

Loose (Hrsg.)

Fallbuch Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen



E-Book inside +
Arbeitsmaterial

BELTZ

Inhalt

Geleitwort	13
Vorwort	15
Einführung in die Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche	21
1 »Lauter Angstmonster in meinem Kopf« – Generalisierte Angststörung des Kindesalters	35
1.1 Erstkontakt	36
1.2 Biografischer Hintergrund	36
1.3 Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	38
1.4 Schemadispositionen und Trigger	40
1.5 Modus-Modell	40
1.6 Therapie	41
1.7 Verlauf und Fazit	45
2 »Ich bin eben so hibbelig und mach halt gerne Quatsch!« – Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	47
2.1 Erstkontakt	48
2.2 Biografischer Hintergrund	49
2.3 Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	50
2.4 Schemadispositionen und Trigger	52
2.5 Modus-Modell	52
2.6 Therapie	54
2.7 Verlauf und Fazit	61
3 »Freunde wären schön, aber alleine kann ich am besten spielen« – Asperger-Syndrom	63
3.1 Erstkontakt	64
3.2 Biografischer Hintergrund	65
3.3 Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	66
3.4 Schemadispositionen und Trigger	69
3.5 Modus-Modell	69
3.6 Therapie	71
3.7 Verlauf und Fazit	79
4 »Mit Durchblick im Rampenlicht« – Soziale Phobie	81
4.1 Erstkontakt	82
4.2 Biografischer Hintergrund	83

4.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	84
4.4	Schemadispositionen und Trigger mit Bezug zum biografischen Hintergrund	85
4.5	Modus-Modell	86
4.6	Therapie	86
4.7	Verlauf und Fazit	90
5	»Allein auf weiter Flur« – Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	91
5.1	Erstkontakt	92
5.2	Biografischer Hintergrund	93
5.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	94
5.4	Schemadispositionen und Trigger	95
5.5	Modus-Modell	96
5.6	Therapie	98
5.7	Verlauf und Fazit	103
6	»Achtung, Erdbeben, der Gigant rollt an!« – Schulabsentismus und Soziale Phobie nach Bullying	105
6.1	Erstkontakt	106
6.2	Biografischer Hintergrund	107
6.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	108
6.4	Schemadispositionen und Trigger mit Bezug zum biografischen Hintergrund	110
6.5	Modus-Modell	110
6.6	Therapie	112
6.7	Verlauf und Fazit	119
7	»Ich bin halt 'ne faule Socke!« – Emotionale Störung mit Underachievement	121
7.1	Erstkontakt	122
7.2	Biografischer Hintergrund	122
7.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	124
7.4	Schemadispositionen und Trigger	125
7.5	Modus-Modell	125
7.6	Therapie	126
7.7	Verlauf und Fazit	133
8	»Ist mir doch egal!« – Reaktive Bindungsstörung und Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	135
8.1	Erstkontakt	136
8.2	Biografischer Hintergrund	137
8.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	139

8.4	Schemadispositionen, Trigger und biografische Anker	141
8.5	Modus-Modell	141
8.6	Therapie	143
8.7	Verlauf und Fazit	148
9	»Manchmal bin ich ein Vulkan« – Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und depressiver Störung bei Trisomie 21	151
9.1	Erstkontakt	152
9.2	Biografischer Hintergrund	153
9.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes	155
9.4	Schemadispositionen und Trigger	156
9.5	Modus-Modell	157
9.6	Therapie	159
9.7	Verlauf und Fazit	165
10	»Ich bin halt 'ne Bitch!« – Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	167
10.1	Erstkontakt	168
10.2	Biografischer Hintergrund	169
10.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster der Jugendlichen	170
10.4	Schemadispositionen, Trigger und biografische Anker	171
10.5	Modus-Modell	172
10.6	Therapie	174
10.7	Verlauf und Fazit	180
11	»Mit dir will doch niemand befreundet sein!« – Depression nach Peer-Viktimisierung	183
11.1	Erstkontakt	184
11.2	Biografischer Hintergrund der Familie	185
11.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster der Jugendlichen	186
11.4	Schemata und Trigger	189
11.5	Modus-Modell	189
11.6	Therapie	191
11.7	Verlauf und Fazit	199
12	Der Zwangsschleimer und die Macht von Farben, Zahlen und Buchstaben – Zwangsstörung	201
12.1	Erstkontakt	202
12.2	Biografischer Hintergrund	203
12.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster der Jugendlichen	206
12.4	Bilder aus der Vergangenheit, Schemaentwicklung und heutige Trigger	207
12.5	Modus-Modell	208

12.6	Therapie	209
12.7	Verlauf und Fazit	212
13	»Ich bin anders – gehöre nicht dazu!« – Soziale Phobie	215
13.1	Erstkontakt	216
13.2	Biografischer Hintergrund	217
13.3	Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster der Jugendlichen	218
13.4	Schemata und Trigger	219
13.5	Modus-Modell	220
13.6	Therapie	220
13.7	Verlauf und Fazit	226
	Anhang	229
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	230
	Autorenverzeichnis	231
	Sachwortverzeichnis	232

Einführung in die Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche

Christof Loose

Einleitung

Die Schematherapie für Kinder und Jugendliche (ST-KJ) gilt als eine Weiterentwicklung und Erweiterung der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie. Sie basiert auf den klassischen Lerngesetzen, insbesondere dem Erlernen von physiologisch-emotionalen Reaktionsmustern durch klassische Konditionierung und Erlernen von komplexeren Verhaltensweisen sowie sozial-kognitivem Modelllernen. Aufgrund dieser lerntheoretischen Grundlagen werden fehlangepasste Schemata gebildet, die im Wesentlichen auf eine anhaltende inadäquate Befriedigung von seelischen Grundbedürfnissen in der Kindheit und Jugend beruhen. Wenn diese fehlangepassten Schemata dann im Hier und Jetzt aktiviert werden, gehen sie häufig mit sogenannten dysfunktionalen Bewältigungsstrategien einher. Aus diesen können dann Symptome entstehen, die die Störungsbilder ausmachen, und dann meist im Zentrum der diagnostischen und therapeutischen Aufmerksamkeit stehen.

Sie werden in den Kapiteln dieses Buches durch die Falldarstellung vieler schematherapeutisch arbeitender Kolleg*innen noch sehen, wie die Symptome vor dem Hintergrund von frustrierten Bedürfnissen interpretiert werden können. Im Allgemeinen gelten die emotionalen oder behavioralen Symptome eines Kindes oder Jugendlichen oft nur als »Hinweisgeber«; sie signalisieren uns ein Problem, sind aber nicht das Problem selbst. Um nun die »Botschaft« solcher Symptome besser verstehen zu können, müssen wir die »Sprache« der Symptome verstehen lernen. Ansonsten laufen Therapeut*innen Gefahr, Symptome fehlzuinterpretieren und damit wenig zielführend bzw. nachhaltig zu behandeln. Die große Herausforderung liegt nun darin, mit dem Kind und Jugendlichen gemeinsam herauszufinden, welche Bedürfnisse hinter dem Symptom verborgen sind. Sobald diese Frage hinreichend beantwortet ist, können in der Therapie genau diese Bedürfnisse gezielt und systematisch mit alternativen, d. h. adaptiven Bewältigungsstrategien befriedigt werden. Wenn dies gelingt, braucht das Kind bzw. der Jugendliche nicht mehr das Symptom bemühen. Die Wurzeln der Symptome wurden erkannt und zielführend behandelt, das Kind bzw. der Jugendliche kann sich also den nächsten Entwicklungsschritten zuwenden und die Herausforderungen des Alltags angehen.

Die Architektur der Schematherapie

Die Säulen der Schematherapie bestehen konzeptuell aus den vier Säulen der seelischen Grundbedürfnisse, frühen maladaptiven Schemata, Bewältigungsstrategien und des Modus-Modells. Diese Säulen stehen ihrerseits auf dem Fundament einer elaborierten, schematherapeutischen Beziehungsgestaltung, die mehr ist als nur eine notwendige

Bedingung für die Anwendung und Durchführung von (störungsspezifischen) Therapiemanualen (Arbeitsbeziehung). Die Beziehung ist auch und vor allem eine Plattform, auf der erst eine nachträgliche Bedürfnisbefriedigung möglich wird. Roediger (2016) nennt diesen Weg den »zweiten Bildungsweg für das Erleben und positive Gestalten von Beziehungen«. Die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten ist somit ein Wirkfaktor für sich und damit weit mehr als nur ein »Türöffner für die Durchführung eines Manuals«. Erst wenn ein solches Fundament geschaffen worden ist, können auch schuld- und schambezogene Themen und ursprüngliche emotionale Schlüsselsituationen, die an der Schemaentstehung ursächlich beteiligt waren, bearbeitet werden. Bevor also schematherapeutische Techniken angewandt werden, steht der Beziehungsaufbau (z. B. mit Ressourcenarbeit und Herausarbeiten von Stärken) an erster Stelle. Abbildung 0.1 skizziert die Hauptkonzepte (Säulen) und die Bedeutung der elaborierten Patienten-Therapeuten-Beziehung (Fundament) der Schematherapie.

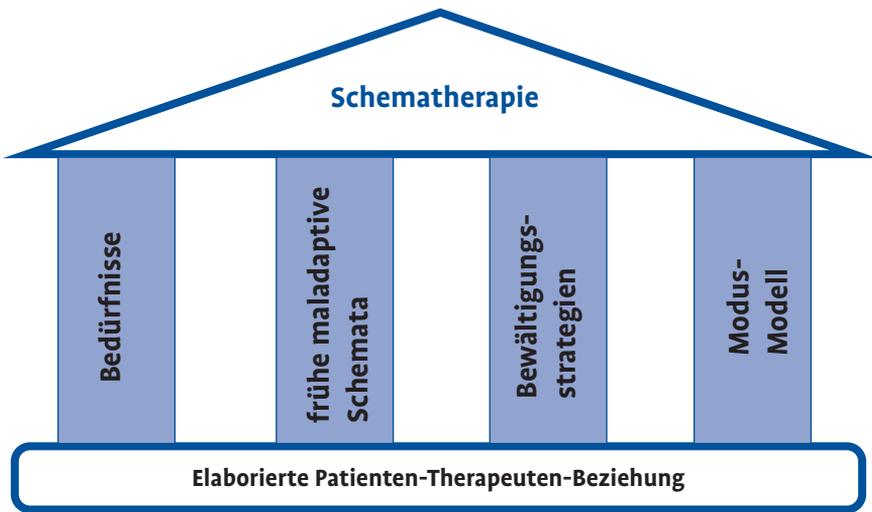


Abbildung 0.1 Fundament und Säulen der Schematherapie

Die vier Säulen der Schematherapie

(1) Grundbedürfnis-Modell. Die Erfüllung von seelischen Grundbedürfnissen gilt in der Schematherapie als die zentrale Triebfeder in der kindlichen Entwicklung (Roediger, 2016; Young et al., 2008). Diese Erkenntnis ist nicht neu: Auch Borg-Laufs misst der Erfüllung von Grundbedürfnissen hohen Stellenwert bei: »Therapeutische Interventionen müssen den Status der Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse berücksichtigen, gleichzeitig muss die Befriedigung der Grundbedürfnisse auch als eigenständiges therapeutisches Ziel angesehen werden« (2011, S. 49). Und bei Grawe (2004, S. 184) heißt es: »Es gibt viele Hinweise darauf, dass eine schwere und dauerhafte Verletzung von Grundbedürfnissen letztlich die wichtigste Ursache für die Entwicklung

psychischer Störung ist und auch für deren Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielt.«

In der Schematherapie wird zudem davon ausgegangen, dass eine früh im Leben erfahrene und wiederholt auftretende, inadäquate Befriedigung eines seelischen Bedürfnisses bestimmte maladaptive (fehlangepasste) Schemata aus einer Gruppe (Domäne) entstehen lässt. Zum Beispiel führt eine unangemessene Befriedigung des Bindungsbedürfnisses zu maladaptiven Schemata der Domäne »Abtrenntheit und Ablehnung«, die wiederum die Schemata »emotionale Entbehrung«, Verlassenheit/ Instabilität (im Stich gelassen), Misstrauen/ Missbrauch, Isolation und Unzulänglichkeit/ Scham beinhaltet (vgl. Tab. 0.1). Wenn das Bindungsbedürfnis jedoch im Übermaß befriedigt wird, können Schemata aus der Domäne Autonomie und Selbstwirksamkeit entstehen, z.B. wenn das Kind seine Bedürfnisse der Autonomie und Selbstwirksamkeit nicht angemessen befriedigen kann. Es geht also in der Bedürfnisbefriedigung eher um eine Balance der Bedürfnisbefriedigung und nicht so sehr um die Fokussierung eines einzelnen Bedürfnisses. Je nach Temperament, Modellen und Lernerfahrungen können sich dann verschiedene Schemadispositionen (Vorläufer von Schemata) im Kindes- oder Jugendalter ausbilden. Abb. 0.2 zeigt eine Übersicht des hier zugrunde gelegten Bedürfnismodells.

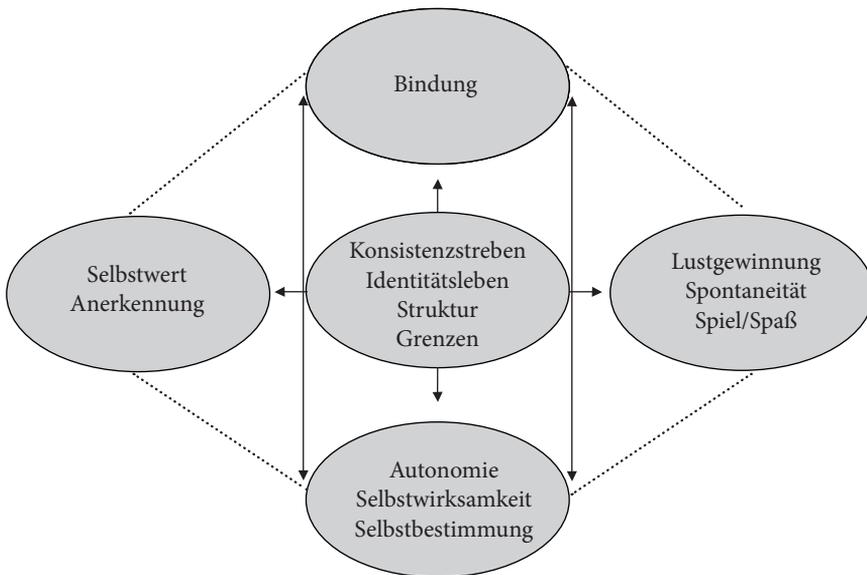


Abbildung 0.2 Das Grundbedürfnismodell (aus Loose et al., 2013)

- (1) Bindung: im Sinne beständiger liebevoller Beziehungen und Zugehörigkeit zu unterstützenden Gemeinschaften
- (2) Autonomie: Selbstständigkeit im Sinne von Unabhängigkeit von anderen, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit einschließlich Kontrolle über die Umwelt

- (3) Selbstwert: im Sinne von Anerkennung und Selbstachtung
- (4) Spiel/ Spaß, Freude, Genuss, Lustgewinn und Stimulation: im Sinne von Spontaneität und Freiheit im Selbstaussdruck
- (5) Wir gehen mit Grawe (2004) von einem übergeordneten Bedürfnis nach Konsistenz aus, also von einem Streben des Organismus nach Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden psychischen/neuronalen Prozesse. Hier könnte man auch ein Bedürfnis nach Struktur und Orientierung im Sinne von Durchschaubarkeit und Vorhersagbarkeit zum Zweck der Kontrolle über die Ereignisse in der Umwelt zählen. Dazu dienen auch Regeln und Grenzen in sozialen Gemeinschaften.

(2) Maladaptive Schemadispositionen und Schemata. Unter Schemata sind Konglomerate zu verstehen, die aus Erinnerungen, Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen bestehen. Nachfolgend wird in dieser Einleitung allgemein von Schemata gesprochen, auch wenn es sich im Kindesalter noch um Anlagen bzw. Dispositionen von voll ausgebildeten maladaptiven Schemata handeln dürfte. Schemata sind das Ergebnis emotionsintensiver psychosozialer Schlüsselsituationen und entstehen bei gravierenden seelischen Verletzungen, z. B. wenn ein weinendes Kind von seinen Eltern wiederholt harsche und kühle Zurückweisungen erfährt. Erfahrungen dieser Art führen dann oft zu Schemata, die einen erweiterten und komplex konditionierten, respondenten Reflex darstellen (vgl. evaluative Konditionierung; Levey & Martin, 1975). Ein solcher Reflex kann dann aktiviert werden, wenn Ähnlichkeiten im Hier und Jetzt mit einer damaligen Schlüsselsituation auftauchen (z. B. Gefühl der Zurückweisung). Dann werden einzelne Facetten dieses Schemas mit all seinen eigenen Emotionen, Körperreaktionen, Erinnerungen und Kognition reflexartig aktiviert. Beispielsweise kann eine Mutter, die soeben von ihrem Kind heftig beschimpft und entwertet wird, eine Mischung aus Ohnmacht, Angst und Wut dem Kind gegenüber empfinden. Dieses Gefühlsgemisch wird zwar ausgelöst durch das Verhalten des Kindes, mag aber vermengt sein mit einem Gefühlsgemisch aus der mütterlichen Biografie, z. B. als die Mutter noch als kleine Tochter ihrer Eltern beschuldigt und bestraft wurde. Ihr eigenes (reales) Kind aktiviert nun durch just gezeigtes, beschimpfendes Verhalten das bereits früh im Leben angelegte Schema-Konglomerat (z. B. »emotionale Entbehrung« oder Misstrauen/ Missbrauch). Die aus der Aktivierung des Schemas entstandenen Gefühle (hier: Ohnmacht, Angst und Wut) sind im Grunde »alte Gefühle«, die sehr intensiv sein können und nun eine angemessene Reaktion der Mutter auf das kindliche Fehlverhalten deutlich erschweren. Solche aktivierbaren frühen maladaptiven Schemata gilt es also zu identifizieren (Was passiert hier gerade in mir?), richtig einzuordnen (Woher kenne ich diese Gefühle und Körperreaktionen?) und im Alltag angemessen zu bewältigen (Was ist jetzt eine angemessene Reaktion?). In schwierigen Situationen stellen sich diese Fragen nicht nur Kindern und Jugendlichen, sondern auch Bezugspersonen wie z. B. Eltern, Großeltern und Lehrkräften, also all jenen Bezugspersonen, die mittelbar (über dritte) oder unmittelbar (direkt) mit den Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen konfrontiert sind.

1 »Lauter Angstmonster in meinem Kopf« – Generalisierte Angststörung des Kindesalters

- 1.1 Erstkontakt
- 1.2 Biografischer Hintergrund
- 1.3 Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes und der Eltern
- 1.4 Schemadispositionen und Trigger
- 1.5 Modus-Modell
- 1.6 Therapie
- 1.7 Verlauf und Fazit

1 »Lauter Angstmonster in meinem Kopf« – Generalisierte Angststörung des Kindesalters

Margitta Krahmer

Fokus des Kapitels

Diagnose: 6-jähriges Mädchen mit Symptomen einer Generalisierten Angststörung des Kindesalters (ICD 10: F93.80)

Schemadispositionen: Anfälligkeiten für Schädigungen oder Krankheiten und soziale Isolierung

Modus-Modell/-Dynamik: verletztes Kind, wütendes Kind, ängstlicher Modus, kritischer Modus, Clever-Modus

Bedürfnisse: Bindung, Autonomie und Selbstwirksamkeit, Selbstwerterhöhung, Spiel und Spaß

Interventionen: Ressourcenarbeit, Psychoedukation zu Ängsten, u. a. über Spielmaterial und Kinderbücher, Modus-Skizze, Fingerpuppenarbeit, Modus-Rat und -Exploration, Angsthierarchie und Vorbereitung zur Exposition, u. a. durch Fantasiereise zum Clever-Modus, Eltern-Coaching

1.1 Erstkontakt

Zugewiesen wurde Marion von ihrem Kinderarzt, da die Eltern in der Sprechstunde des Pädiaters ihre Sorge über eine mittlerweile stark ausgeprägte Angstsymptomatik bei ihrer Tochter äußerten.

Die 6-jährige Marion kommt zum Ersttermin mit ihren Eltern in das Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Eltern berichten im Erstgespräch, dass Marion zunehmend unter einer exazerbierenden und sich generalisierenden Angstsymptomatik leide, was ihre Tochter zunehmend an ihrer Alltagsbewältigung hindere. Sie habe mittlerweile große Angst, in den Kindergarten zu gehen, aber auch der Alltag zu Hause sei mittlerweile von zahlreichen Ängsten bestimmt, was sich u. a. auch in sozialem Rückzug sowie einer sich zunehmend verstärkenden Einschlafproblematik zeige. Auch beobachteten sie bei Marion zunehmend soziale Ängste. Sie sei darauf angewiesen, dass man zu ihr Kontakt aufnehme, von sich aus könne sie keinen Kontakt zu anderen Kindern aufnehmen und sei leicht zu verunsichern.

1.2 Biografischer Hintergrund

Familie. Die verheirateten Eltern sind ein 37-jähriger Informatiker (100% Stellenanteil) und eine 35-jährige Tierarztassistentin. Sie haben insgesamt 3 Kinder, wovon Marion das älteste Kind ist.

Der Vater leide selbst unter einer Angstsymptomatik (Panikattacken, unterschiedliche phobische Ängste, sozial unsicheres Verhalten sowie diffuse Ängste, vermutlich auch eine Generalisierte Angststörung [GAS]) und habe in der Kindheit und Jugend unter Mobbing gelitten. Neben der Angstsymptomatik habe er situationsspezifisch aber durchaus auch eine risikofreudige Seite. Zudem sei er perfektionistisch bzw. habe hohe Ansprüche an sich (»Entweder 200% oder gar nicht«). Als Jugendlicher und junger Erwachsener habe er sehr viel Leistungssport gemacht (Fussball, Leichtathletik). Er habe 4-6 Stunden täglich trainiert, immer viel Bewegung gebraucht und er sei auch immer unruhig und »zappelig« gewesen. Er selbst sehe bei sich die Tendenz zur Hyperaktivität. Der Vater habe bereits von Beginn an eine sehr enge Beziehung zu Marion entwickelt. Er sehe sehr viele Parallelen zwischen seiner Tochter und sich.

Die Mutter, 35-jährig, ist gelernte Tierarztassistentin, war bis zur 1. Schwangerschaft berufstätig und ist seither Hausfrau. Die Mutter beschreibt sich als sehr perfektionistisch, möchte keinen Fehler machen. Auch sie mache etwas entweder 200%ig oder gar nicht. Sie selbst habe auch immer Angst vor Ausgrenzung in der Peer-Gruppe gehabt, sie sei jedoch nie Außenseiterin gewesen, aber auch nie Anführerin. Sie habe sich immer gerne alleine beschäftigt und viel gelesen. Heute habe sie ein fixes Sozialnetz, Vereine seien für sie ein Gräuel, weil man dort Verpflichtungen eingehen müsse. Ihre jüngere Schwester habe im Alter von einem Jahr eine Hirnhautentzündung gehabt, seither sei sie körperlich und geistig behindert. Trotz ihrer Behinderung sei sie aber immer der »Sonnenschein« gewesen und habe im Zentrum der Aufmerksamkeit gestanden. Aufgrund dieser Situation habe sie die Grundannahme »Für andere bin ich uninteressant« entwickelt.

Marions zwei Jahre jüngere Schwester sei ein sehr freundliches, aber auch sehr dominantes Mädchen. Sie habe eine sehr gewinnende Art, dränge sich aber auch oft vor (Die Mutter sehe viele Parallelen zwischen Marion und ihrer Schwester und der damaligen Beziehung von ihr und ihrer Schwester).

Der drei Jahre jüngere Bruder sei sehr kontaktfreudig, zeige viel Selbstvertrauen, er sei sehr aktiv und draufgängerisch (Der Vater sehe bezüglich der Risikofreudigkeit viele Parallelen zwischen ihm und sich).

Zu Beginn der Behandlung zeigte sich eine deutliche Aufteilung der Kinder unter den Eltern. Während Marion vor allem »Papas Kind« war, waren die beiden jüngeren Geschwister eher »Mamas Kinder«. Die Geschwister untereinander zeigten auch deutlich konkurrierendes Verhalten um die Zuwendung der Mutter.

Anamnese des Kindes

Schwangerschaft/Geburt. Marion sei erwünscht gewesen und das erste Kind der Mutter. Es habe ein problemloser Verlauf der Schwangerschaft vorgelegen. Die Mutter habe eigentlich natürlich gebären wollen, die Geburt sei aber dann wegen Steißlage per Kaiserschnitt erfolgt. Marion habe nach der Geburt nicht gut trinken können und zunächst an Gewicht verloren. Mit Hilfe einer Hebamme sei es dann gelungen, dass Marion besser getrunken habe. Die Mutter habe die Situation aber in dem Sinne

verbucht, dass sie keine gute Mutter sei («Ich kann nicht gebären und nicht stillen«). Marion sei bis zum 8. Lebensmonat gestillt worden.

Säuglings- und Kleinkindalter. Als Säugling sei Marion unruhig, »zappelig«, aber auch fröhlich gewesen. Von Beginn an habe sie einen enormen Bewegungsdrang gehabt. Ihr Schlaf sei gut gewesen, wobei sie sehr spät eingeschlafen sei und insgesamt wenig Schlaf benötigt habe.

Meilensteine der Entwicklung. Die Eckpfeiler der frühkindlichen Entwicklung seien noch regelrecht erreicht worden, aber eher etwas später. So habe Marion beispielsweise kaum einzelne Wörter gesprochen, dann aber direkt Zwei-Wortsätze; mit 14 Monaten habe sie lediglich drei Schritte gemacht, mit 16 Monaten habe man plötzlich schnelles und sicheres Laufen beobachtet. Ihre Entwicklung sei nach dem Prinzip »richtig oder gar nicht« verlaufen. Als Kleinkind habe sie vor allem gerne mit einem Ball gespielt, Musik gehört, gesungen und getanzt.

Sozio-emotionale Entwicklung. Marion sei immer schon sehr aufgeweckt, fröhlich, kreativ und musisch talentiert gewesen. Erste Ängste hätten sich ab dem Alter von zwei Jahren gezeigt. Damals habe sich Marion immer hinter ihren Eltern versteckt, wenn andere Kinder mit ihr im Raum gewesen seien. Parallel habe sie Ängste vor vielen Dingen entwickelt (z. B. vor den meisten Tieren, Tod, Wirbelstürmen, im weiteren Verlauf auch vor Bakterien). Des Weiteren habe sie Ängste davor geäußert, dass ihr, ihrer Familie, aber auch der gesamten Menschheit etwas passieren könne. Schon früh habe sie eine Faszination für Medizin, Spitäler, medizinische Versorgung gezeigt. Als Marion anderthalb Jahre alt gewesen sei, sei ihr Großvater schwer erkrankt, die Großmutter habe viel mit Marion über das Thema »Tod« gesprochen, seither lasse sie das Thema nicht mehr los.

Mit drei Jahren sei Marion in die Spielgruppe gekommen, habe dabei keine Trennungsängste gezeigt, sich jedoch schüchtern und zurückhaltend in der Kindergruppe präsentiert. Schon damals sei es ihr aber schwergefallen, auf andere Kinder zuzugehen und sie habe Angst vor Ausgrenzung geäußert. Wenn andere die Initiative ergriffen hätten, habe sie darauf eingehen können. Sie sei aber rasch verunsichert gewesen, wenn beispielsweise andere Kinder ihre Spielvorschläge nicht berücksichtigt hätten, in Folge habe sie sich sozial zurückgezogen. Marion habe andere Kinder kaum für ihre Ideen begeistern können. Sie habe sich immer schon gerne auch alleine beschäftigt. Bei der zwei Jahre jüngeren Schwester habe sie die Rolle der großen Schwester eingenommen, zeige Beschützerinstinkt und setze sich für sie ein. Marion höre gerne Geschichten, male, singe und spiele gerne und nehme mit Freude an Theateraufführungen teil.

Während der Therapie ist Marion in die Grundschule eingetreten.

1.3 Aktuelle Probleme und Verhaltensmuster des Kindes

Zu Beginn der Behandlung zeigte sich eine ausgeprägte Angstsymptomatik, welche sich zunehmend generalisierte, sodass für Marion die Alltagsbewältigung fast nicht