

Sie können diesen Vortrag auf Youtube streamen
und anhören: <https://www.youtube.com/watch?v=3iYtIlw2svk&list=PLrsehw>

Serge Sulz
MVT-8 Symptomentstehung und
Symptomtherapie durch
Mentalisierungsfördernde
Verhaltenstherapie

Von der Strategie des Symptoms zur
Strategie der Symptomtherapie

1. Symptomverständnis

- Welche Symptome?
- Welches Syndrom?
- Begegnet mir das Symptom oder der Mensch?
- Die Machtübernahme des Symptoms
- Wann begann die Erkrankung?
- Auslösende Lebensbedingungen
- Der Konflikt, den das Symptom auf seine Weise löst
- Auslösendes Lebensereignis
- Die Reaktionskette
- Eine erste Zwischenlandung: Die dysfunktionale Überlebensregel
- Eine zweite Zwischenlandung: Die dysfunktionale Persönlichkeit
- Eine dritte Zwischenlandung: Die somatischen Marker
- Reaktionskette bis zum Symptom
- Meine eigene Reaktionskette bis zum Symptom
- Fall 1 GAS anonymisierter Beispielfall
- Fall 2 Depression anonymisierter Beispielfall
- Welche Beziehung stellt sich zwischen dem Patienten und mir ein? (SASB VDS36)
- DLL-Theorie (Developmental Learning and Loving)

INHALT UND THEMEN

2. Therapie

INHALT UND THEMEN

- Mit meinem Symptom umgehen lernen: AACES
- Reaktionskette Therapie
- So reagiere ich ab jetzt in der symptomauslösenden Situation
- **Von der Symptomtherapie zum Fertigkeitentraining**
- In welchen Situationen tritt Ihr Symptom nicht auf? Ausnahmen 1
- Wie kann ich die Ausnahmen zur Regel machen? Ausnahmen 2
- Die Konsequenzen: Wodurch das Symptom aufrecht erhalten wird und wie dies beendet werden kann
- So gehe ich ab jetzt mit den Konsequenzen meines Verhaltens um

3. Rückfallprophylaxe

4. Störungsspezifische Therapie PKP



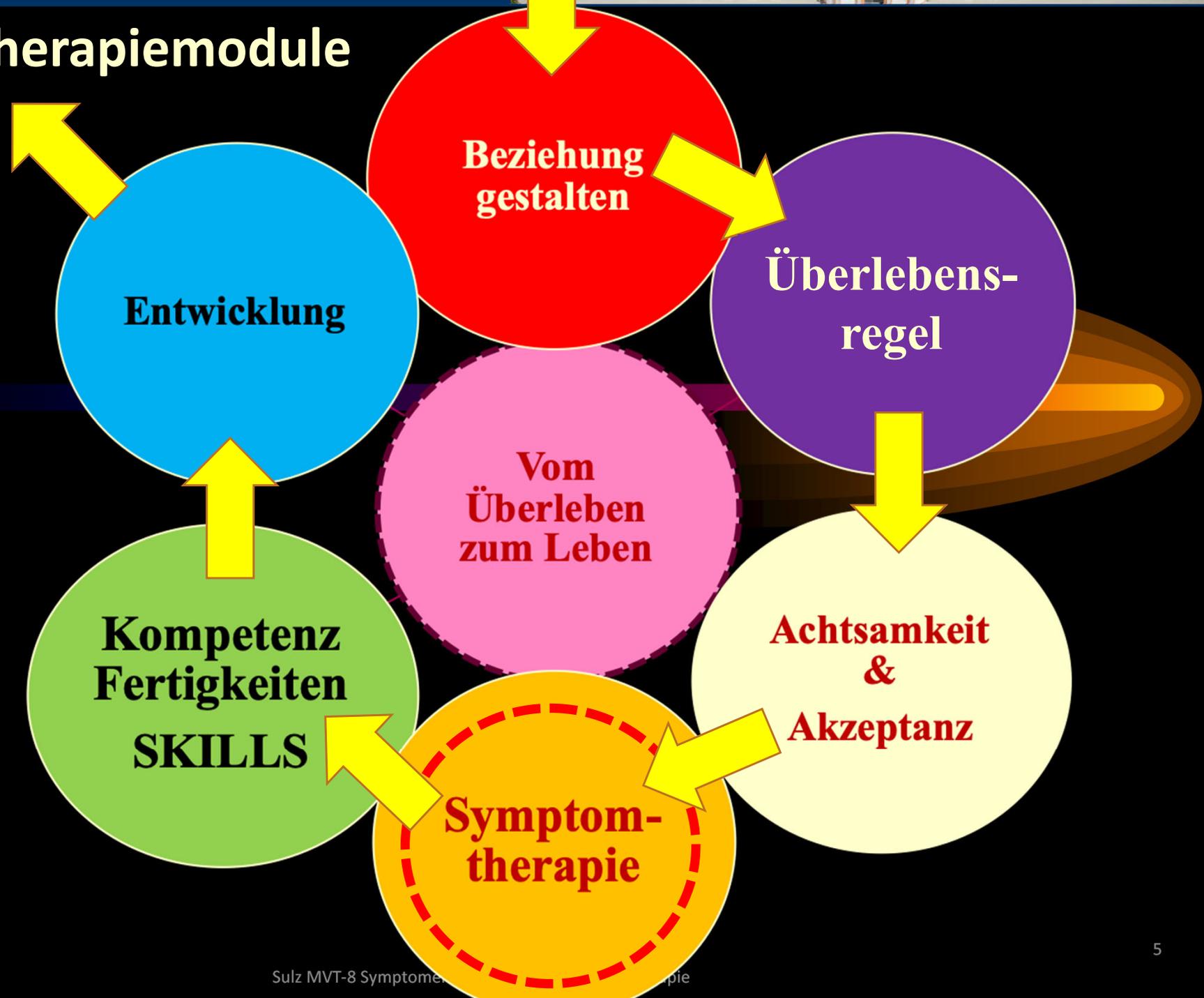
MVT

***Mentalisierungsfördernde
Verhaltenstherapie***

S.K.D. Sulz (2021). Mentalisierungsfördernde
Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag



MVT-Therapiemodule



Am Anfang war das Symptom

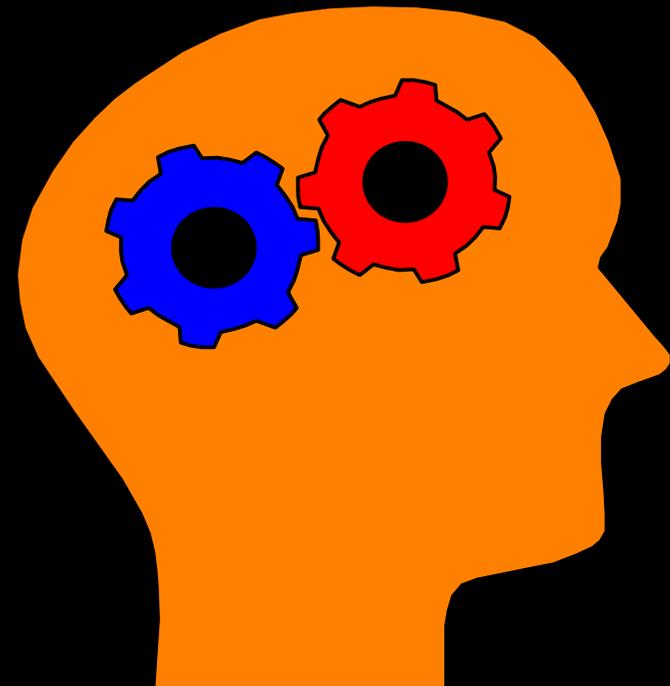


Die Kraft, die die Patienten zur
Psychotherapie treibt

Symptom 1: Welche Symptome?

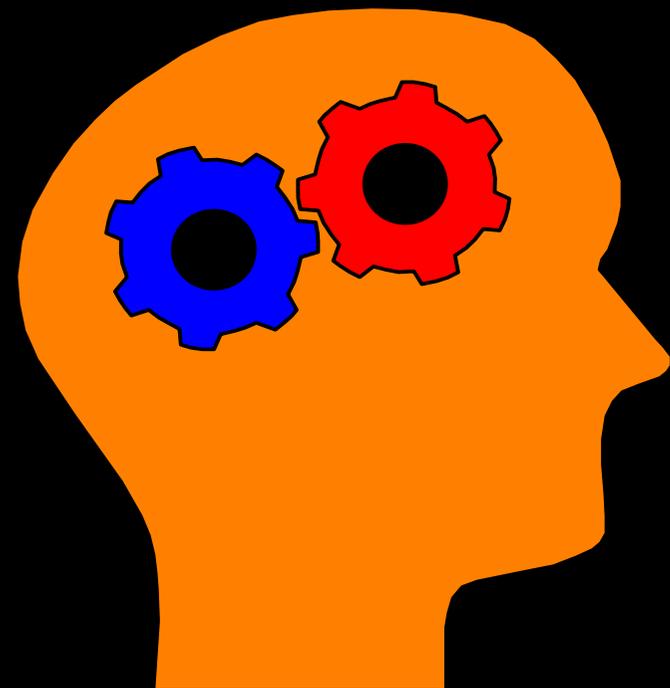
- Welche Symptome habe ich?

-
.....
.....
.....
.....
.....





*Symptom 1-3:
Welche Symptome?
Welches Syndrom?
Welche Krankheit?*



Symptom 1: Welche Symptome?

- Welche Symptome habe ich?
- Angst, allein das Haus zu verlassen.
- Angst auf freien Plätzen und engen Räumen
- Mit Herzklopfen, Schwitzen, Harndrang, Schwäche in den Knien

BEISPIEL

Frau A.

Symptom 2: Welches Syndrom?

- Welches Syndrom bilden meine Symptome?
 -
- (z.B. Angst, Depression, Zwang, Bulimie, Schmerzsyndrom, Migräne, Haut-Syndrom, Magen-Darm-Syndrom, Unterleibs-Syndrom)

BEISPIEL

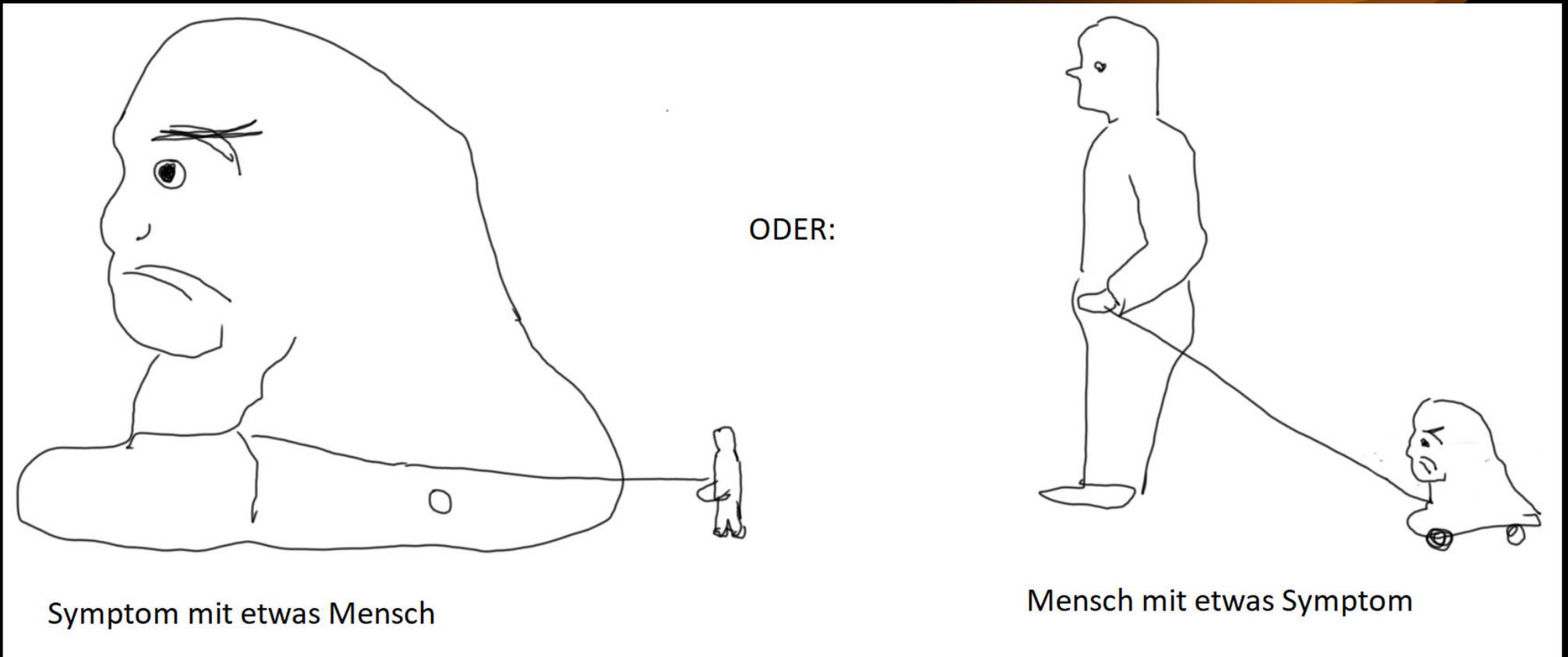
Frau A.

*Symptom 2:
Welches Syndrom?*

- Welches Syndrom bilden meine Symptome?

Antwort: Agoraphobie mit Paniktattacken

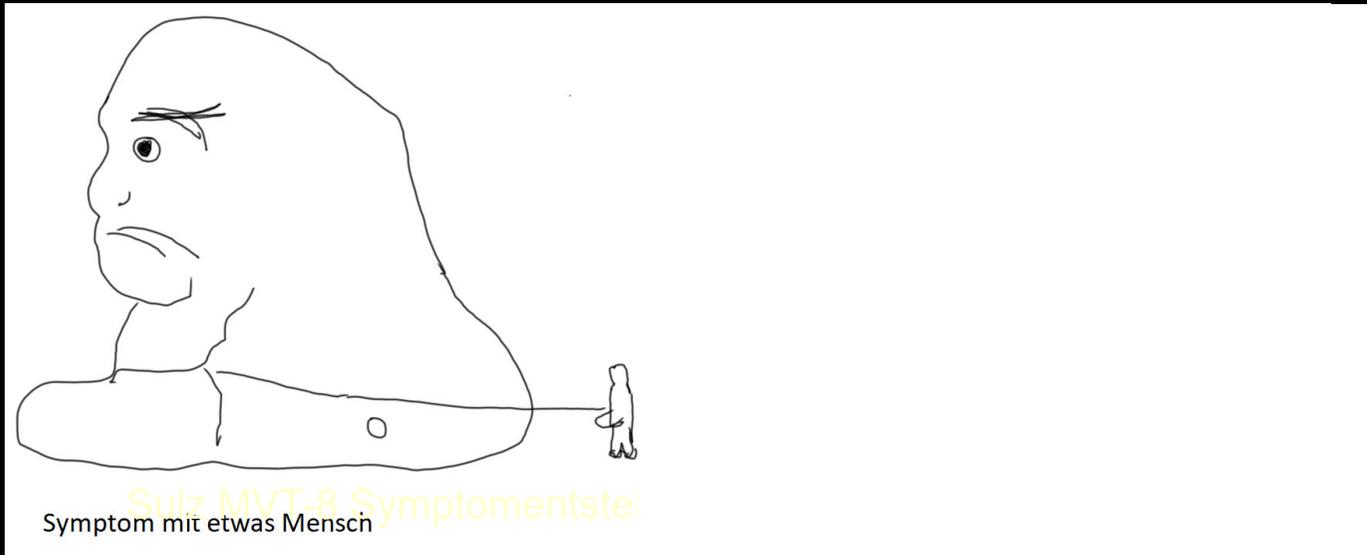
Begegnet mir das Symptom oder der Mensch?



Der Mensch und sein Symptom

Das Symptom und sein Mensch

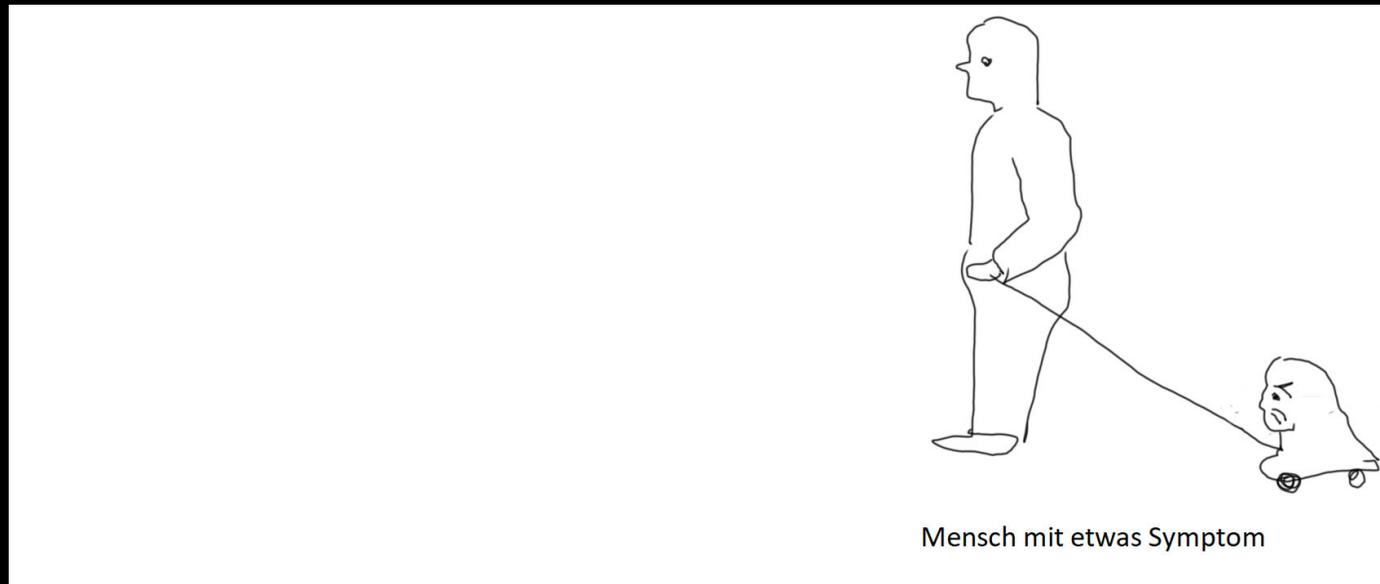
- **Die erste Begegnung: Mensch und Symptom**
- **Wer oder was sitzt mir da gegenüber?**
- Symptom und Krankheit und ein bisschen Mensch (d.h. die Symptomatik ist so durchdringend, dass sie das Erscheinungsbild des Patienten bestimmt, so **dass der Mensch, der er vorher war, nicht oder kaum zu erkennen ist**). D.h. die Krankheit hat den Menschen. Sie prägt unser Bild des Menschen.
- **Problem: den Menschen sehen**



Der Mensch und sein Symptom

Das Symptom und sein Mensch

- Oder:
- Ein Mensch, der mir von seinem Symptom und seiner Krankheit erzählt, **als etwas was jetzt während unseres Gesprächs nicht anwesend ist**. Wir erfahren halt davon, weil er über es spricht. Deshalb können wir uns die Symptome und die Krankheit nicht plastisch vorstellen, jedenfalls nicht von seinem Bericht ausgehend.
- **Problem: die Symptomatik sehen**



Der Mensch und sein Symptom

Das Symptom und sein Mensch

- In beiden Fällen ist es aber **ausschließlich das Symptom, das ihn zu uns führt. Es hört nicht auf und er schafft es nicht, ohne fremde Hilfe das Symptom wieder loszuwerden.**
- **Er braucht uns. Er braucht unsere Hilfe.**
- Er hofft, dass wir das Symptom zum Verschwinden bringen oder zumindest ihm zeigen, wie er es zum Verschwinden bringen kann. Möglichst schnell. Medikamente hat er vielleicht schon ausprobiert. Wieder abgesetzt oder nimmt sie weiter, obwohl sie nicht wirken. Ratschläge von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten hat er beherzigt, ohne dass er es geschafft hätte, das Symptom in den Griff zu kriegen.
- Nichts anderes will er von uns.

Der Mensch und sein Symptom

Das Symptom und sein Mensch

- Wenn er Pech hat, hat ihn der Hausarzt krankgeschrieben, wodurch er sich noch kränker fühlt und nicht mehr spüren kann, dass er – zwar mit Mühe – seinem Beruf noch nachgehen kann.
- Und wenn wir TherapeutInnen Pech haben, hat er die Symptome schon monatelang und sie zermürbten seinen Hausarzt, so dass dieser sich aus seiner Hilflosigkeit durch eine Frühberentung des Patienten befreien will.
- Wenn beide Pech haben – Patient und TherapeutIn – **lebt er allein und isoliert** und muss sich, um emotional zu überleben, bei der TherapeutIn einnisten. Sie kriegen dann einander nicht mehr los.
- Das Gegenteil wäre, dass er **die Hilfe der TherapeutIn nicht annehmen kann**, immer weiter vergeblich versucht, sich selbst zu helfen, obwohl es ohne professionelle Hilfe nicht geht.

Der Mensch und sein Symptom

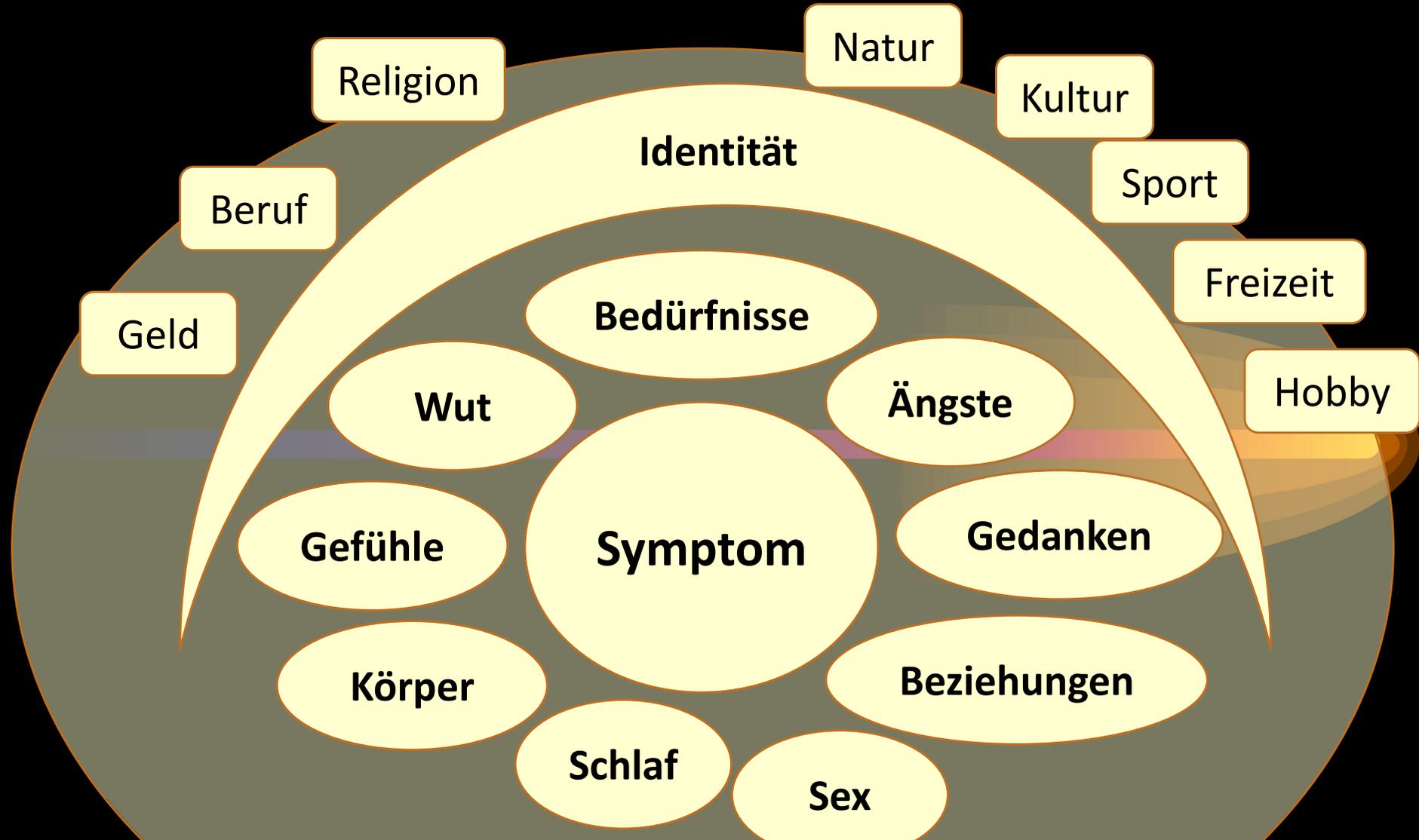
Das Symptom und sein Mensch

- Inmitten dieser Szenarienvielfalt befindet sich das Symptom oder die zum Syndrom ausgewachsene Symptomatik, die wir auch Krankheit nennen.
- Das Symptom frisst sich in alle Aspekte des Szenarios ein, so dass wir es nicht als nackte isolierte Entität sehen können, sondern ihm nur in seiner psychosozialen Vernetztheit gerecht werden können.
- Dabei sind wir in der Betrachtung des Gegenwärtigen geblieben und haben die Historie noch nicht einbezogen.
- Jedoch hat jedes Symptom eine Geschichte, bei jedem Menschen eine andere Geschichte. Diese erfahren wir aber nicht ohne sehr neugieriges Fragen (z.B. 42 Fragen unten). Denn der Patient interessiert sich nicht für die Geschichte seines Symptoms. Interesse wäre eine positive Zuwendung, er will sich aber von ihm abwenden.

Die Machtübernahme des Symptoms

- Wir betrachten nicht, was alles auf das Symptom einwirkt,
- **Sondern worauf das Symptom wirkt und so große Bereiche des Lebens quasi „im Griff hat“.**
- Stand gerade noch das Bedürfnis nach Selbstbestimmung im Vordergrund, geht es jetzt um Schutz
- Herrschte bis jetzt die Angst vor Kontrollverlust, ist jetzt große Angst um die Gesundheit da
- Waren Ärger und Groll auf eine rücksichtslose Bezugsperson ständig im Bewusstsein, ist das kein Thema mehr
- Gefühle in Beziehungen werden spärlich, weil sich alles um das Symptom und die Krankheit dreht
- Auch Gedanken kreisen um das Symptom und die abhanden gekommene Gesundheit, nicht mehr um bislang relevante Lebens- und Beziehungsthemen
- Beziehungen müssen sich gedulden, Mitgefühl ist gerade ein Luxus
- Der Körper ist nur noch in Beziehung zum Symptom bedeutsam
- Schlafprobleme treten in den Vordergrund.
- Sex ist unwichtig oder gar lästig

Die Machtübernahme des Symptoms



Fazit: Zug um Zug hat das Symptom alle Regionen des menschlichen Lebens annektiert, die gerade angesprochenen inneren und die äußeren (Natur, Kultur, Sport, Freizeit, Hobby, Beruf, Geld, Religion). Alles ist grau eingefärbt. Die bunten Farben vitalen Lebens sind nicht mehr da. Und damit ist vorübergehend der Mensch ein anderer geworden, kann seine ursprüngliche Identität nicht aufrechterhalten

*Symptom 3:
Wann begann die Erkrankung?*

- Jetzt ist das Symptom da, seit wieviel Monaten und Jahren?
- Wann war es sicher noch nicht da?
- (Monat, Jahr)
- Wann begann es also?
- (Monat, Jahr)

BEISPIEL

Frau A.

Symptom 3: Wann begann die Erkrankung?

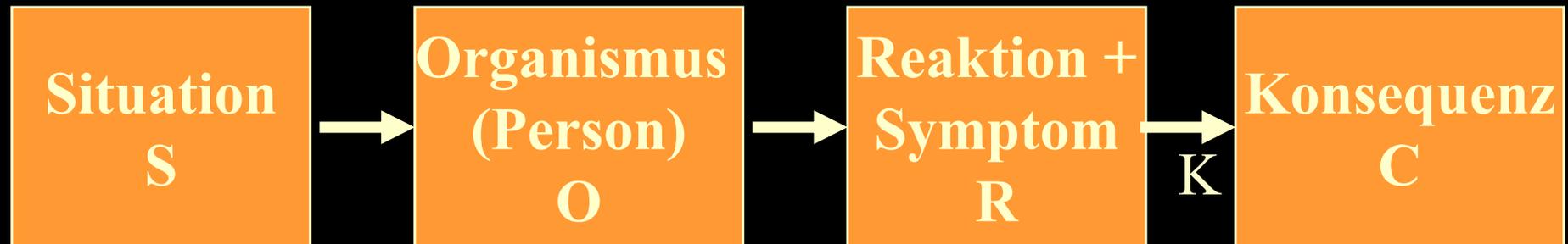
- Jetzt ist das Symptom da, seit wieviel Monaten und Jahren?
- **Seit 3 Jahren**
- Wann war es sicher noch nicht da?
- **Juli 2016 (Monat, Jahr)**
- Wann begann es also?
- **August 2016 (Monat, Jahr)**

Das strategische Verhaltens- Modell

BEISPIEL

Frau A.

Das Verhaltens-Modell (Makroebene)



Trennung
August
2016

Das Verhaltens-Modell (Makroebene)

Trennung
August
2016

Agora-
phobie

Situation
S

Reaktion +
Symptom
R

S-R:
Stimulus-Response-
Lernen oder klassisches
Konditionieren

Das Verhaltens-Modell (Makroebene)

Vermeidung
von Angst-
situationen

Angst-
freiheit

Aber:
Agora-
phobie
bleibt

Reaktion +
Symptom
R

→
K

Konsequenz
C

R-C:
Operantes Konditionieren
oder
Instrumentelles Lernen
oder
Lernen am Erfolg

Das Verhaltens-Modell SORKC (Makroebene)

Situation S

Situativer Reiz als Sinneswahrnehmung (äußere Situation) oder eines Gedanken, einer Erinnerung bzw. einer Phantasie (innere Sit.)

Organismus
(Person) O

Die Person mit ihren situationsüberdauernden psychischen und somatischen Merkmalen (kogn. Einstellungen, Verhaltensstereotypien u. -regeln)

Reaktion +
Symptom R

Jegliche Reaktion, die in der Situation aktuell auftritt (kognitiv, emotional, körperlich, Verhalten)

K
Konsequenz
C

Nur diejenigen Folgen der Reaktionen R, die kontingent als positive oder negative Verstärkung bzw. als Bestrafung folgen

Das Verhaltens-Modell SORKC: Makroebene

BEISPIEL

Frau A.

Situation S

Unsichere und zugleich überbehütende Partnerschaft, Partner läßt sie im Stich, als sie schwanger wird, Abtreibung

**Organismus
(Person) O**

Bedürfnis nach Geborgenheit und Schutz, dependente Persönlichkeit, Überlebensregel: Nur wenn ich mich dependent anpasse, bewahre ich mir die Beziehung, ohne die ich nicht lebensfähig bin.

**Reaktion +
Symptom R**

Zunächst trennt sie sich aus Wut und Enttäuschung. Dann kommt es zu Panikattacken und Agoraphobie mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten

**Konsequenz
C**

Der Freund kehrt zu ihr zurück und behütet sie wieder. Sie vermeidet die Selbständigkeit und das Leben allein.

K

Das strategische Verhaltens-Modell (Makroebene)

Situation S:

- a) pathogene Lebensgestaltung
- b) pathogene Beziehungsgestaltung
- c) symptomauslösendes Ereignis

Organismus (Person) O:

- a) zentrale Verstärker (Bedürfnisse)
- b) zentrale Vermeidung (Angst)
- c) dysfunktionale Überlebensregel
- d) dysfunktionaler Verhaltensstereotyp (Persönlichkeitszug)

Reaktion + Symptom R:

- a) primäre Emotion
- b) primärer Impuls
- c) Antizipation
- d) gegensteuerndes Gefühl
- e) offenes Verhalten
- f) Symptom

Konsequenz C:

- a) positive Verstärkung (Bedürfnisbefriedigung)
- b) negative Verstärkung (Vermeidung einer Bedrohung)
- c) Bestätigung des Selbst- und Weltbildes

*S-Variable: Die Symptom
auslösende Lebens-Situation
(Makroebene)*



Das strategische Verhaltens-Modell (Makroebene)

S

BEISPIEL

Frau A.

Situation S:

a) pathogene

**Lebens-
gestaltung**

.....

.....

.....

b) pathogene

**Beziehungs-
gestaltung**

.....

.....

c) symptom-

**auslösendes
Ereignis**

.....

.....

.....

a) Frau A. hat ihre berufliche Tätigkeit stark reduziert, nachdem sie mit ihrem Freund zusammengezogen war. Sie verzichtete auf eine Beförderung. Sie gab Hobbys auf, mit denen ihr Freund nichts anfangen konnte, wie den Tanzsport

b) Frau A. richtete ich ganz nach ihrem Freund, was er wollte oder nicht wollte. Eigenes war nicht mehr wichtig. Sie übernahm auch seine Überzeugungen.

c) Nur ihren Kinderwunsch ließ sie sich zunächst nicht nehmen. Sie entschied für sich und zahlte den Preis, dass er sie als Schwangere im Stich ließ. Nach der Trennung ging es ihr gut. Sie zogen wieder zusammen und da begann die Angst.

Das strategische Verhaltens-Modell (Makroebene)

BEISPIEL

Frau A.

O

Zentrales
Bedürfnis:
**Geborgenheit &
Schutz**
Zentrale Angst:
Trennungsangst
Zentrale Wut:
Trennungswut

**Organismus
(Person) O:**

- a) zentrale
Verstärker
(Bedürfnisse)
- b) zentrale
Vermeidung
(Angst)
- c) dysfunktionale
Überlebensregel
- d) dysfunktionaler
Verhaltens-
stereotyp
(Persönlichkeitszug)

Persönlichkeit: **dependent**
Überlebensregel:

Nur wenn ich mich
völlig anpasse,
Und niemals selbständig bin,
bewahre ich Geborgenheit
und Schutz,
Und verhindere Trennung und
Alleinsein

Symptom 4: Auslösende Lebensbedingungen

- Kurz bevor das Symptom begann:
- Was war die damalige Lebenssituation?
.....
- Wer die damals wichtigste Bezugsperson?
- Wer die problematischste Beziehung/Person?
- Was der wichtigste Lebensinhalt ?
- Was das größte Lebensproblem?
- Und das größte Beziehungsproblem?
- Was war die damals wichtigste anstehende oder gerade getroffene Entscheidung?
- Worin bestand der wichtigste Konflikt?
- Und welches Ereignis war symptomauslösend?

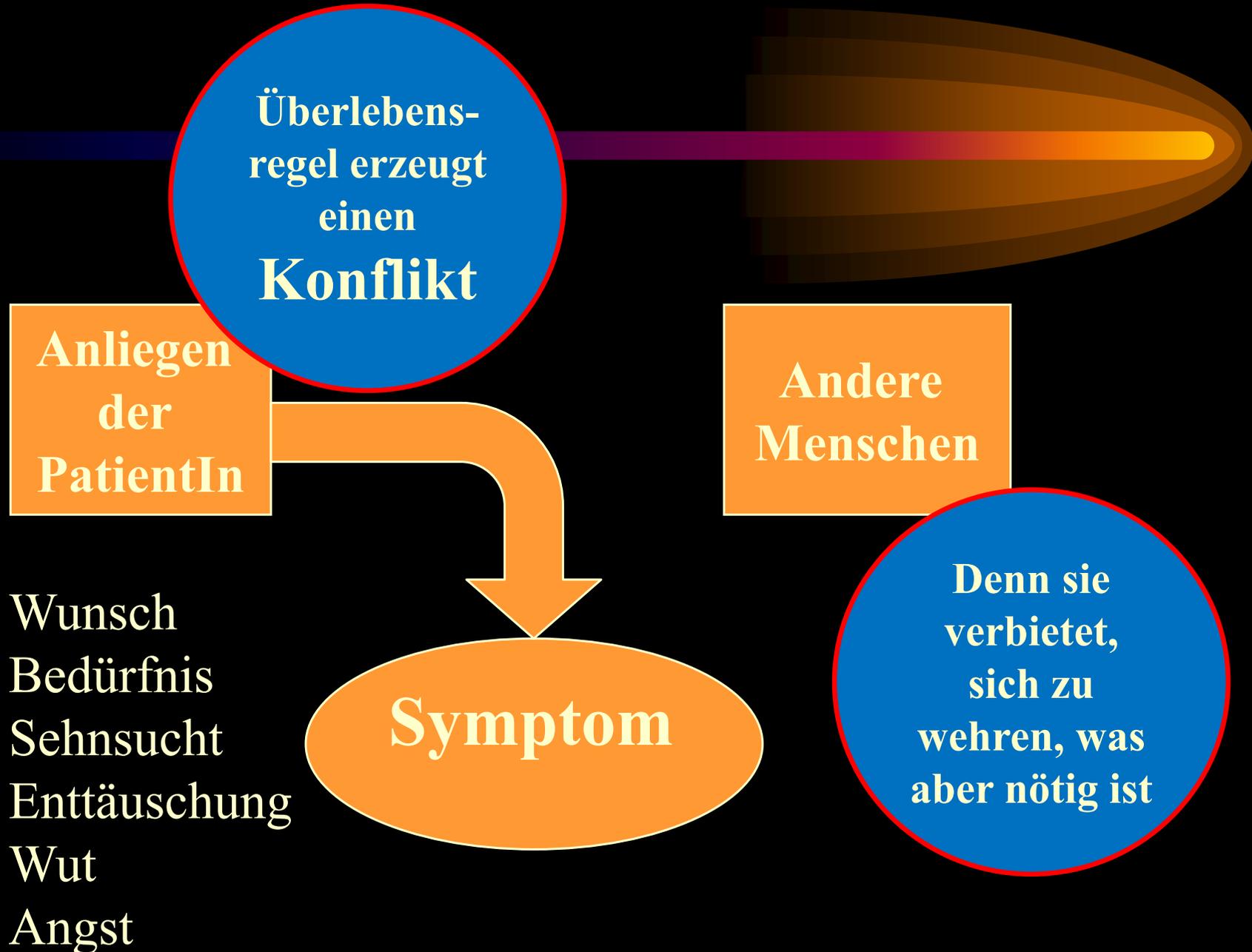
Auslösende Lebensbedingungen

- Kurz bevor das Symptom begann:
- Was war die damalige Lebenssituation?
- **Abtreibung, Trennung, Zusammenziehen**
- Wer die damals wichtigste Bezugsperson? **Partner**
- Wer die problematischste Beziehung/Person? **Partner**
- Was der wichtigste Lebensinhalt ? **Partnerschaft**
- Was das größte Lebensproblem? **Kein Leben ohne Partner!**
- Und das größte Beziehungsproblem? **Leben ohne Partner!**
- Was war die damals wichtigste anstehende oder gerade getroffene Entscheidung? **Trennung**
- Worin bestand der wichtigste Konflikt? **Autonomie-Abhängigkeit**
- Und welches Ereignis war symptomauslösend? **Trennung**

*Der Konflikt,
den das Symptom auf seine Weise
löst*



Was hat das mit dem Symptom zu tun?



Der Konflikt, den das Symptom auf seine Weise löst

- **Symptombildung kann als Versuch einer Konfliktlösung** gesehen werden
- Wenn ein Konflikt mit normalpsychologischen Mitteln nicht gelöst werden kann, **bleibt nur das Mittel der Symptombildung**
- **Das Symptom verhindert eine Entscheidung** für diejenige Seite des Konflikts, die von der Überlebensregel verboten wird
- Ein Konflikt **muss sich also sehr zugespitzt haben**, bevor zur Symptombildung gegriffen wird
- Dem Gesetzeshüter „Überlebensregel“ muss also **erhebliche emotionale Energie gegenüberstehen, die sich nicht beruhigen lässt** und die Rebellion bedeutet

Der Konflikt, den das Symptom auf seine Weise löst

- Das Problem ist **interpersonell** (z.B. extrem frustrierendes Verhalten einer Bezugsperson), der Konflikt aber **intrapersonell**, intrapsychisch – zwischen zwei Seiten des Selbst. Die eine will kämpfen, die andere will weitere Anpassung.
- Das Symptom ist wie **die Feuerwehr**, die die beiden Hitzköpfe unter Wasser setzt. Wir wissen, dass nach einem Feuerwehreinsatz ein Haus durch das Wasser zur Ruine werden kann.
- Wenn wir die Überlebensregel sorgfältig erarbeitet haben, kennen wir auch den individuellen Konflikt.

Von der Überlebensregel zum Konflikt: Beispiel

- **Nur wenn ich immer** **ängstlich-selbstunsicher** bin
- **Und wenn ich niemals Ärger zeige und**
- **selbstbewusst wehrhaft** bin
- **Bewahre ich mir** **Zuneigung und Liebe**
- **Und verhindere** **Ablehnung Ausgestoßen** werden

Von der Überlebensregel zum Konflikt: Beispiel

ENTWEDER ----- **ODER**

ängstlich-selbstunsicher



Zuneigung und Liebe

selbstbewusst wehrhaft



Ablehnung Ausgestoßen

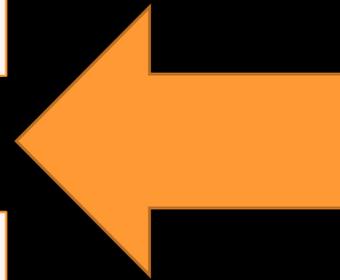
KONFLIKT

Das Symptom löst den Konflikt: Beispiel

ENTWEDER ----- **ODER**

ängstlich-selbstunsicher

Zuneigung und Liebe



SYMPTOM

Inwiefern führt die Symptom auslösende Situation zum Konflikt?

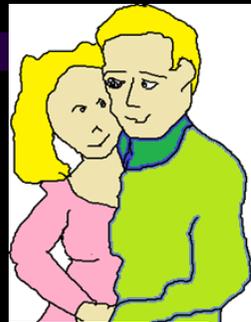
- Der Mensch hat sich in seiner Umwelt eingerichtet, um das emotional Lebensnotwendige zu erhalten.
- Oft schafft er dies nicht, obwohl er sich bemüht, so dass er sich in einem Mangelzustand befindet.
- Dadurch ist er empfindlicher gegenüber Frustrationen, ist gefährdet. Er ist dünnhäutig. Kleine bis mittlere Frustrationen wirken viel intensiver.
- Es geht dann bei ihm ums Ganze. Ich bin dabei alles zu verlieren. Ich bin im **Überlebenskampf**.
- Um kämpfen zu können, brauche ich aber die vitale Emotion Wut.

Inwiefern führt die Symptom auslösende Situation zum Konflikt?

- Meine Überlebensregel sagt aber „Wut ist verboten. Wenn Du kämpfst, verlierst Du alles!“ Du musst Dich weiter anpassen.
- Wenn ich nicht kämpfe, verliere ich aber auch alles – durch das frustrierende Verhalten anderer in der später Symptom auslösenden Situation.
- Ich muss um mein (emotionales) Überleben kämpfen, habe dann aber nichts mehr zum Überleben.
- **Ich kann und darf nichts tun. Weder das eine noch das andere.**
- **Mir bleibt nur das Symptom.**

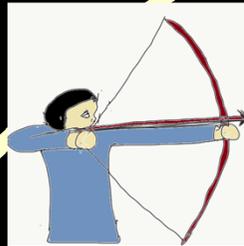


Das Entwicklungs-Stufen-Modell (Piaget/Fonagy/Sulz)



**Empathie-
Stufe**

Schon empathisch
sein können



**Denken-
Stufe**

Noch nicht empathisch sein können

Schon Impulse steuern können



**Affekt-
Stufe**

Noch nicht Impulse steuern können
Schon laufen, greifen, nehmen können

**Körper-
Stufe**



Noch nicht nehmen können
Schon aufnehmen können

VDS-Konfliktarten (Sulz 2017b): Um was geht es?

KONFLIKT	ENTWICKLUNGSSTUFE
Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus Selbstmachen und -können)	Körper (alles dreht sich ums Körperliche)
Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung)	Affekt (Emotionen herrschen vor)
Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle)	Denken (Ursache und Wirkung werden bedacht)
Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt)	Empathie (Beziehung geht vor Ego)
Gesetz versus Freiheit (Gesellschaft versus Individuum)	Gemeinschaft (Gruppe und Gruppenregeln)

Um was geht es?

- Trotz großen Bemühens gelingt es oft nicht, das zu bekommen, was man braucht, es stellt sich ein **chronischer Mangelzustand** ein. Wenn wir wissen, was die **zentralen Bedürfnisse** sind (VDS27) können wir das nachempfinden:
- Willkommensein – Geborgenheit – Schutz, Sicherheit -
Liebe – Beachtung – Verständnis - Wertschätzung

Um was geht es?

- Die zentralen Bedürfnisse hängen von der **Entwicklungsstufe** ab.
- Auf der sehr frühen KÖRPER-Stufe ist es Versorgung und Geborgenheit.
- Auf der AFFEKT-Stufe ist es Bindung und Schutz.
- Auf der DENKEN-Stufe ist es Kontrolle und Selbstwirksamkeit.
- Und auf der EMPATHIE-Stufe geht es um liebende Beziehung.
- Ohne diese **Bedürfnisbefriedigungen** gibt es kein emotionales Überleben.

Um was geht es?

- Wir brauchen aber auch einen **Gegenpol**, so wie wir **nach dem Einatmen das Ausatmen brauchen**, um nicht zu ersticken.
- **Wenn ich das eine nur bekomme, wenn ich auf das andere verzichte**, erstickte ich z.B. an Versorgung oder Schutz oder Liebe.
- Dieses Entweder-Oder stürzt mich in einen Konflikt, den ich nicht lösen kann.

Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus selbst machen und können):

- a) zu viel Versorgung und zu wenig Selbständigkeit
- b) Zu wenig Versorgung und zu viel Selbständigsein-müssen

Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung):

- a) zu viel Schutz und zu wenig Selbstbestimmung
- b) zu wenig Bindung/Schutz und zu viel Selbstentscheiden-müssen

Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle):

a) zu viel Macht und zu wenig Begrenzung

b) zu wenig Kontrolle und zu viel Begrenzung

Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt):

a) zu viel nahe Beziehung und zu wenig Für-sich-selbstsein

b) zu wenig liebevolle Beziehung und zu viel Für-sich-sein-müssen

Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus selbst machen und können):

a) zu viel Versorgung und zu wenig Selbständigkeit

Frau Vs. hat einen viel älteren Mann, der sie verwöhnt. Sie muss sich um nichts bemühen, bekommt es gleich, auch ungefragt. Lange ging das gut. **Doch dann wollte sie auch selbst für sich sorgen können, ihn nicht mehr brauchen.** Ihre ersten Versuche der Verselbständigung bestrafte er hart und entzog ihr emotionale und materielle Versorgung. Sie gab klein bei und entwickelte psychosomatische Magen-Darm-Beschwerden mit heftigen Bauchkrämpfen, während derer er sich rührend um sie kümmerte.

Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus selbst machen und können):

b) Zu wenig Versorgung und zu viel Selbständigsein-müssen

Herr vS. richtete die Beziehung mit seiner Frau ebenso ein, wie er die Beziehung zu seiner Mutter erlebt hatte. **Er ließ sich nicht versorgen, auch nicht wenn er krank war.** Alles machte er selbst, alle Probleme löste er selbst. Seine Frau fühlte sich nicht gebraucht bis überflüssig. Sie trennte sich von ihm. Darauf fiel er zunächst in ein tiefes Loch, harrte darin aus und hätte so sehr Versorgung gebraucht. Es war aber niemand mehr da. Also raffte er sich auf und half sich wieder mal selbst mit ausgeprägten Kontrollzwängen.

Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung):

a) zu viel Schutz und zu wenig Selbstbestimmung

Herr As. war ein behütetes Kind, dessen Mutter in Panik fiel, wenn er eigenen Impulsen folgte. Es war ein kontrollierendes Schützen, das ihm keine Selbstbestimmung ließ. Er nahm sich eine Frau, die wie seine Mutter war. **Zunächst genoss er die Sicherheit und Zuverlässigkeit, dann wurde es ihm zu eng.** Er wollte sich trennen. Prompt entstanden Panik und Agoraphobie, so dass er ohne seine Frau das Haus nicht mehr verließ.

Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung):

b) Herr aS. war Kind eines Arztehepaars, das keine Zeit für ihn hatte, sich aber auch keine Sorgen machte, dass ihm was passiert: sie vernachlässigten ihn. Er konnte machen, was er wollte und er musste alles selbst entscheiden. Er fand eine Frau, die das ganze Gegenteil war. **Sie gab ihm sichere Bindung und er fühlte sich angekommen.** Das war es, was ihm sein Leben lang gefehlt hatte. Doch er bekam immer öfter und immer mehr Angst, dass sie ihn verlassen würde, obwohl sie keine Trennungstendenzen hatte. Schließlich schaffte er es nicht mehr, zur Arbeit zu gehen, denn dann musste er sie ja zurücklassen und wusste nicht, ob sie abends noch da war. Eigene Trennungstendenzen konnte er sich erst im Lauf der Therapie eingestehen.

Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle):

a) **zu viel Macht und zu wenig Begrenzung**

Herr Mb. Eltern erfüllten ihm alle Wünsche, sagten niemals nein. Die Mutter ließ sich von ihm „auf dem Kopf rum tanzen“. Der Vater gab nach, um Streit zu vermeiden. So entstand eine tyrannische Einsamkeit mangels Bezugspersonen, die ein begrenzendes Gegenüber waren. Wie so oft waren auch bei ihm die Erwachsenen-Beziehungen ein Spiegelbild der familiären Beziehungen. **In allen Beziehungen wuchs seine Macht und seine Einsamkeit.** Niemand gab ihm ausreichend Paroli. So hatte er zwar seine Sklaven, wurde aber nicht geliebt. Er wurde zum Sklaven des Alkohols, dem er sich hingab und der ihn nun tyrannisierte. Einem Menschen hätte er sich nicht ergeben können.

Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle):

b) zu wenig eigene Kontrolle und zu viel Begrenzung

Herr mB. Ein sadistisch strenger Vater, der ihn in allem beschnitt, ihm keinen Freiraum ließ und ihn unentwegt begrenzte. Es blieb ihm nichts übrig, als sich zu unterwerfen. Er wagte keinen Freiheitskampf. In seinem Beruf begegnete er einem ähnlichen Vorgesetzten. Jetzt bäumte sich alles in ihm auf. **Unterwerfung war ihm nicht möglich.** Doch bevor es zum Krieg kam, entstand die Depression.

Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt):

a) zu viel nahe Beziehung und zu wenig Für-sich-selbstsein

Frau Hi. hatte eine sehr schöne Beziehung mit viel Nähe und Liebe. Sie waren unzertrennlich. Für ihn war das auf Dauer eine Wonne. Ihre Liebe ließ auch nicht nach. Aber **sie wollte die Nähe nicht unentwegt**. Sie brauchte Pausen – für sich. Er wurde rasend eifersüchtig, verfolgte sie. Ihre Versuche, sich Luft zu verschaffen, endeten in schlimmsten und höchst bedrohlichen Szenen. Sie kapitulierte, brach zusammen und es entstand ein chronischer Drehschwindel (Dissoziationsstörung/Konversionssyndrom), der ihr Unternehmungen und Ausflüge verunmöglichte ohne jemand, der sie an der Hand nahm (z.B. ihr Mann).

Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt):

b) zu wenig liebevolle Beziehung und zu viel Für-sich-sein-müssen

Frau hI. Ihre Liebe erblühte in hohem Maße und erfüllte sie so sehr, dass sie lange nicht merkte, dass sie kaum und schließlich nicht mehr erwidert wurde. **Sie definierte sich durch die Beziehung, es gab keine Identität außerhalb der Beziehung.** „Er kann es nicht so zeigen, aber ich weiß, dass er mich liebt.“ So wie jeder Baum den Saft seiner Wurzeln braucht und diese das Wasser der Erde, benötigte auch sie das Wasser der Beziehung, in der sie verwurzelt war. Nach einigen Jahren versiegte dieses völlig. Sie musste erfahren, dass keine Liebe da war. Ihre Seele verdorrte und sie nahm keine Nahrung mehr zu sich, so dass sie künstlich ernährt werden musste (Essstörung NNB).

*Das Symptom
auslösende Ereignis*



Symptom 5: Auslösende Lebenssituation

BEISPIEL

Frau A.

- Und: welches Ereignis in dieser Lebenssituation hat schließlich zur Symptomauslösung geführt? Erzählen Sie!
- **Obwohl ich allein zunächst gut zurecht kam, war das nicht meins. Ich fühlte mich schutzlos allein und hatte immer größere Angst vor dem Alleinsein.**

Die Reaktionskette



von der Situation zum Symptom

Das strategische Verhaltens-Modell (Makroebene)

Situation S:

- a) pathogene Lebensgestaltung
- b) pathogene Beziehungsgestaltung
- c) symptomauslösendes Ereignis

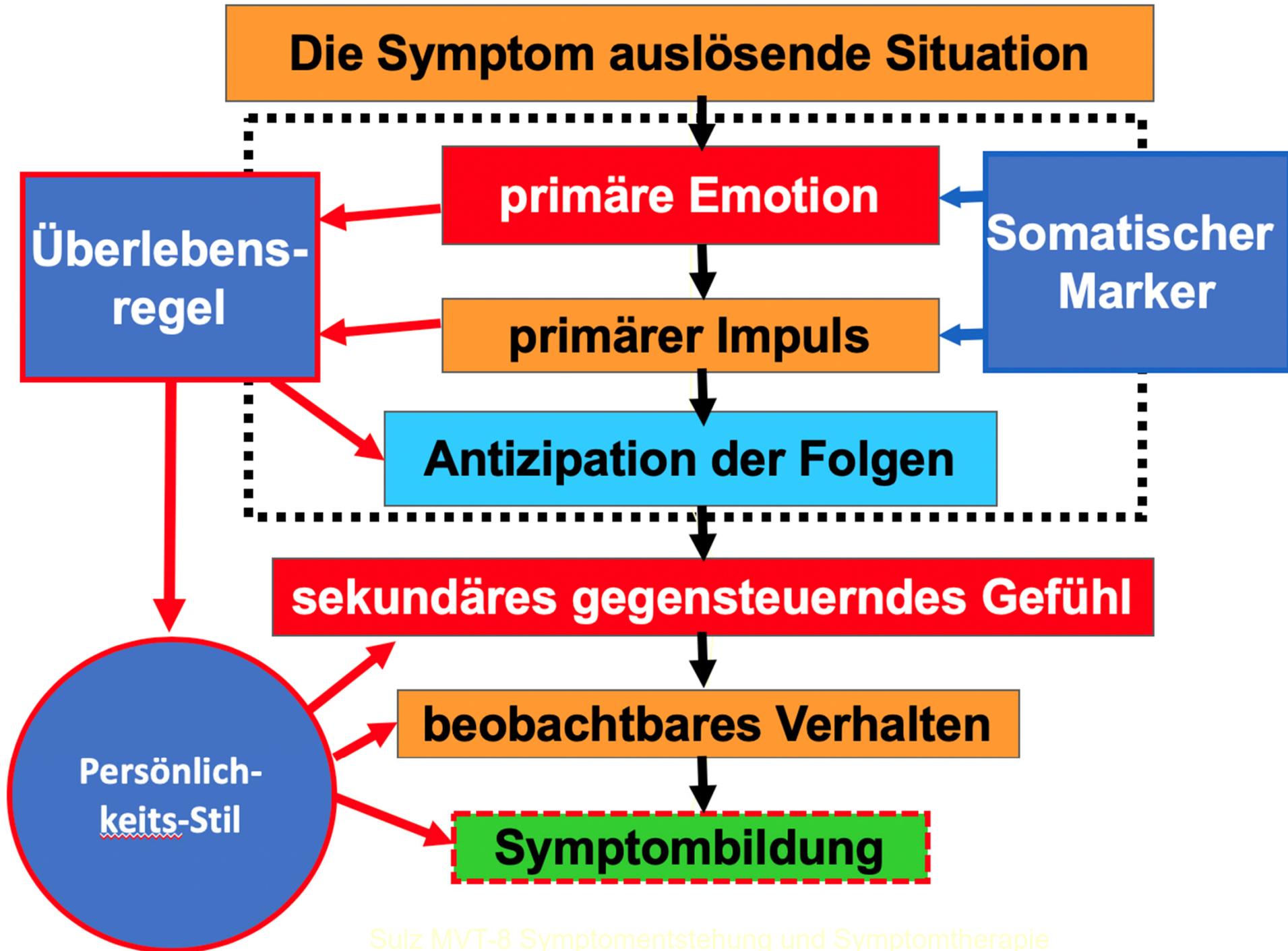
Organismus (Person) O:

- a) zentrale Verstärker (Bedürfnisse)
- b) zentrale Vermeidung (Angst)
- c) dysfunktionale Überlebensregel
- d) dysfunktionaler Verhaltensstereotyp (Persönlichkeitszug)

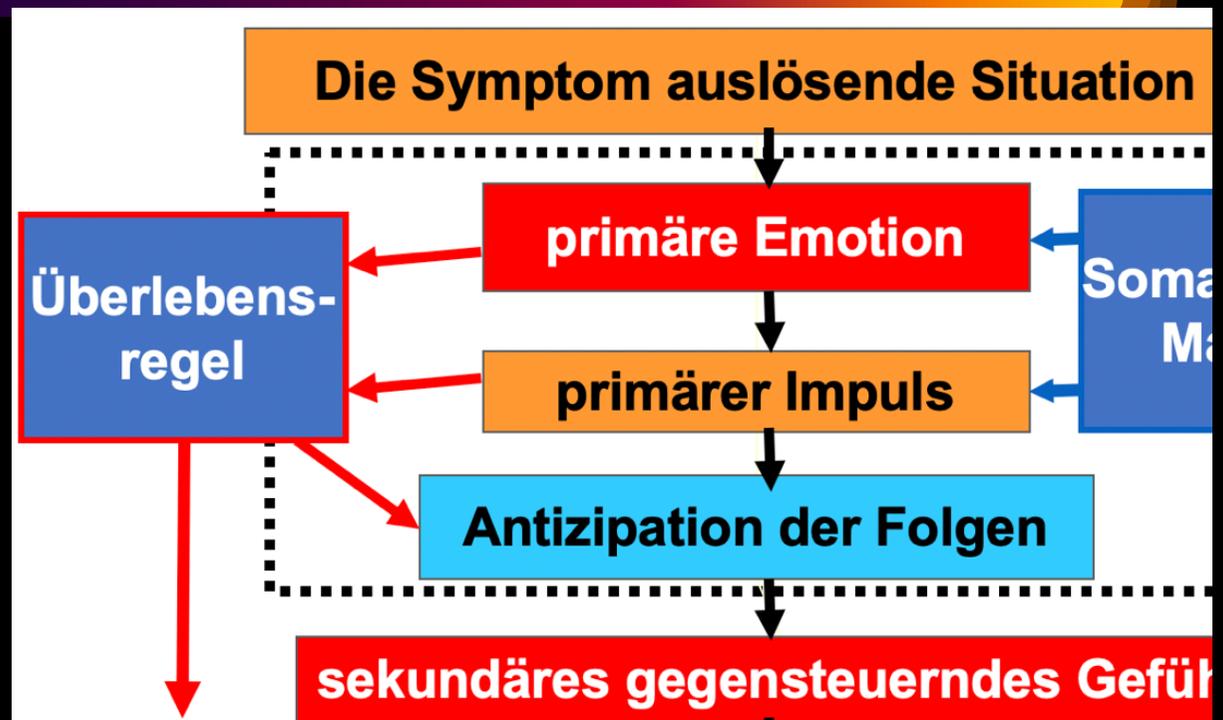
Reaktion + Symptom R:

- a) primäre Emotion
- b) primärer Impuls
- c) Antizipation
- d) gegensteuerndes Gefühl
- e) offenes Verhalten
- f) Symptom

Wie Überlebensregel und Persönlichkeit die Reaktionskette zum Symptom beeinflussen



Eine erste Zwischenlandung: Die dysfunktionale Überlebensregel



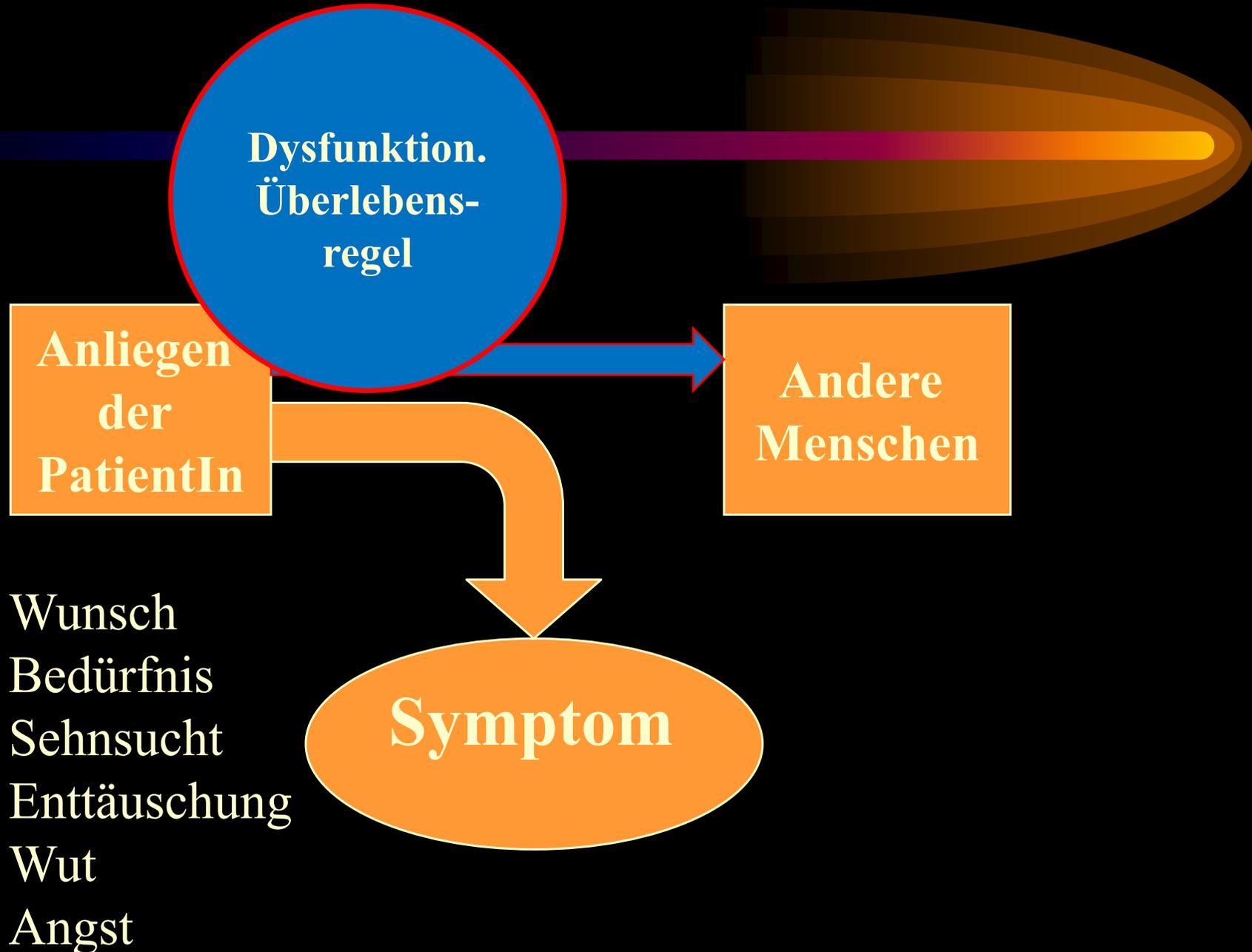
Die Überlebensregel

- Die Überlebensregel wird sehr früh im Leben gebildet, noch bevor Denken möglich ist. Sie entspricht dem inneren Arbeitsmodell von Bowlby (1975).
- Wird sie nicht modifiziert, so wird sie im Erwachsenenalter dysfunktional.
- Ihre Gebote und Verbote sind zu streng.
- Sie verhindern eine gute Selbstfürsorge und Wehrhaftigkeit.
- Da emotionales Überleben auf dem Spiel steht, heißt die Devise:
- **Lieber ein Symptom bilden als die Überlebensregel verletzen!**

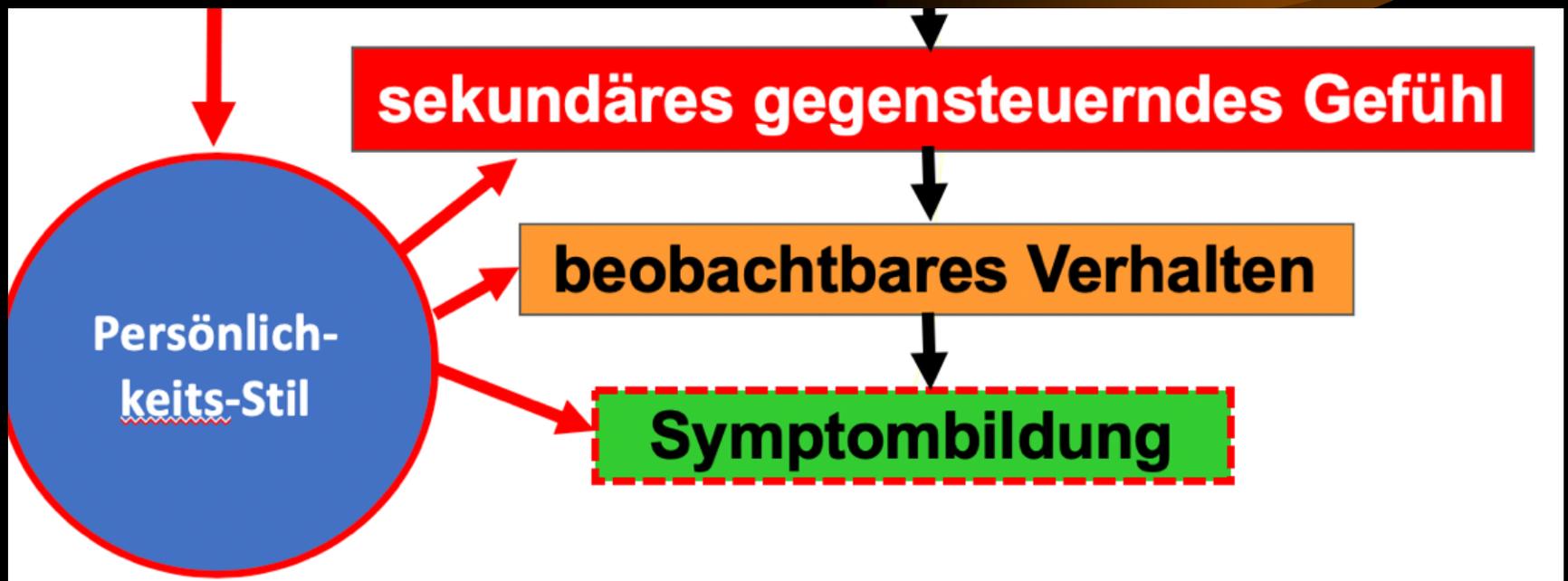
Die Überlebensregel

- **Ihre Syntax ist:**
- **Nur wenn ich immer** meinem dysfunktionalen Persönlichkeitszug entsprechend handle
- **Und wenn ich niemals** (z.B. wütend) für mich einstehe,
- **Bewahre ich** die Befriedigung meines zentralen Bedürfnisses
- **Und verhindere** die Bedrohung, die meine zentrale Angst signalisiert
- **Ihr Inhalt** entspricht obigen Formulierungen, die ganz individuell spürbar gemacht werden müssen (bottom-up)

Was hat das mit dem Symptom zu tun?



*Eine zweite
Zwischenlandung:
Die dysfunktionale
Persönlichkeit*



Dysfunktionale Persönlichkeits-Stile

- Man kann das Verhalten auf verschiedene Weise kategorisieren:
- Wem die schematherapeutische Vielfalt von 18 Schemakategorien mal drei Bewältigungsstilen = 54 Kategorien zu unpraktisch erscheint, bleibt bei den 9 (+2) einfachen und phänomenologisch unmittelbar beeindruckenden **Persönlichkeits-Stilen aus ICD & DSM**
- die in Verbindung mit dem komplexen Schema der Überlebensregel eine umfassende Erklärungskraft haben

Meine dysfunktionalen Persönlichkeits-Stile

		Meine Punkte
Skala 1: selbstunsicher	➤ Angstlich zurückhaltend	1. ____
Skala 2: dependent	➤ Mich ganz am anderen ausrichten	2. ____
Skala 3: zwanghaft	➤ Genau, perfektionistisch, leistungsorientiert, stur	3. ____
Skala 4: passiv-aggressiv	➤ Nicht offen opponieren	4. ____
Skala 5: histrionisch	➤ Im Mittelpunkt, affektiv expressiv	5. ____
Skala 6: schizoid	➤ Lieber allein, nicht emotional einlassen	6. ____
Skala 7: narzisstisch	➤ Bester sein müssen, nicht verlieren können	7. ____
Skala 8: emotion.instabil		8. ____
Skala 9: paranoid	➤ Heftige Gefühle regieren mich	9. ____
Skala 10: stark-selbständig	➤ Misstrauisch	10. ____
Skala 11: vorausschauend	➤ Alle Situationen im Griff	11. ____
	➤ Immer alles unter Kontrolle haben	

Was meine Persönlichkeit vermeidet (WOZU ich so bin)

Ich muss immer so sein: (dysfunktion. Persönlichkeit)

Skala 1: selbstunsicher

Skala 2: dependent

Skala 3: zwanghaft

Skala 4: passiv-aggressiv

Skala 5: histrionisch

Skala 6: schizoid

Skala 7: narzisstisch

Skala 8: emotional instabil

Skala 9: paranoid

Skala 10: stark-selbständig

Skala 11. vorausschauend

Und darf nicht so sein: (Das Gegenteil meiner dysfunkt. Persönl.)

durchsetzend

selbständig

spontan

offen konfliktfreudig

unauffällig

beziehungsbezogen, gefühlvoll

durchschnittlich

gelassen, sicher

vertrauen

schwach, abhängig

anderen die Kontrolle überlassen

1. Ich muss

und darf niemals

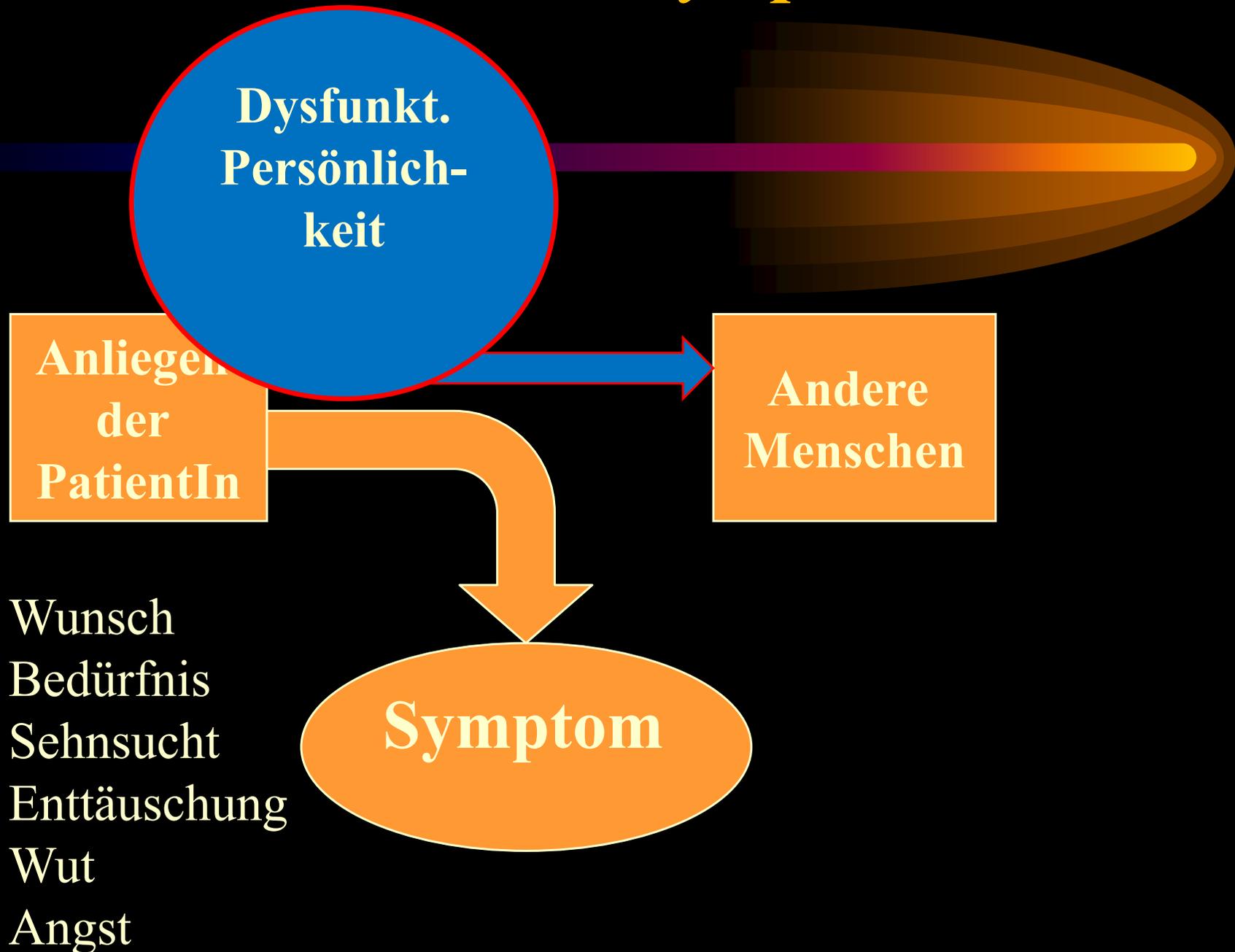
2. Ich muss

und darf niemals

3. Ich muss

und darf niemals

Was hat das mit dem Symptom zu tun?



Ein Beispiel Herr D. (Depression)



Seine Reaktionskette

Gesteuert durch die Überlebensregel

Durchgeführt mit seinem Persönlichkeits-Stil

Erkennbar durch somatische Marker

Ein Beispiel: Ein Patient berichtet ...

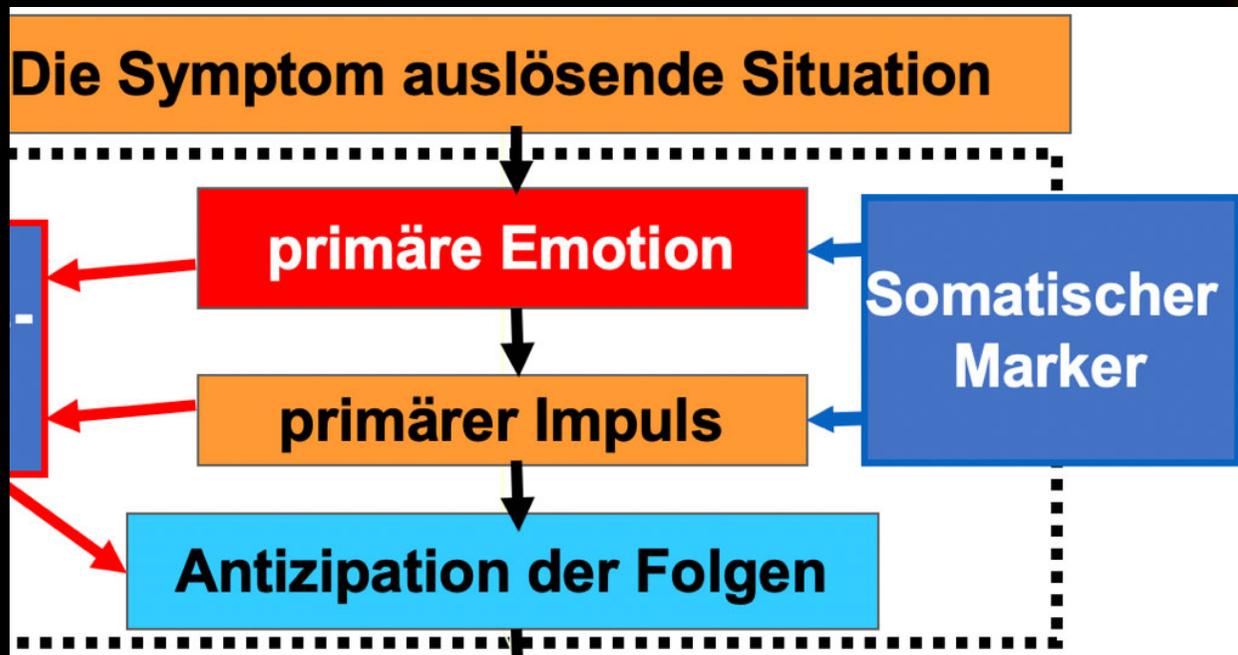
Der Therapeut fragt nach dem ersten Gefühl.

Der Patient erinnert sich nicht.

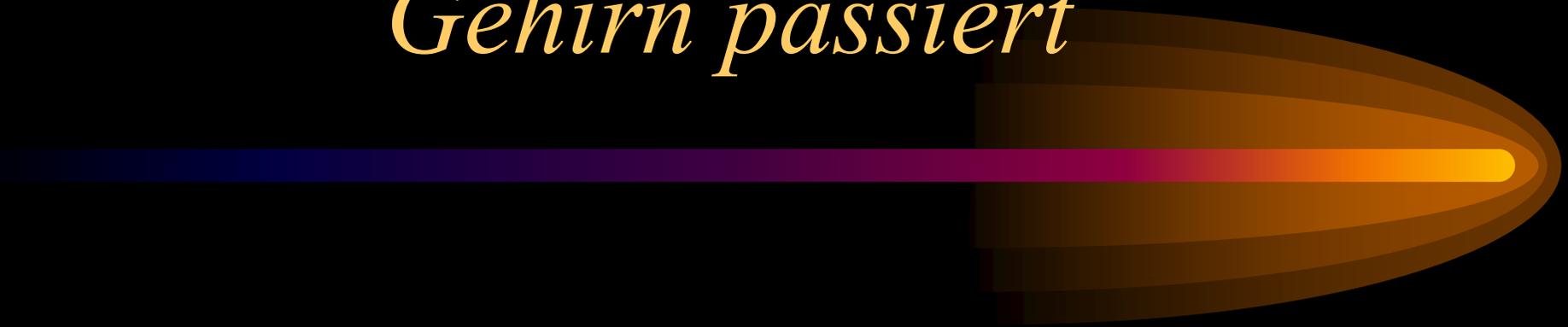
Erst eine Imagination bringt zutage ...

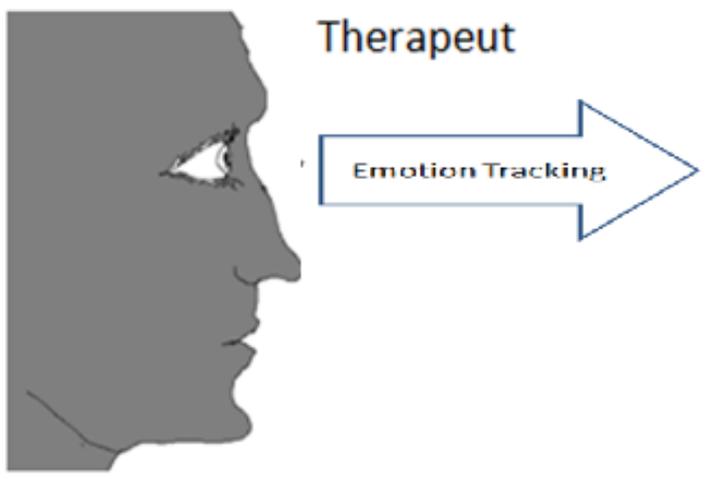
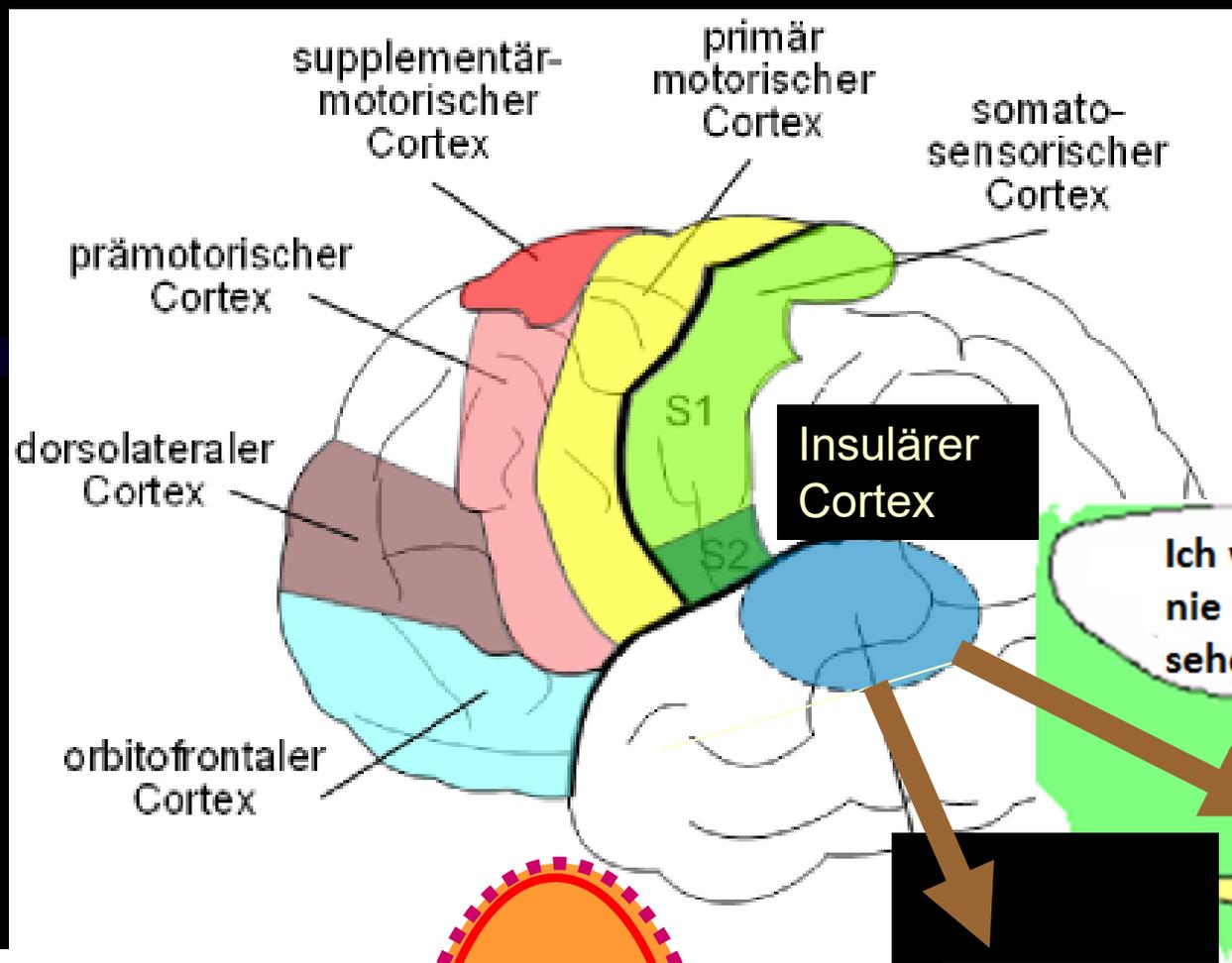


Eine dritte Zwischenlandung: Die somatischen Marker



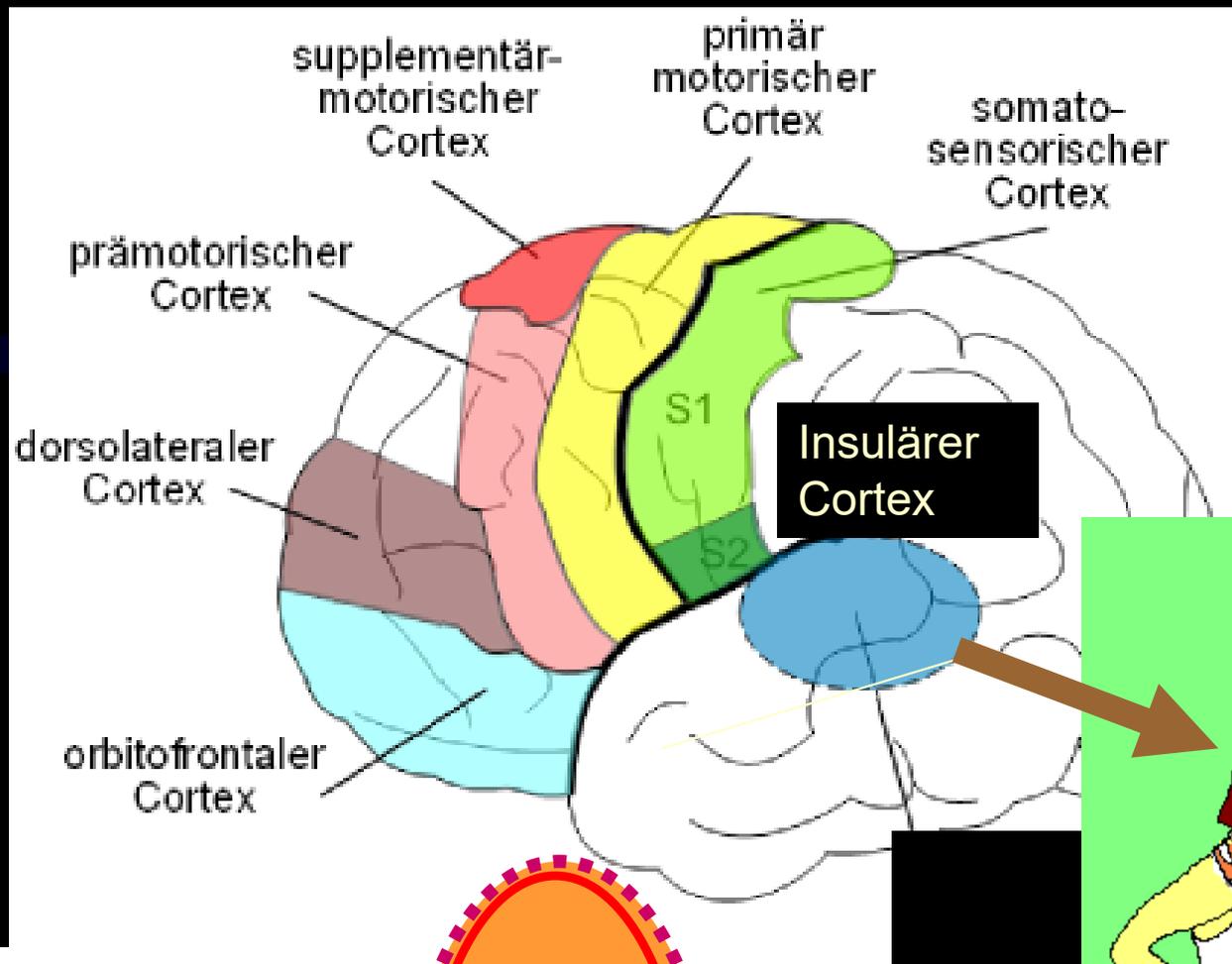
*Was dabei im
Gehirn passiert*





**Soma-
tische
Marker**





**Soma-
tische
Marker**



Beispiel Frau A.



Die Reaktionskette von Frau A.

*Symptom 6:
Reaktionskette bis zum Symptom*

- Eine typische beobachtbare **Situation** (die z.B. extrem frustrierend ist)
- 1. Die primäre **Emotion** als Antwort auf diese Situation: WUT
- 2. Der primäre Handlungs-**Impuls** aus dieser Emotion: ANGRIFF
- 3. Der **Gedanke**: Bedenken der Folgen meines Handelns : STRAFE
- 4. Ein gegensteuerndes **sekundäres Gefühl**: **SCHULDGEFÜHL**
- 5. Im **Körper** die Begleitreaktion dieses Gefühls KRAFTLOS
- 6. Mein beobachtbares **Verhalten** **VERSTUMMEN**
- 7. **Symptombildung** **ANGSTSTÖRUNG**

Symptom 7: Diagramm der Reaktionskette bis zum Symptom

Eine konkrete, beobachtbare Situation

primäre Emotion

WUT

primärer Impuls

ANGRIFF

Antizipation der Folgen

STRAFE

gegensteuerndes Gefühl

SCHULDGEFÜHL

beobachtbares Verhalten

VERSTUMMEN

Symptombildung

ANGSTSTÖRUNG

Symptom 8: Reaktionskette bis zum Symptom 1

BEISPIEL

Frau A.

- **Die Reaktionskette bis zum Symptom:**
- Eine typische beobachtbare Situation (extrem frustrierend)
Erinnerung dass er mich als Schwangere im Stich ließ
- 1. Die primäre Emotion als Antwort auf diese Situation (z.B. Wut)
große Wut
- 2. Der primäre Handlungs-Impuls, der aus dieser Emotion resultiert
(z.B. Angriff) **irgend was auf den Kopf schlagen, trennen**
- 3. Der Gedanke (Drohung d. Überlebensregel): Bedenken der
Folgen meines Handelns (z.B. Dann werde ich abgelehnt) **dann bin
ich allein**

Symptom 9: Reaktionskette bis zum Symptom 2

BEISPIEL

Frau A.

- 4. Ein gegensteuerndes sekundäres Gefühl (z.B. Schuldgefühl, Ohnmacht) **Ohnmacht, Angst, Schuldgefühl**
- 5. Im Körper die psychovegetative Begleitreaktion dieses Gefühls (z.B. Schwächegefühl) **fühlte mich schwach, wie gelähmt**
- 6. Mein beobachtbares Verhalten (z.B. tun, was mein Gegenüber will) **Ich war freundlich zu ihm und holte Geborgenheit**
- 7. Symptombildung (z.B. Niedergeschlagenheit : depressives Syndrom) **Angst allein aus dem Haus zu gehen – konnte es nur noch mit ihm zusammen**

Ein bisschen Selbsterfahrung



Mein eigenes Symptom
und
meine eigene Reaktionskette

Mögliche Symptome

- Kopfschmerz, Bauchschmerz, Unterleibschmerz, Nackenschmerz, Rückenschmerz etc.
- Deprimierte Stimmung,
- Angst
- Schlafstörung
- Zu viel Essen, zu wenig Essen
- Hautprobleme
- Burnout
- Migräne
- Zähneknirschen
- und viele andere Z.B. Handy-Guck-Zwang

Und jetzt Ihr eigenes Symptom oder Symptömchen

- Vielleicht vor einigen Jahren
- Vielleicht nur einmal im Leben
- Vielleicht immer wieder als treuer Begleiter
- Psychisch – psychosomatisch – somatisch
- Z.B. Ängste, Verstimmungen, Zwänge, Essen, Trinken,
- Dysfunktionales Stressmanagement
- Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Bauchbeschwerden, Atmung, Nieren-Blasenbeschwerden, Haut
- **Wählen Sie ein Symptom aus, das einen zu erratenden Auslöser hat**
- **Dann gehen Sie wie im Handout vor**

Meine Reaktionskette bis meinem Symptom

- Eine typische beobachtbare **Situation** (die z.B. extrem frustrierend ist)
.....
- 1. Die primäre **Emotion** als Antwort auf diese Situation
.....
- 2. Der primäre Handlungs-**Impuls** aus dieser Emotion
.....
- 3. Der **Gedanke**: Bedenken der Folgen meines Handelns
.....
- 4. Ein gegensteuerndes **sekundäres Gefühl**
.....
- 5. Mein beobachtbares **Verhalten**
.....
- 7. **Symptombildung**
•
- 8. Konsequenz (negat. Verstärkung) Vermeidung von:
.....

Beispielfälle



Fall 1 GAS
Generalisierte
Angststörung



Symptom 10: Fall 1 GAS Beispielfall Studentin

- Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung: Generalisierte Angststörung (F41.1).
- Relevante soziodemographische Daten 20-jährige Studentin, alleinstehend, wohnt in einer WG
-
- Symptomatik: seit 2016 über Angstsymptome in Verbindung mit großen Sorgen um ihre Gesundheit (Befürchtung von Mandelentzündungen) und ihre Familie.
- Anhaltend sei innere Unruhe, starke Anspannung und Verspannungen, Erschöpfbarkeit und Reizbarkeit. Abhängig von konkreten **Sorgen**: Einschlafprobleme in Verbindung mit **Grübeln**, Schweißausbrüche, feinschlägiger Tremor, Übelkeit, Derealisation, Hitzewallungen, Kälteschauer, Schreckhaftigkeit.
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren: **Angstsyndrom im VDS90 und VDS14**. Im VDS-30 Persönlichkeitsfragebogen höchste Werte in den Skalen **HI (histrionisch) mit 2,4** und **ZW (zwanghaft) mit 1,7** (Werte $\geq 2,1$ legen den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung nahe).

Symptom 11: Fall 1 GAS Beispielfall Studentin

- Lebensgeschichte
- Die Eltern der Pat. ließen sich scheiden, als sie 2 war. Seither wohnhaft bei der Mutter. Die Mutter (50, Physiotherapeutin) sei liebevoll, sehr besorgt und fürsorglich. Die Mutter sei depressiv. Der Vater (50, Volkswirt) sei fürsorglich, streng und ungeduldig und früher ebenfalls depressiv gewesen.
- Emotionale, Leistungs- und Sozialentwicklung: Die Mutter habe negativen Ereignissen am meisten Bedeutsamkeit gegeben, positive Gefühle seien unwichtig oder sogar belastend für sie gewesen. Der Vater reagierte auf Sorgen eher wütend und überfordert, die Mutter überfürsorglich und ängstlich. Bei Wut hingegen erfuhr sie Ablehnung. Die Pat. habe gute Schulleistungen erbracht, dafür Lob vom Vater erfahren, der immer außerordentlichen Fleiß von ihr erwartete.
- Krankheitsanamnese: Die Erkrankung habe sich über 2 Jahre hinweg latent entwickelt, sei seit **Oktober 2018 besonders ausgeprägt**. **Im Herbst 2018 sei die Pat. ins Ausland zum Studieren gezogen** (ihre Beziehung ging in die Brüche und die Mutter sei ausgewandert). Ihr **hoher Leistungsanspruch in Verbindung mit einigen Mandelentzündungen** verstärkte die Symptomatik.

Symptom 12: Fall 1 GAS Beispielfall Studentin

- **S** = Auslösende Lebenssituation: Wechsel des Studiums, Umzug, Trennung vom Partner, Umzug der Mutter, gehäufte Mandelentzündungen. **In den letzten Monaten war die Pat. mit einigen (drohenden) Kontrollverlusten konfrontiert, sowohl ihres eigenen Körpers (Krankheit) als auch durch Verluste von Partner und Mutter.**
- **O** = Die Pat. zeigt ein starkes Sicherheitsbedürfnis und versucht durch Planen, Vermeidungs- und Sicherungsverhalten die Kontrolle über ihre Gesundheit und damit ihre Funktionsfähigkeit zu behalten. Auf der anderen Seite ist ihr Verhalten stark histrionisch akzentuiert, sodass ihre Sorgen ihr Bedürfnis nach vermehrter Beachtung stillen.
- Ihre zentralen Bedürfnisse nach Sicherheit, Kontrolle und Aufmerksamkeit ließen sich mit den ursprünglichen Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichend befriedigen – stattdessen rückte die Angst des Kontrollverlusts und der fehlenden Aufmerksamkeit anderer in den Fokus.
- **Überlebensregel:** Nur wenn ich immer gewissenhaft bin und im Mittelpunkt stehe, nie die Kontrolle verliere, wütend bin und mich nie unauffällig verhalte, bewahre ich mir Sicherheit und Beachtung und verhindere Kontrollverlust und unwichtig zu sein.
- **R** = ständiges Sorgenmachen und körperliche Anspannung (GAS)
- **C** = Kontrolle, Sicherheit, vermehrte Aufmerksamkeit durch Sicherungsverhalten (kurzfristig), Angstsymptomatik, Belastung für sich und andere (langfristig)

Fall _____ Symptombildung und -aufrechterhaltung

Situation:

Pathogene Lebensgestaltung

- Pathogene Beziehungsgestaltung
- Symptom auslösendes Ereignis

- Person:

Überlebensregel:

- Nur wenn ich immer
- Und wenn ich nie
- Bewahre ich
- Und verhindere

Dysfunktionale Persönlichkeit

1- 2-

Reaktion: Die Reaktionskette

Primäre Emotion

Primärer Handlungsimpuls

Warnung der Überlebensregel

Sekundäres Gefühl

Vermeidendes Verhalten

Symptom

Konsequenz:

Vermeidung von ..

Symptom 13: Fall 1 GAS Beispielfall Studentin

Reaktionskette bis zum Symptom

- Eine typische beobachtbare **Situation** (die z.B. extrem frustrierend ist)
Sie braucht dringend Unterstützung und Sicherheit, niemand gibt das!
- 1. Die primäre **Emotion** als Antwort auf diese Situation
Große Wut
- 2. Der primäre Handlungs-**Impuls** aus dieser Emotion
Protestieren, Angreifen, Toben
- 3. Der **Gedanke**: Bedenken der Folgen meines Handelns
Laut Überlebensregel: Dann verliere ich die Kontrolle, bin nichts wert
- 4. Ein gegensteuerndes **sekundäres Gefühl**
Angst, Sorge, Unsicherheit
- 5. Mein beobachtbares **Verhalten**
Durch Sorgen Kontrolle und Sicherheit holen
- 7. **Symptombildung GAS**

Symptom 13: Fall 1 GAS Beispielfall Studentin

ALTERNATIVE Reaktionskette bis zum Symptom

- Eine typische beobachtbare **Situation** (die z.B. extrem frustrierend ist)
**Sie braucht dringend Schutz, mütterl. Beruhigung und Sicherheit ODER:
Sie braucht väterl. Unterstützung, Ermutigung**
- 1. Die primäre **Emotion** als Antwort auf diese Situation
Unsicherheit, Angst
- 2. Der primäre Handlungs-**Impuls** aus dieser Emotion
Schutz suchen bei Bindungsperson
- 3. Der **Gedanke**: Bedenken der Folgen meines Handelns
Laut Überlebensregel: Dann verliere ich die Kontrolle, bin nichts wert
- 4. Ein gegensteuerndes **sekundäres Gefühl**
Verlassensein, Unsicherheit
- 5. Mein beobachtbares **Verhalten**
Durch Sorgen Kontrolle und Sicherheit herstellen und holen
- 7. **Symptombildung GAS**

Welche Alternative passt besser?

- Kann sie sich wütend wehren gegen das Im-Stich-Gelassen-Werden?
- Oder:
- Braucht sie ganz einfach, jemand, der sich um sie kümmert, ihr Bedürfnis befriedigt?

Fall 2 Depression

selbständige Kommunikationsberaterin



Symptom 14: Fall 2 Depression Kommunikationsberaterin

- **Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung**
- Depressive Episode, mittelgradig (ICD-10 F32.1 G) und Panikstörung (ICD-10 F41.0 G) bei vorwiegend histrionischer Persönlichkeitsstruktur.
- Die Patientin erzählt von einer „wilden Mischung“ aus „völliger Erschöpfung, Unglücklich sein, Angst, Schwindel, Ohrensausen, Überforderung, Hoffnungslosigkeit und Distanz zur Realität“ seit einem Urlaub im August 2018, der an ein Jahr hoher beruflicher und persönlicher Stressbelastung angeschlossen habe. **Bei Ankunft am Urlaubsort habe ihr zunächst „richtig Angst gemacht**, dass es plötzlich so im Nirgendwo, keine Menschen, Nichts war“. In den folgenden Wochen sei sie „**sehr, sehr erschöpft**“ gewesen, habe „**viel Weinen müssen**“ und „sich selbst schlecht spüren können, eher von außen wahrgenommen und nicht mehr in der Welt verortet gefühlt.“ Als sie im September wieder anfangen habe zu arbeiten, habe „ihr Körper Panik bekommen, **Ohrensausen und Schwindel**“, so dass sie zunächst die Arbeit, dann auch alltägliche Tätigkeiten und soziale Kontakte auf ein „Minimum an Anforderungen zurückgeschraubt“ habe. In dem Gefühl „mit jedem Tag, an dem sie nicht mehr aus dem Bett aufgestanden sei, seien diese ganzen **negativen Gedanken und Zukunftsängste** schlimmer geworden“ habe sie sich schließlich um den Therapieplatz gekümmert.

Symptom 15: Fall 2 Depression 2 Kommunikationsberaterin

- Krankheitsgeschichte/ Krankheitsanamnese: Das Jahr vor ihrer Erkrankung beschreibt Frau S. aufgrund der **Firmengründung** und der Veränderungen in ihrem sozialen Umfeld als besonders anstrengend. Eine **Trennung** habe zu Beziehungsdramen und einer komplizierten Wohnsituation geführt, die **beste Freundin sei weggezogen** und die **neue Beziehung habe sich konflikthaft** entwickelt. Gegipfelt sei die Stressbelastung im Sommer 2018, als ihre Geschäftspartnerin nach kurzer Zeit ausgestiegen sei, so dass sie die laufenden Projekte alleine verfolgt und bis zu 70 Stunden wöchentlich gearbeitet habe. **Im anschließenden Urlaub** seien die **Symptome erstmals und völlig unvermittelt aufgetreten**, vordergründig zunächst die starke körperliche Erschöpfung und Niedergeschlagenheit, später die diffuse Angst und Anspannung.

Symptom 15a: Fall 2 Depression 2 Kommunikationsberaterin

- Makroebene: Frau S. beschreibt ein familiäres Umfeld, in dem sie gelernt hat, ihre Bindungs- und Zugehörigkeitsbedürfnisse durch sehr gute Leistung sowie Kontrolle über sich (Zurückhaltung eigener Bedürfnisse und Emotionen) und Andere (Beistand ihrer Mutter, Sich kümmern) zu befriedigen. Beide Eltern waren Modell für eine **hohe Leistungsorientierung** während ein **Modell für adäquate Konfliktlösung** (Vater: Distanz; Mutter: Aufopferung, Instrumentalisierung) oder Emotionsregulation (Vater: Wut; Mutter: hohe Emotionalität) **fehlte**. Die hohe Stressbelastung durch den Verlust an stabilen Beziehungen, durch Beziehungskonflikte und die hohen beruflichen Anforderungen können bei dem Defizit, eigene Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen und auszudrücken als Auslöser für die vorliegende Symptomatik gewertet werden. **Die depressive Störung überlagert intensive Emotionen von Wut und Traurigkeit, während die Angst Bedürfnisse und Grenzen aufzeigt.**
- **S:** Hohe Leistungsanforderungen und zwischenmenschliche Konflikte.
- **O:** „Nur wenn ich immer gut drauf und stark bin, Verantwortung übernehme und alle glücklich mache, und wenn ich niemals schwach und bedürftig bin, die Kontrolle aufgabe und die Fassung verliere, bewahre ich mir Sicherheit, Zugehörigkeit und Anerkennung und verhindere, dass ich alleine bin.“
- **R:** Überforderungsgefühle mit depressiver Reaktion, Anspannungs- und Angstzuständen.
- **C:** Kurzfristig vermeidet Frau S. **intensive Emotionen, v.a. Wut und Traurigkeit**, und Situationen, in denen selbstoffenbarendes oder wehrhaftes Verhalten gefordert wäre (∅-).

Fall _____ Symptombildung und -aufrechterhaltung

Situation:

Pathogene Lebensgestaltung

- Pathogene Beziehungsgestaltung
- Symptom auslösendes Ereignis

- Person:

Überlebensregel:

- Nur wenn ich immer
- Und wenn ich nie
- Bewahre ich
- Und verhindere

Dysfunktionale Persönlichkeit

1- 2-

Reaktion: Die Reaktionskette

Primäre Emotion

Primärer Handlungsimpuls

Warnung der Überlebensregel

Sekundäres Gefühl

Vermeidendes Verhalten

Symptom

Konsequenz:

Vermeidung von ..

Symptom 15b: Fall 2 Depression 2 Kommunikationsberaterin

Reaktionskette bis zum Symptom

- Eine typische beobachtbare **Situation** (die z.B. extrem frustrierend ist)
Zu viel stürmt auf sie ein und niemand ist für sie da.
- 1. Die primäre **Emotion** als Antwort auf diese Situation
Zorn, Wut, Enttäuschung
- 2. Der primäre Handlungs-**Impuls** aus dieser Emotion
Protestieren, Hilfe einfordern
- 3. Der **Gedanke**: Bedenken der Folgen meines Handelns
Überlebensregel: Du verlierst Zugehörigkeit und bist allein
- 4. Ein gegensteuerndes **sekundäres Gefühl**
Angst, Niedergeschlagenheit, Anspannung
- 5. Mein beobachtbares **Verhalten**
Allein durchkämpfen, Kontrolle wiederherstellen
- 7. **Symptombildung Erschöpfungs-Depression, Panik**

Therapeutische Beziehung:

Welche Beziehung stellt sich zwischen dem

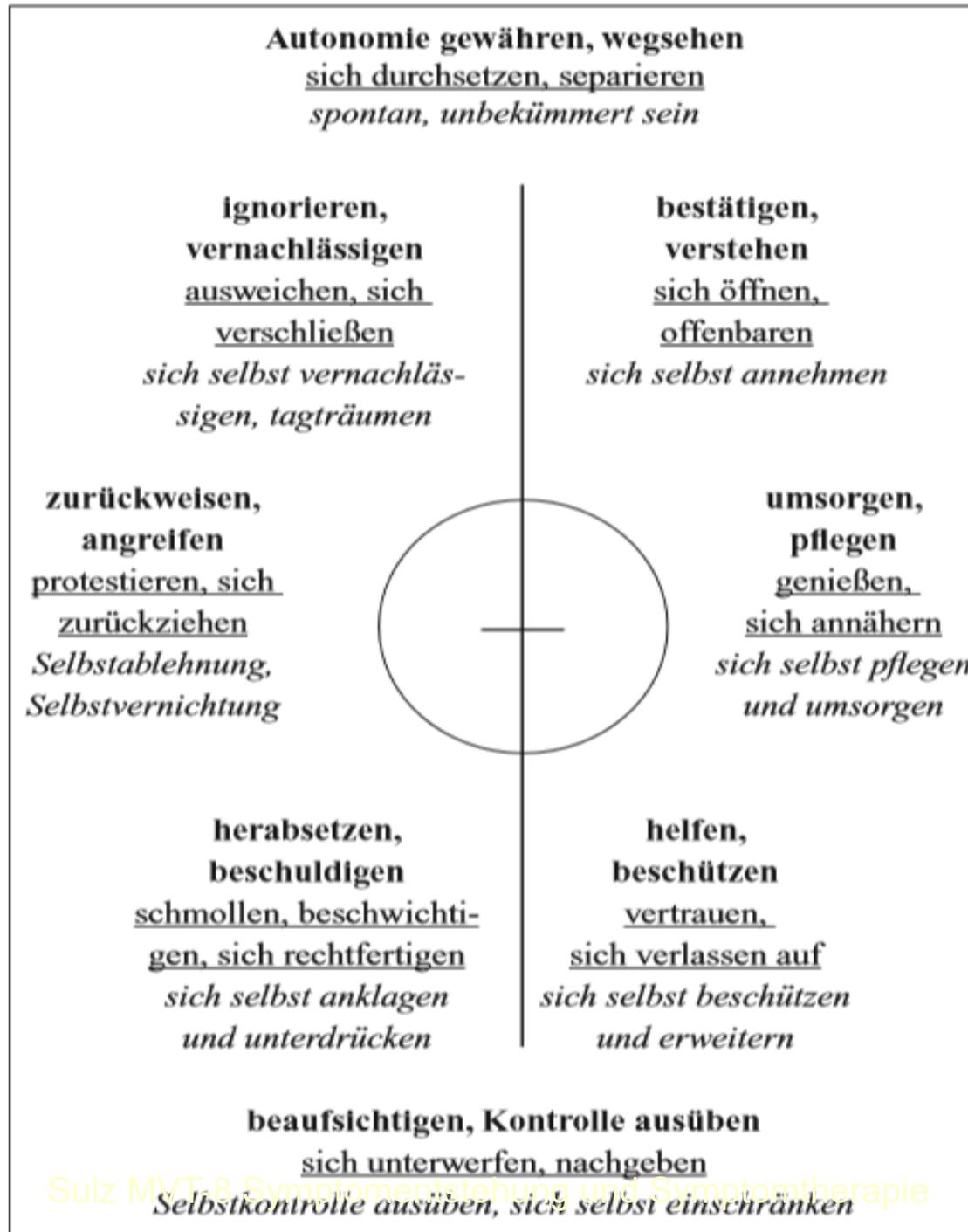
Patienten und mir ein?

(SASB VDS36)

Interaktionsanalyse nach Lorna Smith Benjamin (SASB)

- Aus Sulz 2017b: Lorna Smith Benjamin (2001, 2006) hat von Sullivans (1953) Interpersonal Theory ausgehend eine Beziehungsdiagnostik entwickelt, die als **Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens SASB** (Tress 2001) bekannt wurde. Zwischenmenschliche Transaktionen werden in einem Circumplex-Modell angeordnet, das drei Ebenen mit den orthogonalen Achsen
 - **Affiliation (Hass – Liebe)** und
 - **Dominanz/Kontrolle (Unabhängigkeit – Abhängigkeit)** aufspannt.
- Diese beiden Dimensionen interpersoneller Wahrnehmung und Kommunikation sind auch deshalb so bedeutsam, weil unser implizites System sie angeborenerweise als **Hauptkriterium einer sekundenschnellen Einschätzung eines fremden Gegenübers** benutzt. Wir erkennen das Ausmaß von Dominanz bzw. Machtwille und Aggressivität auf einer nicht bewussten Ebene und reagieren entsprechend, wobei wir die Informationen dem Gesicht des Gegenübers entnehmen. Auch wenn dies eine sehr unzuverlässige und nicht selten fehlerbehaftete Einschätzung ergibt, hilft es uns dabei, uns gegen eine eventuelle Gefahr, die vom Gegenüber ausgeht, zu wappnen.

Abbildung 2: Die acht Pole und 3 Ebenen des SASB-Modells des Interaktionsverhaltens



Die drei Ebenen ergeben sich aus drei Perspektiven:

- **Transitiv-aktive Ebene** (die Perspektive der Person, die aktiv auf den anderen einwirkt – wie es Eltern tun)
- **Intransitiv-reagierende Ebene** (die Perspektive der darauf reagierenden Person - wie es Kinder tun)
- **Introjektiv-reflexive Ebene** (der Blick auf die eigene Person und Umgang mit sich selbst)

3 Kriterien für die Beurteilung der Transaktionen

- Es gibt drei Kriterien für die Beurteilung der Transaktionen:
- Komplementarität, Antithese und Komplexität.
- Die Kommunikation kann **komplementär** sein, so dass z. B. auf freundlich-unterstützendes Interaktionsangebot ein freundliches Sich-Verlassen auf den Anderen folgt.
- Sie kann aber auch **antithetisch** sein, indem sich rechtfertigendes oder beleidigtes Verhalten auf die angebotene Unterstützung folgt.
- Und sie kann **komplex** sein. Komplexität einer Botschaft kann darin bestehen, dass z. B. sowohl freundliche Unterstützung angeboten wird, im gleichen Satz aber eine herabsetzende Äußerung steckt.

DLL-Theorie (Developmental Learning and Loving)

Lorna Smith Benjamin

- Ihre **DLL-Theorie** (Developmental Learning and Loving) beruht neben Sullivans Interpersoneller Theorie auch auf der Bindungstheorie. Copy-Prozesse übertragen die Kindheitsbedingungen auf das Erwachsenenleben:
- Identifikation: „Sei wie er oder sie! (wie Vater oder Mutter)
- Rekapitulation: Handle wie wenn er oder sie (Vater oder Mutter) noch immer hier ist und die Kontrolle hat!
- Introjektion: Behandle dich selbst so wie er oder sie (Vater oder Mutter) dich behandelt haben!
- Wie beim Wiederholungszwang ist die Grundlage der dysfunktionalen Interaktionsmuster die Hoffnung, dass die internalisierten Repräsentationen der Eltern (IPIR = important person internalized representation) nunmehr befriedigend werden. Solange dieser Wunsch nicht erfüllt wird, bleiben die Muster bestehen.
- Das Muster ist in einem inneren Konflikt die ROTE Seite des Dilemmas (Regressive Loyalist).
- Dagegen kann die andere Seite des Dilemmas, die GRÜNE Seite (Growths Collaborator) jetziges Wohlbefinden herstellen, durch Reaktionsweisen, die ohne Referenz an die Vergangenheit wirklich die jetzigen Bedürfnisse befriedigen.
- All das kann auch in der therapeutischen Beziehung geschehend und die TherapeutIn sollte es alsbald merken.

Wie der Patient dafür sorgt, dass er schlecht behandelt wird

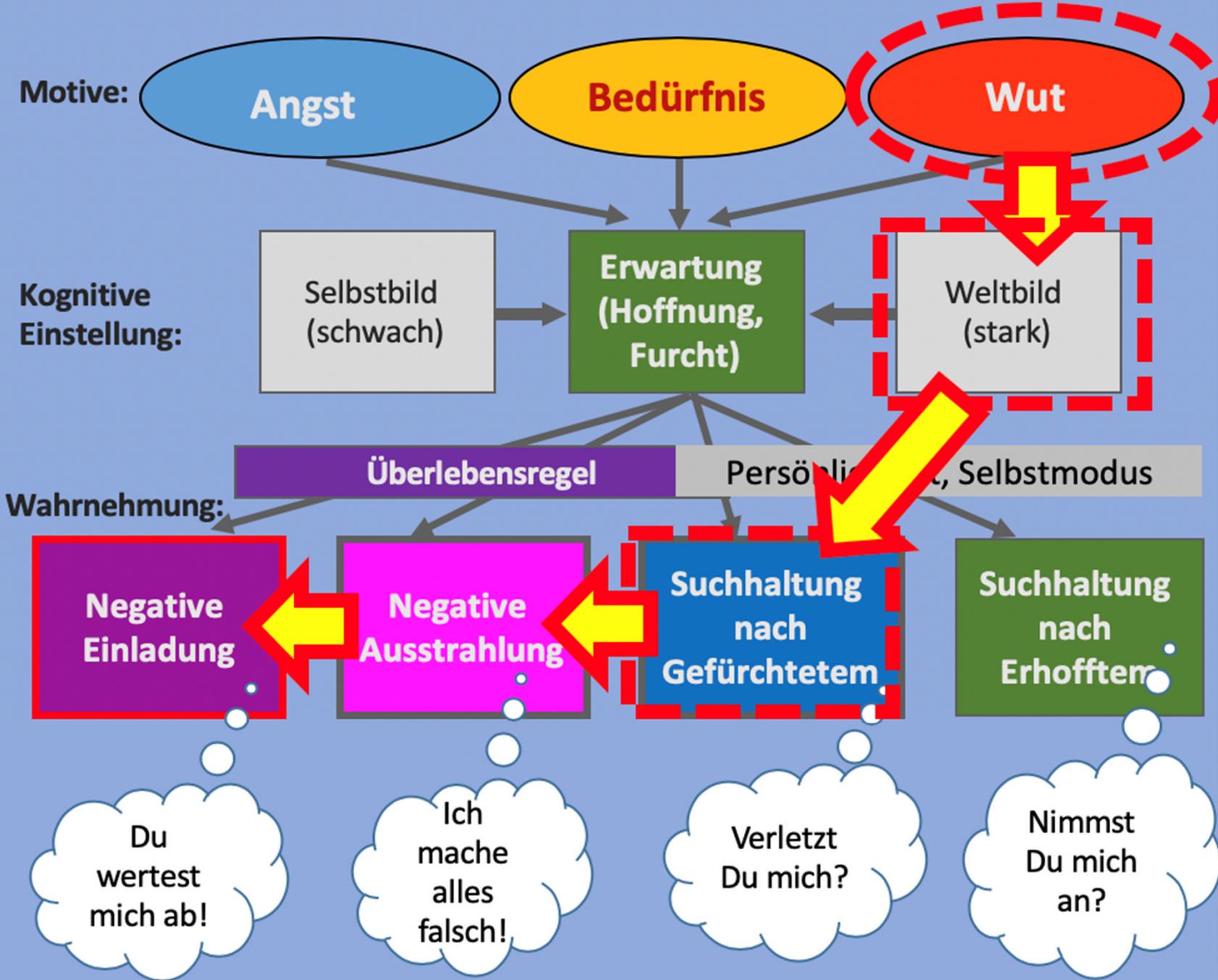
- Übertragung und Gegenübertragung
projektive Identifizierung
Wiederholungszwang
DRIBS (Dysfunktionaler Repetitiver Interaktions- und Beziehungs-Stereotyp)*



DRIBS

*Sulz 2017

Dysfunktionaler Repetitiver Interaktions- und Beziehungstyp DRIBS



SU Vorteil: Offene Auseinandersetzung wird vermieden

- Bild: Angsthase statt heldenhafter Rächer

DE Vorteil: Es wird vermieden, vom anderen wegzugehen und es bleibt ein Rest von warmem Nest

- Bild: Kaninchen statt Katze

Zw Vorteil: Eigene Impulsivität/Aggressivität kann keinen Schaden anrichten

- Bild: Statt den Säbel zu zücken, putzt der wütende Ritter wie wild seine Rüstung

PA Vorteil: Keine vehementen Freiheitskämpfe, die zur offenen Feindschaft führen

- Bild: gefesselter Freiheitskämpfer

HI Vorteil: Es wird vermieden, als stilles Opfer dem anderen ausgeliefert zu sein

- Bild: Kitzelt das schlafende Tier mit der Riesenmähne an der Nase, um zu erkennen, ob es ein gefährliches Raubtier ist

SC Vorteil: Kein Nahkampf, der beide vernichten würde

- Bild: Der Vogel fliegt immer wieder in die Nähe, um ein bißchen Futter zu bekommen. Er darf aber nicht festgehalten werden.

NA Vorteil: Auf die Reaktion des anderen muß nicht passiv gewartet werden. Es treten doch immer wieder Erfolge auf.

- Bild: Einsam auf dem Dachfirst balancierend mit der ständigen Gefahr, zu uns anderen in die Mittelmäßigkeit abzustürzen

EI Vorteil: Immer wieder in Kontakt und Beziehung gelangen, dem Verlassensein entfliehend

- Bild: Extrem klammernder und wild um sich schlagender Ertrinkender

- **Interaktionsmuster 1 (weitere siehe Anhang)**

Rollenübernahme: Ich bin unterlegen, versage zu oft, halte Ablehnung nicht aus. Ich kann mich nicht durchsetzen. Ich kann mich zurückhalten.

Komplementärrollenzuweisung: Die Bezugsperson wird offensiv, streng, kritisiert Fehler, lehnt ab, wenn er/sie nein sagt oder etwas fordert.

Verhalten: ängstlich-vermeidend,

Reaktion des anderen: selbstsicher, überlegen

Eintritt des Gefürchteten: Ich mache Fehler, andere nehmen diese wahr

Eintritt der Frustration: Kritik, Unmut und Ablehnung

Trifft zu: 0----1----2----3

Vorteil: Offene Auseinandersetzung wird vermieden

Bild: Angsthase statt heldenhafter Rächer

Wie der Patient dafür sorgt, dass er schlecht behandelt wird

Wodurch kann das geschehen? Es liegt an der unterdrückten Wut. Sie darf nicht in mir bleiben, das wäre zu gefährlich.

Es findet eine **Übertragung** auf eine Person meiner Gegenwart statt. Also **projiziere** ich die Wut auf sie. Ich gehe aber noch weiter, ohne es zu merken: Ich bringe den anderen dazu, sich verletzend zu verhalten (**Gegenübertragung**). Immer wieder (**Wiederholungszwang**).

Das bestätigt mein Selbst- und Weltbild: Ich bin schwach und andere verletzen mich. Nun kann ich zurecht auf die anderen richtig böse sein bzw. unter ihnen leiden:

Projektive Identifizierung zw. DRIBS

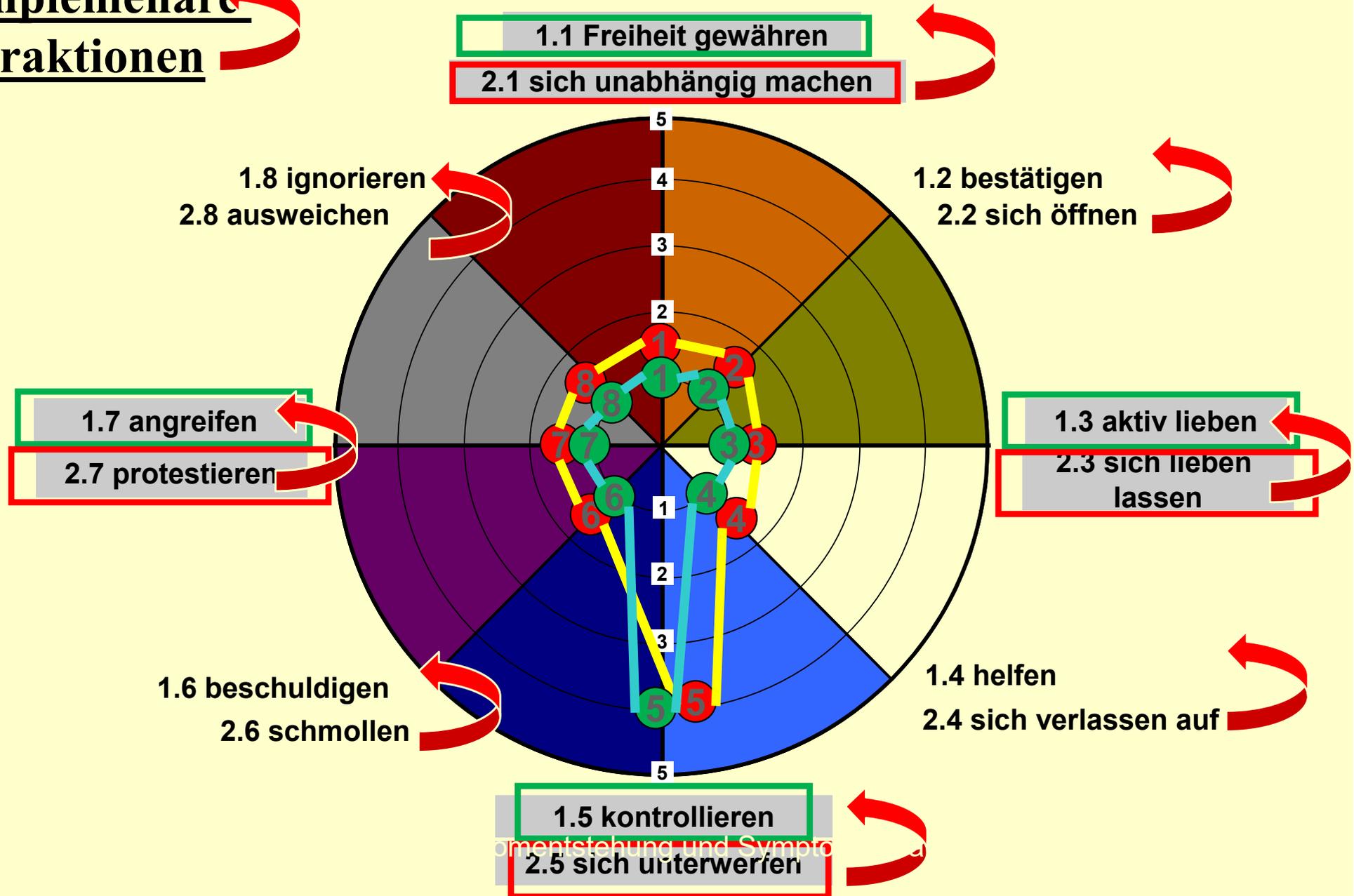
Komplementarität: Häufige Interaktions- und Transaktionsmuster

- Patient ist unterwürfig → Ther. wird dominant
- Patient ist widerspenstig → Ther. wird drängend
- Patient ist kontrollierend → Ther. wird unfrei
- Patient wertet ab → Ther. wird klein
- Patient weist zurück → Ther. wird buhlend

Auswertung VDS36 - Circumplex

So wirke ich (Ther.) auf den Pat. ein (1.) und der Pat. reagiert so (2.):

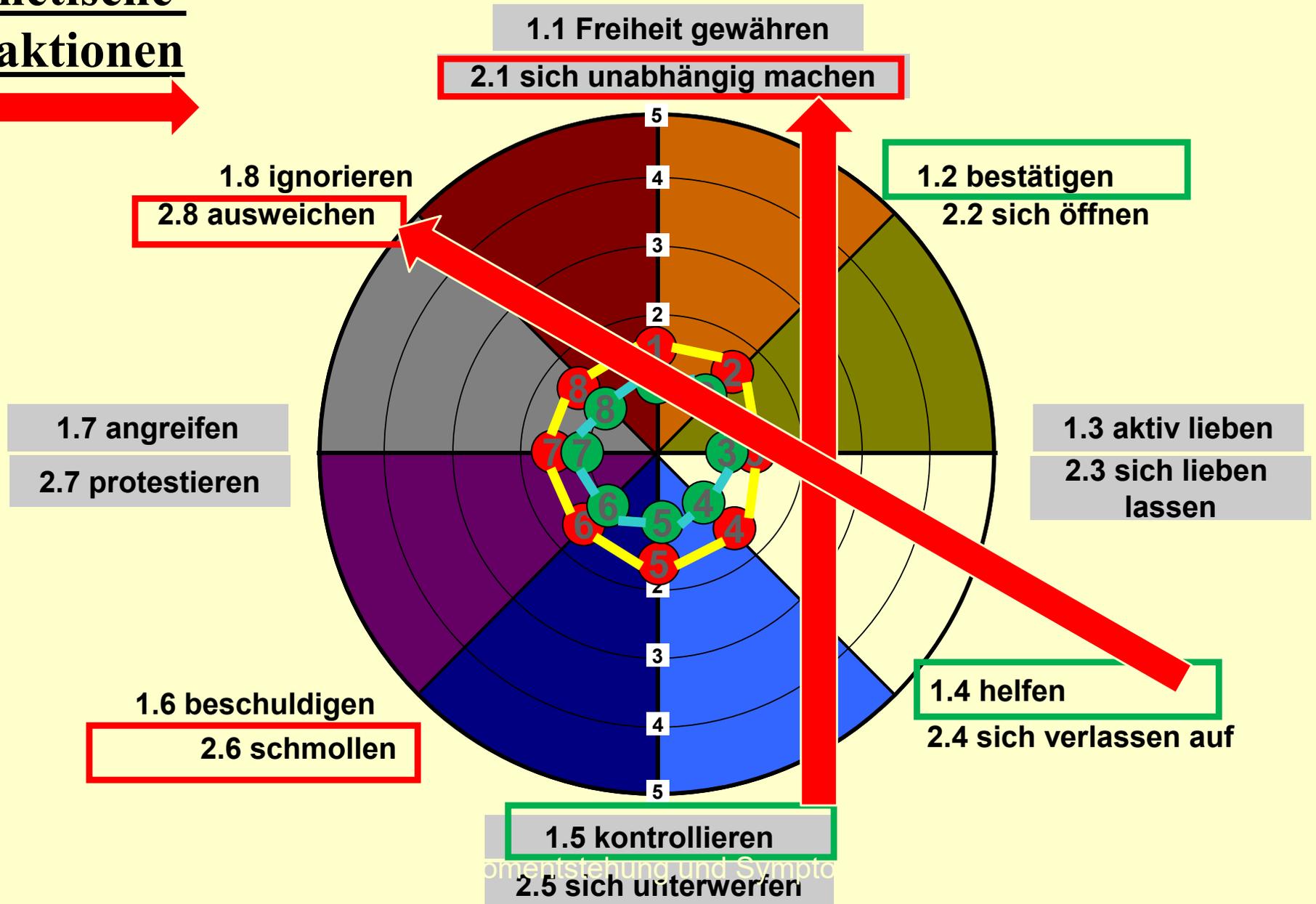
Komplementäre
Interaktionen



Auswertung VDS36 - Circumplex

So wirke ich (Ther.) auf den Pat. ein (1.) und der Pat. reagiert so (2.):

Antithetische Interaktionen



So gingen wir bisher miteinander um (1) (aktiver Modus) 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem	TherapeutIn machte das:	Patient machte das
1. Dem Anderen Freiheit gewähren	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Den Anderen bestätigen, verstehen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Den Anderen aktiv lieben, umsorgen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Dem Anderen helfen, beschützen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Den Anderen kontrollieren, beaufsichtigen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Den Anderen beschuldigen, herabsetzen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Den Anderen angreifen, ablehnen, zurückweisen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Den Anderen ignorieren, vernachlässigen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

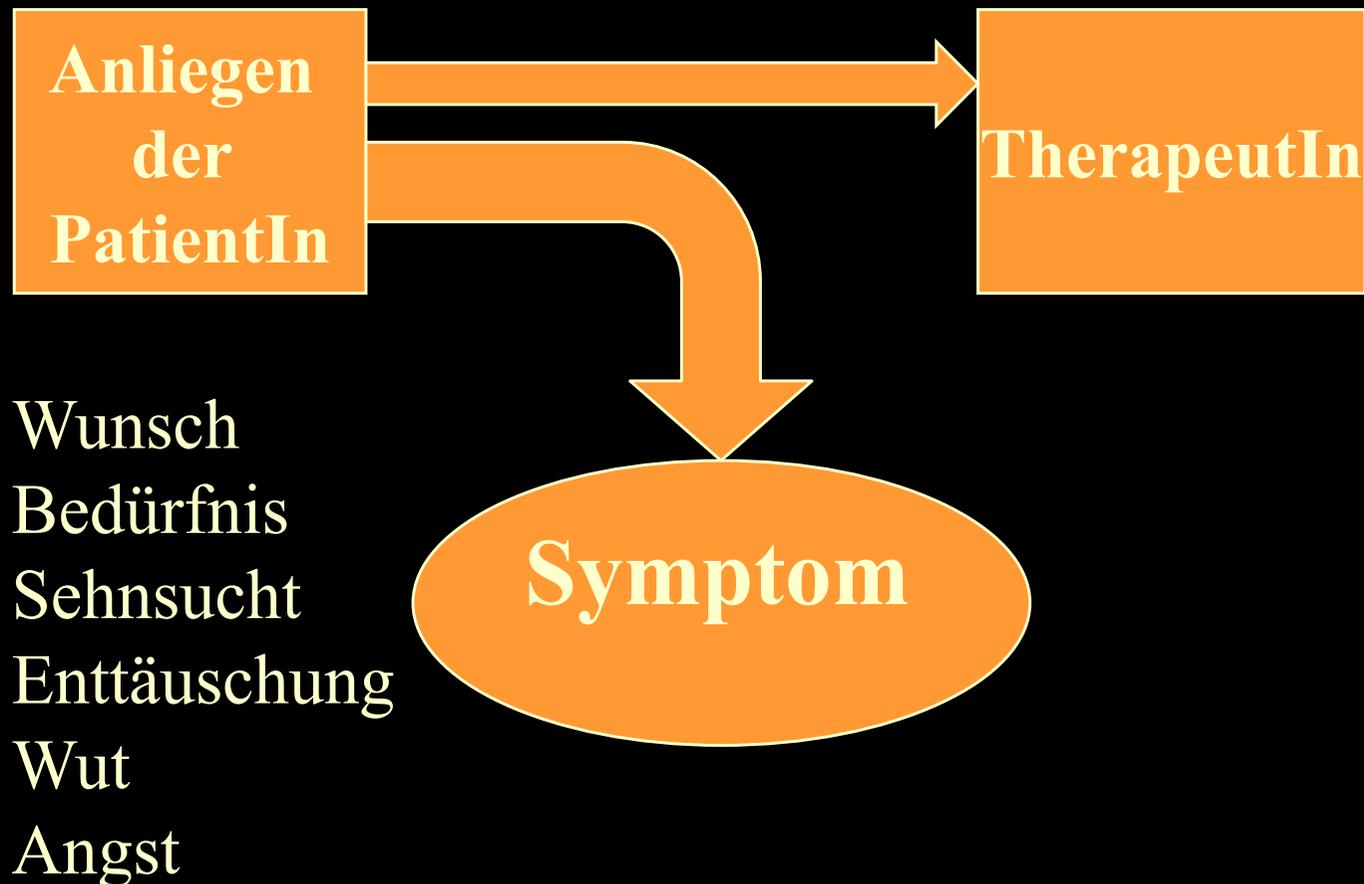
So gingen wir bisher miteinander um (1) (aktiver Modus) 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem	TherapeutIn machte das:	Patient machte das
1. Dem Anderen Freiheit gewähren	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Den Anderen bestätigen, verstehen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Den Anderen aktiv lieben, umsorgen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Dem Anderen helfen, beschützen Hi EI	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Den Anderen kontrollieren, beaufsichtigen Zw Hi Sc Na EI Pr	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Den Anderen beschuldigen, herabsetzen Su Zw Pa Hi Sc Na EI Pr	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Den Anderen angreifen, ablehnen, zurückweisen Sc Na EI Pr	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Den Anderen ignorieren, vernachlässigen De Hi Sc EI Pr	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Aktiver Modus Patient und TherapeutIn

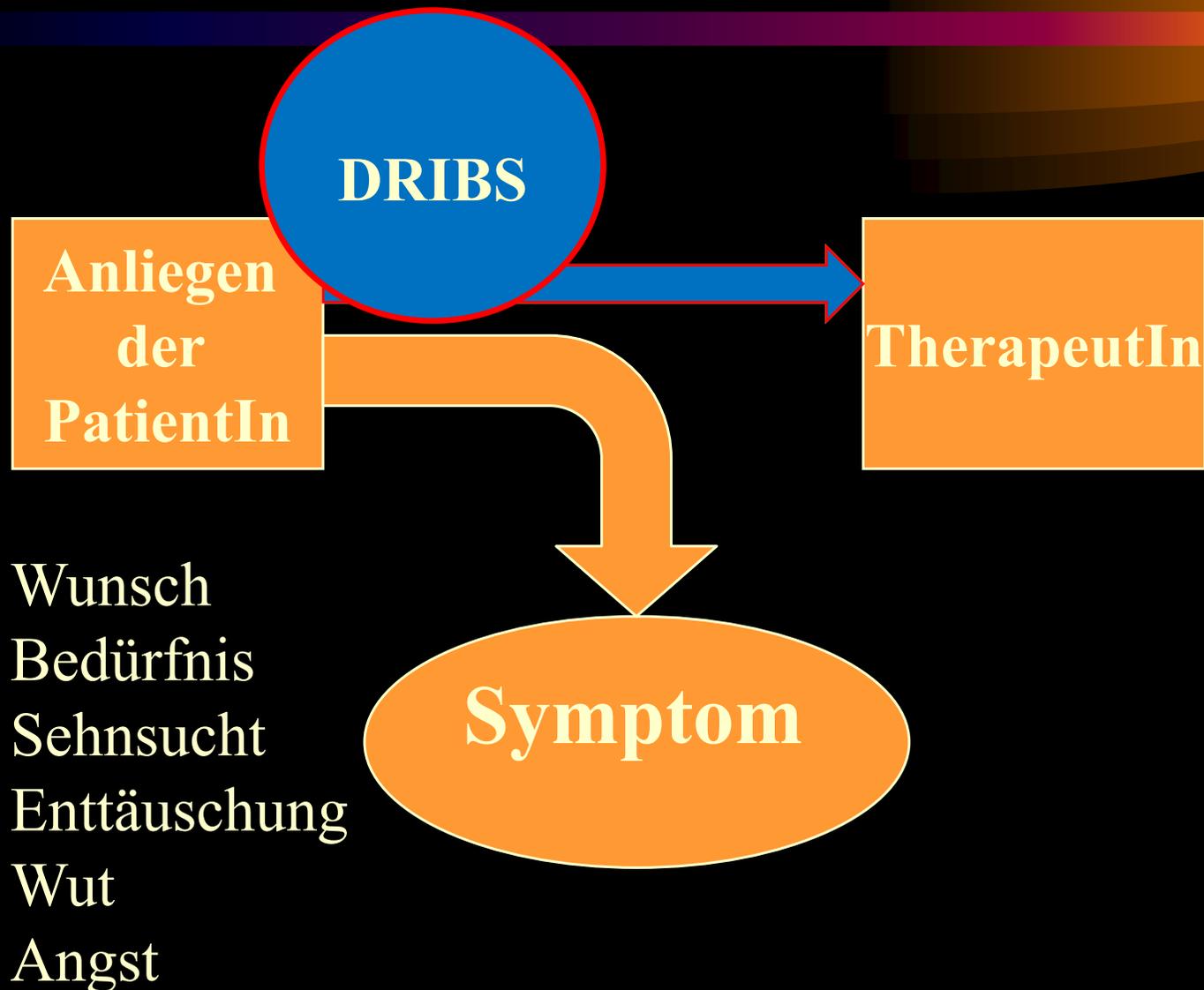
- Zusammenfassung Teil 1 – aktiver Modus:
- Wählen Sie nun je die 2 häufigsten oder intensivsten Verhaltensweisen aus:
- Am ehesten hat der Patient so reagiert:
 - Nr.
 - Nr.
- Am ehesten hat die TherapeutIn so reagiert:
 - Nr.
 - Nr.

Was hat das mit dem Symptom zu tun?

Was hat das mit dem Symptom zu tun?



Was hat das mit dem Symptom zu tun?



<u>So gingen wir bisher miteinander um (2)</u> (reaktiver Modus) 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem	TherapeutIn machte das:	Patient machte das
1. Sich vom Anderen unabhängig machen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Sich dem Anderen öffnen, offenbaren	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Sich vom Anderen lieben lassen, genießen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Dem Anderen vertrauen, sich auf ihn verlassen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Dem Anderen nachgeben, sich ihm unterwerfen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Schmollen, den Anderen beschwichtigen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Sich zurückziehen, protestieren	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Zumachen, dem Anderen ausweichen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

<u>So gingen wir bisher miteinander um (2)</u> (reaktiver Modus) 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem	TherapeutIn machte das:	Patient machte das
1. Sich vom Anderen unabhängig machen Su Zw Hi Sc EI	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Sich dem Anderen öffnen, offenbaren	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Sich vom Anderen lieben lassen, genießen Hi	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Dem Anderen vertrauen, sich auf ihn verlassen De Hi EI	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Dem Anderen nachgeben, sich ihm unterwerfen De Zw Sc	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Schmollen, den Anderen beschwichtigen Su De Pa	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Sich zurückziehen, protestieren Su Pr	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Zumachen, dem Anderen ausweichen Su Zw Pa Hi Sc Pr	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Reaktiver Modus Patient und TherapeutIn

- Zusammenfassung Teil 2 – reaktiver Modus:
- Wählen Sie nun je die 2 häufigsten oder intensivsten Verhaltensweisen aus:
- Am ehesten hat der Patient so reagiert:
 - Nr.
 - Nr.
- Am ehesten hat die TherapeutIn so reagiert:
 - Nr.
 - Nr.

Was hat das mit dem Symptom zu tun?

<u>So ging ich mit mir selbst um (3)</u> <u>(reflexiver Modus)</u> 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem	TherapeutIn machte das:	Patient machte das
1. Sich selbst gegenüber emanzipieren	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Sich selbst bestätigen, sich selbst erforschen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Sich selbst (aktiv) lieben	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Sich selbst beschützen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Sich selbst kontrollieren, einschränken	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Sich selbst anklagen, unterdrücken	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Sich selbst angreifen, ablehnen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Sich selbst ignorieren, vernachlässigen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

So ging ich mit mir selbst um (3) (reflexiver Modus) 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem	TherapeutIn machte das:	Patient machte das
1. Sich selbst gegenüber emanzipieren	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Sich selbst bestätigen, sich selbst erforschen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Sich selbst (aktiv) lieben	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Na		
4. Sich selbst beschützen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
EI		
5. Sich selbst kontrollieren, einschränken	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Su Zw Pa Pr		
6. Sich selbst anklagen, unterdrücken	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Su De Zw Na		
7. Sich selbst angreifen, ablehnen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Pa Hi EI		
8. Sich selbst ignorieren, vernachlässigen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Zw Pa Sc Na EI		

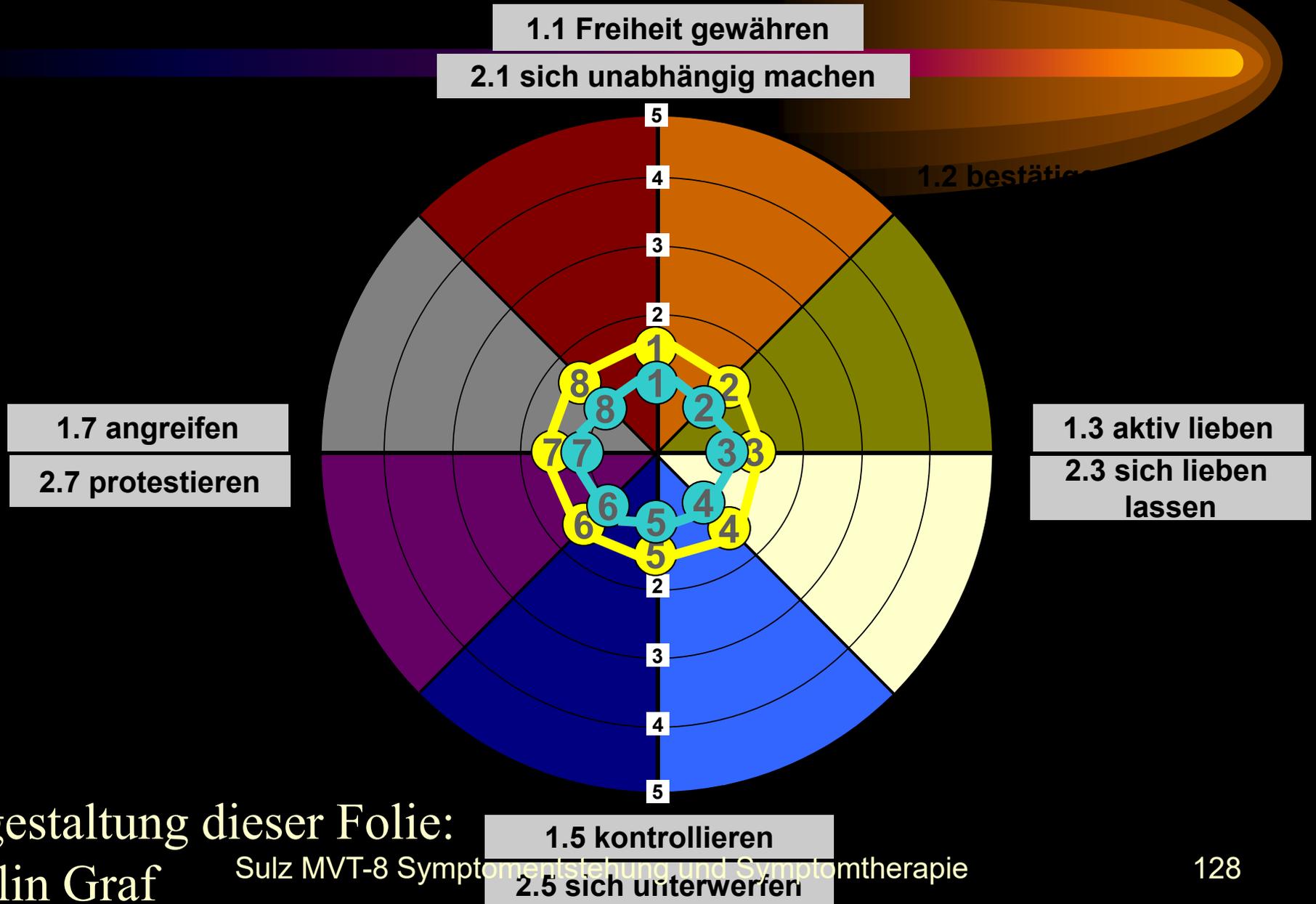
Reflexiver Modus Patient und TherapeutIn

- Zusammenfassung Teil 3 – reflexiver Modus:
- Wählen Sie nun je die 2 häufigsten oder intensivsten Verhaltensweisen aus:
- Am ehesten hat der Patient so reagiert:
 - Nr.
 - Nr.
- Am ehesten hat die TherapeutIn so reagiert:
 - Nr.
 - Nr.

Was hat das mit dem Symptom zu tun?

Auswertung VDS36 - Circumplex

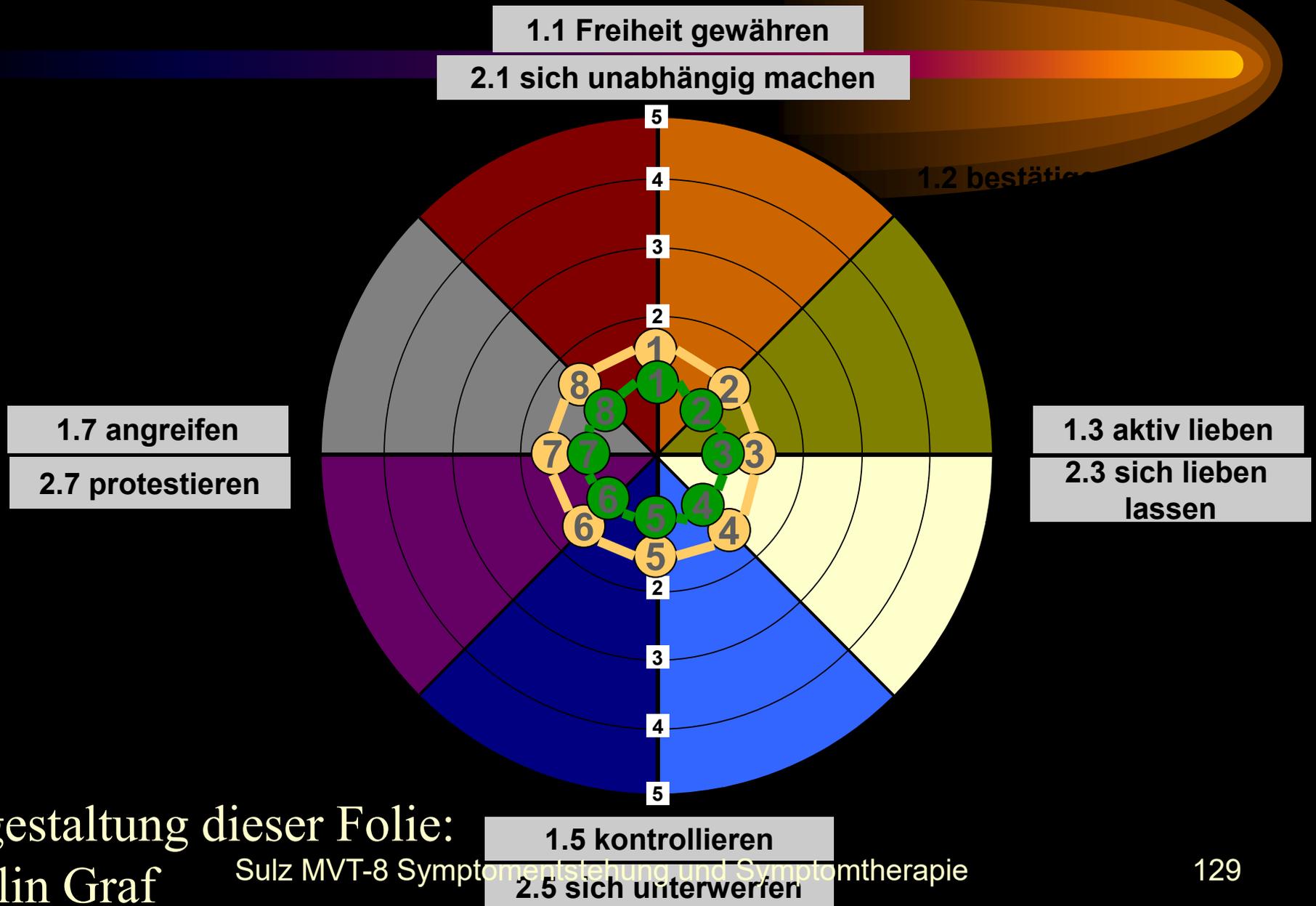
So wirke ich auf den Anderen ein (1.) und der andere reagiert so (2.):



Ausgestaltung dieser Folie:
Carolin Graf

Auswertung VDS36 - Circumplex

So wirkt er/sie auf mich ein (1.) und ich reagiere so (2.)



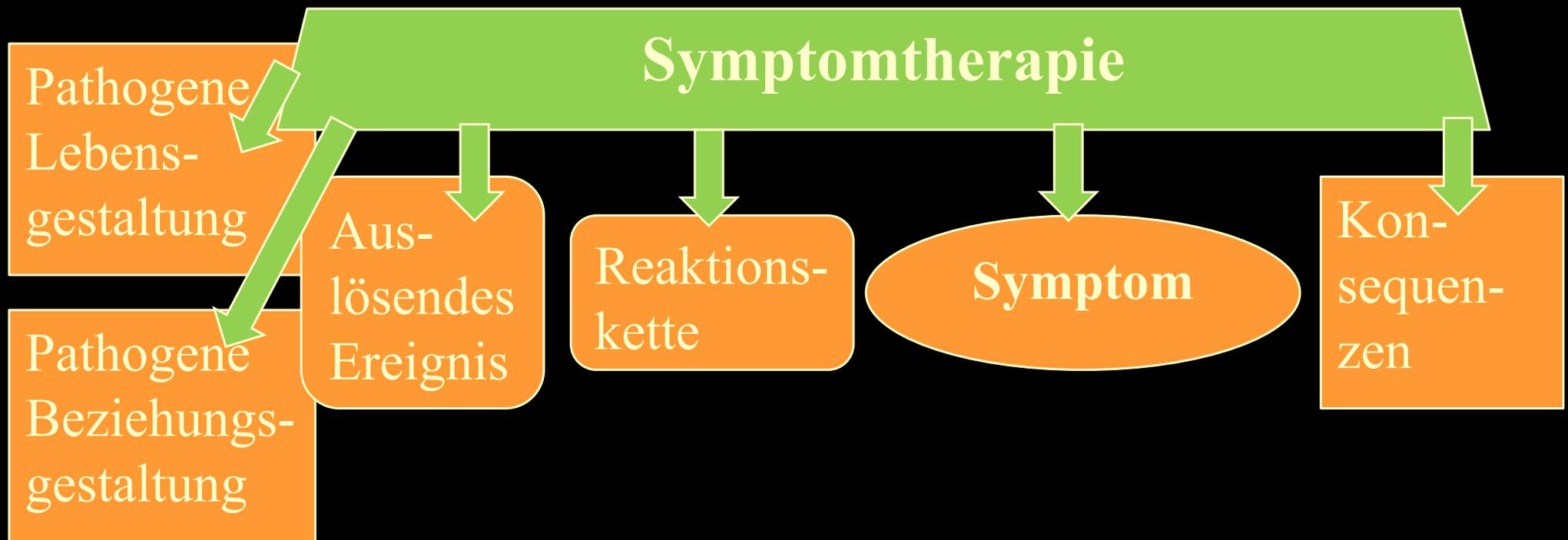
Ausgestaltung dieser Folie:
Carolin Graf

Die Therapie:

1. Symptomtherapie



Symptomtherapie



Mit meinem Symptom umgehen lernen:

AACES

Symptom 17: Mit meinem Symptom umgehen lernen: AACES

- a) Ich achte auf frühe Symptomsignale
(**A – Achtsamkeit**)
- b) Ich akzeptiere mein Symptom
(**A – Akzeptanz**)
- c) Ich entscheide mich, auf meinem Weg zum Ziel zu bleiben
(**C – Commitment**)
- d) In der Symptom-Situation spüre ich deutlich mein Symptom
(**E – Exposition**)
- e) Nachher bestärke ich mich für meinen richtigen Umgang mit dem Symptom
(**S – Selbstverstärkung**)

Symptom 18: Mit meinem Symptom umgehen lernen **AACES** *So mache ich es selbst 1*

- **Mein Vorgehen:** Das Prinzip ist Symptom-Exposition

A a) Ich **achte** auf **frühe Symptomsignale** und lerne auf diese Weise erkennen, wie mein Symptom anfängt.

A b) Ich **akzeptiere** mein **Symptom**, lasse es da sein, lasse es an mich heran. Ich nehme es an. Es ist verständlich, dass mein Symptom jetzt da ist.

C c) Ich **entscheide (commite)** mich, auf meinem Weg zum Ziel zu **bleiben**. Ich will lernen, mich nicht mehr gegen mein Symptom zu sträuben. Sondern ich will lernen, mit meinem Symptom umzugehen. Mein Symptom darf da sein und es darf jetzt so viel Zeit und Raum einnehmen, wie es einnehmen mag.

Symptom 19: Mit meinem Symptom umgehen lernen **AACES** *So mache ich es selbst 2*

E

d) In der **Symptom-Situation** meine Selbstinstruktion: **Exposition**

Ich spüre deutlich mein Symptom(z.B. Schmerz oder Ohrensausen). Ich lasse es da sein. Ich lasse los, entspanne, atme ruhig und langsam. Ich weiß, daß ich jetzt nichts tun muß, um das Symptom einzugrenzen oder zu hemmen. Je mehr ich es zulasse, um so freier kann es wieder gehen, wenn es Zeit zu gehen ist. Ich greife nicht ein, lasse los und entspanne.

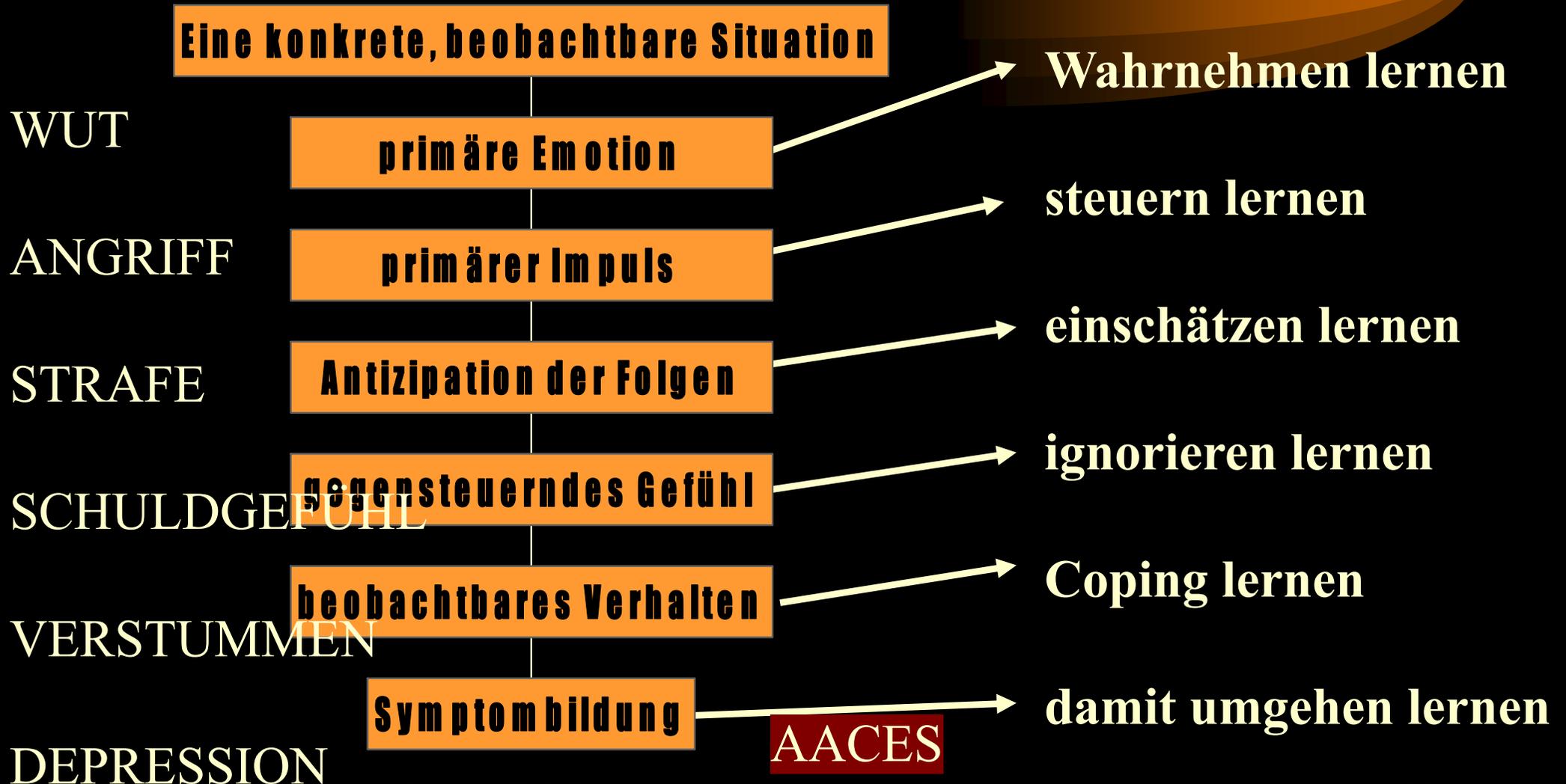
S

e) **Nachher (Selbstverstärkung):**

Es war nicht leicht, aber ich bin dabei geblieben. Für den Anfang war das ganz gut. Wichtig war nur, daß ich diesen neuen Umgang mit meinem Symptom probiere, nicht wie ich es mache.

Therapie der Reaktionskette zum Symptom

Symptomtherapie:



Die primäre Emotion wahrnehmen

- Eine typische symptomauslösende Situation:
- Worum geht es? Was ist mein Anliegen?
- Wie agiert oder reagiert der/die andere?
- Was macht er/sie da mit mir?
- Was hätte ich stattdessen gebraucht?
- **Welches Gefühl spüre ich primär?**
- Wie hätte jemand reagiert, der gut für sich sorgen kann?
- Aus welchem Gefühl heraus hätte er so gehandelt?
- Was ist also das erste natürliche Gefühl, die primäre Emotion?
- Habe ich ein Recht auf dieses Gefühl in dieser Situation?
- Vergegenwärtigen Sie sich die Situation und das Verhalten des anderen: Können Sie dieses Gefühl jetzt spüren?

Den primären Impuls steuern

- Wenn Sie dieses erste Gefühl sehr stark haben, was würden Sie dann am liebsten tun?
- **Können Sie den primären Impuls spüren?**
- Wie sehr und wie lange würden Sie das am liebsten tun?
- Bringt dieser Impuls eine optimale Lösung?
- Wenn nicht, wie können Sie mit ihm umgehen?
- Können Sie sich bewusst entscheiden, dem Impuls jetzt nicht nachzugeben: „Ich werde es jetzt nicht tun!“
- Könnten Sie innerlich sagen: „Ich würde jetzt am liebsten!“
- Könnten Sie sich zugestehen, das in der Phantasie zu tun?
- Ist es sinnvoll dem anderen zu sagen: „Ich habe jetzt so sehr das Gefühl ..., dass ich am liebsten ...“?

Realistische Wirksamkeitserwartung erreichen

- Wenn Sie Ihrem Impuls folgen und ihn eigentlich für berechtigt halten, welche Folgen erwarten Sie?
- **Was spricht für diese Auswirkungen (Überlebensregel)?**
- **Was spricht gegen diese Konsequenzen (Realität)?**
- Wie wahrscheinlich sind sie wirklich?
- Wie würde jemand anders ihre Wahrscheinlichkeit einschätzen?
- Welche Schätzung ist realistischer?
- Für welche Einschätzung können Sie sich jetzt entscheiden?
- Positive Wirkung meines Handelns (aus meinem Impuls heraus):
- Negative Wirkung meines Handelns (aus meinem Impuls heraus):
- Überwiegen jetzt die Vorteile so sehr, dass Sie bereit sind, so zu handeln?

Das sekundäre Gefühl löschen

- Ihre Erwartung von Erfolglosigkeit oder schlimmer Folgen hat bei Ihnen bisher ein zweites - gegensteuerndes - Gefühl (...) ausgelöst, das Sie von Ihrem ersten Handlungsimpuls abgebracht hat (...).
- Das sekundäre Gefühl führte bisher zu einem Verhalten (...), das Ihnen nicht half, die Situation zu meistern. Wenn Sie dieses Verhalten nicht mehr wollen, können Sie seinen Auslöser löschen.
- **Das gelingt Ihnen, indem Sie dem sekundären Gefühl (...) nicht mehr nachgeben.** Lassen Sie dieses Gefühl einfach kommen, da sein, stärker werden, bis es wieder abnimmt und verschwindet, ohne daß Sie getan hätten, wozu es Sie bringen wollte.
- Immer wieder - bis das Gefühl seltener kommt und unbedeutend wird (Gefühlsexposition).

Meisterndes, wirksames Verhalten aufbauen

- In der symptomauslösenden Situation haben Sie bisher ein Verhalten gezeigt, das nicht half.
- **Was wäre das optimal meisternde, wirksame Verhalten?**
- Wie genau müssten Sie sich verhalten?
- Können wir das mal spielen. Ich bin Ihr Gegenüber.

(Rollenspiel)

- Können Sie sich vorstellen, beim nächsten Mal so zu handeln?
- Wann wird die nächste Gelegenheit sein?
- Können Sie sich entscheiden, diese Gelegenheit zum Üben zu nutzen?
- Wenn es Ihnen den Rücken stärkt, können wir das als verbindliche Abmachung zwischen uns beiden vereinbaren. (Handschlag)

Symptom 20: So reagiere ich ab jetzt in der symptomauslösenden Situation

Welche <u>Situation</u> ?	Bedeutung d. <u>Situation</u> für mich:
Welche <u>Person</u> ist da?	Bedeutung d. <u>Person</u> für mich:
Mein primäres Gefühl auf ihr Verhalten:	Ist mein Gefühl angemessen?
Mein primärer Handlungsimpuls	Ist mein Impuls angemessen?
Mein bisheriges gegensteuerndes Gefühl	Jetzt entscheide ich mich für folgende Reaktion:

Von der Symptomtherapie zum Fertigkeitentraining

- Wenn das Rollenspiel oder die Erfahrungen mit dem Ausprobieren des meisternden Verhaltens in der realen Situation ergeben, daß eine oder mehrere Fertigkeiten einfach fehlen, die benötigt werden, um die schwierige Situation zu meistern, ist ein Fertigkeitentraining erforderlich.
- **Welche Fertigkeit muss aufgebaut werden?**

Symptom 21: In welchen Situationen tritt Ihr Symptom nicht auf?

Ausnahmen 1

- Mein Symptom tritt in folgender Situation nicht auf:
- 1.
- 2.
- 3.
- Der Unterschied zu den „Symptom-“Situationen ist:
- a)
- b)
- c)

Symptom 22: Wie kann ich die Ausnahmen zur Regel machen? Ausnahmen 2

- Ich kann solche Situationen so häufiger werden lassen:
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- Den Unterschied zu den „Symptom-“Situationen kann ich so herstellen:
 - a)
 - b)
 - c)

Die Konsequenzen:

*Wodurch das
Symptom aufrecht
erhalten wird und
wie dies beendet
werden kann*



•Das strategische Verhaltens-Modell

•zur Erklärung meines Symptoms

Situation S:

a) pathogene
Lebens-
gestaltung
.....
.....
.....

b) pathogene
Beziehungs-
gestaltung
.....
.....
.....

c) symptom-
auslösendes
Ereignis
.....
.....
.....

Organismus

(Person) O:

a) zentrale
Verstärker
.....
.....

b) zentrale
Vermeidung
.....
.....

c) dysfunktionale
Überlebensregel
.....
.....

d) dysfunktionaler
Verhaltens-
stereotyp
(Persönlichkeitszug)

Reaktion + Symptom R:

a) primäre
Emotion
.....

b) primärer
Impuls
.....

c) Antizipation
d) gegen-
steuerndes
Gefühl
.....

e) offenes
Verhalten
.....

f) Symptom
.....
.....

C

Konsequenz

a) positive
Verstärkung
.....
.....

(Bedürfnis-
befriedigung)

b) negative
Verstärkung
.....
.....

(Vermeidung
einer
Bedrohung)

c) Bestätigung
des Selbst-
und Weltbildes
.....
.....

Symptom 23: Wodurch wird das Symptom aufrecht erhalten?

Fragen!

- 1. Was änderte sich in Ihrem Leben durch das Symptom?
- 2. Welche Veränderungen ergaben sich in der Beziehung zu folgenden Lebensbereichen: Beruf, Vorgesetzte, Kollegen, Öffentlichkeit, Bekanntenkreis, Hobbies, Freunde, Verwandte, Familie, Ehe, eigene Kinder, zu Ihnen selbst, zu Ihrem Körper, zu Ihrer Zukunft?
- 3. Wie wäre Ihr Leben weitergegangen, wenn das Symptom nicht aufgetreten wäre?
- 4. Was hätte sich wie geändert?
- 5. Was hat sich durch das Symptom geändert und hätte sich ohne es nicht geändert?
- 6. Was hätte jemand, der sich der auslösenden Situation gewachsen fühlt, getan, anstatt ein Symptom zu entwickeln (z.B. mehr für sich kämpfen)?
- 7. Was wären die Folgen eines solchen Verhaltens gewesen, wenn Sie so gehandelt hätten? (unter Berücksichtigung von zentraler Angst und zentralen Bedürfnissen)
- 8. Inwiefern war das Symptom also Hilfe, Schutz, Problemlösung und das Leiden der Preis, den Sie dafür zahlen mußten?

Symptom 24: Wodurch wird das Symptom aufrecht erhalten?

Antworten 1

- 1. Was änderte sich in Ihrem Leben durch das Symptom?
•
- 2. Welche Veränderungen ergaben sich in der Beziehung zu
folgenden Lebensbereichen:
 - im Beruf
 - mit Vorgesetztem
 - mit Kollegen
 - in der Öffentlichkeit
 - Im Bekanntenkreis
 - mit Hobbies
 - mit Freunden

Symptom 25: Wodurch wird das Symptom aufrecht erhalten?

Antworten 2

- mit Verwandten
- mit meiner Familie
- meiner Ehe
- meinen Kindern
- mir selbst
- meinem Körper
- meiner Zukunft
-
- 3. Wie wäre Ihr Leben weitergegangen, wenn das Symptom nicht aufgetreten wäre?
-

Symptom 26: Wodurch wird das Symptom aufrecht erhalten?

Antworten 3

- 4. Was hätte sich wie geändert?
•
- 5. Was hat sich durch das Symptom geändert und hätte sich ohne es nicht geändert?
•
- 6. Was hätte jemand, der sich der auslösenden Situation gewachsen fühlt, getan, anstatt ein Symptom zu entwickeln (z.B. mehr für sich kämpfen)?
•

Symptom 27: Wodurch wird das Symptom aufrecht erhalten?

Antworten 5

- 7. Was wären die Folgen eines solchen Verhaltens gewesen, wenn Sie so gehandelt hätten? (unter Berücksichtigung von zentraler Angst und zentralen Bedürfnissen)
-
- 8. Inwiefern war das Symptom also Hilfe, Schutz, Problemlösung und das Leiden der Preis, den Sie dafür zahlen mußten?
-

Symptom 28: So gehe ich ab jetzt mit den Konsequenzen meines Verhaltens um

Die positivsten Folgen meines Symptoms waren:	Ihre Bedeutung für mich:
In welchem Lebensbereich?	Bedeutung dieses Lebensbereichs für mich:
Was habe ich vermieden durch die Symptombildung?	Muß ich es auch künftig vermeiden und wie?
Welche Änderung kann ich stattdessen wagen?	Ihre Bedeutung für mich:
Mein bisheriges gegensteuerndes Gefühl	Jetzt entscheide ich mich für folgende Reaktion:

Symptom 29: So beginne ich mit der praktischen Umsetzung

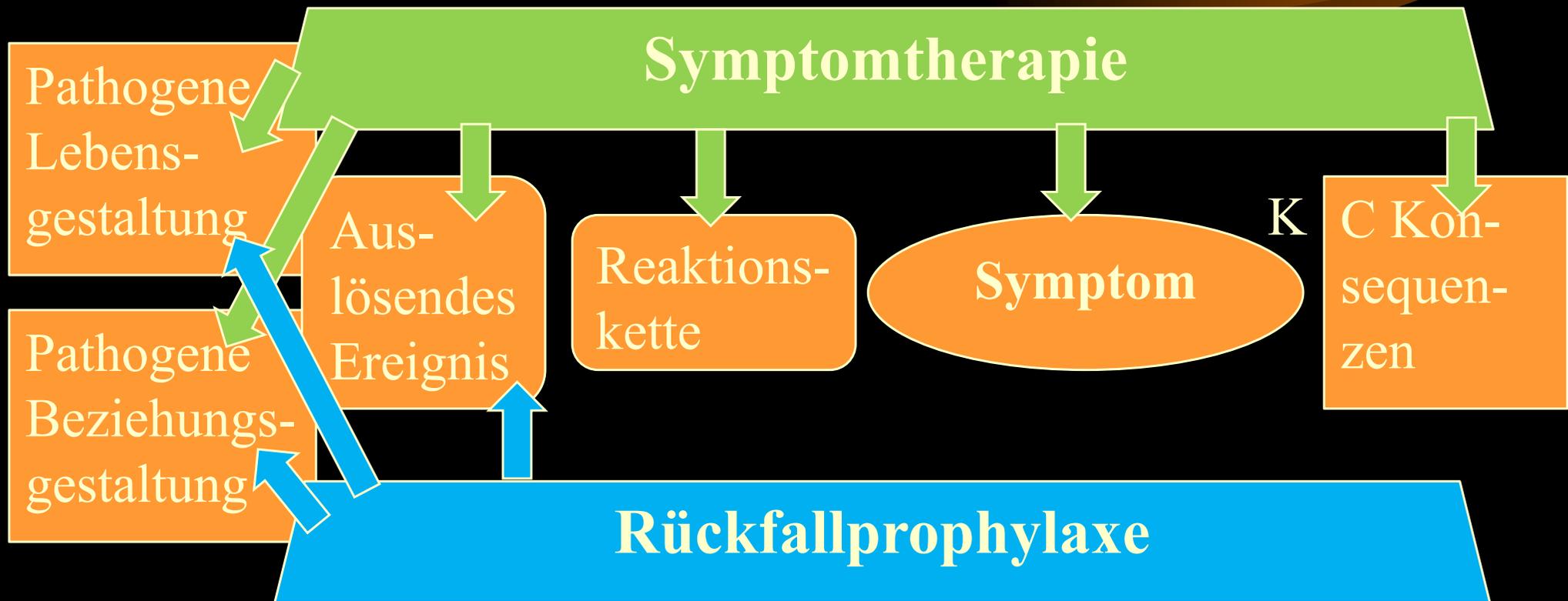
- Die nächsten Gelegenheiten werden sein:
- Wann?
- Wo (Situation)?
- Mit wem?
- Worum wird es gehen?
-
- So werde ich handeln:

Die Therapie:

2. Rückfallprophylaxe



Von der Therapie zur Rückfallprophylaxe



Symptom 30: Rückfallprophylaxe

Kriterien

- Die Symptomauslösung geschieht
 - - nach einer pathogenen Lebensgestaltung
 - - nach einer pathogenen Beziehungsgestaltung
 - - in einer problematischen Lebenssituation.
- Rückfallprophylaxe berücksichtigt alle drei situativen Aspekte!

Symptom 31: Rückfallprophylaxe Erkennen rückfallauslösender Situationen

- Welche Situationen können einen Rückfall auslösen?
-
- Was ist das Charakteristische an diesen Situationen?
-
- Wie kann ich mit ihnen umgehen?
-

Symptom 32: Rückfallprophylaxe

Erkennen früher Rückfallreaktionen

- Welche Reaktionen sind ein beginnender Rückfall?
-
- Was ist das Charakteristische an diesen Reaktionen?
-
- Wie kann ich mit ihnen umgehen?
-

Symptom 33: Rückfallprophylaxe durch Lebensgestaltung 1 - WIE?

- Meine Lebensgestaltung ist **BISHER** pathogen
- durch zuviel und durch zu wenig
- Sie wird **JETZT** gesund erhaltend
- durch weniger und durch mehr
-

Symptom 34: Rückfallprophylaxe durch Lebensgestaltung 2 - Wann und wo?

- Die nächsten Gelegenheiten werden sein:
- Wann?
- Wo (Situation)?
- Mit wem?
- Worum wird es gehen?
-
- So werde ich handeln:

Symptom 35: Rückfallprophylaxe durch Lebensgestaltung 3 - Bis zum Ziel!?

Ich übe meine neue Lebensgestaltung am:	Die Situation ist:
Ich reagiere so:	Der andere reagiert so:
<input type="checkbox"/> Das Ergebnis ist schon gut	<input type="checkbox"/> Deshalb werde ich das Verhalten beibehalten. Das nächste Mal am
<input type="checkbox"/> Das Ergebnis ist noch nicht so gut, es fehlt noch	<input type="checkbox"/> Deshalb werde ich weiter üben. Das nächste Mal am
Nach-mal Üben ist es mir zur Gewohnheit geworden	<input type="checkbox"/> Und das Ergebnis ist meist befriedigend. <u>Ich bin am Ziel!</u>

Symptom 36: Rückfallprophylaxe durch Beziehungsgestaltung 1 - Wie?

- Meine Beziehungsgestaltung ist **BISHER** pathogen
- durch zuviel und durch zu wenig
- Sie wird **JETZT** gesund erhaltend
- durch weniger und durch mehr
-

Symptom 37: Rückfallprophylaxe durch Beziehungsgestaltung 2 - Wann und wo?

- Die nächsten Gelegenheiten werden sein:
- Wann?
- Wo (Situation)?
- Mit wem?
- Worum wird es gehen?
-
- So werde ich handeln:

Symptom 38: Rückfallprophylaxe durch Beziehungsgestaltung 3 - **BIS ZUM ZIEL!?**

Ich übe meine neue Beziehungsgestaltung am:	Die Situation ist:
Ich reagiere so:	Der andere reagiert so:
<input type="checkbox"/> Das Ergebnis ist schon gut	<input type="checkbox"/> Deshalb werde ich das Verhalten beibehalten. Das nächste Mal am
<input type="checkbox"/> Das Ergebnis ist noch nicht so gut, es fehlt noch	<input type="checkbox"/> Deshalb werde ich weiter üben. Das nächste Mal am
Nach-mal Üben ist es mir zur Gewohnheit geworden	<input type="checkbox"/> Und das Ergebnis ist meist befriedigend. <u>ich bin am Ziel!</u>

Symptom 39: Rückfallprophylaxe durch Erlaubnis des Rückfalls

- Angst vor dem Rückfall beschwört diesen herauf
- **Erlaubnis des Rückfalls nimmt ihm das Bedrohliche**
- Erkennen des Rückfalls als vorübergehende Symptombildung hilft seine Begrenztheit zu sehen
- Immer wieder an den Rückfall denken, hilft auf ihn gefaßt zu sein
- Den Ernstfall in Gedanken durchspielen mit seiner erfolgreichen Meisterung bereitet mich auf diesen vor
- Erinnerung an erfolgreiche Meisterung eines Rückfalls hilft mir das richtige zu tun

Die Therapie
3. Störungsspezifische
Therapie
PKP





Störungsspezifische Therapie PKP

Depression

Angst & Zwang

Alkoholismus

chron. Schmerz

Bulimie

Trauma PTSD

Störungsspezifische Therapie PKP

Serge K. D. Sulz, Beate Deckert, Stephanie Backmund-
Abedinpour, Miriam Sichort-Hebing, Petra Jänsch, Julia Antoni,
Richard Hagleitner, Susanne Graßl



Symptomtherapie Depression mit PKP

Depression

Depressionstherapie: Gefühl statt Verstimmung:

- Depressionstherapie soll den Zugang zu den vitalen Gefühlen wieder herstellen. Das geschieht durch **Exposition**, bewusst in Situationen gehen und dort so reagieren, dass diese Gefühle entstehen.
- **Freude-Exposition**: Situationen, die Erfolg, Spaß und Genuss bringen – ohne jede Verpflichtung
- **Angst-Exposition**: Situationen, die anfangs Angst machen, dann aber erfolgreich gemeistert werden
- **Ärger-Exposition**: Situationen, in denen Ärger auftritt und in denen dann wirksame Wehrhaftigkeit entsteht
- **Trauer-Exposition**: sich der Situation stellen, dass etwas/jemand verloren wurde – trauern, loslassen, Abschied nehmen

Wichtig ist, dass der Patient die Exposition im Vorgehen grundsätzlich versteht. Es wird ihm gesagt, dass er darin so gut begleitet wird, dass er es sicher schaffen wird.



Symptomtherapie Angst & Zwang

Störungsspezifische Therapie-Systematik:

1. Störungsmodell
2. Selbstbeobachtung
3. Schwierigkeitshierarchie
4. Habituationsmodell
5. Exposition I & II: Vorbereitung
6. Exposition III & IV: Durchführung

Agoraphobie

Panik

Spezifische Phobie

Soziale Phobie

Generalisierte Angst

Zwänge



Agoraphobie

Symptomtherapie Agoraphobie

- Patient und TherapeutIn gehen in die symptomauslösende Situation (z.B. U-Bahn)
- Den Patienten fragen wie es ihm geht angesichts der Übungen.
- Ihn verstärken und Mut machen
- Keine Überraschungen, immer wieder auf seine Freiheit der Entscheidung hinweisen
- Während der Übung laufend den Grad der Anspannung erfragen (Skala 0-10)
- Körperliche Symptome, Gefühle und Gedanken explorieren
- Aufmerksamkeit immer wieder nach außen richten auf das Hier und Jetzt der Situation
- Die Übung erst beenden wenn die Anspannung gesunken ist



Panik

- **Symptomtherapie Panik PKP**

Regeln im Umgang mit Panik:

1. Denken Sie daran: Panik ist nur eine übertriebene normale Körperreaktion.
2. Gefühle der Panik sind nicht schädlich oder gefährlich - nur sehr unangenehm
3. Achten Sie nur darauf, was gerade hier und jetzt passiert, nicht auf das was Sie fürchten, was passieren könnte.
4. Konzentrieren Sie sich darauf, was Sie hören, sehen, riechen und tasten können.
5. Verschlimmern Sie die Angst nicht durch angsterzeugende Gedanken.
6. Warten Sie ab und lassen Sie der Angst Zeit, von selbst wieder zu gehen.
7. Bekämpfen Sie sie nicht, laufen Sie nicht vor ihr davon.
8. Denken Sie daran: Jede Angst ist eine Gelegenheit zum Üben und Fortschritte zu machen.
9. Atmen Sie ruhig und langsam, aber nicht zu tief.
10. Wenn Sie bereit sind, weiterzumachen, fangen Sie langsam und besonnen an. Es ist nicht nötig, sich zu beeilen.



Symptomtherapie spezifische Phobie PKP

Spezifische Phobie

Schwierigkeitshierarchie erstellen

- Mit dem Patienten werden die verschiedenen Situationen gesammelt (z.B. ein Buch über Hunde durchlesen; in Begleitung durch einen Park laufen, in dem oft Hunde sind; einen Hund anfassen)
- Und hinsichtlich ihrer Schwierigkeit auf einer Skala von 0 % (keine Schwierigkeit) bis 100 % (derzeit unüberwindliche Schwierigkeit) eingestuft.
- Meist reichen fünf Stufen z. B. 20 %, 40 %, 60 %, 80 % und 100 %.
- Die Situationen sollten konkret beschrieben werden, so dass alle bedeutsamen Angstdimensionen in ihrem Schwierigkeitsgrad festgelegt sind (z. B. alleine oder in Begleitung, Annäherung an den Hund)

Durchführung Exposition bei den anderen Angststörungen (siehe oben)

- Der Patient hat sich meist eine große Zahl subtiler Sicherheitsreaktionen angewöhnt, um das Symptom abzumildern. Sie gilt es zu identifizieren und während der Exposition wegzulassen.



Symptomtherapie Soziale Phobie PKP

Soziale Phobie

•Verhaltensorientierte Intervention

- Rollenspiele
- Rollenspielübungen mit Videofeedback
- Verhaltensexperiment (Exposition in vivo)

⇒ Dabei Unterlassung des Sicherheitsverhaltens und Lenkung der Aufmerksamkeit auf Umgebung (Beobachtung und Beschreibung der Gesichter, Verhaltensweisen, Reaktionen) und damit Verringerung der Selbstaufmerksamkeit

•Kognitive Umstrukturierung

- Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedanken
- Förderung positiver Selbsteinstellung (Spiegelübung)

Therapeutische Haltung: Komplementär zum zentralen Bedürfnis (Sicherheit), aber ohne in das dysfunktionale Verhalten abzurutschen



Symptomtherapie GAS nach PKP

Generalisierte Angst

A Durchführung **Sorgenexposition** in sensu:

- Patient wird gebeten die Augen zu schließen
- Therapeut gibt die Szene vor, die zuvor gemeinsam erarbeitet wurde
- Therapeut baut längere Pausen ein an den Stellen, an denen Angst auftreten sollte
- Patient soll ein Signal geben (evtl Finger heben), wenn es ihm nicht gelingt die Szene vor Augen zu halten
- Therapeut wiederholt dann die letzte Sequenz
- Exposition in sensu soll ca. 10-20 Minuten dauern
- Therapeut beendet Übung, indem er langsam von 3 rückwärts zählt und der Patient die Augen öffnet

B Exposition in vivo in Bezug auf **Vermeidungs-/Rückversicherungsverhalten**:

1. Auswahl des zu vermeidenden Vermeidungs-/Rückversicherungsverhaltens
2. Durchführung der Exposition in vivo
3. Exposition in vivo nachbesprechen
4. Hausaufgaben



Zwänge

Symptomtherapie Zwangshandlungen PKP

- **Beispiel** einer Durchführung bei Waschzwängen/Kontaminationsängsten
- Die Übung wird noch einmal vorbesprochen. Dabei ist es wichtig, die Selbstverantwortung des Patienten zu stärken („Was genau möchten Sie heute **mit** mir üben? Was haben wir vereinbart, was führen Sie jetzt durch“)
- Der Patient kontaminiert sich beispielsweise mit einer Türklinke eines öffentlichen Gebäudes, einem Einkaufswagen, der Haltestange in der U-Bahn (etc.)
- Der Therapeut erfragt den Grad der Anspannung anhand des Angstthermometers, erfragt physiologische Symptome sowie die Kognitionen.
- Danach werden die Hände nicht gewaschen, der Patient berührt sich selbst, das Gesicht, die Haare, die Kleidung, evtl. wird dann noch etwas gegessen. Die Übung wird erst beendet wenn die Anspannung auf ca. 3 (Skala 1-10) gesunken ist. Es muss sichergestellt sein, dass der Patient zu Hause nicht sofort die Kleidung wäscht oder sich duscht.



Zwänge

Symptomtherapie Zwangsgedanken PKP

- Beispiel einer Durchführung bei reinen Zwangsgedanken
- 1. Handlungskorrelate der Zwangsgedanken suchen (z.B. wenn eine Frau Angst hat ihr Kind mit dem Messer zu erstechen, soll sie in Gegenwart des Kindes mit dem Messer hantieren)
- 2. Den Gedanken aufschreiben und ihn mehrmals täglich 10 Minuten laut hintereinander aussprechen („Ich könnte mein Kind erstechen, ich könnte mein Kind erstechen.....“)
- 3. Konfrontation mit dem Zwangsgedanken in sensu:
 - Es wird ein Drehbuch erstellt: „Stellen Sie sich vor, Sie haben es getan, Sie haben Ihr Kind erstochen, was passiert dann?“
 - Anhand des Drehbuchs wird der Patient in eine leichte Entspannung versetzt und der Therapeut liest das Drehbuch vor: „Stellen Sie sich vor, Sie haben Ihr Kind erstochen, die Polizei verhaftet Sie, alle Menschen wenden sich von Ihnen ab, Sie werden alleine im Gefängnis sein.....“
 - Der Therapeut konfrontiert den Patienten mit den Konsequenzen seiner vermeintlichen Impulse sodass eine Exposition mit den darunterliegenden Emotionen möglich wird.



Symptomtherapie Alkoholabhängigkeit PKP

Alkoholismus

Die Therapiestrategie setzt an allen Suchtfaktoren an:

- Biopsychosoziale Entstehungsbedingungen **akzeptieren**
- Schemaänderung: z. B. Erlaubnis gebende **Lebensregel** formulieren
- Symptom aufrecht erhaltende Faktoren stoppen
- **Änderungsmotivation** entwickeln
- Funktionale **Emotionsregulation** herstellen
- **Abstinenz** erhalten
- Wirksame **Rückfallprophylaxe** aufbauen
- Stützende Beziehungen und Lebensbezüge entfalten
- Äußere und innere **Ressourcen** nutzbar machen



Symptomtherapie Schmerz PKP

chron. Schmerz

Nicht den Schmerz beseitigen, sondern lernen mit ihm umzugehen. Also nicht mehr alles zu tun, um den **Schmerz** zu vermeiden, sondern sich ihm zu stellen, **exponieren**:

- **Ärgergefühle** wahrnehmen lernen
- Körperlichen **Stressreaktionen** wie Verspannungen gegensteuern lernen
- Einstellungen und **Überzeugungen** bezüglich Krankheit reattribuieren
- Ärger adäquat **kommunizieren** lernen
- Sich **wehren** lernen und dabei **kooperationsbereit** sein
- Mit dem konkreten Schmerzsymptom umgehen lernen – durch Exposition.



Symptomtherapie Essstörungen (Bulimie)

Bulimie

Kognition: Dysfunktionale Gedanken reattribuieren

Emotion: mit Gefühlen umgehen lernen (**Emotionsregulation**)

Körper: realistische **Körperwahrnehmung**, Stressbewältigung

Verhalten: **Interaktive Kompetenz**, um sich vor Druck wirksam zu schützen

Symptom: Exposition, Psychoedukation und Gewichtskontrolle und -management, z. B. **Stimuluskontrolle**: „Essen bei Hunger nicht bei Druck.“

Beziehungen: Die Verantwortung nicht bei den anderen belassen, sondern selbst **Verantwortung übernehmen**



Trauma

Symptomtherapie Trauma

Therapieziel

ist die Veränderung der dysfunktionalen Interpretationen des Traumas und das Beenden der Vermeidung der Traumastimuli.

1. Aufbau einer stabilen, Sicherheit gebenden Beziehung zur Trauma-TherapeutIn

2. Erfassung der Intrusionen in Art und Ausmaß, der kognitiven Vermeidungen, der vermeidenden Verhaltensweisen, der dysfunktionalen kognitiven Interpretationen, Dissoziationen

3. Individuelles Trauma-Modell formulieren

4. Imaginative **Exposition** (in sensu)

5. Exposition in vivo

6. Unterstützung durch **Bezugspersonen**

7. Patient schreibt **reflektierenden Abschlussbericht**

Beachten: Patient entscheidet, TherapeutIn begleitet. Bei Dissoziationen starke Körperstimuli erzeugen.

Literatur



Literatur zur Symptomtherapie

- Sulz S. K. D. (2017). **Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome.** Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2017). **Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen.** Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2017). **Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden.** Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag

Literatur zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT

Sulz, S.K.D. (2021). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie.
Gießen: Psychosozialverlag.

Sulz, S.K.D. (2022). Heilung und Wachstum der verletzten Seele.
Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie.
Gießen: Psychosozial-Verlag

Sulz, S.K.D. (2023). Praxismanual Mentalisierungsfördernde
Verhaltenstherapie MVT - Anleitung zur Therapiedurchführung.
Gießen: Psychosozial-Verlag

Literatur zu SKT* und SBT

- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. K. D. (2014). Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) - die erste deutsche Psychotherapie der 3. Welle. *Psychotherapie*, 19(2), 9-26.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. K. D. (2018). Strategische Kurzzeittherapie (SKT) in 12 plus 12 Stunden. *Psychotherapie*, 23(1), 28-56.
- Hauke, G. (2009). Vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes* (S. 58-92). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Sulz, S.K.D. & Hauke G. (Hrsg. 2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes* (S. 58-92). München: CIP-Medien.

Literatur zu PKP Psych. Kurz-Psychotherapie

- Graßl, S. (2018). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Chronischer Schmerz. PKP-Handbuch*. Gießen: CIP-Medien-Reihe im Psychosozialverlag.
- apie einarbeiten wollen. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz, S., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Alkoholabhängigkeit. PKP-Handbuch*. Gießen: CIP-Medien-Reihe im Psychosozialverlag.
- Sulz, S. & Deckert, B. (2012). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. PKP-Handbuch*. Gießen: CIP-Medien-Reihe im Psychosozialverlag.
- Sulz, S., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015). *Psychotherapiekarten für die Praxis Angst & Zwang. PKP-Handbuch*. Gießen: CIP-Medien-Reihe im Psychosozialverlag.



Vielen Dank!

Ihr Serge Sulz

sergesulz@icloud.com

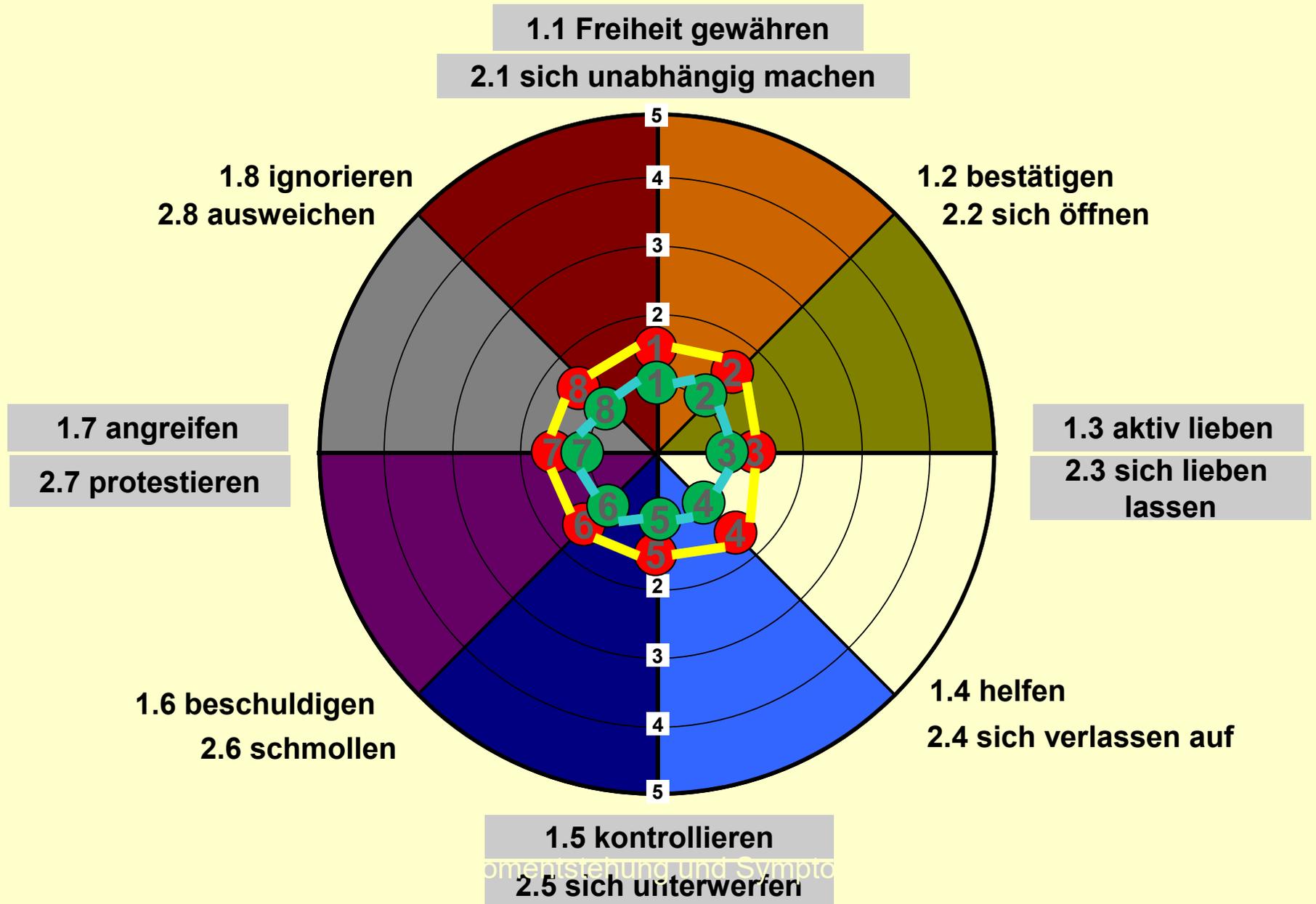
www.EUPEHS.org

Anhang



Auswertung VDS36 - Circumplex

So wirke ich (Ther.) auf den Pat. ein (1.) und der Pat. reagiert so (2.):



SU Vorteil: Offene Auseinandersetzung wird vermieden

- Bild: Angsthase statt heldenhafter Rächer

DE Vorteil: Es wird vermieden, vom anderen wegzugehen und es bleibt ein Rest von warmem Nest

- Bild: Kaninchen statt Katze

Zw Vorteil: Eigene Impulsivität/Aggressivität kann keinen Schaden anrichten

- Bild: Statt den Säbel zu zücken, putzt der wütende Ritter wie wild seine Rüstung

PA Vorteil: Keine vehementen Freiheitskämpfe, die zur offenen Feindschaft führen

- Bild: gefesselter Freiheitskämpfer

HI Vorteil: Es wird vermieden, als stilles Opfer dem anderen ausgeliefert zu sein

- Bild: Kitzelt das schlafende Tier mit der Riesenmähne an der Nase, um zu erkennen, ob es ein gefährliches Raubtier ist

SC Vorteil: Kein Nahkampf, der beide vernichten würde

- Bild: Der Vogel fliegt immer wieder in die Nähe, um ein bißchen Futter zu bekommen. Er darf aber nicht festgehalten werden.

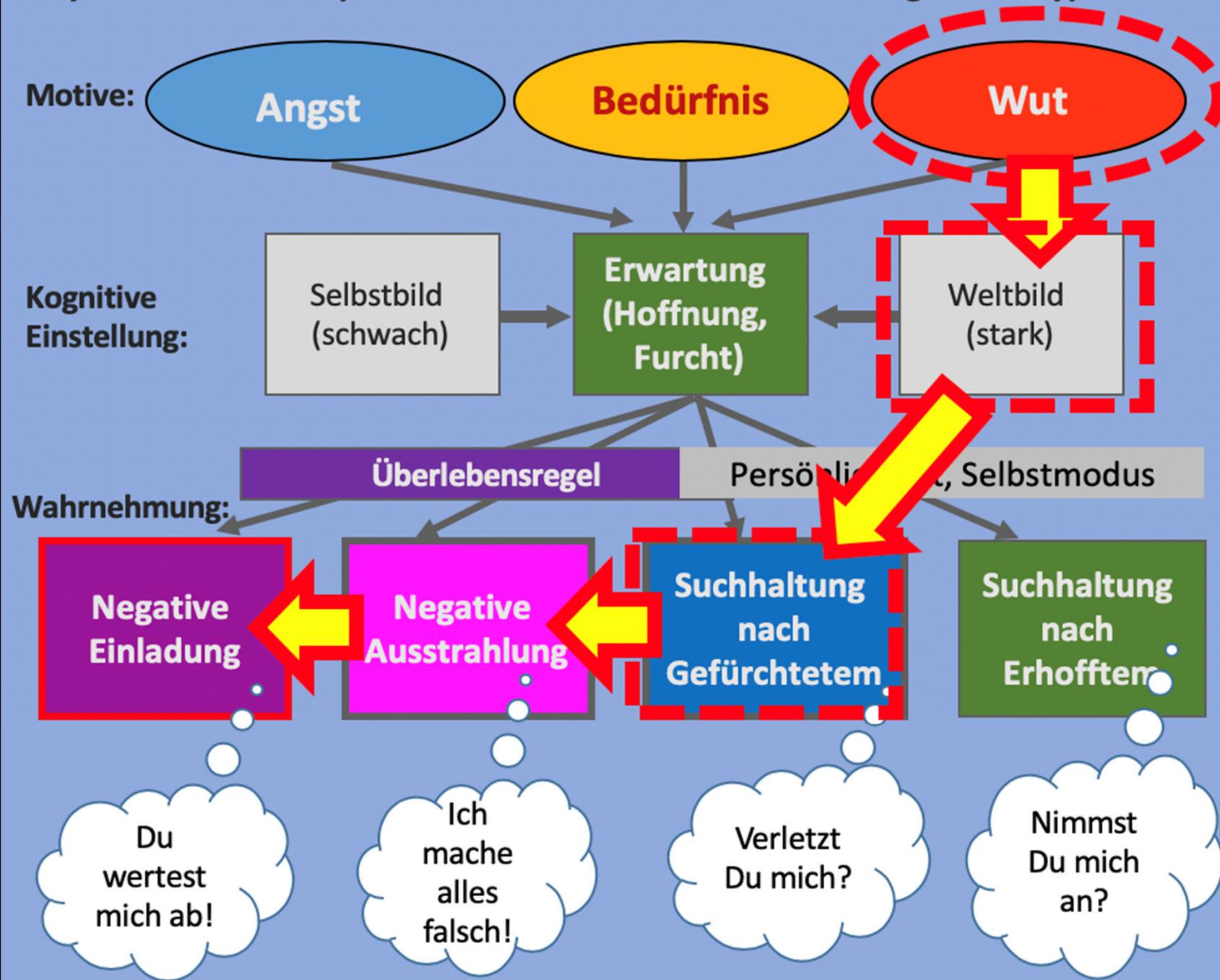
NA Vorteil: Auf die Reaktion des anderen muß nicht passiv gewartet werden. Es treten doch immer wieder Erfolge auf.

- Bild: Einsam auf dem Dachfirst balancierend mit der ständigen Gefahr, zu uns anderen in die Mittelmäßigkeit abzustürzen

EI Vorteil: Immer wieder in Kontakt und Beziehung gelangen, dem Verlassensein entfliehend

- Bild: Extrem klammernder und wild um sich schlagender Ertrinkender

Dysfunktionaler Repetitiver Interaktions- und Beziehungstyp DRIBS



• Interaktionsmuster 1

Rollenübernahme: Ich bin unterlegen, versage zu oft, halte Ablehnung nicht aus. Ich kann mich nicht durchsetzen. Ich kann mich zurückhalten.

Komplementärrollenzuweisung: Die Bezugsperson wird offensiv, streng, kritisiert Fehler, lehnt ab, wenn er/sie nein sagt oder etwas fordert.

Verhalten: ängstlich-vermeidend,

Reaktion des anderen: selbstsicher, überlegen

Eintritt des Gefürchteten: Ich mache Fehler, andere nehmen diese wahr

Eintritt der Frustration: Kritik, Unmut und Ablehnung

Trifft zu: 0----1----2----3

Vorteil: Offene Auseinandersetzung wird vermieden

Bild: Angsthase statt heldenhafter Rächer

• Interaktionsmuster 2

Rollenübernahme: Ich bin unselbständig, komme in der Welt nicht allein zurecht. Ich kann mich sehr gut anpassen.

Komplementärrollenzuweisung: Die Bezugsperson führt und schützt mich, fühlt sich überlegen und selbständig.

Verhalten: ganz dem anderen anpassen

Reaktion des anderen: genießt zuerst seine Aufwertung, verlangt dann mehr Anpassung, verliert Interesse und Achtung

Eintritt des Gefürchteten: Bezugsperson wendet sich anderen und anderem zu (Alleinsein)

Eintritt der Frustration: keine Geborgenheit mehr

Trifft zu: 0---1---2---3

Vorteil: Es wird vermieden, vom anderen wegzugehen und es bleibt ein Rest von warmem Nest

Bild: Kaninchen statt Katze

• Interaktionsmuster 3

Rollenübernahme: Kontrollierend und dafür sorgend, daß alles in Ordnung ist

Komplementärrollenzuweisung: Der Kontrollierte wehrt sich dagegen

Verhalten: ständig Ordnung, gute Leistung herstellen

Reaktion des anderen: vermißt Gefühlsaustausch in der Beziehung

Eintritt der Frustration: Willkommensein bleibt aus

Eintritt des Gefürchteten: Kontrolle über sich und den anderen schwindet

Trifft zu: 0---1---2---3

Vorteil: Eigene Impulsivität/Aggressivität kann keinen Schaden anrichten

Bild: Statt den Säbel zu zücken, putzt der wütende Ritter wie wild seine Rüstung

• Interaktionsmuster 4

Rollenübernahme: Jede Forderung anderer als übergriffig empfindend

Komplementärrollenzuweisung: Der andere fordert Arbeit, Leistung, einen Beitrag zur Gemeinschaft.

Verhalten: indirekt verweigernd, mürrisch, lustlos

Reaktion des anderen: besteht auf seinen Forderungen

Eintritt der Frustration: Selbstbestimmung wird eingeschränkt durch vermehrtes Insistieren des anderen

Eintritt des Gefürchteten: Schließlich ärgert sich der andere mehr und mehr, die Beziehung wird immer schlechter

Trifft zu: 0----1----2----3

Vorteil: Keine vehementen Freiheitskämpfe, die zur offenen Feindschaft führen

Bild: gefesselter Freiheitskämpfer

• Interaktionsmuster 5

Rollenübernahme: Ist in der Begegnung **initiativ**,
aufmerksamkeitsbindend

Komplementärrollenzuweisung: Reagiert auf die Initiative, Wünsche
werden bei ihm geweckt

Verhalten: überemotional, expressiv, Appetit machend

Reaktion des anderen: Der andere folgt der Einladung, will mehr

Eintritt des Gefürchteten: Er will was von mir.

Eintritt der Frustration: Es geht dem anderen gar nicht um mich. Ich
bekomme kein echtes Willkommensein.

Trifft zu: 0---1---2---3

Vorteil: Es wird vermieden, als stilles Opfer dem anderen ausgeliefert
zu sein

Bild: Kitzelt das schlafende Tier mit der Riesenmähne an der Nase,
um zu erkennen, ob es ein gefährliches Raubtier ist

• Interaktionsmuster 6

Rollenübernahme: emotions- und beziehungsfrei

Komplementärrollenzuweisung: mehr emotionale Beziehung suchend

Verhalten: distanziert, emotionale Nähe vermeidend

Reaktion des anderen: versucht doch Kontakt herzustellen

Eintritt des Gefürchteten: Der andere überschreitet die Grenze, dies macht Angst und Wut. Darauf radikale Isolation.

Eintritt der Frustration: Es läßt sich nicht die „richtige“ Distanz halten, die ein Mindestmaß an Willkommensein ermöglicht.

Trifft zu: 0---1---2---3

Vorteil: Kein Nahkampf, der beide vernichten würde

Bild: Der Vogel fliegt immer wieder in die Nähe, um ein bißchen Futter zu bekommen. Er darf aber nicht festgehalten werden.

• Interaktionsmuster 7

Rollenübernahme: nach immer höherem strebender Star

Komplementärrollenzuweisung: Bewunderndes begeistertes Publikum

Verhalten: angestrengt Höchstleistungen erbringend

Reaktion des anderen: etwas Bewunderung, mehr Befremden

Eintritt des Gefürchteten: Die Leistung war nicht genug, um ausreichend Bewunderung zu erhalten. Nichtigkeit droht.

Eintritt der Frustration: Zu wenig Wertschätzung und Liebe. Wut.

Trifft zu: 0---1---2---3

Vorteil: Auf die Reaktion des anderen muß nicht passiv gewartet werden. Es treten doch immer wieder Erfolge auf.

Bild: Einsam auf dem Dachfirst balancierend mit der ständigen Gefahr, zu uns anderen in die Mittelmäßigkeit abzustürzen

• Interaktionsmuster 8

Rollenübernahme: Mit Haut und Haaren ungeschützt in Beziehung gehen

Komplementärrollenzuweisung: Unachtsam verletzend, mißbrauchend

Verhalten: intensivster Kontakt, panische Angst, extreme Wut

Reaktion des anderen: teils verführt, teils sich abgrenzend

Eintritt des Gefürchteten: Ich werde verlassen

Eintritt der Frustration: Ich werde mißbraucht statt genährt

Trifft zu: 0----1----2----3

Vorteil: Immer wieder in Kontakt und Beziehung gelangen, dem Verlassensein entfliehend

Bild: Extrem klammernder und wild um sich schlagender Ertrinkender