

Patienten-Nr.: 321.09 -0 / -1 (KGI)

Misa Kuper-Yamanaka

## A. Fallkonzeption

### 1. Informationen zur Ausgangslage

#### 1.1. Allgemeine Angaben zu den Personen und aktueller Anlass zur Therapie

Das südafrikanische Ehepaar G. (N. (m; 1977) und K. (w; 1982)) ist seit einem Jahr in der Schweiz, wo er als Informatiker bei einer Grossbank arbeitet. K. (kaufmännische Ausbildung) arbeitet zurzeit nicht. Sie leben zusammen mit zwei Hunden in einer Wohnung in einem ländlichen Vorort von Zürich. N. leidet seit der Geburt an zystischer Fibrose (Erbkrankheit; betrifft v.a. Lungenfunktion und Fruchtbarkeit, stark reduzierte Lebenserwartung). Da er unter einer sehr seltenen Form leidet, ist die seine Lebenserwartung klar reduziert, aber unklar inwieweit. K. hat ein PCO (Polyzystisches Ovarialsyndrom; hormonelle Störung mit reduzierter Fruchtbarkeit und Gewichtsschwankungen). K. hat sich per E-Mail beim KGI gemeldet (aufmerksam geworden durch Website KGI), mit dem Wunsch nach einer Paartherapie. Das Ehepaar leidet seit dem Umzug aus Johannesburg an Beziehungsproblemen (Kommunikationsprobleme, sexuelle Probleme), die sich vor ca. 6 Monaten akut verschärft hatten. Vordergründig war das Ziel des Ehepaars, die Beziehungsprobleme in den Griff zu bekommen, bevor sie Eltern werden (Kinderwunsch). Im Verlauf der Therapie wurde klar, dass K. kurz vor der Anmeldung mehrere Aussenbeziehungen pflegte (Internet), Gewissensbisse hatte und mit der Situation überfordert war.

#### 1.2. Problematik aus Sicht der beiden Partner, bisherige Lösungsversuche

- Aus K.'s Sicht haben sie sich in den letzten 6 Monaten sehr voneinander entfernt („we are not connected“), tagsüber kümmert sie sich um die Hunde und verbringt die meiste Zeit in verschiedenen Chats auf dem Internet. Abends, wenn er nach Hause kommt, verbringen sie selten Zeit zusammen, sondern getrennt an ihren Computern. Aus ihrer Sicht haben beide sehr unterschiedliche Temperamente, sie feurig und leidenschaftlich, und er ruhig und ausgeglichen. Seine Ausgeglichenheit bringe sie manchmal auf die Palme, sie wünscht sich, dass er mehr Emotionen zeigen kann. Manchmal lässt sie sich durch diese Ruhe provozieren und sucht Streit, indem sie ihn wiederum provoziert (testet). Weiter belastend findet sie die Tatsache, dass die sexuelle Frequenz in den letzten Monaten stark gesunken ist (von täglich z.T. mehrmals stattfindendem Beischlaf zu ca. einmal in zwei Wochen), da er seit 2 Jahren Mühe mit der Libido hat (seit definitiver Diagnose der Unfruchtbarkeit). K. bringt die aktuellen Beziehungsprobleme in Verbindung mit ihrer eigenen, sehr problematischen Kindheit (Vater Alkoholiker, tägliche Gewalt, körperliche Missbräuche). Sie habe ihre emotionale Instabilität von ihrem Vater geerbt, und sie merkt, dass sie damit die Beziehung enorm belastet.
- Eine Schwierigkeit aus Sicht beider Ehepartner ist die Tatsache, dass sie Mühe haben, emotional belastende Themen miteinander zu besprechen und zusammen Lösungen zu finden. Deshalb ist auch N.'s Erbkrankheit, bzw. die damit verbundene niedrige Lebenserwartung, im alltäglichen Leben überhaupt kein Problem (erfolgreiche Vermeidung, Bagatellisierung), langfristig ist es jedoch belastend, dass sie nicht offen über diese Krankheit und die Konsequenzen sprechen können.
- Aus N.'s Sicht ist seine Mühe, Emotionen auszudrücken, für die Beziehung eine starke Belastung, indem er nicht gut genug auf K. eingehen könne. Auch er hat eine belastete Kindheit und schliesst seine emotionale Verslossenheit auf seine Herkunftsfamilie zurück, wo Männer nie Emotionen zeigten. Bezüglich Kinderwunsch macht er sich vor allem Sorgen, dass er kein guter Vater sein könnte (aufgrund fehlender positiver Modelle in seiner Familie), den Bezug zur stark reduzierten Lebenserwartung macht er jedoch nicht. Generell geht N. mit seiner Krankheit sehr vermeidend um, ist sich dessen jedoch bewusst, da er diese erfolgreiche Vermeidung auch als Ressource sieht. Gerade in letzter Zeit hat er jedoch das Bedürfnis, die Zukunft besser planen zu können. N. macht sich Sorgen um K., da sie in ihrer Freizeit aktuell nur noch am PC sitzt und mit chatten beschäftigt ist (Suchtcharakter), sodass sie sich nur schwer für gemeinsame Aktivitäten interessieren liesse.

K. hatte vorher manchmal schon das Bedürfnis, N. zu provozieren (ihn eifersüchtig machen), allerdings ging es nie so weit, dass sie Aussenbeziehungen pflegte. Ihre Beziehung bis vor einem halben Jahr bezeichnen beide als sehr gut. Es gibt verschiedene Faktoren, die die aktuelle Krise ausgelöst haben:

- Geheime Aussenbeziehungen von K. (Auslöser oder Folge?), damit verbunden Gewissensbisse und Überforderung
- Umzug in die Schweiz, Entwurzelung, Einsamkeit
- Definitive Diagnose der Unfruchtbarkeit (N.), damit verbunden sexuelle Störung (Libido)
- Kinderwunsch, damit verbunden Frage nach der Zukunftsperspektive, Unsicherheit
- Trennung/Scheidung von Kristy's Eltern, damit verbunden Aktualisierung der Kindheitserlebnisse/Traumatisierungen

Bisher gab es einige Lösungsversuche, allerdings mit mässigem Erfolg: N. konsumiert viel Porno, um seine Libido zu verbessern, K. hat versucht, ihre Zeit am PC zu minimieren und mehr Zeit zusammen zu verbringen, beide versuchen einander in Ruhe zu lassen und keine Wunden aufzureissen.

Beide (K. und N.) haben sehr problematische, komplizierte Familien, sodass es für beide immer eine grosse Entlastung war, über diese unangenehmen Erlebnisse nicht sprechen zu müssen, sondern einander ohne Worte zu unterstützen und verstehen (=Ressourcen).

### 1.3. Veränderungsvorstellungen und Erwartungen an die Paartherapie

(S. auch 1.11. GAS)

Die Veränderungsvorstellungen beider Partner stimmen im Wesentlichen überein. Die Erwartungen gehen insofern auseinander, als bei K. der Auslöser für die Anmeldungen ihre Aussenbeziehungen waren und sie implizit die Erwartung hat, ihre Gewissensbisse loszuwerden („Hilf mir aus meinem Schlamassel heraus“!). Die Erwartungen sind auch bezüglich Bewältigung der eigenen psychopathologischen Störungen unterschiedlich: Während K. sich ihrer psychopathologischen Problematik bewusst ist (Depressive Störung, Essstörung, Emotionsregulationsstörung) und diese auch behandeln will (= Erwartung), ist sich N. seiner eigenen Störung (depr. Symptomatik) nicht bewusst und hat diesbezüglich auch keine Veränderungserwartung. Auf der expliziten Ebene, innerhalb ihrer Beziehungsproblematik, haben beide sehr ähnliche und auch adäquate Erwartungen, da sie beide merken, dass sie in verschiedenen Bereichen Hilfe brauchen: Kommunikation verbessern, Emotionen wahrnehmen und ausdrücken etc. (s. 1.11.).

### 1.4. Individuelle Biographien und Herkunftsfamilien (s. auch Genogramm)

- K. wuchs in einer von Gewalt und Alkohol geprägten Familie auf, sie übernahm immer die Rolle der Verantwortungsvollen, vermittelnden Tochter, die immer sehr bedacht war auf Harmonie. Es war für sie schwieriger mitanzusehen, wie ihre Mutter vom Vater brutal geschlagen wurde, als selber von ihm misshandelt zu werden, da sie ihre Mutter schützen wollte. Ihr Vater war emotional sehr aufbrausend, impulsiv und völlig unberechenbar, die Mutter eher distanziert, kalt und völlig abhängig vom Vater. Kristy hatte sich schon als junges Kind daran gewöhnt, sich möglichst ruhig zu halten und nicht zu provozieren, um Misshandlungen des Vaters zu vermeiden. Gleichzeitig tat sie alles, um seine Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, wenn er ihr wohlgesinnt war (eine „gute“ Tochter sein, sich attraktiv machen, helfen). Der 3 Jahre jüngere Bruder konnte sich von Anfang an besser von den Abläufen innerhalb der Familie distanzieren und liess sich gerne von den vielen Wiedergutmachungs-Geschenken verwöhnen, mit denen der Vater seine Familie ruhig hielt. Die Eltern wohnten bis vor einem Jahr noch zusammen und führten ihre konfliktreiche, von Gewalt geprägte Ehe weiter, K. übernahm auch im Erwachsenenalter die Rolle der Vermittlerin und Beschützerin der Mutter. Vor einem Jahr konnte K. die Mutter dazu überzeugen, sich scheiden zu lassen, was sie aktuell manchmal bereut, da ihr die Mutter immer wieder vorwirft, sie habe die Familie auseinandergerissen. Da die Mutter finanziell nicht abgesichert und arbeitslos ist, wird sie stark von K. und N. unterstützt. Die Beziehung zwischen K. und der Mutter ist sehr eng (tägliche Telefonate) und geprägt von Abwertungen, Schuldzuweisungen und Einmischungen seitens der Mutter. Vor N. hatte K. einige kürzere

Beziehungen, an N. gefällt ihr vor allem, dass er sehr ruhig und ausgeglichen ist. Vor zu impulsiven, lauten Männern hat sie Angst.

- Hier besteht noch Informationsbedarf!! N. hat eine ältere Schwester (lebt in England), die Eltern sind seit 2005 geschieden. Aus früheren Beziehungen beider Eltern hat er noch einen älteren und einen jüngeren Halbbruder, und eine jüngere Halbschwester. In der Familie wurde nie viel gesprochen, und es wurden keine Emotionen gezeigt. Alle Männer in der Familie waren/sind untreu, weshalb sich N. schon früh geschworen hatte, selbst nie untreu zu sein. Erst mit 14 Jahren wurde eine seltene Form der zystischen Fibrose diagnostiziert, nachdem sich erste Symptome manifestierten. Obwohl die Krankheit tägliche Behandlung erfordert (Inhalation, Medikamente), wurde sie in der Familie nie thematisiert, sondern es wurde so weitergelebt, als sei gar nichts passiert.

In beiden Familien wurde sehr dysfunktional mit Gefühlen umgegangen: während in K.'s Familie Impulsivität und Emotionalität reichlich vorhanden war, wurden in N.'s Familie gar keine Emotionen gezeigt (Gefühlsarmut). In beiden Familien fehlten Modelle, wie man mit Emotionen umgehen kann (Emotionsregulation), folglich bedeuteten Emotionen in beiden Familien Gefahr oder Bedrohung. In K.'s Familie wurde sehr offen, übergriffig und impulsiv mit Konflikten umgegangen (Aggression), während N.'s Familie gar nicht mit Konflikten umging, sondern diese totschwieg (Rückzug). In beiden Familien wurden die Grundbedürfnisse nach Bindung und Kontrolle/Orientierung stark verletzt.

### 1.5. Interaktioneller Stil des Paares

Grundsätzlich pflegen beide Ehepartner einen sehr vermeidenden und ambivalenten Interaktionsstil, wenn es um problematische Themen geht. N. hat Mühe, seine Gefühle wahrzunehmen und zu zeigen, was K. als Desinteresse deutet. Sie provoziert ihn (macht ihn eifersüchtig, wird impulsiv, abwertend, aggressiv), um herauszufinden, wie wichtig sie ihm ist (Beziehungstest). Er fühlt sich verletzt und als Versager, reagiert mit Rückzug und Beschwichtigung, was sie wiederum als Bestätigung ihrer negativen Erwartung deutet. Sie zieht sich ebenfalls zurück und fühlt sich ungeliebt und nicht ernst genommen. Die Sexualität hat in solchen Momenten eine starke Funktionalität: beide bauen dadurch ihre inneren Spannungszustände sehr effektiv ab, sodass sie sich wieder nähern können. Dementsprechend hat das Paar dann am meisten Sex, wenn akute Konflikte vorhanden sind (Bsp. Nachdem N. herausgefunden hat, dass K. über längere Zeit Aussenbeziehungen pflegte). Beide wenden so ein rein emotionsorientiertes Coping an (kurzfristiger Spannungsabbau), ohne dass die Probleme inhaltlich besprochen werden. Langfristig können so aber keine Konflikte gelöst werden.

Beide externalisieren kaum, sondern internalisieren und übernehmen zu viel Verantwortung für die Situation. Es gibt daher keine expliziten Schuldzuweisungen, Rechtfertigungen oder linearen Attributionen, beide sprechen sehr respektvoll und liebend voneinander und übernehmen jeweils die ganze Verantwortung für Situationen, an denen realistischweise beide beteiligt waren. Beispielsweise empfand N., nachdem er herausgefunden hatte, dass K. fremdgegangen ist, nicht Wut oder Trauer, sondern Schuld- und Versagensgefühle (dass er sie offenbar nicht befriedigen kann). Insofern läuft ein Grossteil der Kommunikation sehr indirekt und implizit, häufig ohne Bewusstsein der Beteiligten.

Es wird in der Therapie also weniger darum gehen, mit Externalisierungen oder Schuldzuweisungen umzugehen, sondern das Ziel wird sein, die Ängste, den anderen zu verletzen, abzubauen.

### 1.6. Geschichte der Paarbeziehung

Hier besteht noch Informationsbedarf!!!

Das Paar hat sich vor 8 Jahren (sie 20J., er 24J.) in Südafrika über das Internet kennengelernt, es war von Anfang an eine sehr stürmische und grosse Liebe, wobei K. N.'s ruhige und zurückhaltende Art sehr schätzte, und N. wiederum K.'s Temperament und Emotionalität vergötterte. 2007 wurde klar, dass N. grosse Fruchtbarkeitsprobleme hat (eigentlich erstaunlich, dass diese Erkenntnis erst so spät erfolgte, da die Sexualorgane bei Zystischer Fibrose immer betroffen sind = ein Kardinalsymptom). In der Folge fühlte sich N. stark in seiner Männlichkeit verletzt und entwickelte

eine sexuelle Unlust (keine Libido). Die Sexualität war von Anfang an ein sehr grosses Thema und ein wichtiger Bestandteil in der Beziehung.

K. war früher eine schlanke, attraktive Frau, die aufgrund ihrer Schönheit auffiel (sie machte nach der kaufmännischen Ausbildung sogar eine Weiterbildung als Fitness Trainerin). N. genoss es immer, mit ihr durch die Strassen zu gehen und die bewundernden Blicke zu spüren. Heute ist K. stark übergewichtig, was N.'s sexuelle Unlust zusätzlich verstärkt.

Die grösste Ressource des Paares war von Anfang an die gegenseitige bedingungslose Akzeptanz, und Verständnis. N. akzeptiert K.'s Impulsivität und verstrickte Familienbeziehungen, unterstützt sie wo er nur kann, und K. nimmt N.'s Krankheit mit einer beeindruckenden Unbeschwertheit und Natürlichkeit hin.

### **1.7. Das Paar unter dem Aspekt der Lebenszyklusperspektive**

Das Paar wünscht sich Kinder und möchte sich mit der Paartherapie für den Übergang von der Phase der Zweisamkeit (Dyade) in die Phase der Familiengründung (Triade) vorbereiten. Diese Entwicklungsaufgabe ist für das Paar insofern eine Herausforderung, als mit dem Kinderwunsch verschiedene konflikthafte Schemata aktiviert werden: Bei N. und K. werden Erinnerungen an die eigene schwierige Kindheit wach, sodass beide an ihrer Kompetenz als Eltern zweifeln (keine Modelle vorhanden). Des Weiteren hinterfragt K. ihre problematische Beziehung zur Mutter, wobei das Thema der Abgrenzung / Ablösung aktualisiert wird. Weiter erschwerend wirkt die implizite Erwartung, dass die Beziehung in dieser Phase stabilisiert und gefestigt werden sollte (Nestbau, Wurzeln schlagen), wodurch sich beide Partner aufgrund ihrer individuellen Biographie unter Druck gesetzt fühlen und Angst entwickeln (kein Grundvertrauen in funktionierende Beziehungen, Identität des Paares gestört). Eine zentrale Entwicklungsaufgabe für das Paar wird auch sein, mit der Unsicherheit bezüglich N.'s Lebenserwartung umgehen zu lernen, bzw. sich mit dieser Tatsache zu konfrontieren, auch wenn dies von beiden Partnern stark vermieden wird. Die genannten Entwicklungsaufgaben werden durch verschiedene Problembereiche blockiert bzw. erschwert (s. unten).

### **1.8. Rahmenbedingungen der Paartherapie**

Besondere Belastungsfaktoren: Ein besonderer Belastungsfaktor ist die Unsicherheit bezüglich N.'s Lebenserwartung. Auch wenn dieses Thema vom Paar stark vermieden wird, ist es klar, dass dieser Umstand einen relevanten negativen Einfluss auf das Bedürfnis nach Kontrolle/Orientierung hat. Weiter belastend sind die psychopathologischen Symptome von K. (Suchtveranlagung, depressive Symptomatik, Emotionsregulationsstörung, Missbräuche in d. Vergangenheit).

Vernetzung mit Umfeld: Das Paar ist hier in der Schweiz noch nicht sehr gut vernetzt, abgesehen von einigen Bekanntschaften zu anderen englischsprachigen Frauen, die K. über das Internet geschlossen hat. Das Ehepaar lebt ziemlich isoliert.

Beziehungen zu den Herkunftsfamilien: K. hat mit ihrer Mutter einen sehr engen, aber konflikthaften Kontakt, zu ihrem Vater pflegt sie zur Zeit keinen Kontakt, mit dem Bruder hat sie wenig Kontakt. N. hat gewollt nicht viel Kontakt mit seiner Familie, die Beziehungen innerhalb seiner Familie sind alle relativ distanziert und emotional abgeflacht.

Wohnverhältnisse/Umfeld: Das Paar wohnt in einer modernen Wohnung in einem ländlichen Zürcher Vorort mit relativ hoher Lebensqualität (Natur, Anschluss an die Stadt etc.). In Johannesburg lebte das Paar in einem gefährlichen Quartier (Gewalt). N. hatte sein eigenes IT-Unternehmen, welches er vor dem Umzug in die Schweiz verkaufte. Er hat zwar einen guten Job in der Bank, aber er verdient verhältnismässig deutlich weniger als vorher. Bei der Bezahlung der Therapiestunden möchte das Paar wegen der finanziellen Belastung darauf achten, nicht mehr als 2 Sitzungen pro Monat zu vereinbaren.

Rollenerwartungen: In Südafrika wird von einem guten Mann erwartet, dass er genug verdient, damit seine Frau nicht arbeiten muss. Dementsprechend möchte N. nicht unbedingt, dass K. wieder arbeitet, und K. wiederum hat nicht den

Drang zu arbeiten. Innerhalb der Beziehung ist N. derjenige, der wichtige Entscheidungen trifft, K. lehnt sich gerne an und lässt sich führen.

Behandlungsumfeld: K. wurde von Mariann an eine gute Gynäkologin in der Stadt zugewiesen (Organisation Ernährungsberatung, Fruchtbarkeitsbehandlung etc.). N. ist für seine Krankheit bei einem bekannten Lungenarzt in der Hirslanden Klinik in Behandlung. Beide sind mit der medizinischen Betreuung sehr zufrieden.

### 1.9. Testdiagnostische Beschreibung des Ausgangszustandes des Paares

K.	N.
<b>BSI:</b>	
<p><u>Sehr hohe Werte (über der Norm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Unsicherheit</li> <li>- Starkes paranoides Denken</li> </ul> <p><u>Hohe Werte (innerhalb der Norm, über dem Median):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Somatisierung</li> <li>- Starke Zwanghaftigkeit</li> <li>- Starke Depressivität</li> <li>- Starke Aggressivität</li> <li>- Starke phobische Angst</li> <li>- Starke Fremdheit</li> </ul> <p>GSI: starke mittlere Belastung            PST: sehr hohe Anzahl Beschwerden            PSDI: eher geringe Stärke der Beschwerden</p> <p><b>Ausser „Ängstlichkeit“ bei allen Items starke bis sehr starke Ausprägung!!</b></p>	<p><u>Hoher Wert (innerhalb der Norm, über dem Median):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Somatisierung</li> </ul> <p>GSI: geringe mittlere Belastung            PST: mittlere Anzahl Beschwerden            PSDI: sehr geringe Stärke der Beschwerden</p> <p><b>Sehr geringe Symptombelastung: vermeidende, dissimilierende Tendenz?</b></p>
<b>IIP 64</b>	
<p><u>Werte über dem Median, innerhalb der Norm („zu“):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu autokratisch/dominant</li> <li>- Zu expressiv/aufdringlich</li> <li>- Zu fürsorglich/freundlich</li> <li>- Zu ausnutzbar/nachgiebig</li> </ul> <p><u>Werte unter dem Median, innerhalb der Norm („wenig“):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstunsicher/unterwürfig</li> <li>- Introvertiert/sozial vermeidend</li> <li>- Abweisend/kalt</li> <li>- Streitsüchtig/konkurrierend</li> </ul> <p><b>„Beule rechts“: expressiv, impulsiv, freundlich</b></p>	<p><u>Werte unter dem Median, innerhalb der Norm („wenig“):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressiv/aufdringlich</li> <li>- Fürsorglich/freundlich</li> <li>- Ausnutzbar/nachgiebig</li> <li>- Introvertiert/sozial vermeidend</li> </ul> <p><u>Werte unter dem Median, ausserhalb der Norm („zu wenig“):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autokratisch/dominant</li> <li>- Selbstunsicher/unterwürfig</li> <li>- Abweisend/kalt</li> <li>- Streitsüchtig/konkurrierend</li> </ul> <p><b>„Delle oben links“: wenig Grenzen setzend, wenig dominant</b></p>
<b>MAQ-D</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambivalent-desorientierter Bindungsstil</li> <li>- Wenig Sorge darüber, nicht geliebt zu werden (nicht besorgt)</li> <li>- Unsicherer Bindungsstil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermeidender Bindungsstil</li> <li>- Ambivalent-besorgter Bindungsstil</li> <li>- Ambivalent-desorientierter Bindungsstil</li> <li>- Sehr unsicherer Bindungsstil</li> </ul>

## FAMOS

<p><u>Sehr wichtige AZ (ausserhalb der Norm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glauben/Sinn</li> </ul> <p><u>Wichtige AZ (innerhalb der Norm, über Median):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intimität/Bindung</li> <li>- Geselligkeit</li> <li>- Überlegensein/Imponieren</li> <li>- Das Leben auskosten</li> <li>- Selbstvertrauen/Selbstwert</li> <li>- Selbstbelohnung</li> </ul> <p><u>Sehr schlimme VZ (ausserhalb der Norm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorwürfe/Kritik</li> </ul> <p><u>Schlimme VZ (innerhalb der Norm, über Median):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erniedrigung/Blamage</li> <li>- Spannungen mit anderen</li> <li>- Sich verletzbar machen</li> <li>- Hilflosigkeit/Ohnmacht</li> </ul> <p>V/A: Keine Vermeidungsdominanz, mehr AZ</p> <p><b>Zu wenig ausgeprägte AZ: Anerkennung, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Bildung/Verstehen</b></p>	<p><u>Sehr wichtige AZ (ausserhalb der Norm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anderen helfen</li> <li>- Autonomie</li> </ul> <p><u>Wichtige AZ (innerhalb der Norm, über Median):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistung</li> <li>- Kontrolle haben</li> </ul> <p><u>Sehr schlimme VZ (ausserhalb der Norm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorwürfe/Kritik</li> <li>- Sich verletzbar machen</li> <li>- Hilflosigkeit/Ohnmacht</li> <li>- Versagen</li> </ul> <p><u>Schlimme VZ (innerhalb der Norm, über Median):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alleinsein/Trennung</li> <li>- Geringschätzung</li> <li>- Abhängigkeit/Autonomieverlust</li> </ul> <p>V/A: starke Vermeidungsdominanz, mehr VZ</p> <p><b>Zu wenig ausgeprägte AZ: Geselligkeit, Hilfe bekommen, Glauben/Sinn, das Leben auskosten, Selbstvertrauen/Selbstwert, Selbstbelohnung</b></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## INK

<p><u>AZ: Hohe INK (innerhalb der Norm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anderen helfen</li> <li>- Anerkennung</li> <li>- Überlegensein/Imponieren</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Leistung</li> <li>- Kontrolle haben</li> <li>- Bildung/Verstehen</li> <li>- Glauben/Sinn</li> </ul> <p><u>VZ: Hohe INK (innerhalb der Norm)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringschätzung</li> <li>- Vorwürfe/Kritik</li> <li>- Abhängigkeit/Autonomieverlust</li> <li>- Spannung mit anderen</li> <li>- Sich verletzbar machen</li> <li>- Hilflosigkeit/Ohnmacht</li> </ul> <p><b>Viel INK bei AZ und VZ, viele wichtige AZ und schlimme VZ (Famos).</b></p>	<p><u>AZ: Hohe INK (innerhalb der Norm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geselligkeit</li> <li>- Anderen helfen</li> <li>- Hilfe bekommen</li> <li>- Anerkennung</li> <li>- Überlegensein/Imponieren</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Bildung/Verstehen</li> <li>- Glauben/Sinn</li> <li>- Das Leben auskosten</li> <li>- Selbstvertrauen/Selbstwert</li> <li>- Selbstbelohnung (sehr hohe INK!!)</li> </ul> <p><u>VZ: Hohe INK (innerhalb der Norm)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeit/Autonomieverlust</li> </ul> <p><b>Viele wichtige VZ im FAMOS, wenig INK bei den VZ, d.h. erfolgreiche Vermeidung. Zu wenig ausgeprägte AZ im FAMOS, viel INK bei den AZ, d.h. viele brachliegende Ressourcen.</b></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## BDI

RW=19 (klin. Relevante Ausprägung)	RW=23 (klin. Relevante Ausprägung)
------------------------------------	------------------------------------

## PFB

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unkonstruktives Streitverhalten (1.5)</li> <li>- Wenig Zärtlichkeit (2.5)</li> <li>- Wenig Gemeinsamkeiten/schlechte Kommunikation (0.5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unkonstruktives Streitverhalten (1.8)</li> <li>- Wenig Zärtlichkeit (1.2)</li> <li>- Viel Gemeinsamkeiten, positive Kommunikation (-0.2)</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## IMI (Fremdeinschätzung)

### K. wird von N. eingeschätzt:

- Dominant
- Eigennützig
- Feindselig
- Misstrauisch
- Wenig distanziert
- Gehemmt
- Wenig unterwürfig
- Wenig hilfsbedürftig
- Wenig demütig
- Dienstfeurig
- Ganz wenig liebenswürdig
- Ganz wenig hilfsbereit
- Ganz wenig herzlich
- Gesellig
- aufdringlich

*Insgesamt wenig von der Norm abweichende Werte, d.h. K. wird von N. nicht extrem bewertet, sondern eher ausgeglichen.*

### N. wird von K. eingeschätzt:

- sehr dominant
- sehr eigennützig
- sehr feindselig
- sehr misstrauisch
- distanziert
- gehemmt
- sehr unterwürfig
- sehr hilfsbedürftig
- sehr demütig
- dienstfeurig
- wenig liebenswürdig
- sehr wenig hilfsbereit
- sehr wenig herzlich
- sehr wenig gesellig
- sehr aufdringlich

*Die meisten Werte befinden sich ausserhalb der Norm, d.h. N. wird von K. extrem bewertet, kein ausgeglichenes Profil.(Ausdruck d. Impulsivität!!)*

### 1.10. Diagnostische Einordnung

- **K.: Diagnosevorschläge**

Achse I:

296.21 MDE, einzelne depressive Episode, leicht (BDI: 19)

307.50 Esstörung (untypisch, nicht andernorts klassifiziert): Binge eating

Suchtverhalten: Internet (Chats), Fernsehen, Nikotin

Achse II:

301.83 einzelne Elemente einer Borderline PS (emotional-instabiler od. impulsiver Typ?)

Achse III: Medizinische Diagnose:

PCO (Polyzystisches Ovarialsyndrom: hormonelle Störung, geringe Fruchtbarkeit)

- **N.:**

Achse I:

296.22 MDE, einzelne depressive Episode, mittlere Ausprägung (BDI: 23)

Achse III: Medizinische Diagnose:

Zystische Fibrose (Genet. bedingte Stoffwechselstörung, u.a. Störung der Lungenfunktion und Fruchtbarkeit). Lungentransplantation steht bevor.

### 1.11. GAS

Es konnte noch kein GAS mit dem Paar gemacht werden (noch keine Paarsitzung stattgefunden)!!

#### Therapieziele (Therapiezielinventar):

	K.	N.
<b>Spezifische Probleme/Symptome:</b>		
Depressive Symptome	Stimmungsschwankungen, Antrieb, Trauer	Antrieb, Trauer
Soziale Ängstlichkeit	Unsicherheit in Gesellschaft anderer	
Traumat. Erlebnisse	Bewältigen	
Essverhalten	Gewichtsprobleme bewältigen	
Sexualität	Hilfe bei sexuellen Problemen	
Krankheit/Schmerz		Umgang mit Krankheit
Stress	Besser bewältigen	
<b>Interpersonelle Ziele:</b>		
Aktuelle Beziehung	Beziehung verbessern mit Partner, Sexualität verbessern, Erwartungen/Gefühle klären	Beziehung verbessern mit Partner, Sexualität verbessern
Elternschaft/eigene Familie		Besserer und selbstbewusster Vater werden, eigene Familiensituation verbessern
Herkunftsfamilie	Beziehung zu den Eltern verändern	
Durchsetzungsfähigkeit/ Grenzen	Bestimmter werden im Umgang mit anderen, Umgang mit Reaktionen anderer	Bestimmter werden im Umgang mit anderen
<b>Wohlbefinden:</b>		
	Mehr Sport, Aktivität, ruhiger und entspannter werden, das Leben genießen, zufrieden sein mit dem Körper	Mehr Sport, Aktivität, bessere Freizeitplanung, ruhiger und entspannter werden, das Leben genießen
<b>Orientierung:</b>		
Vergangenheit/Gegenwart/Zukunft	Bewältigung von vergangenen Erlebnissen, Identität, Fähigkeiten und Ziele klären, Pläne entwickeln bezüglich Zukunft	Pläne entwickeln bezüglich Zukunft
Sinn des Lebens	klären	

<b>Selbstbezogene Ziele:</b>		
Selbstbewusstsein	Selbstbewusstsein, Selbstakzeptanz	
Wünsche/Bedürfnisse	Bedürfnisse klären & besser ausdrücken	Eigene Grenzen besser kennen, Ziele und Pläne besser verfolgen können
Leistung/Kontrolle/Verantwortung	Entscheidungen unabhängig fällen	Überhöhte Ansprüche an mich selbst/andere anpassen
Emotionen	Umgang mit starken negativen Gefühlen	Emotionen besser wahrnehmen und ausdrücken
<b>Spezifische Ziele:</b>		
	Fruchtbarkeitsprobleme klären	
	Umgang mit N.'s Gesundheitszustand	

K. hat mehr Therapieziele formuliert, was auch insofern meiner Einschätzung entspricht, als dass sie psychopathologisch einige Probleme mit Eigendynamik hat (zusätzlich zu den Beziehungsproblemen): Essverhalten, Emotionsregulationsproblematik, Suchtveranlagung (Internet), körperliche Missbräuche i.d. Vergangenheit. Deshalb haben wir besprochen, dass mit K. einige Einzelsitzungen geplant sind, um diese Themen separat anzusprechen. Aufgrund der Kriseninterventionen (Bekanntwerden von K.'s Aussenbeziehung) sind wir bis jetzt nicht dazu gekommen, im Paarsetting Ziele zu definieren. Folgende Schwerpunkte wurden in den stattgefundenen Einzelsettings definiert:

#### Paarsetting:

- Kommunikation verbessern: insbesondere schwierige Themen, Emotionen mitteilen
- Angst reduzieren, einander emotional zu verletzen
- Abgrenzung voneinander, Bedürfnisse wahrnehmen und kommunizieren
- Intimität/Sexualität verbessern
- Umgang mit N.'s Krankheit
- Umgang mit Kinderwunsch/Fruchtbarkeit

#### Einzelsetting K.:

- Umgang mit Kindheitserlebnissen (Missbräuche durch Vater)
- Abgrenzung von der Mutter
- Emotionsregulation
- Gewichtsprobleme/Essverhalten
- Depressive Symptomatik/Suchtveranlagung

Es wird besonders wichtig sein, im Paarsetting eine gemeinsame, realistische Veränderungsperspektive zu entwickeln. Auffällig ist die starke Vermeidung der Auseinandersetzung mit N.'s Krankheit (Lebenserwartung!!) bei gleichzeitig vorhandenem Kinderwunsch.

## **2. Hypothesen aufgrund des Genogramms, der Geschichte der Paarbeziehung, der gegenwärtigen Lebenszyklusphase und der allgemeinen Rahmenbedingungen**

- K. kommt aus einer vergleichsweise kleinen, finanziell gutsituierten Familie, die Mutter war Hausfrau, der Vater Inhaber einer Sicherheitsfirma. Die Kindheit war geprägt von körperlichen Misshandlungen einerseits und Wiedergutmachungsversuchen (Geschenke, Verwöhnen) andererseits, sodass es für K. sehr schwierig

war, ihren eigenen und den Emotionen anderer zu vertrauen. Gegen aussen musste die Familie immer einen guten Eindruck hinterlassen und K.'s Eltern zeigten sich von der besten Seite (aufmerksam, liebenswürdig, vorbildlich). Von ihrer Mutter hat K. das Bild einer unselbständigen, unterdrückten, kalten, aber auch intriganten und grenzüberschreitenden Frau. Von ihrem Vater hat sie die impulsive, unkontrollierte, emotionale Seite „geerbt“, die sie an sich selbst so verabscheut. Mit ihrem Bruder musste sie stark um die Gunst/Aufmerksamkeit der Eltern konkurrieren, gleichzeitig durfte sie sich nicht zu stark exponieren, um keine Bestrafung zu riskieren. Dieses Hin-und herschwanken zwischen aufmerksamkeitssuchendem Verhalten (histrionisch) und angstvollem Rückzug (phobische Vermeidung) gehört heute noch zu den zwei Polen, zwischen denen sich K. emotional bewegt. Es ist anzunehmen, dass so v.a. die Grundbedürfnisse nach Bindung und Kontrolle/Orientierung nie richtig befriedigt und stark verletzt wurden.

- N. kommt aus einer grossen Familie, wobei es die 2. Ehe für beide Eltern war, beide hatten zuvor Familien mit Kindern. N. hat zwei Halbbrüder, eine Halbschwester und eine ältere Schwester. N.'s Eltern sind seit 2005 geschieden. Über N.'s Herkunftsfamilie habe ich noch nicht genug Informationen, um mir ein umfassendes Bild zu machen. Fest steht jedoch, dass in der Familie nie Emotionen gezeigt wurden, und dass vor allem mit seiner Krankheit sehr vermeidend umgegangen wurde. Zudem ist das Männerbild in der Familie sehr negativ: alle Männer sind untreu („in my family there's a history of infidelity“) und gehen schlecht mit Frauen um. Das Bild hat N. insofern geprägt, als er sich geschworen hatte, nie so zu werden und Frauen gut zu behandeln. Bezüglich Emotionen fehlte N. schlicht die Möglichkeit, am Modell zu lernen, wie man Emotionen umgeht (wahrnehmen, zeigen, kommunizieren, verarbeiten), bzw. er lernte, mit Emotionen sparsam umzugehen und sie möglichst zu vermeiden.

Zur Geschichte der Paarbeziehung fehlen noch viele Informationen. Es ist jedoch deutlich, dass am Anfang der Beziehung die emotionale Komplementarität für beide ein grosser Gewinn war: K. fühlt sich wohl und geborgen mit jemandem, der treu, ruhig und zurückhaltend ist, da sie grosse Angst vor impulsiven Männern hat. N. wiederum schätzt K.'s unmittelbare Emotionalität sehr, da sie ihm damit hilft, mit seinen eigenen Emotionen umzugehen. Genau diese Komplementarität ist heute aber insofern schwierig, als sie bei Konflikten dazu führt, dass ein dysfunktionales Beziehungsschema aktiviert wird und sich das Paar voneinander entfernt (sie kritisiert, er zieht sich zurück, etc., s. 3. Paarkonfliktmuster). 2007 wurde klar, dass N. unfruchtbar ist, was ihn sehr belastet und ihn in seiner Männlichkeit verletzt. Interessanterweise ist diese Tatsache für das Paar belastender, als die grundlegende Tatsache, dass N.'s Lebenserwartung beschränkt ist. In der Folge hat sich die Sexualität des Paares verändert (Libidoverlust seinerseits, Abnahme der Frequenz).

Bezüglich Lebenszyklus befindet sich das Paar in der Dyadenzeit, der Entwicklungsschritt zur Triadenzeit (Familiengründung) steht an. Diese Übergangsphase ist für das Paar insofern eine Belastung, als sich bei K. und N. (beide!!) Entwicklungsaufgaben aufdrängen, mit denen sie bisher nicht konfrontiert worden sind: Identitätsfindung, Abgrenzung/Ablösung von der Herkunftsfamilie (v.a. K.), langfristige Perspektiven entwickeln, Verantwortung übernehmen (Bsp. Für eigene Krankheiten und Störungen). Bei K. stehen zudem noch Entwicklungsschritte aus vorhergehenden Lebenszyklusphasen an, die durch die traumatisierenden Familienumstände und die psychopathologische Symptomatik stagnierten.

### 3. Paarkonfliktmuster und dazu assoziierte individuelle Schemata

K.	N.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionen: Langeweile, Unzufriedenheit, Verunsicherung</li> <li>- Verhalten: provokativ, impulsiv, abwertend, Aufmerksamkeit suchend</li> <li>- Kognitionen: N. nimmt mich nicht ernst. Ich werde nicht wahrgenommen. Erwartung: N. liebt mich nicht, ich muss auf mich aufmerksam machen</li> <li>- <b>Verhalten i.S. des individuellen Schemas: Wunsch geliebt zu werden (Bindung), Angst vor Abweisung, Bestrafung (Kontrolle, Selbstwert)</b></li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionen: Verunsicherung, Selbstabwertung, Versagensgefühle, Schuldgefühle</li> <li>- Verhalten: Rückzug, Neutralität, beruhigend</li> <li>- Kognitionen: Ich darf meine negativen Emotionen nicht zeigen, sonst verliere ich die Kontrolle. Wenn ich impulsiv reagiere, verliere ich K.. Erwartung: ich kann K. nicht befriedigen.</li> <li>- <b>Verhalten i.S. von K.'s Befürchtungen</b></li> <li>- <b>Verhalten i.S. des eigenen Schemas: Wunsch geliebt zu werden (Bindung), Angst vor Versagen (Kontrolle, Selbstwert)</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionen: Enttäuschung, Trauer, Depressivität, Perspektivenlosigkeit</li> <li>- Verhalten: Steigerung der Impulsivität, Provokationen, noch mehr Abwertungen. Z.T. Suche nach sexueller Aufmerksamkeit.</li> <li>- Kognitionen: ich hatte Recht, N. nimmt mich nicht ernst, er liebt mich also nicht, ich könnte sterben und er würde immer noch keine Emotionen zeigen</li> <li>- <b>Bestätigung der negativen Erwartungen (Befürchtung: N. weist mich ab, liebt mich nicht)</b></li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionen: Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Ohnmacht, Depressivität</li> <li>- Verhalten: weiterer Rückzug, „bottling up“, Gefühlskälte, verzweifelte Versuche zur Beschwichtigung. Äusserung der negativen Gefühle auf sexueller Ebene.</li> <li>- Kognitionen: ich hatte Recht, K. liebt mich nicht. Ich bin ein Versager, ich schaffe es nicht, sie zu befriedigen</li> <li>- <b>Bestätigung der negativen Erwartungen (Befürchtung: K. findet, ich sei ein Versager. K. liebt mich nicht.)</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionen: depressive Gefühle, Schuldgefühle, Schamgefühle, Versagensgefühle, Kontrollverlust, Orientierungslosigkeit</li> <li>- Verhalten: <b>Verstärkung der psychopathologischen Symptomatik</b>, verzweifelte Suche nach Aufmerksamkeit ausserhalb der Beziehung (Aussenbeziehung), <b>Rückzug</b>, Passivität</li> <li>- Kognitionen: ich schaffe es nicht, ich bin zu nichts fähig. Ich werde N. verlieren</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionen: depressive Gefühle, Schuldgefühle,</li> </ul>

	Schamgefühle, Versagensgefühle, Kontrollverlust, Orientierungslosigkeit - Verhalten: <b>Verstärkung der depressiven Symptomatik, Rückzug</b> , Passivität, Ablenkung durch Pornokonsum - Kognitionen: ich schaffe es nicht, ich bin zu nichts fähig. Ich werde K. verlieren
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4. Stärken und Ressourcen

- K. ist grundsätzlich sehr offen und möchte eigentlich nichts mehr, als die Beziehung mit N. zu retten. Sie ist eigentlich eine selbständige Frau, die es gewohnt ist, zu kämpfen und durchzubeissen (s. Familiengeschichte). K. hat sehr starke Emotionen (d.h. auch viele positive), mit denen sie potentiell sehr viel erreichen kann (geliebt werden, bewundert werden, Aufmerksamkeit erlangen). K. ist sehr sympathisch, kann gut neue Kontakte knüpfen (Annäherung) und Freundschaften pflegen.
- N. ist sehr leistungsorientiert, hat eine hohe rationale Intelligenz und ist sehr selbständig (problemlöseorientiert). Es zeugt von grosser Durchsetzungskraft, dass er in Johannesburg seine eigene Firma verkauft hat und unmittelbar danach in der Schweiz einen gute neue Arbeit gefunden hat (trotz Krankheit). Er hat einen grossen Lebenswillen und kann seine körperlichen Schmerzen erfolgreich bewältigen, sodass sie ihn im alltäglichen Leben minimal belasten. N. ist sehr treuherzig und verlässlich. Er kann sich nicht vorstellen, mit einer anderen Frau zusammen zu sein.

Das Paar verbindet eine sehr grosse Liebe und Zuneigung. Obwohl K. fremdgegangen ist, ist die gegenseitige Loyalität unglaublich gross, beide würden alles dafür tun, eine bessere Beziehung zu haben (nur haben sie bisher dysfunktionale Strategien angewendet, s. oben). Die Tatsache, dass das Paar zusammengekommen ist, obwohl von Anfang an klar war, dass N. eine begrenzte Lebenserwartung hat, zeugt von einer sehr starken Verbundenheit. Auf der Bewältigungsebene ist das Paar sehr stark, sie haben gemeinsam viele Schwierigkeiten überwunden (Umgang mit K.'s Familie, Umzug in die Schweiz, täglicher Umgang mit N.'s Krankheit). Der Umgang mit diesem Thema (Vermeidung, Unbefangenheit) bedeutete bisher vor allem auch eine grosse Ressource, sodass sich das Paar dadurch nicht belastet fühlte. Auch der gegenseitige Umgang mit den schwierigen Herkunftsfamilien ist sehr bewältigungsorientiert, beide hinterfragen oder kritisieren nicht, sondern versuchen zusammen damit umzugehen.

#### 5. Funktionales Problemverständnis

K. und N. verbindet eine grosse Zuneigung und Loyalität, die dadurch bedingt ist, dass sie sich sehr gut ergänzen und einander das geben können, was dem anderen fehlt (Komplementarität: sie impulsiv & emotional, anlehnungsbedürftig, er ausgeglichen & kontrolliert, beschützend). Sie haben bisher eine enge, verbundene Beziehung geführt und konnten dadurch sehr viele Schwierigkeiten gemeinsam überwinden (täglicher Umgang mit N.'s Krankheit, Diagnosen, Umgang mit schwierigen Herkunftsfamilien, Umzug in die Schweiz).

Bei der aktuellen Beziehungskrise steht von der Lebenszyklusperspektive aus der Übergang von der Dyadenzeit in die Triadenzeit (Familiengründung) an, die bei beiden individuelle, biographisch bedingte konflikthafte Schemata auslösen (Mehrgenerationenperspektive), welche wiederum zu dysfunktionalen Paarkonfliktmustern führen (Attraktoren): Aufgrund ihrer traumatisch erlebten und konflikthafte Kindheit, konnten K.'s Grundbedürfnisse nach Bindung und Kontrolle/Orientierung nie befriedigt werden, sodass sie ein für die Beziehungsqualität zentrales Konfliktschema entwickelte: Wunsch geliebt zu werden (Bindung), Angst vor Abwertung, Abweisung (Kontrolle, Selbstwert). Sie versucht ihr Bedürfnis nach Bindung zu befriedigen, indem sie nach Aufmerksamkeit sucht (Emotionsüberfluss), bei zu viel Aufmerksamkeit hat sie jedoch Angst, abgewiesen zu werden. N. hat aufgrund seiner Familiengeschichte ein zentrales Konfliktschema entwickelt, welches die gleichen Grundbedürfnisse betrifft: Der Wunsch geliebt zu werden (Bindung) löst gleichzeitig die Angst aus, die Kontrolle über seine Gefühle und sein Verhalten zu verlieren (Kontrolle), was er als Versagen attribuieren würde (Selbstwert). Auf der Verhaltensebene manifestiert sich dieses Konfliktschema komplementär zu K.'s: N. versucht K.'s Liebe zu gewinnen, indem er sie beschützt und ihre Gefühlsausbrüche mit Rationalität versucht auszugleichen, was sich wegen seiner Angst vor Kontrollverlust in einer Emotionsarmut äussert. Die beschriebenen individuellen Schemata führen im Beziehungskonflikt dazu, dass sich beide voneinander zurückziehen (Details s. 3. Paarkonfliktmuster).

Zusätzlich wirken aktuell mehrere, das Paarkonfliktmuster verstärkende oder aufrechterhaltende Faktoren: K.'s psychopathologische Symptomatik mit Eigendynamik (depressive Symptomatik, Impulskontrollstörung,

Emotionsregulationsstörung, Suchtveranlagung) potenziert die dysfunktionalen Beziehungsabläufe, die Unsicherheit bezüglich N.'s Lebenserwartung verstärkt die Orientierungslosigkeit und Perspektivenlosigkeit des Paares, K.'s verstrickte und enge Beziehung zur Mutter aktiviert immer wieder K.'s Konfliktschemata, und schliesslich verstärkte der Umzug in die Schweiz bei beiden auch die Gefühle der Entwurzelung und Orientierungslosigkeit.

## B. Therapieplanung

### 1. Therapiesetting

In der ersten Phase der Therapie ist ein Mischsetting indiziert: Einerseits Sitzungen mit K. im Einzelsetting, weil sie einige Problembereiche mit Eigendynamik hat (psychopathologische Symptomatik). Da K.'s psychische Störungen eine grosse Auswirkung haben auf die Paarkonfliktmuster (aufrechterhaltende, verstärkende Faktoren), ist deren Behandlung eine wichtige Voraussetzung für die Paartherapie. Parallel dazu sind Paarsitzungen sinnvoll, da die Voraussetzungen dazu gegeben sind (gemeinsame Problemsicht, Veränderungsperspektive und Motivation für Paartherapie vorhanden), und da die zentralen problematischen Beziehungsabläufe nur im Paarsetting aktiviert und bearbeitet werden können. Ein Mischsetting ist aus ökonomischen Gründen der gestaffelten Version Einzel-/Paarsetting vorzuziehen, da das Paar so schneller korrektive Erfahrungen bezüglich der Beziehungsproblematik machen kann und die Paar-Ressourcen von Anfang an auch für die Behandlung im Einzelsetting (und umgekehrt) genutzt werden können. In einer zweiten Phase, wenn K.'s individuelle Problematik abgenommen hat, wäre ein reines Paarsetting denkbar. Einzelsitzungen mit N. sehe ich nicht als indiziert, da seine depressive Störung meiner Ansicht nach nicht eine grosse Eigendynamik hat und vor allem mit der aktuellen Beziehungskrise verbunden ist. Daher können seine depressiven Symptome sehr gut auch im Paarsetting behandelt werden.

### 2. Ansatzpunkte zur Veränderung

Die Veränderungsmöglichkeiten ergeben sich einerseits aus der Lebenszyklusperspektive heraus betrachtet bei der Unterstützung zum Nachvollziehen der für das Paar anstehenden Entwicklungsschritte vor der Familiengründung: Identitätsfindung, Abgrenzung & Ablösung von den Herkunftsfamilien (v.a. K.), Entwicklung von realistischen Perspektiven als Paar/Familie. Andererseits ergeben sich Veränderungsmöglichkeiten aus der Therapiemotivation und bedürfnisorientierten Sichtweise des Paares, die sich in der gemeinsamen Problemdefinition, der Zielvereinbarung und in der Veränderungsperspektive äussern. D.h. es ist aus Therapeutesicht wichtig, gleichzeitig beide Perspektiven einzunehmen, indem die Lebenszyklusperspektive für klärungsorientierte Interventionen, und die Veränderungsperspektive des Paares für bewältigungsorientierte Interventionen genutzt werden können.

Aufgrund der vorhandenen Ressourcen ist zu erwarten, dass das Paar die anstehenden Entwicklungsaufgaben bewältigen kann, allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass mind. Ein relevanter Faktor vorhanden ist, der nicht verändert werden kann und dauerhaft zu einem hohen Inkongruenzniveau führen wird (N.'s begrenzte Lebenserwartung). Eine besondere Herausforderung ist die Tatsache, dass das aktuell problematische Paarkonfliktmuster früher eine grosse Ressource war für das Paar (Komplementarität, Umgang mit der Krankheit). Eine zu unmittelbare Veränderung dieses Paarkonfliktmusters könnte das Inkongruenzniveau des Paares fördern statt senken. Daher muss darauf geachtet werden, dass die bevorstehenden Entwicklungsaufgaben sehr sorgfältig und unter Berücksichtigung des Ressourcenaspekts bewältigt werden.

Konkrete Ansatzmöglichkeiten für die generelle Senkung des Inkongruenzniveaus sind sicher auch die Auseinandersetzung mit N.'s Krankheit (Kontakt mit N.'s Arzt, Konkretisierung der medizinischen Perspektive) und die Unterstützung bei der Planung der vom Paar gewünschten Fruchtbarkeitsbehandlung (Kontakt mit der Gynäkologin). Es wird eine besondere Herausforderung sein, das Paar einerseits bei diesem Vorhaben zu unterstützen, und andererseits auf die Problematik des Kinderwunsches bei begrenzter Lebenserwartung hinzuweisen (Ethikkommission: Ablehnung von Fruchtbarkeitsbehandlungen bei medizinisch reduzierter Lebenserwartung < 18J.).

### 3. Nutzen von Fähigkeiten und Ressourcen

(s. auch unter A.4)

**K.:**

- Offenheit
- Flexibilität
- Emotionale Beteiligung
- Grundsätzliche Annäherungsmotivation (keine Angst vor ausprobieren)
- Bewusstsein über individuelle Problematik und Veränderungsmotivation
- Motivation für bewältigungsorientierte Interventionen
- Unbefangenheit bezüglich N.'s Krankheit, Bereitschaft sich damit zu konfrontieren
- Motivation, Geheimnisse auszusprechen

(diese Ressourcen können alle prozessual genutzt und inhaltlich angesprochen werden)

**N.:**

- Leistungsmotivation: v.a. prozessual nutzen
- „Beschützerinstinkt“: inhaltlich und prozessual
- Ruhe und emotionale Ausgeglichenheit: inhaltlich und prozessual
- Verantwortungsbewusstsein: inhaltlich und prozessual
- Rationalität und Problemlöseorientierung: inhaltlich und prozessual
- Motivation für bewältigungs- und klärungsorientierte Interventionen: v.a. prozessual nutzen
- Grundsätzlicher Lebenswille: v.a. prozessual nutzen

**Paar:**

- Gemeinsame Veränderungsperspektive
- Gemeinsame Therapiemotivation
- Motivation für gemeinsame Problemdefinition
- Bedingungslose Liebe & Loyalität
- Gemeinsame Paargeschichte: zusammen bewältigte Schwierigkeiten
- Motivation für Verbesserung der Beziehung (kein Bedürfnis nach Trennung)
- Offenheit (Bsp. K.'s Geständnis nach Aussenbeziehungen)

(diese Ressourcen können alle prozessual genutzt und inhaltlich angesprochen werden)

### 4. Beziehungsgestaltung

K. Einzelsetting:

Besonders wichtig ist hier, dass K. korrektive Erfahrungen bezüglich ihrer zentralen Befürchtungen (Angst vor Abweisung, Bestrafung, Abwertung bei zuviel Nähe), und bezüglich ihrer Wünsche machen kann (Wunsch ernst genommen zu werden, Aufmerksamkeit zu erhalten, bedingungslos angenommen zu werden). D.h. es ist wichtig, ihre Offenheit (Geständnisse) zu respektieren und zu fördern, sie ernst zu nehmen und sie nicht dafür zu bestrafen (Geringschätzung, Abwertung, Abweisung). In Anbetracht ihrer Impulsivität/Emotionalität könnte es vorteilhaft sein, eine dialektische Beziehungsgestaltung anzustreben (Elemente aus der DBT), um auch unmittelbar Grenzen und Konsequenzen ihres Verhaltens aufzuzeigen.

Paarsystem:

Im Paarsystem ist die komplementäre Beziehungsgestaltung zu beiden Einzelpersonen wichtig, gegenüber K. s. oben, gegenüber N. ist es wichtig, Offenheit und Emotionalität zu fördern und aktivieren, ohne diese zu belächeln oder werten (=Befürchtung). Es ist wichtig, seine Rationalität und Klärungsmotivation für den Therapieprozess zu nutzen (=Ressourcenaktivierung, Ermöglichung korrekter Erfahrungen). Bezüglich seines starken Bedürfnisses nach Kontrolle ist es wichtig, transparent zu sein und ihm so positive Erfahrungen zu ermöglichen (Bsp. Verantwortung, Aufgaben geben.)

Bei der Beziehungsgestaltung im Paarsetting ist zu beachten, dass bei beiden die Grundbedürfnisse nach Bindung und Kontrolle/Orientierung verletzt sind (s. individuelle Konfliktschemata). Um gegenüber dem Paarsystem komplementär zu sein, ist es wichtig, die vorhandenen Ressourcen bezüglich Bindung zu nutzen (Stärkung der Annäherungsziele), und die Befürchtungen bezüglich Kontrolle/Orientierung zu widerlegen (Schwächung der Vermeidungsziele). Konkret heisst dies, dass es bei diesem Paar besonders wichtig ist, Hilfestellungen und Orientierungshilfen zu geben (Kontrollerfahrungen für das Paarsystem). Da anzunehmen ist, dass das Paarkonfliktmuster im Paarsetting prozessual aktiviert ist, muss von Therapeutenseite aus darauf geachtet werden, dass dieses jeweils unmittelbar auf der Prozessebene transparent gemacht werden kann (=Förderung der Reflexion, Schärfung der Wahrnehmung von Beziehungsabläufen). Dabei macht es Sinn, die negativen Erwartungen des Paares aufzudecken und ernst zu nehmen (inhaltlich ansprechen), und in einem zweiten Schritt diese Erwartungen auf der Prozessebene zu ändern.

## 6. Geplante therapeutische Vorgehensweisen (Therapieplan)

### Einzelsetting K.:

- Genaue Diagnostik der vorhandenen psychopathologischen Symptomatik (SKID!)
- Verhaltensanalyse (SORK-Schema)
- Traumatische Erfahrungen einordnen, (Bagatellisierung!), Bedingungsmodell, Erklärungsmodell, Auswirkungen der traumatischen Erfahrungen auf aktuelle Symptomatik
- Funktionalität der psychopathologischen Symptomatik innerhalb der Beziehung und bezüglich der individuellen Emotionsregulation
- Symptomorientiertes Vorgehen: depressive Symptomatik, Suchtveranlagung, Essstörung
- Aktuelle Beziehungsabläufe mit der Mutter analysieren, bewältigungsorientiert Hilfestellungen geben, um sich besser abzugrenzen. Emotionale Konflikte bezüglich Ablösung klären.
- Eigene Bedürfnisse ausdrücken und wahrnehmen lernen
- Skills, TEK: Funktionale Emotionsregulationsmöglichkeiten lernen

### Parallel dazu im Paarsetting (leicht versetzt):

- GAS (Paarziele): Gemeinsame Problemdefinition formulieren, gemeinsame Veränderungsperspektive entwickeln
- Genaue, transparente Planung des Therapiesettings
- Resultate Prämessung einbeziehen, besprechen
- Hausaufgaben geben während des ganzen Prozesses (Ressourcenaktivierung, pos. Erfahrungen bezüglich Bindung): Wünsche erfüllen, überraschen, gemeinsame Aktivitäten planen und umsetzen
- Psychoedukation, v.a. Psychopathologie von K., Funktionalität innerhalb der Beziehung, Umgang damit (bewältigungsorientiert)
- Informationsmanagement definieren (Schweigepflichtsentbindung: Gynäkologin / N.'s Lungenspezialist), fehlende Informationen bezüglich medizinischen Fakten einholen
- Dysfunktionale Beziehungsabläufe analysieren, Paarkonfliktmuster aufzeigen, daran beteiligte individuelle Schemata klären
- Kommunikationstraining: funktionale Abläufe üben, Fokus auf Wahrnehmung und Kommunikation von Emotionen, Ziel: emotional belastende Themen miteinander besprechen können (Bsp. N.'s Krankheit, Perspektiven mit begrenzter Lebenserwartung)
- Funktionalität der Sexualität innerhalb der Beziehung klären (Emotionsregulation, Vermeidungsstrategie)
- Konkrete Hilfestellung bezüglich Thema Kinderwunsch, Unterstützung bei allfällig geplanten Fruchtbarkeitsbehandlungen, Informationen geben
- Konflikt zwischen Kinderwunsch und begrenzter Lebenserwartung klären, realistische Perspektiven entwickeln, unter Einbezug der medizinischen Information