



Jacob • Seebauer (Hrsg.)

# Fallbuch Schematherapie

**BELTZ**

Jacob • Seebauer (Hrsg.)

**Fallbuch Schematherapie**



Gitta Jacob • Laura Seebauer (Hrsg.)

# Fallbuch Schematherapie

**BELTZ**

*Anschrift der Herausgeberinnen:*

PD Dr. Gitta Jacob  
Universität Freiburg  
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie  
79085 Freiburg  
E-Mail: gitta.jacob@psychologie.uni-freiburg.de

Laura Seebauer, Dipl.-Psych.  
Universitätsklinikum Freiburg  
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg  
E-Mail: laura.seebauer@uniklinik-freiburg.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich (ISBN 978-3-621-28083-9).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

1. Auflage 2013

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Andrea Schrameyer  
Herstellung: Sonja Frank  
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal  
Umschlagbild: Daniel Viéné, Les visages, mit freundlicher Vermittlung der Art Galerie Elwert, Baden-Baden, [www.art-galerie-elwert.de](http://www.art-galerie-elwert.de)  
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28117-1

# Inhaltsübersicht

Einführung	17
<b>1</b> Misstrauen als Lebenseinstellung – Borderline-Persönlichkeitsstörung <i>Eva Faßbinder</i>	20
<b>2</b> »Ich bin dann mal weg« – Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung <i>Ingrid Hösch</i>	29
<b>3</b> Immer auf voller Leistung – Depression und PTBS <i>Lukas Nissen</i>	39
<b>4</b> Ein dicker Schutzpanzer – Multimorbidität und schwere soziale Probleme <i>Leokadia Brüderl</i>	49
<b>5</b> Wahnsinnig auf die Liebe fixiert – Liebeswahn in der Forensik <i>Claudia Knörnschild • Petra Bauer</i>	59
<b>6</b> »Die denken doch alle, dass ich gestört bin« – Soziale Phobie <i>Neele Reiß</i>	68
<b>7</b> Den Zerberus zähmen – Narzissmus und Depression <i>Barbara Costaz • Tillmann Beichert</i>	75
<b>8</b> Vertrauen ist alles – Borderline-Persönlichkeitsstörung mit schwerer Selbstverletzung und Dissoziation <i>Gitta Jacob • Britta Menne</i>	84
<b>9</b> Gescheiterte Liebe und unerträgliche Schuld – Bulimia nervosa <i>Felix Wüst</i>	93
<b>10</b> Die verzweifelte Suche nach Anerkennung – Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung <i>Jeanette Röhrig</i>	101
<b>11</b> Schmerzen statt Einsamkeit – Somatoforme Schmerzstörung <i>Laura Seebauer • Ulrike Frank</i>	109
<b>12</b> Der Beste zu sein ist das einzige, was zählt – Zwangsstörung und Narzisstische Persönlichkeitsstörung <i>Nicola Thiel • Ulrich Voderholzer</i>	117

<b>13</b>	»Ich seh'n mich so nach Leben!« – Cluster C-Persönlichkeitsstörung mit völliger Selbstaufopferung <i>Cirsten Ullrich</i>	123
<b>14</b>	Neue Wege nach der Krebsdiagnose <i>Karoline Albrecht • Laura Seebauer</i>	133
<b>15</b>	»Ich will so sein wie früher« – soziale Ängste nach Hirnblutung <i>Wolfgang Beth</i>	139
<b>16</b>	Schreck lass nach – chronische PTBS <i>Gerhard Zarbock</i>	145
<b>17</b>	»... plötzlich hat sich meine komplette linke Seite einfach ausgeschaltet« – Somatisierungssymptome verstehen <i>Dorothee Halcour</i>	154
<b>18</b>	»Es kotzt mich alles so an!« – Emetophobie und Panikstörung <i>Christine Zens</i>	164
<b>19</b>	Wie aus Opfern Täter werden – Alkoholabhängigkeit und PTBS <i>Eckhard Roediger</i>	174
<b>20</b>	»Ich bin stolz darauf, meinen Körper zu beherrschen!« – Anorexia nervosa <i>Christine Zens • Vivian Rahn</i>	183
<b>21</b>	Gewalt und Drogen als einzige Überlebensstrategien – schwere Cluster B-Persönlichkeitsstörung <i>Gitta Jacob • Neele Reiß</i>	194
<b>22</b>	Angst vor der bösen Tante – Depression mit kombinierter Persönlichkeitsstörung <i>Ellen Gross</i>	203
<b>23</b>	Rückzug ins Gewächshaus – Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung <i>Neele Reiß</i>	213
<b>24</b>	Symptome als Ablenkungsstrategien – Zwangsstörung und Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung <i>Nicola Thiel • Ulrich Voderholzer</i>	219
<b>25</b>	Außer Rand und Band – Borderline- und Paranoide Persönlichkeitsstörung <i>Laura Seebauer</i>	227

<b>26</b>	Die kleine »Wutschluckerin« – Cluster C-Persönlichkeitsstörung und chronische Depression <i>Eva Faßbinder</i>	235
<b>27</b>	Morgen ist auch noch ein Tag – Prokrastination und Selbstwert in der Selbsterfahrung <i>Wolfgang Beth</i>	245
<b>28</b>	Hunger nach Geborgenheit – Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Anorexie <i>Eva Faßbinder</i>	251
<b>29</b>	Der ewige Student – Narzissmus und Arbeitsstörung <i>Christine Zens</i>	260
	Autorenverzeichnis	269
	Sachwortverzeichnis	271





# Inhalt

<b>Einführung</b>	17
<b>1 Misstrauen als Lebenseinstellung – Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>	
<i>Eva Faßbinder</i>	20
1.1 <b>Erstkontakt</b>	20
1.2 <b>Biographischer Hintergrund</b>	21
1.3 <b>Modus-Modell</b>	22
1.4 <b>Behandlung</b>	22
1.5 <b>Behandlungsergebnis und Ausblick</b>	28
<b>2 »Ich bin dann mal weg« – Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung</b>	
<i>Ingrid Hösch</i>	29
2.1 <b>Erstkontakt</b>	29
2.2 <b>Biographischer Hintergrund</b>	30
2.3 <b>Modus-Modell</b>	31
2.4 <b>Behandlung</b>	33
2.5 <b>Behandlungsergebnis und Ausblick</b>	38
<b>3 Immer auf voller Leistung – Depression und PTBS</b>	
<i>Lukas Nissen</i>	39
3.1 <b>Erstkontakt</b>	39
3.2 <b>Biographischer Hintergrund</b>	40
3.3 <b>Modus-Modell</b>	41
3.4 <b>Behandlung</b>	42
3.5 <b>Behandlungsergebnis und Ausblick</b>	48
<b>4 Ein dicker Schutzpanzer – Multimorbidität und schwere soziale Probleme</b>	
<i>Leokadia Brüderl</i>	49
4.1 <b>Erstkontakt</b>	49
4.2 <b>Biographischer Hintergrund</b>	50
4.3 <b>Modus-Modell</b>	52

4.4	Behandlung	52
4.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	58
<b>5</b>	<b>Wahnsinnig auf die Liebe fixiert – Liebeswahn in der Forensik</b>	
	<i>Claudia Knörschild • Petra Bauer</i>	59
5.1	Erstkontakt	59
5.2	Biographischer Hintergrund	60
5.3	Modus-Modell	61
5.4	Behandlung	63
5.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	67
<b>6</b>	<b>»Die denken doch alle, dass ich gestört bin« – Soziale Phobie</b>	
	<i>Neele Reiß</i>	68
6.1	Erstkontakt	68
6.2	Biographischer Hintergrund	69
6.3	Modus-Modell	69
6.4	Behandlung	71
6.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	74
<b>7</b>	<b>Den Zerberus zähmen – Narzissmus und Depression</b>	
	<i>Barbara Costaz • Tillmann Beichert</i>	75
7.1	Erstkontakt	75
7.2	Biographischer Hintergrund	76
7.3	Modus-Modell	77
7.4	Behandlung	78
7.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	83
<b>8</b>	<b>Vertrauen ist alles – Borderline-Persönlichkeitsstörung mit schwerer Selbstverletzung und Dissoziation</b>	
	<i>Gitta Jacob • Britta Menne</i>	84
8.1	Erstkontakt	84
8.2	Biographischer Hintergrund	85
8.3	Modus-Modell	86
8.4	Behandlung	87
8.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	92

<b>9</b>	<b>Gescheiterte Liebe und unerträgliche Schuld – Bulimia nervosa</b>	
	<i>Felix Wüst</i>	93
9.1	Erstkontakt	93
9.2	Biographischer Hintergrund	94
9.3	Modus-Modell	95
9.4	Behandlung	95
9.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	100
<b>10</b>	<b>Die verzweifelte Suche nach Anerkennung – Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung</b>	
	<i>Jeanette Röhrig</i>	101
10.1	Erstkontakt	101
10.2	Biographischer Hintergrund	102
10.3	Modus-Modell	103
10.4	Behandlung	103
10.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	108
<b>11</b>	<b>Schmerzen statt Einsamkeit – Somatoforme Schmerzstörung</b>	
	<i>Laura Seebauer • Ulrike Frank</i>	109
11.1	Erstkontakt	109
11.2	Biographischer Hintergrund	110
11.3	Modus-Modell	111
11.4	Behandlung	111
11.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	115
<b>12</b>	<b>Der Beste zu sein ist das einzige, was zählt – Zwangsstörung und Narzisstische Persönlichkeitsstörung</b>	
	<i>Nicola Thiel • Ulrich Voderholzer</i>	117
12.1	Erstkontakt	117
12.2	Biographischer Hintergrund	118
12.3	Modus-Modell	119
12.4	Behandlung	120
12.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	122

<b>13</b>	<b>»Ich seh mich so nach Leben!« – Cluster C-Persönlichkeitsstörung mit völliger Selbstaufopferung</b>	
	<i>Cirsten Ullrich</i>	123
13.1	Erstkontakt	123
13.2	Biographischer Hintergrund	124
13.3	Modus-Modell	125
13.4	Behandlung	126
13.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	132
<b>14</b>	<b>Neue Wege nach der Krebsdiagnose</b>	
	<i>Karoline Albrecht • Laura Seebauer</i>	133
14.1	Erstkontakt	133
14.2	Biographischer Hintergrund	134
14.3	Modus-Modell	135
14.4	Behandlung	136
14.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	138
<b>15</b>	<b>»Ich will so sein wie früher« – soziale Ängste nach Hirnblutung</b>	
	<i>Wolfgang Beth</i>	139
15.1	Erstkontakt	139
15.2	Biographischer Hintergrund	140
15.3	Modus-Modell	141
15.4	Behandlung	141
15.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	144
<b>16</b>	<b>Schreck lass nach – chronische PTBS</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i>	145
16.1	Erstkontakt	145
16.2	Biographischer Hintergrund	146
16.3	Modus-Modell	147
16.4	Behandlung	149
16.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	152
<b>17</b>	<b>»... plötzlich hat sich meine komplette linke Seite einfach ausgeschaltet« – Somatisierungssymptome verstehen</b>	
	<i>Dorothee Halcour</i>	154
17.1	Erstkontakt	154
17.2	Biographischer Hintergrund	155

17.3	Modus-Modell	156
17.4	Behandlung	157
17.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	163
<b>18</b>	<b>»Es kotzt mich alles so an!« – Emetophobie und Panikstörung</b>	
	<i>Christine Zens</i>	164
18.1	Erstkontakt	164
18.2	Biographischer Hintergrund	165
18.3	Modus-Modell	167
18.4	Behandlung	168
18.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	173
<b>19</b>	<b>Wie aus Opfern Täter werden – Alkoholabhängigkeit und PTBS</b>	
	<i>Eckhard Roediger</i>	174
19.1	Erstkontakt	174
19.2	Biographischer Hintergrund	175
19.3	Modus-Modell	175
19.4	Behandlung	176
19.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	182
<b>20</b>	<b>»Ich bin stolz darauf, meinen Körper zu beherrschen!« – Anorexia nervosa</b>	
	<i>Christine Zens • Vivian Rahn</i>	183
20.1	Erstkontakt	183
20.2	Biographischer Hintergrund	184
20.3	Modus-Modell	185
20.4	Behandlung	186
20.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	193
<b>21</b>	<b>Gewalt und Drogen als einzige Überlebensstrategien – schwere Cluster B-Persönlichkeitsstörung</b>	
	<i>Gitta Jacob • Neele Reiß</i>	194
21.1	Erstkontakt	194
21.2	Biographischer Hintergrund	195
21.3	Modus-Modell	196
21.4	Behandlung	197
21.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	202

<b>22</b>	<b>Angst vor der bösen Tante – Depression mit kombinierter Persönlichkeitsstörung</b>	
	<i>Ellen Gross</i>	203
22.1	Erstkontakt	203
22.2	Biographischer Hintergrund	204
22.3	Modus-Modell	205
22.4	Behandlung	206
22.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	212
<b>23</b>	<b>Rückzug ins Gewächshaus – Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung</b>	
	<i>Neele Reiß</i>	213
23.1	Erstkontakt	213
23.2	Biographischer Hintergrund	214
23.3	Modus-Modell	215
23.4	Behandlung	216
23.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	218
<b>24</b>	<b>Symptome als Ablenkungsstrategien – Zwangsstörung und Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung</b>	
	<i>Nicola Thiel • Ulrich Voderholzer</i>	219
24.1	Erstkontakt	219
24.2	Biographischer Hintergrund	220
24.3	Modus-Modell	221
24.4	Behandlung	222
24.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	226
<b>25</b>	<b>Außer Rand und Band – Borderline- und Paranoide Persönlichkeitsstörung</b>	
	<i>Laura Seebauer</i>	227
25.1	Erstkontakt	227
25.2	Biographischer Hintergrund	229
25.3	Modus-Modell	230
25.4	Behandlung	231
25.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	234

<b>26</b>	<b>Die kleine »Wutschluckerin« – Cluster C-Persönlichkeitsstörung und chronische Depression</b>	
	<i>Eva Faßbinder</i>	235
26.1	Erstkontakt	235
26.2	Biographischer Hintergrund	236
26.3	Modus-Modell	238
26.4	Behandlung	239
26.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	244
<b>27</b>	<b>Morgen ist auch noch ein Tag – Prokrastination und Selbstwert in der Selbsterfahrung</b>	
	<i>Wolfgang Beth</i>	245
27.1	Erstkontakt	245
27.2	Biographischer Hintergrund	246
27.3	Modus-Modell	247
27.4	Behandlung	248
27.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	250
<b>28</b>	<b>Hunger nach Geborgenheit – Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Anorexie</b>	
	<i>Eva Faßbinder</i>	251
28.1	Erstkontakt	251
28.2	Biographischer Hintergrund	252
28.3	Modus-Modell	253
28.4	Behandlung	254
28.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	259
<b>29</b>	<b>Der ewige Student – Narzissmus und Arbeitsstörung</b>	
	<i>Christine Zens</i>	260
29.1	Erstkontakt	260
29.2	Biographischer Hintergrund	261
29.3	Modus-Modell	262
29.4	Behandlung	263
29.5	Behandlungsergebnis und Ausblick	268
	<b>Autorenverzeichnis</b>	269
	<b>Sachwortverzeichnis</b>	271





# Einführung

Die Schematherapie, eine integrative Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie, wird in den vergangenen Jahren mit zunehmendem Interesse von Therapeuten und Patienten aufgenommen. Sie wurde ursprünglich von Jeffrey Young entwickelt. Young bezieht sich in seinem Grundlagenbuch (Young et al., 2006) schwerpunktmäßig auf das Konzept der maladaptiven Schemata, führt darin auch bereits das Konzept der Schemamodi ein. Dieses Modus-Konzept wurde seither von verschiedenen Arbeitsgruppen, insbesondere im Rahmen von Psychotherapiestudien, weiterentwickelt. Im Modus-Modell werden die Schema-assoziierten Gefühle, Symptome und Probleme der Patienten den Modus-Kategorien der verletzlischen oder ärgerlichen Kindmodi, der fordernden oder strafenden Elternmodi, der Bewältigungsmodi aus den Bereichen Vermeidung, Überkompensation und Unterwerfung sowie den gesunden Modi des gesunden Erwachsenen oder des glücklichen Kindes zugeordnet. In der Folge wird in der Behandlung darauf fokussiert, Bewältigungsmodi nach und nach in Frage zu stellen und zu reduzieren, Kindmodi zu aktivieren und durch emotionsfokussierte Techniken die damit verbundenen negativen Gefühle zu lindern, den Einfluss dysfunktionaler Elternmodi abzuschwächen und gesunde Modi aufzubauen.

Wir haben uns entschieden, in diesem Fallbuch nur Patienten vorzustellen, die vorwiegend mit dem Modus-Konzept behandelt wurden, da alle bisher vorliegenden positiven Wirksamkeitsstudien mit diesem Ansatz arbeiten (Jacob & Arntz, in press). Die Wirksamkeit dieses Ansatzes wurde bisher in mehreren großen Studien insbesondere für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Giesen-Bloo et al., 2006) und für Patienten mit verschiedenen anderen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere den ängstlich-vermeidenden Cluster C-Persönlichkeitsstörungen (Bamelis et al., in Revision) gezeigt. Auch die bisher beim Beltz Verlag erschienenen Veröffentlichungen aus unserer Arbeitsgruppe arbeiten mit diesem Konzept. Sie umfassen Therapeutenbücher zur störungsübergreifenden Arbeit mit dem Modusansatz (Jacob & Arntz, 2011) und zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Arntz & van Genderen, 2010), ein Buch mit Therapiematerialien (Faßbinder et al., 2011) sowie ein Buch und eine Audio-CD zur Selbsthilfe für interessierte Laien und Patienten (Jacob et al., 2011; Seebauer & Jacob, 2013).

In unseren Fortbildungen und Workshops setzen wir mit sehr gutem Erfolg ebenfalls auf das Modus-Modell. Dabei erleben wir immer wieder den Wert von Fällen und Anwendungsbeispielen. Falldarstellungen, sowohl die Präsentation unserer eigenen Fälle als auch die Diskussion von Teilnehmerfällen, werden in Fortbildungen immer wieder als ganz besonders illustrativ und lehrreich erlebt. Aus diesem Grunde haben wir uns sehr über die Möglichkeit gefreut, mit dem Beltz Verlag das vorliegende Fallbuch zu realisieren. Mit den Falldarstellungen in diesem Buch wird die Schematherapie in der Breite, in der wir sie bisher erlebt haben, dargestellt. Ein besonderes

Anliegen ist uns, sowohl Gemeinsamkeiten als auch individuelle Unterschiede zwischen verschiedenen Fällen und dem Vorgehen verschiedener Therapeuten zu demonstrieren. Zudem sollen nicht nur besonders erfolgreiche Therapien, sondern auch Fälle mit einem Ausgang, der unter dem von uns gewünschten Ergebnis lag, dargestellt werden.

Alle Kapitel sind ähnlich aufgebaut. Jedes Kapitel beginnt mit einer kurzen Darstellung des Falles einschließlich aktueller Symptome und Probleme, Behandlungsanlass, gegebenenfalls früheren Behandlungen sowie dem biographischen Hintergrund der Problematik. Es folgt ein Überblick über das schematherapeutische Modus-Modell, das der jeweiligen Behandlung zugrunde gelegt wurde. Im Anschluss wird die Behandlung mit ihren wichtigsten Schwerpunkten, Meilensteinen und Problemen beschrieben. In allen Fällen sind zudem beispielhaft für den jeweiligen Fall typische Interventionen ausführlicher in Kästen dargestellt. So soll ein allgemeiner Überblick über die Therapie verbunden werden mit einem detaillierteren Einblick in den Einsatz spezifischer Techniken. Es war uns ein Anliegen, möglichst alle wichtigen Interventionen und Behandlungsfacetten der Schematherapie darzustellen. Daher werden in jedem Fall nach Möglichkeit etwas andere Schwerpunkte gesetzt, insbesondere bei der Detaildarstellung therapeutischer Techniken. Durch die Reihenfolge der Kapitel haben wir versucht, eine »gute Mischung« herzustellen und möglichst verschiedenartige Fälle aufeinander folgen zu lassen, um das Buch für Sie als Leser abwechslungsreich zu gestalten.

Die Arbeit an diesem Buch hat uns viel Freude bereitet, insbesondere auch dank der ausgezeichneten und fruchtbaren Zusammenarbeit mit Kollegen und Verlag. Wir danken unseren Autoren dafür, dass sie unsere Kapitelvorgaben willig akzeptiert und mit interessanten Fällen gefüllt haben, ohne jemals die zeitlichen Deadlines zu überschreiten. Wir danken Frau Wahl und Frau Schrammeyer vom Beltz Verlag für die wie immer äußerst unterstützende und kompetente Begleitung und Revision dieses Buchprojekts. Wir selbst haben gemeinsam mit vielen Kollegen und Kolleginnen, insbesondere auch im Rahmen oft fordernder Forschungsprojekte, viele Erfahrungen mit schematherapeutischen Behandlungen sammeln können, die in dieses Buch eingeflossen sind.

Die aktuell größte deutsche Studie zur Wirksamkeit der Schematherapie (bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in Gruppen) wird von der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung gefördert. Gitta Jacob wird zudem aktuell gefördert durch den Europäischen Sozialfonds sowie durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg. All diesen Förderern sind wir zu größtem Dank verpflichtet.

Ganz besonders danken wir unseren Patientinnen und Patienten, die immer wieder bereit waren und sind, mit uns schematherapeutische Techniken auszuprobieren und uns darüber ehrliche Rückmeldungen zu geben. Alle Fälle in diesem Buch sind so stark verfremdet, dass die Personen dahinter nicht erkannt werden können. Eventuelle Ähnlichkeiten sind zufällig. Last but not least danken wir unseren Freunden und

Familien, die (mal wieder) bereit waren, die in diesem Projekt entstandene zusätzliche Belastung mit zu tragen.

Freiburg, im Frühjahr 2013

*Gitta Jacob und Laura Seebauer*

- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010).** Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Weinheim: Beltz.
- Fassbinder, E., Schweiger, U. & Jacob, G. (2011).** Therapie-Tools Schematherapie. Weinheim: Beltz.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P. & Arntz, A. (in Revision).** Results of a multi-centered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. Accepted pending revision.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremer, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006).** Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-Focused Therapy versus Transference-Focused Psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 63, 649–658.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011).** Schematherapie in der Praxis. Weinheim: Beltz.
- Jacob, G. & Arntz, A. (in press).** Schema Therapy for personality disorders – A review. International Journal of Cognitive Psychotherapy.
- Jacob, G., van Genderen, H. & Seebauer, L. (2011).** Andere Wege gehen. Lebensmuster verstehen und verändern – ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch. Weinheim: Beltz.
- Seebauer, L. & Jacob, G. (2013).** Andere Wege gehen. Ein schematherapeutischer Audio-Ratgeber (Audio-CD). Weinheim: Beltz.
- Young, J. E., Klosko, S. & Weishaar, M. E. (2008).** Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

# 1 Misstrauen als Lebenseinstellung – Borderline-Persönlichkeitsstörung

Eva Faßbinder

**Diagnose:** Borderline-Persönlichkeitsstörung

## 1.1 Erstkontakt

**Vorgeschichte.** Ella T. ist zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns 24 Jahre alt. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde bereits vor einigen Jahren diagnostiziert, ist bisher jedoch nicht spezifisch behandelt worden. Frau T. hat einige abgebrochene Therapien hinter sich, in welchen sie sich nie verstanden gefühlt habe.

**Behandlungsanlass.** Nachdem Frau T. bereits eine Ausbildung und zwei Studiengänge abgebrochen hat, befindet sie sich jetzt in einem Studium der Religionspädagogik an einer Fachhochschule. Ihre größte Angst sei es, dass sie auch dieses Mal die Herausforderungen des Studiums nicht bewältigen könne. Bisher sei sie jedes Mal in eine Spirale von Überforderung und Selbstabwertung gekommen und habe dann alles hingeschmissen. Es gelinge ihr außerdem nicht, eine Partnerschaft für länger als einige Wochen aufrechtzuerhalten. Freundschaften hielten aufgrund heftiger Konflikte in der Regel nur sehr kurz. Sie verhalte sich im Kontakt oft »überdreht«, sodass andere Menschen von ihr überfordert seien und sich abwenden würden.

**Auftreten/interpersoneller Kontakt.** Frau T. ist im Kontakt extrem launisch und unberechenbar, mal freundlich und aufgedreht, mal gereizt und misstrauisch. Sie gibt der Therapeutin zu verstehen, dass sie ohnehin niemand wirklich verstehe.

**Symptomatik.** Aktuell leide Frau T. v. a. unter extremen Stimmungsschwankungen. Außerdem habe sie starke Angst davor, alleine zu sein oder verlassen zu werden. Sehr häufig empfinde sie Niedergeschlagenheit, innere Leere und habe Konzentrationsprobleme, die ihr das Studium erschweren. Wenn sie stark unter Druck stehe, erlebe sie manchmal »Aussetzer« im Sinne von dissoziativem Erleben und bekomme dann teilweise nicht mit, was z. B. in den Seminaren besprochen werde. Außerdem sei sie impulsiv, habe mehrmals wöchentlich Essattacken und kaufe Dinge, die sie sich eigentlich nicht leisten könne. Besonders nach interpersonellen Konflikten »ritze« sie sich zudem häufiger.

## 1.2 Biographischer Hintergrund

### Biographie

Frau T. habe sich – laut ihrer Mutter – als Kind, nachdem sie in den Kindergarten gekommen sei, stark verändert, sei verschlossen und aggressiv geworden. Der Vater habe sich eigentlich einen Sohn gewünscht, was er sie habe spüren lassen. Die Beziehung der Eltern sei schon immer von Spannungen und Gewalt geprägt gewesen. Gegenüber den Gefühlen der Patientin habe von Seiten beider Eltern wenig Interesse bestanden, bei gleichzeitig hohen Anforderungen an ihre Leistung. Ihren Vater erlebte Frau T. als ungeduldig, einschüchternd und gewalttätig gegenüber der Mutter. Sie habe mit ansehen müssen, wie ihr Vater ihre Mutter bei Wutausbrüchen angeschrien und in einigen Fällen auch körperlich angegriffen habe. Beide Eltern hätten über problematische Themen nie gesprochen. Mit 7 Jahren wurde die Patientin für einige Zeit in ein Internat geschickt, da die Eltern sich vorübergehend getrennt hatten. Dort habe sie sich ausgeschlossen gefühlt und sei von Mitschülern schikaniert worden.

### Zentrale Kindheitserinnerungen/mentale Bilder

- ▶ Ella im Alter von 5 bis 7 Jahren: Tätliche Angriffe ihres Vaters auf ihre Mutter, bei denen sie versucht, ihre Mutter zu schützen; häufige Streitereien zwischen den Eltern, bei denen sie zu vermitteln versucht (Loyalitätskonflikte).
- ▶ Ella im Alter von 7 bis 9 Jahren: Ella fühlt sich einsam und isoliert, z. B. im Internat, wo sie häufig sich selbst überlassen ist.
- ▶ Ella im Alter von 20 Jahren: Suizidversuch nach dem Scheitern einer Beziehung. Sie hat vor, von einer Brücke zu springen, wird jedoch von Passanten aufgehalten.

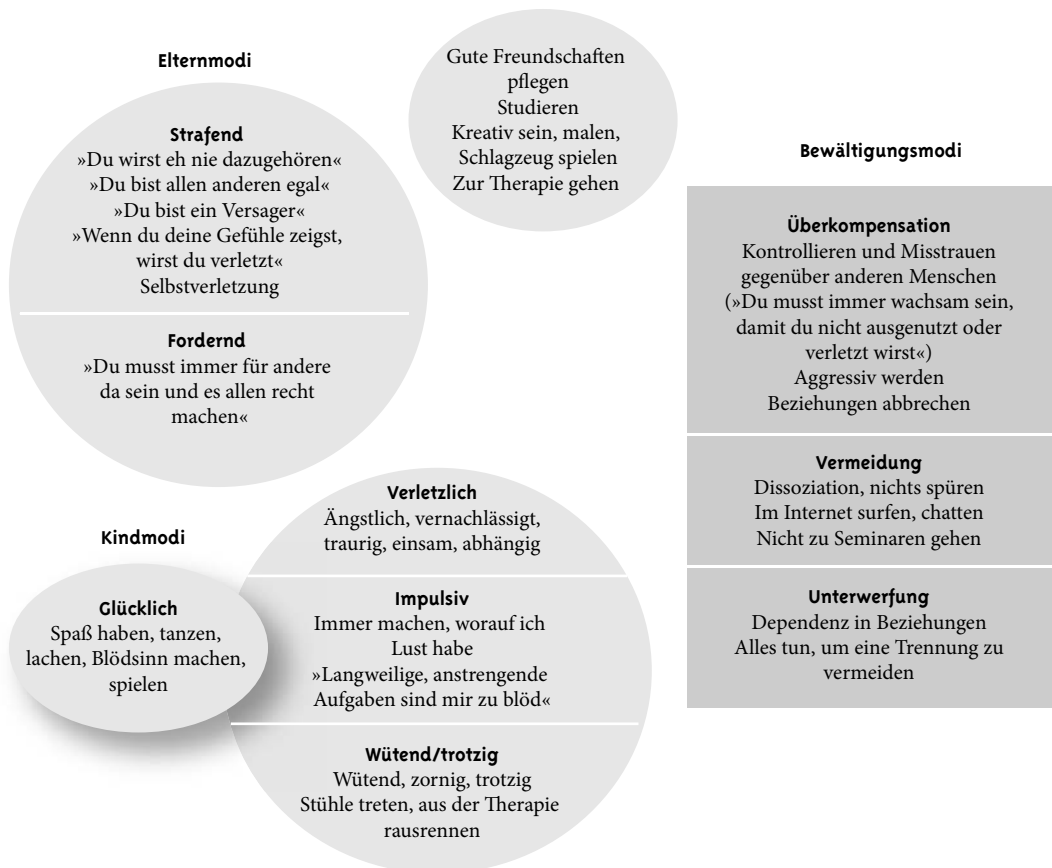
### Aktuelle Probleme und Lebensmuster

- (1) Beziehungsprobleme: Das Verhalten und Erleben von Frau T. in Partnerschaften ist von einem wechselnden Muster aus Idealisierung, Dependenz und Abwertung geprägt. Sie verhält sich in Partnerschaften übermäßig wachsam und misstrauisch gegenüber ihrem Partner und reagiert sehr wütend auf die kleinsten Hinweise, dass ihr Partner sie nicht ernst nehmen könnte.
- (2) Interpersonelle Konflikte: Diese treten sowohl im Studium als auch mit Freunden und ihren Eltern auf. Frau T. reagiert häufig aggressiv und trotzig auf Kritik und mangelnde Beachtung anderer. Im Studium isoliert sie sich von den Mitschülern aufgrund der Annahme, dass diese »sie eh' nicht dabei haben wollen«. Dieses Verhalten führt zu häufigen Kontaktabbrüchen und Gefühlen von Einsamkeit und Ablehnung, welche ihren Rückzug noch weiter verstärken.
- (3) Arbeitsstörung: Durch häufige Fehltage, Konflikte mit Kommilitonen und Überforderung beim selbstständigen Lernen des Stoffs ist ein erfolgreicher Abschluss des Studiums gefährdet. Aufgrund ihrer Lernschwierigkeiten hat Ella eine starke Prüfungsangst entwickelt.

Die mit diesen Problemen verbundenen Muster sind im Modus-Modell (s. Abschn. 1.3) zusammengefasst.

## 1.3 Modus-Modell

### Gesunder Erwachsenenmodus



Modus-Modell von Ella T.

Für Frau T. war das Modus Modell gut verständlich und einleuchtend. Sie fühlte sich »genau getroffen« und berichtete, dass sie ihre verschiedenen Anteile bereits seit Jahren kenne und ihnen auch schon Namen gegeben habe.

## 1.4 Behandlung

Ella T. war zwei Jahre in ambulanter Psychotherapie mit einer Frequenz von zwei Stunden pro Woche im ersten Jahr und größer werdenden Abständen im zweiten Jahr. Auch nach Abschluss der Therapie meldete sie sich für sporadische Booster-Sitzungen.

## **Überwindung des kontrollierenden Bewältigungsmodus – Vertrauen gewinnen**

Das Vorhandensein des kontrollierenden Bewältigungsmodus war zu Beginn der Therapie kaum wahrzunehmen. Je mehr sich Frau T. jedoch auf die Therapie einließ, desto mehr Angst hatte sie, verletzt zu werden und umso mehr Raum nahm dieser Modus ein. Die Patientin hatte im Laufe ihres Lebens gelernt, »auf der Hut zu sein« und andere auf Zeichen von Ablehnung zu überprüfen. Jede Geste, jede Bemerkung wurde so von ihr misstrauisch hinterfragt und als Beleg der Botschaften des strafenden Elternmodus gesehen (»Du bist den anderen Menschen egal«, »Niemand nimmt dich ernst«). Besonders Paarbeziehungen, aber auch Freundschaften scheiterten immer wieder an diesem Modus, da selbst kleinste Bemerkungen oder Gesten eine Eskalation zur Folge haben konnten. Der kontrollierende und misstrauische Bewältigungsmodus wurde auch in der Therapie häufiger getriggert, sei es durch einen abgesagten Termin oder einen Blick auf die Uhr während der Therapiesitzung. Darauf reagierte Frau T. meist im aggressiven Beschützermodus oder im wütenden und trotzigem Kindmodus, in welchem sie Stühle tretend oder schreiend davon rannte.

### **Kollision mit dem kontrollierenden Bewältigungsmodus in der Therapie**

Nach ca. einem halben Jahr Therapie kommt Frau T. in die Sitzung, lässt sich auf einen Stuhl fallen, schweigt und blickt auf den Boden. Vorausgegangen war, dass Frau T. der Therapeutin Anfang der Woche eine Nachricht hinterlassen hatte, dass sie zu dem Termin in der nächsten Woche nicht kommen könne und ihn deshalb verschieben müsse.

T: Hallo Ella, wie geht es Ihnen? Sie sehen so aus, als wäre etwas nicht in Ordnung.

P: (Schweigt.)

T: Ich würde Ihnen sehr gerne helfen, wenn es Ihnen schlecht geht. Das kann ich aber nur, wenn Sie mir erzählen, was los ist.

P: (Ironisch, bissig:) Nichts ist los, jedenfalls nichts, was Sie interessiert.

T: Ich habe das Gefühl, dass der aggressive Beschützer gerade mit im Raum ist. Hat das etwas mit mir zu tun?

P: Das müssen Sie doch wissen, Sie sind doch die Therapeutin.

T: Das stimmt und deshalb würde ich vorschlagen, dass wir den aggressiven Beschützer hier auf diesen Stuhl setzen. (Stellt Stuhl auf.) Ich will nämlich gerne wissen, wie es Ihnen wirklich geht und solange er davorsteht, kann ich das nicht sehen. Setzen Sie sich mal hier hin.

P: (Lässt sich auf den Stuhl fallen und schaut weiter auf den Boden.)

T: Warum bist du heute hier?

P: (Pause) Weil Sie eh sind wie alle anderen. Ich bin Ihnen doch scheißegal.

T: Ella ist mir nicht scheißegal. Deshalb möchte ich wissen, warum du heute vor ihr stehst und nicht zulässt, dass ich mich um sie kümmern kann. Ich habe nämlich das Gefühl, dass sie eigentlich total traurig ist.

P: Sie haben gesagt, dass ich mich melden kann, wenn es mir schlecht geht. Ich habe mir gleich gedacht, dass das nicht stimmt.

T: Ich verstehe nicht, was Sie meinen. Können Sie es mir erklären?



- P: Na, am Montag! Es hat mich riesige Überwindung gekostet, mich bei Ihnen zu melden und was machen Sie? Vertrösten mich auf einen Termin nächste Woche.
- T: Ach, jetzt verstehe ich. Aber Ella, Sie haben mir überhaupt nicht geschrieben, dass es Ihnen schlecht geht!
- P: Das ist ja wohl klar, sonst würde ich mich doch nicht melden! Aber jetzt ist es auch egal. (Fängt an zu weinen.)
- T: Ella, kommen Sie mal hier auf den verletzlichen Stuhl. (Stellt Stuhl auf.) Es tut mir sehr leid, dass Sie das Gefühl gehabt haben, dass ich Sie im Stich gelassen habe. Das war nicht meine Absicht. Es ist mir sehr wichtig, wie es Ihnen geht und dass Sie das Gefühl haben, dass Sie sich auf mich verlassen können.
- P: Jetzt brauchen Sie sich auch nicht entschuldigen, dass Sie sich nicht gemeldet haben.
- T: Ich möchte mich dafür auch nicht entschuldigen, obwohl es mir sehr leidtut, dass Sie sich so grässlich gefühlt haben. Ich glaube, dass hier etwas sehr Wichtiges passiert, was Ihnen auch außerhalb der Therapie oft Probleme macht. Kommen Sie mal hier auf den Stuhl des gesunden Erwachsenen. (Stellt Stuhl auf.) Schauen Sie mal, hier ist die kleine Ella. (Zeigt auf den Stuhl der kleinen Ella.) Die hat so viel Angst, verletzt und abgelehnt zu werden, weil sie das so häufig erlebt hat und das so wehgetan hat. Deshalb hat sich der kontrollierende Modus entwickelt, der checkt andere Menschen ab und schaut ganz genau, was sie tun und ob sie vertrauenswürdig sind. Und weil er so gut auf die kleine Ella aufpassen möchte, hängt er die Latte mit den Anforderungen an andere Menschen so hoch, dass im Grunde keiner ihm genügen kann. Das ist der Modus, der Ihnen einredet, dass Sie niemandem vertrauen können, weil er immer etwas findet und deshalb alle Beziehungen abbricht. Naja, und dann fühlt die kleine Ella sich einsam und ausgeschlossen.
- P: Ja, vielleicht ... Ich finde aber nicht, dass die Latte zu hoch hängt. Ich merke *immer*, wenn es anderen Menschen schlecht geht.
- T: Ella, ich kann keine Gedanken lesen! Wenn Sie mir schreiben, dass Sie unseren Termin verschieben möchten, kann ich nicht wissen, was der Grund dafür ist. Ich kann aber sehr gut verstehen, dass es Ihnen sehr schwer fällt, Ihr Bedürfnis in einem solchen Moment deutlich zu äußern. Das haben Sie nie gelernt bzw. immer schlechte Erfahrungen damit gemacht, wenn Sie es versucht haben.
- P: Ja, das war auch zu schwer.
- T: Sie dürfen aber nicht zulassen, dass der kontrollierende Modus Ihnen dann einredet, Sie wären mir egal und dass Sie mir nicht vertrauen könnten. Das ist nicht so. Damit schadet er der kleinen Ella heute umso mehr, weil sie sich nie jemandem öffnen kann, auch wenn er es wirklich gut mit ihr meint.
- P: Na ja, wenn ich so von außen draufschaue, ist vielleicht was dran, dass Sie keine Gedanken lesen können.

Anhand dieses Stuhldialoges war es möglich, mit Frau T. den Zusammenhang zwischen ihrem kontrollierenden Bewältigungsmodus und immer wieder aufkommenden Beziehungskonflikten und Beziehungsabbrüchen herauszuarbeiten. Es wurde deutlich, dass sie sich besonders im Studium häufig ausgeschlossen und zurückgewiesen fühlte und sich dann zurückzog, obwohl das wahrscheinlich gar nicht die Absicht der anderen war. Nach und nach lernte die Patientin, den kontrollierenden Modus zu reduzieren, dessen überkritische Bewertungen und Schlussfolgerungen zu hinterfragen und großzügigere Maßstäbe an andere anzulegen. Dies ermöglichte ihr, mehr positive Erfahrungen (sich integriert und angenommen fühlen) zu machen.

## Versorgung des verletzten Kindmodus

Die Versorgung von Frau T.s verletzlichem Kindmodus war in der Therapie von zentraler Bedeutung. Auch hier war es der kontrollierende Bewältigungsmodus, welcher die imaginative Arbeit zunächst erschwerte. Zu Beginn der imaginativen Arbeit ließ sie es nicht zu, dass die Therapeutin oder eine andere tröstende Person die Szene betritt, um die kleine Ella zu unterstützen. Zu groß war der Widerstand, sich auf jemanden zu verlassen. Lediglich die erwachsene Ella durfte die imaginierte Szene betreten, war jedoch häufig viel zu schwach, um echten Beistand zu leisten. Dieses Muster wurde außerhalb der Imaginationsübungen wiederholt im Rahmen von Stuhldialogen thematisiert. Frau T. gewann so die Überzeugung, dass es ein sinnvolles Ziel wäre, der Therapeutin zu vertrauen. Nach und nach ließ sie zu, dass die Therapeutin die kleine Ella in den Übungen trösten durfte. In der imaginativen Arbeit konnten so belastende Kindheitserinnerungen mit den zentralen Gefühlen, ausgeschlossen zu sein und sich ungeliebt und nicht akzeptiert zu fühlen, bearbeitet werden. Zweiter Fokus in den Imaginationsübungen waren aktuelle starke Versagens- und Schamgefühle in Bezug auf ihr Studium. Die Angst, erneut zu scheitern, hatte sich in einer Leistungs- und Prüfungsangst manifestiert.

### Imagination Prüfungssituation

Die anstehenden Zwischenprüfungen belasteten Frau T. seit Wochen. Beim Gedanken daran verspürte sie regelrecht Panik und ein »Blackout«-Gefühl.

T: O. k., wir haben ja besprochen, dass wir heute mal an einem positiven Prüfungsbild von Ihnen arbeiten möchten. Wollen wir starten? Dann schließen Sie bitte die Augen und versetzen Sie sich in die Szene, welche Sie so belastet.

P: Puh, o. k. (Pause) Ich stehe in dem Gebäude, in dem auch die Seminare stattfinden, auf dem Flur und warte. Vor mir ist noch jemand anderes zur Prüfung drin. Oh Mann, ich spüre es ganz stark. Das flaue Gefühl im Magen, das schwarze Loch im Kopf.

T: Welches Gefühl ist das jetzt gerade?

P: Angst, Panik, ich will nur raus da. Es fühlt sich an, als würde ich zur Hinrichtung gehen.

T: Was brauchen Sie jetzt?

P: Ich will nur raus da.

T: Das kann ich sehr gut verstehen, das ist Ihr vermeidender Bewältigungsmodus, der sich da einklinkt. Schauen Sie mal, was Sie brauchen, um sich in dieser Situation besser zu fühlen und dableiben zu können.

P: (Pause) Ich brauche jemanden, der bei mir ist. Jemand, der mich beruhigt.

T: Wer könnte das sein?

P: Hm, meine Freunde passen da alle nicht so gut hin. Die bekommen solche Situationen ja selbst nicht auf die Reihe.

T: Jemand, der an Sie glaubt, wäre gut, und der Ihnen Mut macht. Soll ich dazukommen oder vielleicht eine Lehrerin, die Sie ermutigt?

P: Das ist eine gute Idee! Meine Kollegin aus dem letzten Praktikum, Frau F. Die hat mich immer so viel gelobt und die hat auch so eine ruhige Art. Sie hat auch schon so viel Berufserfahrung.

- T: Super Idee, könnten Sie sich vorstellen, dass Frau F. mit Ihnen vor der Tür steht? Wo soll sie sein? Neben Ihnen sitzen? Ihre Hand halten?
- P: Lieber ein bisschen im Flur auf- und ablaufen neben mir.
- T: Was soll Frau F. sagen?
- P: Das alles gut wird und dass sie an mich glaubt. Dass ich was draufhabe.
- T: O. k., können Sie hören, wie sie sagt: »Ella, ich glaube an dich. Du machst deine Arbeit wirklich gut und brauchst dir keine Sorgen machen. Du hast wirklich was drauf. Das ist nur eine Prüfung. Egal, wie sie ausfällt, das ändert meine Meinung über dich nicht.« (Pause) Wie fühlt sich das an?
- P: Sehr gut. Es tut gut, dass sie die Prüfung nicht so hoch hängt.
- T: Wie geht es Ihnen jetzt?
- P: Na ja, ich bin immer noch ganz schön nervös.
- T: Das ist ja auch ganz normal vor einer Prüfung! Gibt es noch etwas, was Sie in dem Bild gerne verändern möchten?
- P: Na ja, am liebsten würde ich Frau F. mit reinnehmen, aber das geht ja nicht.
- T: Aber klar geht das, super Idee! Können Sie sich vorstellen, wie Sie jetzt gemeinsam mit Frau F. das Zimmer betreten, dort sitzen die Prüfer und Sie sitzen da mit Frau F.?
- P: Oh Mann, die Prüfer machen mir ganz schön Angst.
- T: Können Sie sich etwas vorstellen, dass die Prüfer nicht mehr so beängstigend sind? Z. B. könnten sie einen lustigen Hut aufhaben.
- P: (Lacht.) Das wäre super, solche Karnevalshüte.
- T: Wie geht es Ihnen jetzt?
- P: Eigentlich ganz gut. Es tut gut, zu lachen.
- T: Dann genießen Sie jetzt noch einmal dieses Bild in vollen Zügen. Neben Ihnen sitzt Frau F. und gibt Ihnen Sicherheit und Gelassenheit und gegenüber sitzen die Prüfer mit ihren lustigen Hüten. (Pause) Gibt es etwas, was Sie mit diesem Bild verbinden? Ein Symbol, ein Lied oder eine Geste?
- P: Hm, irgendwie muss ich gerade denken an (summt) »Always look on the bright side of life ... dudum«. (Lacht.)
- T: (Lacht.) Super, das ist jetzt Ihre Musik zu dieser Szene. Dann genießen Sie das jetzt noch ein paar Atemzüge und öffnen Sie dann wieder Ihre Augen.

Diese Imaginationübung wurde für Frau T. auf mp3 aufgenommen, sodass sie sie zuhause jeden Abend anhören konnte. So gewöhnte sie sich an die Prüfungssituation, welche sie zuvor gedanklich vermieden hatte. Das positive Bild prägte sich stark ein und war ihr auch während der Prüfung, die sie gut bestand, präsent.

### **Sich kreativ um das verletzte Kind kümmern**

Frau T.s große Ressource in der Therapie war ein starker glücklicher Kindmodus mit einer besonderen Kreativität. Diesen konnte sie sich in der Therapie sehr gut zunutze machen. Wenn sie im gesunden Erwachsenenmodus oder im glücklichen Kindmodus war, malte und schrieb sie sich Botschaften für Zeiten, in denen es ihr wieder schlecht gehen würde. Sie strickte einen kuscheligen Schal, in den sich die kleine Ella hineinmummeln konnte, wenn sie sich traurig fühlte. Auch brannte sie sich CDs mit Liedern,

die die kleine Ella aufheiterten. Im Laufe der Therapie entstanden außerdem einige Bilder und Postkarten mit Botschaften für die kleine Ella.

### **Bekämpfen des strafenden Elternmodus**

Den Elternmodus zu bekämpfen hieß für die Patientin vor allem, sich mit der Beziehung zu ihrem Vater und mit ihrer Kindheit auseinanderzusetzen. Die Konflikte zwischen den Eltern, bei denen Frau T. ihre Mutter oft hilflos erlebte, bewirkten bei ihr eine überzogene Verantwortungsübernahme im Sinne einer Parentifizierung (Fordernder Elternmodus: »Du musst dich um andere kümmern«). Zusätzlich fühlte sie sich von ihrem Vater häufig als Person nicht wahrgenommen und geschätzt. Es bildete sich die Grundüberzeugung heraus, dass andere Menschen sie nicht verstehen oder kein echtes Interesse an ihr haben könnten. Weiterhin fühlte sie sich durch den ständig schwelenden elterlichen Konflikt, der beide Eltern stark vereinnahmte, oft isoliert und aus der Familie ausgeschlossen. Eine weitere negative selbstbezogene Überzeugung war, dass sie »schwierig und anstrengend« sei. Dies wurde ihr von den Eltern, die mit ihrer impulsiven und aufbrausenden Art häufig überfordert waren, vermittelt. Neben der Reduktion des strafenden Elternmodus war es an dieser Stelle auch wichtig, realistisch abzuwägen, wann ihr Verhalten tatsächlich schwierig war und was mögliche Verhaltensalternativen waren.

Für Frau T. war es von zentraler Bedeutung, dieses Entstehungsmodell ihres Elternmodus zu verstehen. Am wichtigsten war dabei zu verstehen, dass sie nicht die Schuld an den elterlichen Konflikten trägt und dass nicht alle Menschen auf sie reagieren wie ihre Eltern. Als ein Resultat der Therapie brach sie den Kontakt zu ihrem Vater ab, was ihr sehr gut tat. Der Kontakt zur Mutter blieb bestehen und führte immer wieder dazu, dass Frau T. sich übertrieben verantwortlich für sie fühlte.

Dem strafenden Elternmodus in Bezug auf ihr Studium versuchte sie mit dem Führen eines Tagebuchs von positiven Erlebnissen positive Botschaften entgegenzusetzen. Darin notierte sie jede gelungene Aufgabe und jedes Lob. Bis zuletzt blieb es für sie schwierig, in Krisenzeiten an die eigenen Fähigkeiten zu glauben. Häufig war es ihr aber schon allein eine Hilfe zu denken: »O. k., das ist jetzt wieder mein strafender Elternmodus. Ich weiß, dass er nicht recht hat, obwohl es sich gerade so anfühlt.«

### **Transfer in den Alltag, Arbeit mit gesundem Erwachsenenmodus**

Vor allem der Abbau von Frau T.s dysfunktionalem Bewältigungsverhalten führte dazu, dass sie zunehmend besser mit ihrem Alltag zurechtkam und anstehende Lebensaufgaben besser bewältigen konnte. Sie knüpfte einige Beziehungen zu Kommilitonen und konnte sich darüber weiter stabilisieren. Die größte Herausforderung war und bleibt für sie der Transfer auf die Partnerschaftsebene. Weiterhin schaffte sie es nicht, eine Beziehung länger aufrechtzuerhalten.

### **Probleme in der Behandlung**

Als besonders problematisch bei der Gestaltung der Therapiebeziehung mit Frau T. erwies sich der kontrollierende Bewältigungsmodus. Dies führte in der Therapie dazu,