



Jacob • Seebauer (Hrsg.)

Fallbuch Schematherapie

BELTZ

Leseprobe aus: Jacob, Seebauer, Fallbuch Schematherapie, ISBN 978-3-621-28083-9
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28083-9>

6 »Die denken doch alle, dass ich gestört bin« – Soziale Phobie

Neele Reiß

Diagnosen: Soziale Phobie, Depression, Benzodiazepinmissbrauch

6.1 Erstkontakt

Vorgeschichte. Als Mia B., 20 Jahre, sich in der psychotherapeutischen Praxis vorstellt, zittert sie am ganzen Körper. Bereits im Erstkontakt werden eine depressive Symptomatik sowie eine Soziale Phobie deutlich. Im Verlauf stellt sich auch ein Benzodiazepinmissbrauch heraus.

Behandlungsanlass. Frau B. berichtet, dass es ihr seit Jahren schlecht ginge. Sie traue sich kaum aus dem Haus, habe Schwierigkeiten, Veranstaltungen in ihrem Studienfach zu besuchen, aus Angst vor anderen Menschen. Sie sei sich sicher, dass andere schlecht von ihr dächten und habe sich deswegen von anderen zurückgezogen. Sie könne nicht vor anderen sprechen, sie zittere und stottere dann. Manchmal habe sie auch richtige Blackouts und könne sich an gar nichts erinnern. Andere hätten ihr auch schon gesagt, dass sie komisch sei wegen ihrer »Tics«. Seit Wochen läge sie nun in ihrer Wohnung herum und tue nichts. Zumindest habe sie dann keine Angst. Sie habe sich getraut, dem Hausarzt davon zu erzählen und bekäme nun Medikamente. Der Arzt habe ihr eine Psychotherapie empfohlen.

Auftreten/interpersoneller Kontakt. Im Kontakt wirkt Frau B. ängstlich und verzweifelt. Sie kann keinen Blickkontakt halten und zittert wahrnehmbar, als sie in die Praxis kommt. Sie stottert, bemüht sich aber darum, gut Auskunft über ihre Situation zu geben. Sie vermeide Situationen, in denen sie Angst empfinde oder nehme Benzodiazepine, seit ihr diese verschrieben wurden. Sie erscheint hoffnungslos und verletzlich.

Symptomatik. Frau B. berichtet klar über depressive Episoden sowie eine Soziale Phobie seit dem frühen Jugendalter. Aktuell beschreibt sie einen massiven Rückzug, der nun ihr Studium bedrohe, da sie keine Veranstaltungen mehr aufsuche. Dies sei besonders schlimm für sie, da sie nur durch gute Leistungen in der Schule oder im Studium »einen Wert« habe. Sie kenne niemanden an ihrem Studienort und verbringe ihre gesamte Freizeit zuhause. Aktuell verlasse sie das Haus nur, wenn sie zuvor Benzodiazepine eingenommen habe, die ihr von ihrem Hausarzt vor einem Monat verschrieben worden seien.

6.2 Biographischer Hintergrund

Biographie

Frau B. ist bei ihren Eltern aufgewachsen, jedoch sei der Vater aufgrund seiner Arbeit kaum vor Ort gewesen. Wenn der Vater da gewesen sei, sei er sehr fürsorglich gewesen. Ihre Mutter habe die Kindeserziehung übernommen, jedoch habe diese an einer Psychose gelitten. Episodenhaft sei sie aggressiv gegenüber ihrer Tochter gewesen und habe sie geschlagen und erniedrigt. Dann sei sie wieder überfürsorglich gewesen und habe sie nichts alleine tun lassen. In diesen Phasen habe die Mutter versucht, all das wettzumachen, was zuvor vorgefallen sei, habe alle eigenen Bedürfnisse vernachlässigt und sich nur um ihre Pflichten als Mutter und Hausfrau gekümmert. Die Patientin berichtet, schon immer ein eher schüchternes und zurückhaltendes Kind gewesen zu sein. Ängste habe sie erst nach einer schweren psychotischen Phase ihrer Mutter im Alter von ca. 5 Jahren entwickelt. Sie sei immer schlau gewesen und habe sich besonders angestrengt, da sie keinen zusätzlichen Stress zuhause aufgrund schlechter Leistungen verursachen wollte. In der Schule sei die junge Mia wegen ihres schlechten Selbstwertgefühls von ihren Mitschülern gehänselt worden. Sie habe sich in der Schulzeit daher häufig in den Pausen auf die Toilette zurückgezogen. Bei direkten Konfrontationen beschreibt sie dissoziative Zustände. Trotz der Depressionen habe sie die Schule gut abschließen können und studiere nun.

Zentrale Kindheitserinnerungen/mentale Bilder

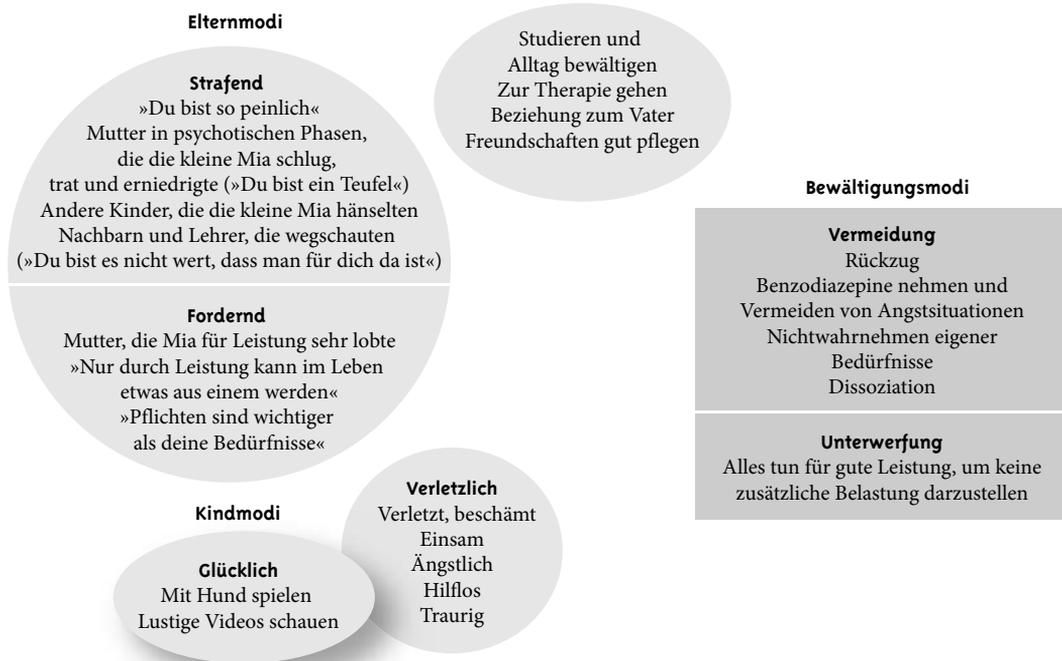
- ▶ Mia im Alter von etwa 7 Jahren: Als Mia von der Schule nach Hause kommt, tritt ihre Mutter nach ihr und schreit, sie sei der Teufel. Mia wartet vor der Wohnungstür und hat Angst. Als die Nachbarn in ihre Wohnung gehen, schütteln sie den Kopf und sagen: »Die gehört doch weggesperrt.« Mia fühlt sich schrecklich allein, hilflos und schämt sich.
- ▶ Mia im Alter von etwa 10 Jahren: Obwohl Mia in der Schule praktisch nicht spricht, hat sie ein Zeugnis voller Einser. Sie zeigt es ihrer Mutter. Mias Mutter ist voller Stolz, nimmt Mia in den Arm und sagt »Mia, das ist wirklich toll. Du wirst irgendwann mal all das machen können, was ich niemals konnte.«
- ▶ Mia im Alter von 16 Jahren: Mia sitzt im Unterricht, ist schwarz gekleidet und depressiv. Eine Mitschülerin bleibt neben ihr stehen und sagt: »Die Emo-Nummer zieht hier nicht. Du machst das doch eh nur, weil die Jungs das gut finden. Du bist echt so gestört.« Mia zittert und blinzelt heftig mit den Augen. Die Mitschülerin imitiert sie und sagt: »Wie peinlich!« Mia fühlt sich allein und schämt sich schrecklich.

6.3 Modus-Modell

Der fordernde Elternmodus der Patientin wurde maßgeblich durch ihre Mutter beeinflusst. Diese lobte ihre Tochter einerseits für Leistungen sehr und ihr lebte ihr gleichzeitig in Phasen, in denen sie nicht stark durch ihre Erkrankungen beeinträchtigt

war, modellhaft vor, eigene Bedürfnisse zu vernachlässigen, um ihre Pflichten zu erfüllen. So trugen mehrere Personen zu Frau B.s strafendem Elternmodus bei: Einerseits vermittelte ihr ihre Mutter in psychotischen Phasen das Gefühl, »ein Teufel« oder »falsch« zu sein, gleichzeitig war Frau B. von der Grundschulzeit bis zum Abitur immer wieder das Opfer von Bullying durch Gleichaltrige. Obwohl Lehrer und Nachbarn häufig bemerkten, was mit ihr geschah, intervenierte niemand – Frau B. interpretierte dies als Zeichen ihrer eigenen Wertlosigkeit (»Du bist so gestört. Du bist es nicht wert, dass dir jemand hilft.«). Während bei Frau B.s forderndem Elternmodus ein starkes Erleben von Druck auftritt (»Du musst das schaffen, sonst ...«), erlebt sie in ihrem strafenden Elternmodus vor allem Gefühle der Scham. Der vulnerable Kindmodus der Patientin ist einerseits gekennzeichnet durch starke Gefühle der Angst und Bedrohung, andererseits durch Hilflosigkeit und Einsamkeit. Ihre Bewältigungsmodi sind vor allem durch Vermeidung und Distanzierung gekennzeichnet. Schon früh lernte Frau B. für sie gefährliche Situationen der Gewalt oder Erniedrigung zu vermeiden. Da sie lange Zeit in einem Umfeld verbrachte, in der sie Erniedrigungen nur bedingt ausweichen konnte (z. B. Schule, psychotische Phasen der Mutter), lernte sie eigene Gefühle und Bedürfnisse zu unterdrücken oder bei direkten Konfrontationen zu dissoziieren.

Gesunder Erwachsenenmodus



Modus-Modell von Mia B.

6.4 Behandlung

Frau B. war über 1,5 Jahre in ambulanter schematherapeutischer Behandlung.

Überwindung des Bewältigungsmodus

Zu Beginn der Therapie nahm die Patientin regelmäßig Benzodiazepine ein. Dementsprechend schien es zunächst wichtig, den Gebrauch von Benzodiazepinen zur Vermeidung von Angst zu thematisieren und diese Strategie dem Modus des vermeidenden Beschützers zuzuordnen.

Typische Therapeutenäußerung zu Beginn der Behandlung. »Frau B., es ist verständlich, dass Sie versuchen zu vermeiden, sehr ängstlich zu werden. Und früher war das sicherlich oft auch hilfreich, z. B. als die anderen Kinder Sie gehänselt haben und die Lehrer, die für Sie hätten sorgen sollen, einfach weggeschaut haben. Die Benzodiazepine erscheinen Ihnen im Moment sicher als der einzige Weg, nicht völlig die Kontrolle über sich zu verlieren, wenn Sie so große Angst haben. Gleichzeitig können Sie so aber auch nicht überprüfen, ob all die Dinge, die Sie befürchten, wirklich eintreten und Sie können nicht lernen, mit diesen Ängsten auf gesunde Weise umzugehen. Und Sie wissen, dass die Benzodiazepine Ihnen langfristig schaden werden. Deswegen denke ich, dass der Benzodiazepingebrauch eine Strategie Ihres vermeidenden Beschützers sein könnte.«

Verhandeln mit dem Bewältigungsmodus

Frau B. hatte erhebliche Schwierigkeiten damit, ihren vermeidenden Beschützer einzugrenzen. Zunächst einigten sich Patientin und Therapeutin in einem Stuhldialog mit ihrem vermeidenden Beschützer, 15 Minuten der Stunde über ein angstbesetztes Thema zu sprechen und den Rest der Stunde mit weniger emotionalen Inhalten zu füllen. Mit der Zeit gelang es dann, länger über emotionale Inhalte zu sprechen oder erlebnisbasierte Übungen durchzuführen.

P: Nein, ich kann nicht in das Seminar gehen. Wenn ich da so anfangen zu zittern, dann denken die doch alle, dass ich gestört bin.

T: Frau B., jetzt sind Sie ganz in Ihrem vermeidenden Beschützermodus. Lassen Sie uns den vermeidenden Beschützer mal auf einen Stuhl setzen (Patientin setzt sich auf den bereitgestellten Stuhl). Was sagt Ihr vermeidender Beschützer noch?

P: Ohne Benzos schaffe ich das nicht. In Vorlesungen geht es inzwischen, aber in Seminaren schauen die anderen mich an. Und dann sehen alle meine peinlichen Tics.

T: Frau B., können Sie sich heute auf den Stuhl des gesunden Erwachsenen setzen und etwas darauf erwidern?

P: Ich kann mich auf den Stuhl setzen, aber ich kann nichts sagen.

T: Ist es o. k., wenn ich mich neben Sie stelle und für Ihre gesunde Erwachsene spreche? (Patientin nickt und setzt sich auf den Stuhl.)

(Zum vermeidenden Beschützer:) Ich kann gut verstehen, dass du dich um Mia sorgst, aber Mia hat es wirklich ganz super geschafft, die Vorlesungen zu besuchen und ich denke, dass sie jetzt so weit ist, auch zu Seminaren zu gehen.

P: Er sagt, dass ich zittern werde, wenn ich da alleine hingeh.

T: Eigentlich wollen wir also beide, dass Mia diesen wichtigen Schein in dem Seminar machen kann. Und wir wissen auch beide, dass sie dafür hingehen muss. Vielleicht müssen wir uns also ein Hilfsmittel überlegen, damit du Mia gehen lassen kannst, ohne dich übermäßig zu sorgen.

P: Ich glaube, damit ist er einverstanden. Jedenfalls ist er ruhig.

Im Anschluss wurden verschiedene Ideen erarbeitet, die Frau B. helfen könnten, das Seminar aufzusuchen und dabei ruhiger zu sein. Schließlich entschied sie sich, ihren Hund mit in das Seminar zu nehmen. Dies beruhigte die Patientin sehr und war ein großer Durchbruch, da sowohl Kommilitonen als auch der Dozent positiv auf den Hund reagierten und Mia erstmals mit diesen ins Gespräch kam.

Versorgung des verletzlichen Kindmodus

Nach Überwindung der Bewältigungsmodi fielen Frau B. die Imaginationen recht leicht. Es gelang ihr schnell, als gesunde Erwachsene in die Imaginationen zu gehen und für die kleine Mia zu sorgen. Schwieriger war für sie der Umgang mit ihrer psychisch kranken Mutter in den Imaginationen. Hierfür wurde die Therapeutin als sichere Person eingeführt.

T: Gehen Sie noch einmal in Gedanken zurück zu der Situation, in der die 7-jährige Mia nach der Schule vor der Tür sitzt.

P: Ich sitze vor der Tür und meine Mutter schreit. Ich weiß doch, dass sie krank ist, aber ich kann nichts machen. Sie hat nach mir getreten und geschrien. Ich habe Angst. Es ist kalt im Gang und ich zittere.

T: Mia, ist es in Ordnung, wenn ich mit deiner gesunden Erwachsenen zusammen in dein Bild komme? (Patientin nickt.) Wir kommen jetzt zu dir.

P: Die große Mia nimmt mich gleich in den Arm und sagt, dass ich keine Angst zu haben brauche. Sie sagt, dass sie da bleibt.

T: Wie geht es dir jetzt?

P: Ich fühle mich sicherer. Aber jetzt kommen die Nachbarn und sagen: »Die gehört doch weggesperrt.« Die meinen meine Mutter, weil sie so schreit.

T: Mia, solange ich hier bin, wird niemand deine Mutter einfach so wegsperren. Ich werde mal kurz mit deinen Nachbarn reden. Ich gehe zu den Nachbarn rüber. »Entschuldigen Sie, es ist nicht in Ordnung, so über Mias Mutter zu sprechen. Mias Mutter ist krank und braucht Hilfe. Aber so machen Sie einfach nur der kleinen Mia Angst und helfen ihr nicht.« Sagen die Nachbarn etwas?

P: Sie sagen, sie wissen halt auch nicht, was sie tun sollen.

T: Ich werde mich darum kümmern und als erstes einen Arzt anrufen, der dann vorbeikommt und deiner Mutter helfen kann. Ist es o. k., wenn ich deinen Vater anrufe, dass er ein paar Tage heimkommt?

P: Ja, das macht er bestimmt.

T: O. k., dann mache ich das jetzt. Es kann sein, dass deine Mutter ein paar Tage in ein Krankenhaus muss, bis es ihr besser geht, aber du kannst sie sicher bald besuchen gehen. Wäre das o. k. für dich?

P: Ja, wenn mein Vater dann da ist. Und vielleicht kann die große Mia mit mir warten, bis mein Vater kommt.

T: Das ist in Ordnung. Wie geht es dir jetzt?

P: Ich habe immer noch ein bisschen Angst, aber das geht schon. Ich denke, so ist es o. k.

T: Dann verlassen wir jetzt das Bild. Lassen Sie sich Zeit und kommen Sie ganz langsam zurück in unser Therapiezimmer.

Bekämpfen des strafenden Elternmodus

Im Verlauf der Behandlung zeigte sich zunehmend, dass Frau B. insbesondere unter intensiven Gefühlen der Unzulänglichkeit litt. Dieser Modus war einerseits durch die Beschimpfungen durch ihre Mutter in deren psychotischen Phasen, andererseits durch das Bullying durch Gleichaltrige entstanden. In Stuhldialogen wurde der strafende Elternmodus, der insbesondere die »Tics« (zittern, blinzeln mit den Augen) als sozial inakzeptabel darstellte, bekämpft.

P: Und dann hat mich der Dozent etwas gefragt und dann habe ich angefangen zu blinzeln und zu zittern. Das ist so peinlich. Ich bin echt so gestört.

T: Stopp, Frau B. Das ist Ihr strafender Elternmodus. Setzen Sie den Modus auf den Stuhl da drüben? (Patientin setzt sich auf den Stuhl.)

P: Ich bin so peinlich.

T: Frau B., hört sich Ihr strafender Elternteil genau so an?

P: Nein, eigentlich sagt er: »Du bist so gestört, immer blinzelnst du da so rum und zitterst wie Espenlaub. Peinlich, einfach nur peinlich.«

T: Wie fühlt sich die kleine Mia, wenn sie so etwas hört? Können Sie sich mal auf den Stuhl der kleinen verletzten Mia setzen? (Patientin setzt sich auf den Stuhl.)

P: Ich schäme mich. Und ich habe Angst, noch mehr falsch zu machen.

T: Darf ich mal Ihren Stuhl des gesunden Erwachsenen einnehmen und mit dem strafenden Elternmodus sprechen? (Patientin nickt.)

(Zum strafenden Elternmodus:) Ich möchte nicht, dass du Mia so angreifst. Du hilfst Mia nicht und deswegen möchte ich, dass du still bist. (Zur kleinen Mia:) Sagt er etwas?

P: Er sagt, dass ich aber nun mal peinlich und gestört bin.

T: (Zum strafenden Elternmodus:) Mia ist weder peinlich noch gestört. Mia ist noch unsicher in Situationen, in denen sie vor anderen sprechen muss und deswegen blinzelt und zittert sie manchmal. Das ist überhaupt nichts Schlimmes und es wird mit der Zeit immer weniger werden. Aber du machst Mia nur fertig, das ist totaler Mist. Also entweder bist du jetzt ruhig oder ich schmeiße dich raus.

P: Er ist zwar leiser, aber er murmelt immer noch.

T: Gut, jetzt reicht es. Wenn du nicht still sein kannst, dann musst du jetzt gehen. (Nimmt den Stuhl des strafenden Elternmodus und stellt ihn aus dem Therapiezimmer).

Wie ist es jetzt, Frau B.?

P: Fühlt sich irgendwie gut an und irgendwie komisch. Ich glaube, ich muss mich erst daran gewöhnen, dass jemand dem einfach den Mund verbietet.

Transfer in den Alltag, Arbeit mit gesundem Erwachsenenmodus

Es gelingt Frau B. zusehends, Vermeidungsverhalten abzubauen und sich angst-besetzten Situationen zu stellen. Kognitive Verzerrungen können dem Modus des strafenden Elternteils zugeordnet und reevaluiert werden. Alternative selbstwertförderliche Aussagen werden in der Therapie erarbeitet. Hierbei nimmt der Vater der Patientin eine wichtige Rolle ein. Nachdem sie diesem von den neu erarbeiteten Aussagen berichtet, schreibt dieser sie seiner Tochter auf. Frau B. erzählt später in der Therapie, dass er ihr die Dinge (z. B. »Ich bin so froh, dass gerade du meine Tochter bist«) nun auch regelmäßig sage, was sie sehr genieße. Mittels des Trainings sozialer Kompetenzen werden gesunde erwachsene Fähigkeiten trainiert, die Frau B. schnell umsetzen kann.

Schwierigkeiten beim Transfer gesunder Entscheidungen in den Alltag. Frau B. ruft ihre Mutter an deren Geburtstag an, obwohl sie weiß, dass es der Mutter nicht gut geht und sie im Moment sehr misstrauisch auch der Tochter gegenüber ist. Als das Gespräch entgleitet und die Mutter beginnt, ihrer Tochter zu unterstellen, dass diese Böses im Sinn hätte, kann Frau B. nur mit Mühe das Gespräch beenden und fühlt sich im Anschluss schlecht und denkt, sie hätte den Anruf besser völlig vermeiden sollen. In der Therapie werden die beteiligten Modi analysiert und schließlich sowohl die Entscheidung, die Mutter anzurufen, als auch die Entscheidung, das Gespräch zu beenden, als gesunde Entscheidungen eingeordnet. Das schlechte Gefühl im Anschluss entstand aus dem strafenden Elternmodus (»Du bist ein fürchterliches Kind, das nicht mit seiner Mutter reden will«). Mit beiden Modi wurde anschließend in Stuhldialogen gearbeitet.

Probleme in der Behandlung

Frau B. waren im Vorfeld der Aufnahme der ambulanten Psychotherapie Benzodiazepine regelhaft verschrieben worden. Bei Therapiebeginn hatte sich Mia bereits daran gewöhnt, Benzodiazepine zu nutzen, um das Haus verlassen und wichtige Veranstaltungen besuchen zu können. Benzodiazepingebrauch war zu einer Strategie ihres vermeidenden Beschützers geworden. Dies wurde wiederholt in empathischen Konfrontationen und Stuhldialogen besprochen. Es gelang, mit Mia zu erarbeiten, wie sie sukzessive den Benzodiazepingebrauch reduzieren konnte.

6.5 Behandlungsergebnis und Ausblick

Nach 1,5 Jahren hatte Mia ihre Vermeidungsstrategien in hohem Maße aufgegeben. Es gelang ihr, relevante Veranstaltungen im Studium zu besuchen und einige soziale Kontakte aufzubauen, was ihre Lebensqualität steigerte. Schwierig sind weiterhin hohe Anforderungen, die sie an sich stellt, jedoch arbeitet sie weiterhin während niederfrequenter Termine an diesem Modus des fordernden Elternteils.

7 Den Zerberus zähmen – Narzissmus und Depression

Barbara Costaz • Tillmann Beichert

Diagnosen: Narzisstische Persönlichkeitsstörung, depressive Episode

7.1 Erstkontakt

Behandlungsanlass. Die 42-jährige Lisa B. ersucht um eine Therapie, da sich vor allem in der beruflichen Interaktion immer wieder eine »Eigendynamik« entwickle, die in massiven Auseinandersetzungen ende, was letztendlich zweimal zum Verlust ihres Arbeitsplatzes geführt habe. Sogar aus einem Kirchenchor sei sie kürzlich »rausgeworfen worden«, und in ihrer Partnerschaft hätten in letzter Zeit nach dem Einzug ihres jugendlichen Stiefsohnes die Konflikte ebenfalls zugenommen. Stressbedingt leide sie unter Schlaflosigkeit. Die zeitliche Organisation ihres Alltags falle ihr schwer. In sozialen Situationen sei sie stets unsicher. Sie schaffe es nicht, in angemessener Art und Weise auf andere Menschen zu reagieren. Manchmal sei sie zu aggressiv, auch gegenüber ihren Kindern. Als Therapieziele nennt sie den Wunsch, sich ihren Mitmenschen gegenüber weniger »unbarmherzig« zu zeigen. Sie wolle außerdem lernen, »andere besser einschätzen zu können sowie mein Zeitmanagement zu verbessern«. Vor etwa einem Jahr habe sie bereits eine ADHS abklären lassen, diese sei jedoch nicht bestätigt worden. Auch die anamnestiche Abklärung einer Hochbegabung habe keinen Befund ergeben, der ihre Interaktionsprobleme hätte erklären können.

Auftreten/interpersoneller Kontakt. Mit Frau B. tritt der Therapeutin eine schlanke, großgewachsene und modisch gekleidete Patientin gegenüber. Gestik und Mimik vermitteln einen starken Leidensdruck. Vorherrschendes Gefühl ist Wut über erlittenes Unrecht. Sie bricht während der Schilderung ihrer Beschwerden wiederholt in Tränen aus. Es ist ein Bemühen erkennbar, das Gespräch zu lenken und zu kontrollieren, dabei agiert Frau B. sehr bestimmt, unterbricht die Therapeutin oder verweigert schroff die Auseinandersetzung mit unangenehmen Fragen. Blickkontakt vermeidet sie weitgehend. Starke Schwankungen der emotionalen Befindlichkeit werden deutlich.

Symptomatik. Frau B. berichtet, sie leide stressbedingt unter Ein- und Durchschlafstörungen. Ihre Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion beschreibt sie so: »Es gelingt mir nicht, auf andere einzugehen. Ich weiß nicht genau, was mein Gegenüber von mir denkt und muss mein Verhalten dementsprechend ›auf Verdacht‹ ausrichten. Ich muss meinem Gegenüber deutlich zeigen, dass er mir nicht auf der Nase herumtanzen kann.« Außerdem habe sie stark ambivalente Verhaltensimpulse, wenn es zu

Meinungsverschiedenheiten käme: Einerseits habe sie große Angst vor Konflikten, andererseits verspüre sie eine regelrechte Streitlust. Ihre Stimmung ist depressiv herabgemindert, teils wütend bei starker Affektlabilität. Die Aufmerksamkeit erscheint bei unauffälliger Gedächtnisleistung reduziert.

7.2 Biographischer Hintergrund

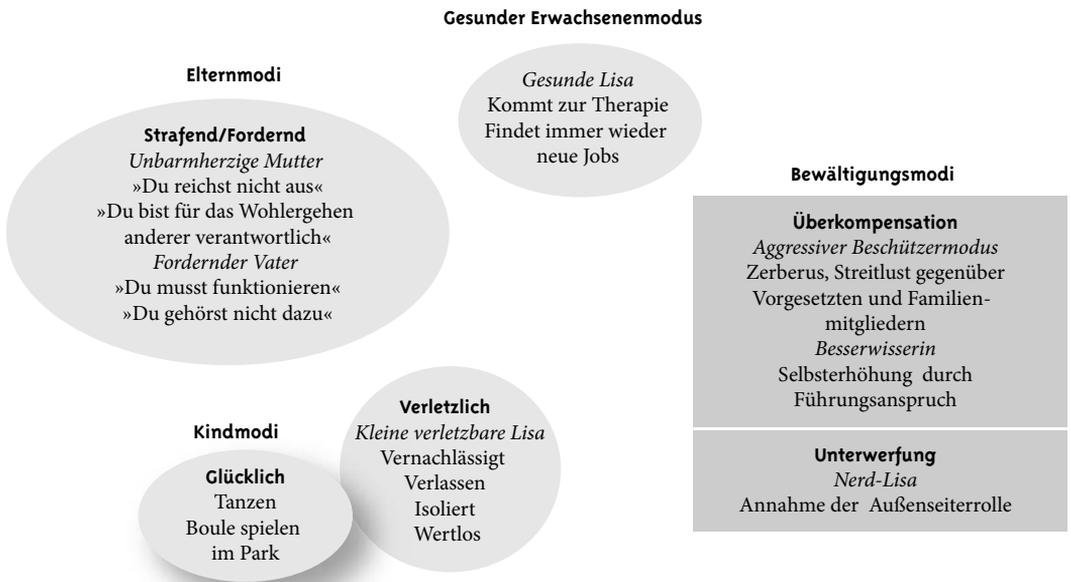
Biographie

Frau B. ist in einem mittelständischen Milieu aufgewachsen. Ihre Mutter, eine Mikrobiologin, habe sich ihr gegenüber stets besorgt, jedoch mit wenig Einfühlungsvermögen gezeigt. Sie sei schnell psychisch erschöpft gewesen und habe unter depressiven Tendenzen gelitten. Beruflich sei sie stark eingespannt und deshalb oft abwesend gewesen. Ihren Vater hat Frau B. nie kennengelernt. Frau B. bezeichnet sich »als das nie gewollte Resultat eines Seitensprungs«. Ihren Stiefvater lernte die Mutter kennen, als die Patientin ca. 6 Jahre alt war. Kurz darauf zog man in eine gemeinsame Wohnung. Der Stiefvater brachte einen Sohn (+2) mit in die Familie, gemeinsam mit ihm bekam ihre Mutter dann einen weiteren Sohn (-7). Zu Stief- und Halbbruder sei ihre Beziehung intensiv, dabei stets auch konflikthaft gewesen. Sie habe sich oft als das »fünfte Rad am Wagen« gefühlt. Einen Kindergarten habe sie nicht besucht, es habe wenig Kontakt zu Gleichaltrigen gegeben. Die erste Klasse der Grundschule bezeichnet sie als eine positive Erfahrung. Sie habe sich sehr wohl in der Klassengemeinschaft gefühlt, ihre Leistungen seien so gut gewesen, dass sie eine Klasse übersprungen habe. Bei gleichbleibenden sehr guten Leistungen sei es ihr jedoch nicht möglich gewesen, in der neuen Klasse soziale Kontakte zu knüpfen. Wenn es überhaupt zu Interaktionen kam, seien diese konflikthaft gewesen. Im Klassenverbund habe sich Frau B. isoliert gefühlt. Nach dem Abitur studierte sie und promovierte im Anschluss. Aktuell arbeitet Frau B. in der Computerbranche. Mit ihrem Partner (+5, Ingenieur) ist sie seit zehn Jahren liiert. Die Beziehung gestaltet sich problematisch, ihren Partner bezeichnet sie als Workaholic, »außerdem trinkt er sehr viel«. Das Paar hat zwei Kinder (Tochter 8 J, Sohn, 3 J). Zu beiden schildert Frau B. eine intakte Beziehung, jedoch nehme ihre Ungeduld den Kindern gegenüber zu. Auch die berufliche Situation sei nach der Geburt der Kinder, als sie nicht mehr »rund um die Uhr arbeiten« konnte, schlechter geworden, mehrere Arbeitsverhältnisse seien seitens des Arbeitgebers beendet worden. Man habe ihr die Rückmeldung gegeben, dass die soziale Interaktion wie z. B. ihr barscher Ton den Mitarbeitern gegenüber für das Unternehmen nicht tragbar sei. Frau B. beschreibt sich als sehr ehrgeizig, sie habe hohe Maßstäbe an die Qualität ihrer Arbeit. Sie könne nicht damit umgehen, »wenn andere nicht so intelligent« seien. Auch an sich selbst stelle sie hohe Ansprüche, denen sie jedoch oft nicht gerecht werde. Freundschaften erlebe sie als sehr anstrengend und vernachlässige sie deshalb häufig.

Zentrale Kindheitserinnerungen/mentale Bilder

- ▶ Lisa im Alter von ca. 5 Jahren: Die Mutter kommt vom Arbeitsalltag erschöpft nach Hause und legt sich auf das Sofa. Lisa möchte sie durch gemeinsames Kuscheln aufheitern, aber es gelingt ihr nicht. Sie weiß nicht, was jetzt helfen könnte, fühlt sich ungenügend und abgelehnt.
- ▶ Lisa im Alter von ca. 7 Jahren: Lisa überspringt die 2. Klasse, in der 3. Klasse wird sie gemieden, fühlt sich ausgegrenzt. Ihre Kleidung ist unzeitgemäß. Sie wird gehänselt und hat den Eindruck, dass sie schon aufgrund ihres Erscheinungsbildes von den Mitschülern und auch den Lehrern als komisch empfunden wird, sie fühlt sich unzulänglich und isoliert.
- ▶ Lisa im Alter von 14 Jahren: Auf einer Klassenfahrt nach Italien kann sich Lisa nicht integrieren. Ihr Versuch, sich einer Gruppe anzuschließen, wird durch die Aussage einer Mitschülerin (»Zieh dich erst einmal ordentlich an, dann können wir noch mal sprechen«) vereitelt. Sie ist vollständig isoliert, wandert alleine durch die Gassen des besichtigten Ortes.

7.3 Modus-Modell



Modus-Modell von Lisa B.

Der unbarmherzige Elterntypus entstand zunächst aus dem Verhalten der Mutter. Deren psychische Erschöpfung und schlechte Laune bezog die Patientin stets auf sich. Sie wertete sie als Beleg dafür, nicht in der Lage zu sein, ihre Mutter glücklich zu machen. Sie fühlte sich für die depressiven Beschwerden der Mutter verantwortlich,

innerhalb des Modus der unbarmherzigen Mutter kommt es so zu starken Schuldzuweisungen. Auch die berufsbedingte, häufige Abwesenheit der Mutter wurde im Sinne eines »Du reichst nicht aus« verarbeitet. Später entwickelte sich mit dem Auftauchen des Stiefvaters ein fordernder Elternmodus: Er zog seine leiblichen Kinder vor und forderte ein reiferes und nachgiebigeres Verhalten als von dem kleinen Bruder. Ebenso signalisierte ihr das konflikthafte Verhältnis zu den Lehrern und Mitschülern ab dem 2. Schuljahr (der 3. Klasse), dass sie trotz der überdurchschnittlichen schulischen Leistungen den Erwartungen nicht genügte. Auf dem Pausenhof wurde sie als »Streberin« und »Besserwiserin« zurückgewiesen und abgelehnt. Im Klassenverbund gelang es ihr nicht, Freundschaften zu schließen, sie wurde aufgrund ihres Verhaltens und ihres Aussehens (unzeitgemäße Kleidung, veraltetes Brillenmodell) als »komisch« wahrgenommen. In der kleinen Lisa (Kindmodus) resultieren intensive Gefühle von Verlassenheit, Ablehnung und Isolation. Die angemessene Wut, die sie in Bezug auf diese Ausgrenzungssituationen erlebte, erschwerte die Interaktion weiter. Weder in der familiären und schulischen Umgebung noch bei der Freizeitgestaltung erkannten Bezugspersonen den Leidensdruck des kleinen Mädchens. Im Gegenteil, ihre Wut führte zu Äußerungen, wie schwierig und kompliziert sie sei, was ihre Gefühle von Unzulänglichkeit und Einsamkeit begünstigte. In der weiteren Entwicklung rückte Frau B. immer weiter von ihren eigentlichen Bedürfnissen nach Bindung und Selbstwertbestätigung ab, sie erkannte immer weniger, was ihr eigentlich fehlte und nach was sie sich sehnte. Der Bewältigungsmodus des aggressiven Beschützers entwickelte sich, mit dem sie sich gegenüber potentiell selbstwertgefährdenden Interaktionspartnern (Peers, Kommilitonen, später Vorgesetzte, Familienmitglieder) aktiv und passiv-aggressiv abgrenzt. Daneben bildeten sich der Unterwerfungsmodus, der die Rolle des Außenseiters und Opfers annimmt, sowie der Selbstüberhöhungsmodus, der die Außenseiterposition als Beleg der eigenen Besonderheit interpretiert.

7.4 Behandlung

Die ambulante Therapie von Frau B. dauerte 2,5 Jahre, in denen 100 Sitzungen durchgeführt wurden. Im Anschluss wurden einige Booster-Sitzungen abgehalten.

Modusdiagnostik auf Stühlen

Da die Hauptproblematik – der Patientin zunächst nicht bewusst – in ihrem aggressiven Interaktionsverhalten bestand (sowohl in sozialen Beziehungen als auch in der therapeutischen Behandlung), war Modusarbeit indiziert. Frau B. zeigte sich in den ersten Therapiestunden oft aufgebracht und ärgerlich. Selbst auf beruhigende und offene Fragen nach dem Befinden reagierte sie schroff und aggressiv: »Sie mit Ihren psychologischen Gesprächen!«, »Das fragen Sie wohl jeden!« Da Wut und Ärger im Rahmen von verschiedenen Modi auftreten können, wurden zunächst in einer Stühlearbeit die einzelnen Anteile exploriert.

T: Ich bitte Sie, sich auf den Stuhl zu setzen und vorzustellen, dieser Anteil von sich zu sein, der eben auf meine Nachfrage, wie Ihre Woche war, das Ruder übernommen hat. Ich bitte Sie, diesen Teil von sich zu spielen, damit wir hören können, was dieser Teil so sagt und tut. Dies ist zu Beginn vielleicht etwas ungewohnt für Sie. Ich glaube, es ist wichtig, dass wir diese Seite hören können. Seien Sie ganz dieser Anteil, ist das Ihnen möglich?

P: Ja.

T: Ich möchte diesem Teil in Ihnen einige Fragen stellen, ist das o. k.?

P: Ja, wenn es sein muss. (Nickt.)

T: Darf ich diesen Anteil duzen?

P: ... Ja, auch das.

T: Wunderbar. ... Du Anteil, ich möchte dich kennenlernen, da du so oft in der Therapie vorkommst. Wie lange gibt es dich schon?

P: (Überlegt.) Ich denke, der ist schon immer da, zumindest schon sehr lange.

T: Welche Personen haben dazu beigetragen, dass du groß und stark werden konntest?

P: Meine Mutter und später auch viele Klassenkameraden.

T: Du Teil in Lisa, wenn du in Lisa wach wirst, wo kann Lisa dich im Körper spüren?

P: Im ganzen Oberkörper. Ich bin ganz angespannt und gehe mit großen Spannungen im Oberkörper einher und habe starkes Herzklopfen.

T: Wenn du wach bist, wie gerade eben in der Situation hier im Therapieraum, was gehen dir für Gedanken durch den Kopf?

P: Die mit ihren Fragen. ... Diese Frage stellt sie bestimmt zehnmal am Tag, das hat doch nichts mit mir zu tun – jetzt habe ich genug von diesem Mist.

T: Ah, o. k. Was ist eigentlich dein Ziel, wenn du in der Lisa wach wirst, warum kommst du in ihr vor?

P: Ich möchte in Ruhe gelassen werden mit diesem Psychomist.

T: Bist du gerade wieder stark da?

P: Ja, kann schon sein.

T: Du sagst mir also, dass du über das Befinden nicht mehr sprechen willst, indem du eine Wand des Ärgers vor mir aufbaust? (Modushypothese)

P: Ja. Das klappt auch zumeist. (Patientin schaut verschmitzt.)

T: Hm. Was passiert denn, wenn du nicht da bist?

P: Dann kann Lisa verletzt werden und das ist verdammt nochmal nicht gut, es ist nicht kontrollierbar, was passiert.

T: Dann hast du ja eine sehr wichtige Aufgabe. Du scheinst einen anderen Teil in Lisa vor Verletzungen zu schützen. Ist das so? (Therapeutin stellt hinter den Stuhl, auf dem die Patientin sitzt, einen weiteren Stuhl, um den verletzbaren Anteil zu symbolisieren.)

P: Ja. Ich denke, das war auch wichtig im Leben.

T: Das denke ich auch, doch würde ich gerne noch einen weiteren Stuhl hier hinstellen und Sie bitten, auf diesem Stuhl (Therapiestuhl) Platz zu nehmen.
(Patientin wechselt vom Stuhl des ärgerlichen Anteils auf den Therapeutenstuhl.)

T: Frau B., ich würde Sie bitten, mit Distanz auf diesen Wutanteil zu schauen. Von diesem Stuhl aus, auf dem Ihre gesunde Erwachsene sitzt. Haben Sie Kontakt mit der großen, gesunden Lisa in Ihnen?

P: Ja. Ich glaube schon.

- T: Gut, Frau B., wie wirkt dieser Anteil auf Sie? (Therapeutin zeigt auf den aggressiven Beschützerstuhl.)
- P: Irgendwie übertrieben in seiner Reaktion ...
- T: (Nickt.) Ja ... Ich denke, dass dieser Anteil in Ihrem Leben wichtig war. Es war wichtig, sich nicht mehr verletzen zu lassen, da die kleine Lisa gelernt hat, dass die angemessene Wut und Unzufriedenheit von ihr nie richtig gehört wurde. Niemand hat es wirklich interessiert, wie es dem kleinen Mädchen geht, z. B. mit ihren schwierigen Erfahrungen in der Schule. Von daher war es sinnvoll, dass dieser Anteil Nähe nicht zulässt, da diese nicht immer gut für sie war. Macht das Sinn für Sie, Frau B.?
- P: Ja. (Patientin ist sehr viel ruhiger und hört intensiv zu.)
- T: Doch heute steht dieser Anteil im Weg. Mein echtes Interesse an Lisa wird abgeblockt. Obwohl ich wirklich wissen will, wie es ihr geht, werde ich es durch seine Aktivierung (Therapeutin zeigt auf den aggressiven Beschützer Stuhl) nicht erfahren. Und ich habe Angst, dass Lisa hinter dieser Ärgermauer sehr alleine bleibt. Wie heißt dieser Anteil eigentlich, Frau B.?
- P: Ärgermauer, ... nein er fühlt sich bellend an wie ein wilder Hund. Kennen Sie die griechische Mythologie? Ja, er heißt Zerberus.
- T: O. k., Zerberus.
- T: Zerberus (Therapeutin deutet auf den leeren Stuhl), ich habe gerade erfahren, warum du da bist. Ich denke, dass du sehr wichtig warst im Leben von Lisa, doch heute stehst du ihr im Weg. Ich weiß von Lisa, dass sie sich Menschen wünscht, die sie verstehen, die ihr nahe sind und genau das verhinderst du. Frau B. (Therapeutin spricht direkt mit der Patientin), können Sie das auch so sehen?
- P: (Nickt.)
- T: Wir werden uns auf den Weg machen müssen, Zerberus in Frage zu stellen, um die kleine Lisa zu hören und auch zu erfragen, was eigentlich ihr Bedürfnis ist.

Umgang mit dem aggressiven Beschützermodus und weiteren Bewältigungsmodi

Im Therapieverlauf wurde Frau B. stetig mit dem aggressiven Beschützer konfrontiert, um ihn besser zu erkennen und ein Verständnis für seine Entstehung und Funktionalität zu erarbeiten. Deutlich wurde in der Exploration, dass er Nähe kontrolliert bzw. verhindert, da diese in der biographischen Entwicklung als bedrohlich erlebt wurde. Es droht Verlassenheit und ein Nicht-angenommen-Werden (Schemata: Verlassenheit, emotionale Entbehrung und Unzulänglichkeit). Das problematische Interaktionsverhalten konnte auf den Modus des aggressiven Beschützers zurückgeführt werden. Die alternative Hypothese, dass sich das wütende Kind äußert, wurde nach der Exploration verworfen. Daraus leitete sich der Umgang mit den aggressiven Verhaltensäußerungen ab: Die Wut wurde anerkannt in ihrer Funktion, auf die Verletzbarkeit zu verweisen; darüber hinaus wurde ihr – anders als der Wut des wütenden Kindes (Wut wird ventiliert) – kein Raum gegeben. Hierzu zeigte sich die emphatische Konfrontation und Grenzsetzung als effektives Instrument, die auch in der Begrenzung und Konfrontation eines weiteren Bewältigungsmodus, der narzisstischen »Besserwiserin«, zum Einsatz kam.

Frau B. verspätet sich um 20 Minuten, hastet auf ihren Stuhl und beginnt unmittelbar, sich über ihre Kollegen auszulassen.

T: Frau B., ich möchte Sie kurz auffordern, mit dem Schimpfen aufzuhören und mir zuzuhören, da ich Ihnen etwas sagen möchte, bevor ich in die Therapiestunde einsteige. Ich möchte Sie bitten, in Zukunft pünktlich zur Sitzung zu kommen.

P: Frau Therapeutin, glauben Sie mir, ich kann schon selbst einschätzen, wann ich zur Therapie komme, ich möchte nicht von Ihnen zurechtgewiesen werden. Ich komme, wann ich möchte, Sie rechnen ja auch die ganze Sitzung ab, auch wenn ich nur 30 Minuten da bin. Also haben Sie auch was davon. (Patientin redet schnell und schroff.)

T: Frau B., ich möchte Sie kurz unterbrechen. Es gibt gerade einen Teil in Ihnen, der sehr schroff und abwertend ist. Ich würde Ihnen gerne sagen, was in mir passiert, wenn Sie sich so verhalten wie jetzt gerade. (1. Verhalten, das begrenzt werden soll, wird benannt.) Wenn Sie so mit mir sprechen, habe ich das Gefühl, Sie stellen mich hin wie eine inkompetente und unfähige Therapeutin, der es egal ist, ob wir unsere Termine effektiv nutzen oder nicht ... (2. Die persönliche Betroffenheit des Therapeuten wird formuliert.)

P: Ja, das ist dann aber Ihr Problem.

T: Jetzt passiert es gerade wieder. Die Tatsache auf meiner Seite ist, dass ich so nicht mit Ihnen in Beziehung treten kann, wenn Sie sich so abwertend mir gegenüber verhalten. Ich glaube nicht, dass Sie dies mit Absicht tun, aber es ist wichtig, dass Sie wissen, dass es bei mir so ankommt und das wird sich auch nicht ändern, wenn es wieder geschieht.

P: (Schweigt und schaut nach unten.)

T: Ich bemühe mich um Kontakt und mache viel dafür, aber ich habe das Gefühl, es gibt eine Seite in Ihnen, die es Ihnen schwer macht, dies zuzulassen, und um die müssen Sie wissen. (3. Das Verhalten wird mit dem entsprechenden Modus in Verbindung gebracht.) Wissen Sie eigentlich, warum Sie das tun?

P: Nein, aber Sie könnten mich ja auch einfach rausschmeißen. (Weicher Tonfall.)

T: Das habe ich nicht vor. Kann es sein, dass sich die kleine Lisa zurückgewiesen und abgelehnt fühlt, wenn ich Sie bitte, pünktlich zu kommen? Und dass dieser abwertende Anteil sie davor schützt, diese Gefühle überhaupt zu spüren?

P: Ja, das kann schon sein.

T: Ich bin mir sehr sicher, dass es wichtige Gründe und Bedingungen gab, warum sich die Besserwiserin entwickelt hat. Es war von großer Bedeutung in Ihrer Kindheit und in der Schule, sich vor Zurückweisungen und Ablehnungen zu schützen, weil es sehr schwer für Lisa war, diese Gefühle als Kind und als Heranwachsende auszuhalten. Dieser Anteil hat in der Ablehnung anderer genau diese Aufgabe übernommen. (4. Der Modus wird mit dem Verweis auf die Entstehungsbedingungen in seiner (positiven) Funktion benannt. Dieser Schritt kann erst gemacht werden, wenn der Modus herausgearbeitet wurde.) Kann das sein, Frau B.?

P: Ja, wir hatten ihn ja schon mal besprochen in der Stühlearbeit.

T: Genau. Doch wenn diese Seite hier und heute von oben herab wertet, fühle ich mich an die Wand gedrängt. Das verhindert, dass ich Nähe zu Ihnen aufbaue, die ich brauche, um Ihnen zu helfen. Wenn Sie dieses abwertende Verhalten in der Therapie an den Tag legen, dann hat es jedes Mal zur Konsequenz, dass ich nicht motiviert bin, Ihnen zu helfen. Und das wird sich auch nicht verändern. (5. Die in der aktuellen Therapiesituation auftretenden negativen Konsequenzen werden benannt.) Können Sie auch sehen, dass das negativ ist?

P: Na ja, ich wünsche mir ja Kontakt und Verbundenheit. Aber so werde ich immer alleine sein.

T: Ja und ich denke, dass das nicht nur für unsere Beziehung schädlich ist, sondern auch für Ihre anderen Beziehungen, und Sie deshalb Ihren Wunsch nach einer Freundin oder nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe nicht erfüllen können. (6. Die langfristigen negativen Konsequenzen des Verhaltens werden benannt.) Fallen Ihnen noch weitere negative Konsequenzen auf?

P: Ja, dieser Teil macht auch meine Beziehung mit meinem Mann so schwierig, er zieht sich zurück.

T: Ja, ich denke auch, dass der Kontakt zu Ihrem Mann dadurch immer schlechter wird. Wollen Sie versuchen, die Therapiebeziehung als eine Möglichkeit zu nutzen, dieses abwertende Verhalten einzustellen? (7. Die Therapeutin fordert die Patientin auf, das Verhalten einzustellen.) Wann immer dieser Modus in der Therapie aktiviert wird, werde ich Sie darauf hinweisen. Sind sie damit einverstanden?

P: (Nickt, sagt nichts, wirkt nachdenklich.)

T: O. k., dann haben wir noch 10 Minuten, was ist Ihnen noch wichtig, heute mit mir zu besprechen?

Hausaufgabe: Patientin soll diesen Anteil bewusst wahrnehmen, den sie später »die Besserwiserin« genannt hat.

Hierbei ist es wichtig, dass die Patientin nicht im dysfunktionalen Bewältigungsmodi nachbeelert wird, sondern erst, wenn sich die abgelehnt fühlende Lisa zeigt. Das Ziel ist nicht, den dysfunktionalen Modus zu bestrafen. Er sollte jedoch deutlich begrenzt werden.

Weitere Exploration der Bewältigungsmodi

Ein weiterer Bewältigungsmodus wurde in der Behandlung deutlich und in das Modell integriert: »Nerd-Lisa«. Auch heute nimmt die Patientin immer wieder Außenseiterpositionen ein, damit fügt sie sich in die soziale Isolation. Dieser Modus entstand auch durch einen Mangel an Möglichkeiten, als Kind sozial kompetentes Verhalten zu erlernen.

Arbeit mit den Kindmodi

Es stellte für Frau B. einen großen Schritt dar, den Modus des verletzlichen Kindes zu erfahren und anzuerkennen, der mit intensiven Gefühlen von Traurigkeit, Hilflosigkeit und Isolation verbunden war. Ein wesentlicher Schlüsselpunkt der Arbeit bestand darin, diesen Modus immer wieder in der Therapie Ausdruck zu verleihen. Hierzu wurden in erster Linie Imaginationsübungen eingesetzt, im Verlauf der Therapie zunehmend auch Stuhldialoge, um den strafenden Elternmodi Einhalt zu gebieten.

Schematherapeutische Einbettung des sozialen Kompetenztrainings

Die therapiebegleitende Teilnahme an einem Gruppentraining sozialer Kompetenzen ermöglichte es Frau B., Alternativen zu maladaptiven Interaktionsmustern, die im Rahmen der Therapie identifiziert wurden, zu entwickeln und einzuüben. Als sehr effektiv erwies es sich dabei, das verhaltensorientierte Training schematherapeutisch vor- und nachzubereiten. Durch die enge Zusammenarbeit und den Austausch

zwischen der Therapeutin und dem Trainer konnten auch im Training schematherapeutische Erklärungsmodelle angesprochen werden. Die Patientin nahm diese Anhaltspunkte mit in die Therapie, wo sie differenziert betrachtet wurden.

Arbeit mit den Elternmodi

Der Modus der unbarmherzigen Mutter («Du bist falsch«, «Du bist schlecht») konnte durch Modus-Dialoge und Imaginationenübungen (imaginierte Mutter wendet sich ab, lässt die kleine Lisa zurück) reduziert werden. In der therapeutischen Situation wurde der Modus der unbarmherzigen Mutter immer wieder stark begrenzt und zuweilen schroff unterbrochen, diesem Modus wurde jede Kompetenz zur Beurteilung der Patientin abgesprochen. Des Öfteren wurde der Stuhl des Zimmers verwiesen. Dadurch kam Frau B. schrittweise zu einer angemessenen Selbstbewertung auch in konflikthafter Situationen. Im Verlauf der Therapie gelang es der Patientin immer besser, die frühe Aktivierung ihrer Modi zu erkennen und aus dem Modus der gesunden Lisa zu reagieren (große Lisa verweist der Mutter in der Imagination mit Hilfe von zwei Türstehern des Raumes, Patientin stellt den Stuhl des Mutter-Modus vor die Tür).

Transfer und Arbeit mit dem gesunden Erwachsenenmodus

Nach der Reduktion von Überkompensation und dysfunktionalen Elternmodi war der Patientin zunehmend eine neue Sicht auf soziale Interaktionen möglich. Verstärkend war hier die positive Rückmeldung von Arbeitskollegen, was mit ihr los sei, sie sei »so anders in den Mittagspausen«. Zudem wurde Frau B. bewusst, dass sie durch ein frühzeitiges Erkennen ihrer dysfunktionalen Modi ihre Bedürfnisse in Konfliktsituationen nachhaltiger durchsetzen konnte. Zur Stärkung der gesunden Lisa wurden sowohl kognitive (Modus-Memos) als auch behaviorale Methoden (Rollenspiele, Gruppentraining sozialer Kompetenzen) eingesetzt.

7.5 Behandlungsergebnis und Ausblick

Zum Ende der Therapie nahm die Patientin eine neue Arbeit an, die ihren Neigungen und Qualifikationen sehr gut entsprach. In diesem Job bestand nach wie vor eine gewisse Tendenz, Perfektionismus und Narzissmus auszuleben, allerdings konnte Frau B. ihre Muster besser wahrnehmen und sah sich nicht mehr ausschließlich als Opfer. Die mit der Arbeit ebenfalls verbundene Überlastungsgefahr wurde thematisiert und Entspannungstechniken (MBSR) sowie Stressmanagement geübt (soziales Kompetenztraining). Dadurch soll die weitere berufliche Entwicklung positiv und nachhaltig gestaltet werden. Die Partnerschaft beschrieb die Patientin zum Ende der Therapie als wesentlich entspannter. Die enge Zusammenarbeit beider Behandler (Therapeutin und Leiter des sozialen Kompetenztrainings) erwies sich für die Therapie als sehr positiv. Problemaktualisierung und motivationale Klärung durch Modusarbeit sowie Problembewältigung durch behaviorales Training gingen ab der ca. 30. Therapiestunde Hand in Hand und ermöglichten es, relevante Themenkomplexe intensiv und effizient auf verschiedenen Ebenen zu bearbeiten.