Hausaufgaben zu erledigen; verpasste Sitzungen und Ärger gegenüber dem Therapeuten. Beschreiben Sie gegebenenfalls. auch, wie der Therapeut eine positive Zusammenarbeit beeinträchtigt und Möglichkeiten, wie der Therapeut diese Probleme in der Zusammenarbeit beheben könnte.

C. Nachbeelternde Beziehung & Bindung

Überblick

a. Definition der nachbeelternden Beziehung und Bindung

Die nachbeelternde Beziehung bezieht sich auf das Niveau, die Ausprägung und die Art der Bindung (attachment) und der Beziehungsgestaltung (bonding) zwischen Therapeut und Patient. Die nachbeelternde Beziehung und Bindung beinhaltet die Art und Weise, in der der Therapeut versucht, die Grundbedürfnisse des Patienten zu erfüllen (zeigt Eigenschaften wie Wärme, Akzeptanz, non-verbaler Ausdruck von Fürsorge, Validierung und Förderung der Autonomie) - ebenso wie die Empfänglichkeit des Patienten für begrenztes Nachbeeltern. Die Reaktionen des Patienten auf diese Nachbeelterungsversuche müssen bewertet und beschrieben werden, um dem Therapeuten Hinweise zu geben, wie er sein Verhalten in zukünftigen Sitzungen anpassen kann.

b. Ausführliches Beispiel für die nachbeelternde Beziehung und Bindung

Der Therapeut versucht oft den Schmerz und das Leid des Patienten mit Bezug auf aktuelle Belastungen zu validieren. Diesem Vorgehen begegnet der Patienten häufig mit Bagatellisierung und Ablehnung. Zeigt der Therapeut empathisches Verständnis für die Verwirrung und Unsicherheit, die der Patient angesichts aktueller Belastungen empfindet, starrt der Patient oft nur ausdruckslos zurück.

Diese Reaktionen veränderten sich kürzlich, als sich die Augen des Patienten mit Tränen füllten und er begann sich nach vorne zum Therapeuten zu neigen. Der Patient wurde ermutigt, bei Bedarf zwischen den Sitzungen anzurufen, insbesondere weil eine neue zwischenmenschliche Krise aufgetreten war. Diese Möglichkeit nutzte er einmal versuchsweise, entschuldigte sich aber sofort, dass er das Leben des Therapeuten störe. Die nachbeelternde Beziehung ist gegenwärtig behutsam und spiegelt eine vorsichtige Bindung wider. Es ist unklar, ob das Verhalten des Therapeuten während der Sitzungen irgendwie zu der Schwierigkeit, eine sicherere nachbeelternde Bindung zu schaffen, beiträgt.

Punkt 1. Bewertung der nachbeelternden Beziehung & Bindung

Bewerten Sie die Tiefe der nachbeelternden Beziehung und Bindung basierend auf dem Patientenverhalten und der emotionalen Verbindung, sowohl in den Sitzungen als auch außerhalb von den Sitzungen. Benutzen die folgende 5-stufige Bewertungsskala:

- **1 = SEHR SCHWACH, MINIMALE nachbeelternde Beziehung** (z.B. meist distanziert und desinteressiert/Nichtanerkennung des Therapeuten; Körpersprache und Blickkontakt zeigen keine offensichtliche Bindung; sehr unpersönlich; kann wütend oder kritisch erscheinen gegenüber dem Therapeuten)
- **2 = SCHWACH** (z. B. selten emotional anwesend; geht teilweise in Blickkontakt; diskutiert Probleme, aber zeigt wenig emotionale Beteiligung; Geschäftsmäßige Beziehung mit dem Therapeuten)
- **3 = MITTLERE nachbeelternde Beziehung** (z.B. gelegentlich Interesse an dem Therapeuten und dessen Reaktionen/Meinungen; zeigt manchmal persönliche Reaktionen auf die Behandlung und zeigt Verletzlichkeit)
- **4 = STARK** (z. B. zeigt seine Verletzlichkeit und Risikobereitschaft dem Therapeuten; lässt sich die meiste Zeit auf den Therapeuten ein; drückt deutlich emotionales Berührtsein aus. Scheint die Fürsorge und Hilfe des Therapeuten zu schätzen; Kontaktiert den Therapeuten außerhalb der Sitzungen, wenn es angebracht ist)

5 = SEHR STARKE nachbeelternde Beziehung (z.B. scheint dem Therapeuten durchweg verletzlich und vertrauensvoll zu begegnen; fähig, dem Therapeuten und der Therapie positive Gefühle gegenüberzubringen; verbindet sich mit dem Therapeuten wie mit einer elterlichen Figur, einem Familienmitglied oder engem Freund)

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

Gehen Sie näher auf das Verhalten, die emotionalen Reaktionen und Aussagen des Patienten in der Beziehung zum Therapeuten ein, die als Indikatoren dafür dienen, wie stark (oder schwach) sich die Bindung für den Patienten anfühlt.

Punkt 3. Wie könnte die nachbeelternde Beziehung & 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?

D. Andere weniger gebräuchliche Faktoren, die sich auf die therapeutische Beziehung auswirken (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?

X. Therapieziele: Fortschritte und Hindernisse

Benennen Sie die wichtigsten Therapieziele. Seien Sie so genau wie möglich. Diskutieren Sie für jedes Ziel die zugehörigen Modi und Schemata, den bisherigen Fortschritt und beschreiben Sie mögliche Hindernisse. Beschreiben Sie auch, wie der gesunde Erwachsenenmodus verändert werden könnte, um die Therapieziele zu erreichen. Sie können in Punkt 5 weitere Ziele hinzufügen. (Ziele können beschrieben werden in Bezug auf: Schemata, Modi, Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen, Beziehungsmuster, Symptome, etc.)

XI. Zusätzliche Kommentare oder Erklärungen (optional)

Bitte fügen Sie zusätzliche Informationen hinzu - oder erklären Sie eine Ihrer oben stehenden Antworten und helfen so Ihrem Supervisor oder Rater, Ihre Fallkonzeptualisierung, die Therapiebeziehung und Fortschritte in der Therapie besser zu verstehen. Fügen Sie nach Bedarf weitere Seiten an.

© *14.09.2018* **International Society of Schema Therapy**
Von der ISST anerkannte deutsche Übersetzung der Anleitung zum Formular zur Fallkonzeptualisierung
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