

1. Anamnese

1a) Relevante aktuelle soziodemographische und biographische Daten

Die Patientin, Frau Y., ist zu Beginn ihrer Therapie 28 Jahre alt, lebt allein und ist in einer festen Partnerschaft mit einer Frau. Sie ist in einer türkischen Großstadt gemeinsam mit ihrer deutschen Mutter (+41, Hausfrau), ihres türkischen Vaters (+41, Elektroingenieur) und ihrer älteren Schwester (+4J) aufgewachsen. Zum Studium kam sie nach Deutschland, wo sie ihren Master in Politikwissenschaft erwarb. Zu Beginn der Behandlung arbeitete Frau Y. als Referentin in einer NGO, kündigte jedoch Ende 2023 auf eigenen Wunsch. Bis zum Ende der Behandlung bezog sie daraufhin Arbeitslosengeld 1.

1b) Symptomatik, psychopathologischer Befund, Testdiagnostik

Die Pat. beschreibt wiederkehrende „Angstattacken“, die mit innerer Unruhe, diffusen Ängsten, plötzlichem Herzrasen, Zittern, Schwindel, Muskelspannung und Erstickungsgefühlen einhergehen. In solchen Momenten erlebe die Pat. Furcht zu sterben und Angst verrückt zu werden. Darüber hinaus sei sie häufig „bedrückt“, „gestresst“, „traurig“, „wütend“. Sie neige zu „Weltschmerz“, „Sorgen“ und „Wutausbrüchen mit Schuldgefühlen“. Insgesamt ist eine Neigung zu Selbstvorwürfen und Selbstabwertung zu beobachten. Es besteht eine ausgeprägte Grübelneigung sowie häufige Stimmungsschwankungen im Tagesverlauf. Einerseits gebe es die Neigung zu Streit, impulsivem Verhalten, Eifersucht, Neid, andererseits Verlustängste und Schuldgefühle sowie Neigung andere zu versorgen („*Insel der Fürsorge an welcher sich andere auftanken können*“). Sie beobachte an sich Konzentrationsschwierigkeiten und Gedankensprünge („*100 Tabs in meinem Kopf sind gleichzeitig auf*“). Es gebe häufige Erkältungen sowie kreisrunden Haarausfall. Die erste Panikattacke sei im Alter von 16 Jahren aufgetreten, eine Exazerbation der Symptomatik bestehe seit Oktober 2022, nachdem die neue Partnerin mit deren Ex-Freundin in den Urlaub gefahren sei. Die Pat. sucht auf eigenen Wunsch Psychotherapie auf und wünscht sich weniger Selbstzweifel, ein besseres Verständnis der Angstattacken sowie einen kontrollierteren Umgang mit ihren Gefühlen.

Im telefonischen Erstkontakt imponiert Frau Y. freundlich und dankbar. Als ich die zierliche Pat. zum ersten Mal sah, wirkte sie auf mich quirlig, lebensfroh und gesellig, lächelte viel, war erkennbar nervös und sprach schnell. Die Assoziation „wie ein Flummi“ kam mir direkt in den Kopf. Im Gespräch freundlich, bemüht, offen, selbstreflektiert mit Neigung zu Selbstvorwürfen. Ich habe den Eindruck, die Pat. möchte unbedingt von mir gemocht werden, zeigt sich im Kontakt als „sonniges nettes Wesen“. Gleichzeitig fühle ich mich von der Pat. auch beurteilt. In der Gegenübertragung registriere ich den Impuls ihr mit Verständnis und Mitgefühl zu begegnen, um die Selbstvorwürfe der Pat. abzumildern. Ich erlebte Gänsehaut in der Gegenübertragung als diese das erste Mal „die Familiendynamik zuhause“ erwähnte. Zudem war ich überrascht, wie spät ich – durch gezielte Nachfrage meinerseits - über die türkische Abstammung der Pat. sowie das Aufwachsen in Ankara erfuhr (6. Stunde).

Psychopathologischer Befund: Gepflegtes Erscheinungsbild. Kleidungsstil modisch und extravagant. Jünger wirkend. Im Kontaktverhalten freundlich, mitteilungsbereit, zugewandt, angenehm und lebhaft. In der wechselseitigen Konversation angemessen. Sprachmodulation und -lautstärke unauffällig. Wach und bewusstseinsklar. Zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Lang- und Kurzzeitgedächtnis subjektiv und objektiv unauffällig. 3 von 3 Begriffen werden nach 10 Minuten erinnert. Subjektiv leichte, objektiv keine Konzentrationsstörungen. Auffassung ungestört. Formalgedanklich geordnet mit unauffälliger Denkgeschwindigkeit. Keine Sinnestäuschungen. Keine inhaltlichen Denkstörungen. Keine Ich-Störungen. Angstzustände mit typischer Symptomatik i. S. von Panikattacken. Diffuse Angstgefühle. Keine Zwänge. Stimmung subjektiv gedrückt und niedergeschlagen sowie objektiv leicht gedrückt. Leichte Affektlabilität. Leichte Antriebsarmut. Gefühl leichter Erschöpfbarkeit. Psychomotorisch leicht unruhig. Keine Suizidgedanken und -intentionen. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft gegeben.

Die Pat. bearbeitete im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung die Allgemeine Depressionsskala (kurz: ADS), den Fragebogen zur sozialen Angst und sozialen Kompetenzdefiziten (kurz: SASKO), die Symptom-Checklist-90-Standard (kurz: SCL-90-S) sowie das State-Trait-Angstinventar (kurz: STAI).

Im Rahmen der der Allgemeinen Depressionsskala erzielte die Pat. einen T-Wert von 52. Es besteht ein Verdacht auf eine depressive Störung.

Im Fragebogen zur sozialen Angst und sozialen Kompetenzdefiziten (SASKO) überschreitet die Pat. mit einem T-Wert von 72 den Cut-Off Wert von 60. Es empfiehlt sich, das sozialphobische/sozialängstliche Erleben und Verhalten mit Blick auf erhebliche Einschränkungen sozialer Funktionen in dem einen oder anderen Lebensbereich und einer insgesamt eingeschränkten Lebensqualität zu explorieren, da die Pat. gemäß den Testergebnissen deutlich erhöhtes ängstliches Erleben berichtet.

Die Pat. erreichte im SCL-90-S einen globalen Kennwert GSI von T=67. Damit überschreitet die Pat. den Cut-Off Wert in Höhe von 60 signifikant. Es kann von einer hohen grundsätzlichen psychischen Belastung ausgegangen werden.

Im State-Trait-Angstinventar erzielte die Pat. im Bereich Eigenschaftsangst (Trait) einen Normwert von T=80 und überschreitet somit den Normbereich [40-60] signifikant. Angst als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal bezieht sich auf individuelle Unterschiede in der Neigung zu Angstreaktionen. Es lässt sich gemäß den Testergebnissen annehmen, dass Frau Y eine überdauernde ängstliche Persönlichkeit aufweist.

1c) Somatischer Befund

In der allgemeinmedizinischen Abklärung kein pathologischer Befund, keine Suchtmittel und Medikamente. Keine psychotherapeutische Vorbehandlung. Zwei Wochen vor Behandlungsbeginn absolvierte die Pat. die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) im Rahmen einer ADHS-Diagnostik bei ihrer Psychiaterin. Eine ADHS-Diagnose wurde gestellt, keine medikamentöse Behandlung.

1d) Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte, zur Krankheitsanamnese und zum funktionalen Bedingungsmodell

Die Pat., geb. und aufgewachsen in einer türkischen Großstadt ist Tochter einer deutschen Mutter (+41, Hausfrau) und eines türkischen, „konservativen“ Vaters (+41, Elektroingenieur). Die Eltern haben sich während des Studiums in Deutschland kennengelernt und sind schließlich für das Familienleben in die Türkei gezogen. Sie wuchs mit einer älteren Schwester (+4J) und beiden Eltern in einem Haushalt auf. Aufgrund einer Störung der Milchproduktion konnte die Mutter die Pat. in den ersten Lebensmonaten nicht stillen. Die Pat. berichtet sich insgesamt nur sehr schlecht an ihre Kindheit zu erinnern. Erste bildhafte Erinnerungen bestehen ab dem Grundschulalter. In den Schwellensituation Kindergarten und Schulbeginn gibt es Trennungsängste, die Pat. ließ sich nur schwer beruhigen. Frau Y. habe auch im häuslichen Rahmen Angst bekommen, wenn die Mutter in den Keller oder einkaufen ging. Die Mutter der Pat. wird als fürsorglich und aufopferungsvoll beschrieben, sehne sich nach Deutschland, habe oft Heimweh gehabt, sei ruhig, setze sich gegenüber dem Vater nicht durch. Insgesamt bleibt die Mutter in den Erzählungen aber blass und im Hintergrund. Die Eltern der Pat. hätten sich viel gestritten. Sie habe oft Angst gehabt und habe dann Zuflucht bei der älteren Schwester gesucht. Die Beziehung zum Vater sei daher ambivalent. Er sei beruflich viel abwesend gewesen, die Mutter habe die Hauptkinderbetreuung übernommen. Sie fühle sich dem Vater einerseits sehr verbunden, oft sage man ihnen nach sie seien sich ähnlich, andererseits wolle sie „bloß nicht so sein wie er“. So sei der Vater „jähzornig“, „autoritär“ und „paranoid“. Die Beziehung zu ihm sei „kompliziert“. Einerseits sei sie sich seiner Liebe sicher und wisse, dass er „nicht absichtlich böse“ sei, andererseits erlebe sie ihn im Kontakt als „unberechenbar“, „streitsüchtig“ und „unreflektiert“, was die Beziehung sehr strapaziere. Eine Kindheitserinnerung, an welche sich die Pat. erinnere, sei, wie sie aus Flucht vor dem wütenden Vater angsterfüllt in ihr Kinderzimmer rannte. Ihr Vater habe laut geschrien und sei ihr hinterhergerannt. Zu diesem Zeitpunkt war sie ca. 12 Jahre alt. Insgesamt habe es immer viel Streit zwischen Vater und Mutter gegeben. Die Mutter habe sich oftmals nicht durchsetzen können. Manchmal sei sie zur „zur Anwältin der Mutter“ mutiert, habe sich mit dem Vater „angelegt“, um die Mutter zu schützen.

Die Pat. sei zweisprachig aufgewachsen und habe eine deutsche Schule besucht. Die Schulzeit habe sie als anstrengend in Erinnerung. Es habe sie viel Kraft gekostet sich zu konzentrieren und sie habe oft an

sich gezwweifelt („*wieso bist du so dumm? Wieso kannst du das nicht?*“...). Sie habe die Schule regelgerecht mit Abitur abgeschlossen. Für die Pat. stand schon immer fest, nach dem Abitur nach Deutschland zu ziehen („*irgendwie war das für mich und meine Eltern immer klar, dass ich erst in der Türkei lebe und dann in Deutschland*“). Zum Studium der Politikwissenschaften sei die Patientin 2014 daher in eine deutsche Großstadt gezogen. Das Bachelorstudium habe ihr viel Spaß gemacht, zum Master sei sie in die Niederlande gezogen. Nach einem abgebrochenen Master in Utrecht (welcher als „*viel zu stressig*“ und „*überfordernd*“ erlebt wurde), absolvierte die Pat. ihren Master in Amsterdam. Sie lebte während Corona allerdings für einige Monate bei ihrer Schwester in London, welche sich als homosexuell outete, und schrieb die Masterarbeit von dort. Nachdem die Schwester nach Berlin zog, folgte die Pat. der Schwester. Die Schwestern waren sich schon immer sehr nah, auch wenn es immer wieder Streit zwischen ihnen gäbe. Berlin und die Multikulturalität gefallen der Pat. sehr gut. Erst durch die Umzüge nach Deutschland und Holland habe sie festgestellt, wie sehr sie ihre türkische Identität oftmals vermisste und wie anders das Leben in Deutschland ist. 2 Wochen vor Behandlungsbeginn habe die Pat. den TAP-Test zur ADHS-Diagnostik absolviert. Ihre Befunde seien im „*Extrembereich*“ gelegen, dies habe sie „*schockiert*“. Die Pat. berichtet, sie habe immer vermutet von ADHS betroffen zu sein, habe ihrem Gefühl aber nie hinreichend vertraut. Die Diagnose schockiere sie, sei aber auch eine Erleichterung, nun könne sie ihre Lernschwierigkeiten rückblickend einordnen

Im sozialen Bereich sei die Patientin gut integriert, es gab immer sehr gute Freundinnen. Sie habe zudem ein gutes Verhältnis zu ihrer Schwester, die sie sehr bewundere. Sie erinnere sich, dass sie nie gerne bei Freundinnen übernachtet habe und schnell Sehnsucht nach der Mutter bekam. Im Alter von 16 Jahren entwickelte die Pat. Panikattacken. Zu dieser Zeit sei die Schwester im Zuge eines Erasmusaustausches nach Barcelona gezogen. Sie habe sich große Sorgen gemacht und die Schwester oft wütend angefahren, sie solle sich mehr melden. Auch habe sie große Verlustängste in Bezug auf ihre gesamte Familie erlebt. Die Panikattacken seien nach ca. 2 Jahren „*von selbst weggegangen*“.

Die Patientin erlebte eine heterosexuelle Partnerschaft im Alter von 18 Jahren. Nach einem gemeinsamen Jahr in der Türkei, sei die Pat. zum Studieren in eine deutsche Stadt gezogen. Nach einem Jahr Fernbeziehung endete die Beziehung. Das Stattfinden von Sexualität wurde vor dem konservativen Vater geheim gehalten. Es folgten 5 Jahre in denen die Pat. „*keine Partnerschaft suchte*“. Sie frage sich, warum sie so lange keine Beziehung wollte. Im Spätsommer 2022 lernte die Pat. ihre jetzige Freundin kennen. Es sei die erste homosexuelle Beziehung der Pat. Die Eltern wissen von der Beziehung und hätten sowohl auf die Homosexualität der Schwester als auch auf ihr Outing mit Verständnis reagiert. Die Partnerin von Frau Y. wird als „*lieb*“, „*stabil*“ und „*ausgewogen*“ beschrieben. Zu Beginn der Beziehung habe Frau Y. die Partnerin vor ihr „*gewarnt*“. In dem Beziehungsverhalten zur Partnerin erkenne die Pat. „*deutliche Parallelen zum Vater*“, wofür sie sich große Vorwürfe mache und starke Schuldgefühle erlebe. Sie neige zu Impulsivität und Streit, sei „*eifersüchtig*“. Die Pat. beschreibt, sie stelle hohe Anforderungen an die Partnerin, sodass diese „*auf Zehenspitzen*“ laufen müsse. Nachdem

diese im Oktober 2022 mit ihrer Ex-Freundin in den Urlaub fuhr, habe die Pat. Panikattacken entwickelt. Immer wieder treffe die Partnerin deren Ex-Freundin (sie seien „gute Freundinnen“) und diese gehen zusammen feiern. Seit einem Jahr arbeite die Pat. in einer NGO als Referentin. Die Arbeit gefalle ihr sehr gut, auch wenn sie „große Schwierigkeiten“ habe, 40 Stunden die Woche zu arbeiten. Es falle ihr schwer sich zu konzentrieren und aufmerksam zu sein.

Möglicher Konfliktauslöser für die aktuelle Symptomatik ist die neue Partnerschaft der Pat. mit Nähe-Distanz-Konflikt die einen frühkindlichen Grundkonflikt der Bindung reaktiviert und zu einer Dekompensation im Sinne der ängstlichen Symptomatik führt und somit abgewehrte aggressive Impulse verschleiert. Die fantasierte Trennung von der aktuellen Partnerin reaktiviert frühkindliche Verlustängste.

Die Patientin wächst mit einer unglücklichen, durch Heimweh depressiv verstimmt Mutter und einem dominanten, beruflich abwesenden Vater auf. Es ist zu vermuten, dass die Patientin durch die emotional mit sich selbst beschäftigte Mutter vermutlich bereits in den ersten Lebensmonaten eine Nicht-Synchronisierung des Kontaktes zwischen Mutter und Kind erlebt (zeigt sich z.B. an der frühkindlichen Fütterungsstörung). Die Mutter bindet vermutlich das Kind zu eng an sich und hemmt expansive autonome Impulse. Das Verhalten der Pat. in Trennungssituationen deutet auf eine unsichere Bindung hin, das Urvertrauen ist erschüttert. Der scheinbar aggressiv-cholerische Vater, der die Familiendynamik dominiert, verhindert vermutlich das Ausbilden eigener aggressiver Impulse. Aggressionen werden gehemmt bzw. nach innen gerichtet (z.B. selbstabwertende Gedanken, Schuldgefühle nach Aggressionsdurchbrüchen).

Es könnte sein, dass die Pat. bereits früh Schuldgefühle gegenüber der Mutter entwickelte, ganz nach der unbewussten Fantasie „wegen mir sind wir in der Türkei und Mama ist deswegen unglücklich, ich muss unkompliziert sein, damit Mama nicht zurück nach Deutschland geht“. Die noch junge Frau Y. scheint die Mutter nicht zusätzlich mit ihren Versorgungswünschen beschweren zu wollen. Zu stark ist vermutlich die Angst, die Mutter zu verlieren. Womöglich scheint die Mutter selbst unbewusst in ihrem Kummer Versorgungswünsche an das Kind gerichtet zu haben. Es scheint, als müssten eigene Versorgungswünsche von Frau Y. verdrängt werden. Die Enttäuschungswut auf die Mutter wird vermutlich früh aus der Mutter-Kind-Beziehung herausgehalten und durch Fürsorglichkeit und Nettigkeit ins Gegenteil verwandelt (Reaktionsbildung). Aggressive Impulse werden auf den Vater verschoben (Stellvertreterkrieg für die Interessen der Mutter) und zeigen sich auch in der Wendung gegen das Selbst. Aus dieser familiären Dynamik resultiert ein Grundkonflikt der Bindung. Die Pat. erlebte in ihrer Kindheit immer wieder Streitereien zwischen den Elternteilen. In diesen Streitereien erlebte die Pat. ihre Mutter als „schwach“ und „hilflos“, welche sich nicht gegen „den sturen Vater“ durchsetzen konnte. Frau Y. kämpfte dann für ihre Mutter, stellte sich zwischen Vater und Mutter, mutierte scheinbar zur „Anwältin der Mutter“, um die Mutter zu schützen. Vermutlich hat die Pat. auch

oftmals Angst um die Mutter verspürt und hatte Sorge, diese (mit dem Vater) allein zu lassen. Frühe Trennungsängste der Pat. lassen vermuten, dass die Mutter die Pat. zu eng an sich gebunden hat und so wichtige Abnabelungsprozesse nicht phasengerecht stattfinden konnten. Die Selbst-Objekt-Differenzierung blieb wahrscheinlich gehemmt. Aggressive Impulse – insbesondere gegenüber der Mutter - machen der Pat. Schuldgefühle und werden von der Pat. vermieden. Diese aggressiven Impulse wären jedoch für die Abnabelung von der Mutter und für die Entwicklung eines autonomen Selbst notwendig gewesen. Es ist anzunehmen, dass eine reife Autonomieentwicklung bei der Pat. nicht stattfinden konnte, das Selbst und das Objekt blieben vermutlich miteinander verwoben. Das erste Auftreten der Symptomatik fällt mit der räumlichen Distanzierung der geliebten Schwester zusammen. Diese stabilisierte bis dahin wahrscheinlich die Familiensituation, war bei Streitereien der Eltern der Zufluchtsort für die junge Pat. Frau Y. fühlte sich vermutlich verlassen, entwickelte infolgedessen Panikattacken. Es ist anzunehmen, dass durch den Auszug der Schwester und dem damit verbundenen Verlust des sicherheitsspendenden Objekts zentrale Selbstverlustängste ausgelöst wurden. Die Pat. erlebte vermutlich aufgrund der gehemmten Selbst- Objektdifferenzierung intensive Bedrohungsgefühle und Selbstverlustängste, welche sich in Form von Panikattacken ausdrückten

Die Patientin fällt darüber hinaus die schulische Lernleistung schwer (möglicherweise sind die Konzentrationsstörungen auch eine Folge der familiären Verstrickung), so dass sie sich nicht über die Leistungsebene stabilisieren kann. Sie stabilisiert sich durch angepasstes, charmant-histrionisches Verhalten und zieht Sympathie und soziale Akzeptanz daraus (altruistische Wunschabtretung). Zudem gehen wir von einer nicht gelungenen Triangulierung und einem nicht aufgelösten ödipalen Konflikt aus (gegengeschlechtliche Bezugsperson ist bedrohlich). In der derzeitigen homosexuellen Partnerschaft (möglicherweise wird männliche Aggression als vernichtend erlebt), findet die Patientin Anlehnung (weibliche Bezugspersonen sind positiv besetzt aber auch verwerfend und unsicher-ambivalent (Bowlby, 1990)). Dies reaktiviert das ängstlich-ambivalente Bindungsverhalten der Pat. und reaktiviert die Angst vor dem Verlassenwerden und führt zur derzeitigen Dekompensation.

1e) Diagnose

F41.0 Panikstörung vor dem Hintergrund einer depressiv-ängstlichen Neurosendisposition mit histrionischen Anteilen bei mäßig integriertem Strukturniveau. Ressource: Selbstreflexionsvermögen. Defizite: Selbstwertregulierung und Affekt- sowie Impulssteuerung. Altruistisch überhöhtes Ich-Ideal.

Abwehrmechanismen: Verdrängung, Verschiebung, Reaktionsbildung, Wendung gegen das Selbst, altruistische Wunschabtretung, Somatisierung (z.B. Haarausfall). OPD- Konflikt: Individuation vs. Abhängigkeit. Grundkonflikt der Bindung. Auslöser: Fantasierter drohender Verlust der Partnerschaft, nachdem die Partnerin mit deren Ex-Freundin in den Urlaub gefahren ist.

1f) Therapieziele, Behandlungsplan und Prognose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

In der Therapie von Frau Y. wurden insgesamt 60 Sitzungen tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie beantragt. Aus ätiologischer Sicht zeigten sich bei ihr sowohl strukturbezogene als auch konfliktbedingte Störungsanteile. Die strukturbezogenen Therapieziele umfassten die Förderung ihrer Fähigkeit zur Selbstberuhigung und den Erwerb innerseelischer Pufferfunktionen, um besser mit Trennungen und Trennungsängsten umgehen zu können. Zudem sollte Frau Y. lernen, ihren Selbstwert zu regulieren und ihre Affekte besser wahrzunehmen, zu regulieren, zu steuern und zu integrieren. Ein besonderer Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit lag auf der Bearbeitung des Nähe-Distanz-Konflikts. Ziel war es, Frau Y.'s Autonomieentwicklung zu fördern und ihre Kompetenzen im Umgang mit partnerschaftlichen Konflikten zu erweitern.

Um diese Ziele zu erreichen, informierte ich entsprechend der S3-Leitlinien Frau Y. über die Natur der Angst und der Panikstörung, um ihr Selbstverständnis zu fördern und ihr zu helfen, ihre Symptome besser einzuordnen (Bandelow et al., 2014). Auch plante ich den Einsatz von Psychoedukation über Bindungsstile basierend auf den Arbeiten von Bowlby (2006) sowie Levine & Heller (2011), um ihr ein tieferes Verständnis ihrer Beziehungsdynamiken zu vermitteln. Ich hatte zudem vor Techniken der Klarifikation, Konfrontation und Deutung nach Körner (2016) zu nutzen, um Frau Y. dabei zu unterstützen, bewusste Gefühle, Gedanken und Erinnerungen nach Huber und Klug (2012) zu reflektieren. Affekte der Patientin sollten gespiegelt und validiert werden, um ihr ein tieferes Verständnis ihrer emotionalen Reaktionen zu ermöglichen. Nach Rudolf (2019) sollen die schicksalhaften Zusammenhänge zwischen biografischen Entwicklungsbedingungen und heutigen Lebenseinstellungen aufgezeigt werden. Ich plante daher eine ausführliche Biographiearbeit. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Therapie sollte sein, das hohe Ich-Ideal von Frau Y. zu entlasten und ihren Selbstwert zu stabilisieren. Negative Überzeugungen, so Wöller und Kruse (2005) galt es zu identifizieren und deren Einflüsse auf Erwartungen und Verhalten zu explorieren.

Die Prognose hielt ich für ausreichend günstig. Frau Y. zeigte große Zuverlässigkeit und Therapiemotivation. Es bestand ein echter und anhaltender Leidensdruck sowie eine Bereitschaft zur Veränderung. Die Patientin zeigte eine Offenheit für psychodynamische Zusammenhänge und Interesse daran, sich zu reflektieren. Gute Unterstützung erfuhr sie durch ihr soziales Umfeld und ihre Partnerin, und es bestand eine (zu Beginn) berufliche sowie soziale Stabilität außerhalb der Störung.

2. Darstellung des Behandlungsverlaufs

2a) Darstellung des Behandlungsverlaufs inklusive Supervision

Zu Beginn meiner therapeutischen Arbeit mit Frau Y. fiel mir ihr freundliches und dankbares Auftreten im telefonischen Erstkontakt auf. Bei unserem ersten persönlichen Treffen war die Pat. farbenfroh

angezogen und wirkte lebensfroh und gesellig, obwohl auch eine gewisse Nervosität spürbar war. Im Gespräch zeigte sich Frau Y. offen und selbstreflektiert, was allerdings auch von einer Neigung zu Selbstvorwürfen begleitet war. Ich hatte den Eindruck, dass sie sich sehr darum bemühte, von mir gemocht zu werden. In der Gegenübertragung fühlte ich mich dazu veranlasst, ihr mit Verständnis und Mitgefühl zu begegnen, um ihre Selbstkritik abzumildern.

Während der probatorischen Sitzungen deutete sich an, dass die Dynamik im Elternhaus ein zentraler Bestandteil unserer therapeutischen Arbeit werden würde. Frau Y. erwähnte mehrfach, dass es viel in ihrer Biografie zu bearbeiten gäbe, doch schien sie „Beklemmungsgefühle“ zu bekommen, wenn sie daran dachte. Diese Gefühle hinderten sie daran, tiefer in ihre Familiengeschichte einzutauchen. Auch ich nahm konkordante Gegenübertragungsgefühle (Gänsehaut) wahr, als die Pat. erstmals von ihrer Familie sprach. Durch vorsichtige und klarifizierende Nachfragen konnten wir aufdecken, dass Frau Y. Schwierigkeiten hatte, mehr über die Familiendynamik zu erzählen, da sie diese nicht „in ein schlechtes Licht rücken“ wollte. Dieser Loyalitätskonflikt erschwerte es ihr besonders zu Beginn der Therapie, die Beziehung zu ihrer Familie im therapeutischen Raum zu betrachten. Nach Rücksprache in der Supervision und angesichts der akuten Symptomatik, die mit dem Urlaub ihrer Partnerin zusammenfiel, entschieden wir uns zunächst der Beziehung zu ihrer Partnerin sowie dem Gefühl von Eifersucht gegenüber der Ex-Freundin der Partnerin Raum zu geben. Diese Themen boten einen Zugang zu den tieferliegenden Bindungskonflikten und halfen Frau Y., ihre emotionalen Reaktionen besser zu verstehen und zu reflektieren. Ich war zuversichtlich, dass die Dynamik in der Kernfamilie noch Raum bekommen würde, sobald Frau Y. und meine therapeutische Beziehung hierfür sicher genug waren.

Der emotionale Vulkan: Vom Schlucken zum Ausbruch

In den ersten Sitzungen mit Frau Y. fiel mir immer wieder ihr strenges Über-Ich auf, das es ihr nahezu verbot, Gefühle von Eifersucht und Angst zuzulassen. Sie äußerte wiederholt: *"Ich will keine kontrollierende und eifersüchtige Person sein"* und schien nicht zu verstehen, warum sie diese intensiven Emotionen erlebte, obwohl sie ihrer Partnerin *„eigentlich vertraue“*. Diese innere Diskrepanz führte dazu, dass sie ihre Eifersucht und Angst häufig rationalisierte und unterdrückte. Sie argumentierte beispielsweise, dass ihre Partnerin lediglich eine freundschaftliche Beziehung zur Ex-Freundin pflege und sie keinen Grund zur Sorge habe. Um diese Dynamik besser zu verstehen, ließ ich mir in den Sitzungen verschiedene Situationen detailliert schildern

Sie: *„Vorgestern hatte meine Freundin Geburtstag und sie traf gestern dann ihre Ex-Freundin. Das passte mir gar nicht, aber ich habe versucht es mir nicht anmerken zu lassen. Als sie dann nach Hause kam, habe ich mit meiner Freundin telefoniert und nachgebohrt und dann hat sie mir erzählt, dass Ani [die Ex-Freundin der Partnerin] ihr einen Ring und Konzertkarten geschenkt habe. Daraufhin bin ich*

komplett ausgerastet und wurde wütend, als hätte man mir den Boden unter den Füßen weggerissen. Ich hatte mich so angestrengt, dass ich cool bleibe und jetzt gab es wieder einen Streit“

Ich: *„Es klingt, als ob das Treffen bereits im Vorfeld für Sie sehr belastend war und Sie sich den ganzen Tag angestrengt haben, Ihre Gefühle zu kontrollieren“*

Sie: *„Ja ich habe mich so bemüht und am Ende wurde ich doch wieder wütend und alles war umsonst. Ich verstehe nicht, warum ich so Schwierigkeiten habe, es ist doch nur eine Freundschaft“*

Hierbei wurde deutlich, dass Frau Y. oft versuchte, ihre Emotionen durch logische Erklärungen zu entschärfen, um sich selbst davon zu überzeugen, dass ihre Ängste unbegründet seien. Diese Tendenz zur Rationalisierung diene ihr vermutlich als Schutzmechanismus, um die bedrohlichen Gefühle von Angst und Eifersucht nicht vollständig spüren zu müssen. Es scheint, als ob Frau Y. ihre Emotionen lange unterdrückt und abschalten wollte, bis sie schließlich aus ihr herausplatzen. In unserem Gespräch teilte ich mein emotionales Erleben mit Frau Y. und validierte ihre Gefühle von Eifersucht und Angst. Ich erklärte ihr, dass es gerade zu Beginn einer neuen Beziehung hilfreich sein kann, bei solchen Treffen mitgenommen zu werden, um das Vertrauen zu stärken. Zudem merkte ich an, dass Geschenke wie Konzertkarten und ein Ring durchaus einen partnerschaftlichen Charakter haben können und nachvollziehbar Bedrohungsgefühle in ihr hervorrufen könnten. Auch könnte es sein, dass die Ex-Freundin Schwierigkeiten mit ihrer neuen Rolle als Ex-Freundin und „Kumpelinin“ hat, und möglicherweise um den Platz als Partnerin rivalisiert.

Meine Validierung der Angst und Eifersuchtsgefühle von Frau Y. schien die Pat. zu entlasten. Diese therapeutische Arbeit half Frau Y., ihr emotionales Erleben besser anzunehmen und zu verstehen, ohne sich dafür zu verurteilen. Durch die Klarifikation und das detaillierte Aufdröseln einzelner Situationen gelang es uns, Frau Y.s affektives Erleben, insbesondere auch ihre Wut, besser zu verstehen. In dieser therapeutischen Reflexion wurde klar, dass die Wut von Frau Y. als Versuch gesehen werden kann, Kontrolle über eine Situation zu erlangen, die sie als bedrohlich empfindet und die ihr *„den Boden unter den Füßen“* wegreißt. So spiegelte ich der Pat. beispielsweise meine Gefühle von Angst und Bedrohung, sofern mir der Boden unter den Füßen weggerissen wird. Anstatt sich ihrer Angst zu stellen, die möglicherweise mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden ist, reagiert Frau Y. jedoch häufig mit Wut, vermutlich um sich selbst zu schützen und eine aktive Rolle in der Situation einzunehmen. Gemeinsam erarbeiteten wir in der Therapie, dass Frau Y. in bestimmten Momenten möglicherweise wütend, anstatt ängstlich wird, weil ihre Wut eine Abwehrreaktion auf die zugrunde liegenden Ängste und Unsicherheiten darstellen könnte. Diese therapeutische Reflexion half der Pat. ihre eigenen Gefühle von Angst und Bedrohung besser wahrzunehmen und ihren Wutaffekt besser zu verstehen. Dies ermöglichte ihr einen konstruktiven Austausch mit ihrer Partnerin und trug vermutlich wesentlich dazu bei, dass sich die Panikattacken nach wenigen Sitzungen auflösten.

Eingeschlossen im Ei: Schutz, Nähe und die Grenzen der Autonomie in der Familie

Im weiteren Verlauf der Therapie begann Frau Y., sich intensiver mit ihren Beklemmungsgefühlen auseinanderzusetzen, die besonders dann auftraten, wenn wir über ihre familiären Beziehungen sprachen. Durch die Technik der Mentalisierung half ich ihr, Körpersymptome mit ihren Gefühlen in Verbindung zu bringen. Frau Y. begann mehr über ihr behütetes Aufwachsen in der Türkei zu erzählen, das von häufigen Streitereien zwischen ihren Eltern und der cholerischen Art ihres Vaters geprägt war. Sie beschrieb, dass sie noch immer in engem Kontakt zu ihren Eltern steht, die regelmäßig für mehrere Wochen nach Berlin kommen und dann von ihr und ihrer Schwester erwarten, dass sie viel Zeit mit ihnen verbringen. Diese Besuche erlebte Frau Y. als emotional belastend, da sie das Gefühl hatte, ihre Eltern enttäuschen zu müssen, wenn sie sich nicht ausreichend um sie kümmert.

In einer Sitzung berichtete Frau Y., dass ihre Eltern eine Wohnung in Berlin gekauft haben, um öfter in der Nähe ihrer Töchter zu sein. Kurz darauf hatte sie einen Alptraum von einem Erdbeben, das ihre Stadt in der Türkei erschütterte und das Elternhaus über ihrem Kopf zusammenbrach. Gemeinsam reflektierten wir diesen Traum und erkannten darin symbolisch die Bedrohung durch die zunehmende Nähe ihrer Eltern und den Druck, den sie dadurch empfindet. Das Erdbeben könnte für die tiefgreifenden Veränderungen stehen, die durch die ständige Präsenz ihrer Eltern in ihrem Leben ausgelöst werden. Es spiegelt möglicherweise auch ihre unbewusste Angst wider, unter dem Gewicht der Erwartungen und der emotionalen Last ihrer Familie zusammenzubrechen.

Im weiteren Verlauf der Sitzung bat ich Frau Y., ihre Familie zu zeichnen, um ein visuelles Verständnis ihrer familiären Beziehungen zu gewinnen. Sie malte ihre Mutter, ihren Vater, ihre Schwester und sich selbst in einem Ei, wobei sie sich und ihre Schwester zusätzlich in einem inneren Ei um das größere Ei herum darstellte. Die Mutter und die Schwester wurden von Frau Y. in Blautönen gezeichnet, für ihren Vater und sich selbst nutzte sie die Farbe Rot. Beim Anblick dieses Bildes wurde mir bewusst, wie stark Frau Y. die familiäre Einheit als geschlossen wahrnimmt, gleichzeitig aber auch die besondere Nähe und Verbundenheit zu ihrer Schwester betont. Die Darstellung des äußeren Eies könnte auch auf das Gefühl hinweisen, in einer schützenden, aber gleichzeitig einschränkenden Umgebung gefangen zu sein, während das innere Ei die enge Beziehung zwischen den Schwestern hervorhebt, die als eine Art Zufluchtsort innerhalb der Familie fungiert haben könnte. Wir diskutierten, wie diese Dynamik möglicherweise ihre Fähigkeit beeinflusst hat, Autonomie zu entwickeln und sich emotional von ihrer Familie abzugrenzen. Das Bild verdeutlichte auch die Herausforderungen, die Frau Y. empfindet, wenn es darum geht, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und auszudrücken, ohne sich von den Erwartungen ihrer Familie überwältigt zu fühlen. Diese Reflexionen halfen uns, ein tieferes Verständnis für Frau Y.s innere Konflikte und die Rolle ihrer familiären Beziehungen in ihrem emotionalen Erleben zu entwickeln. Es wurde deutlich, dass die enge Bindung an ihre Schwester einerseits eine Quelle der

Unterstützung ist, andererseits aber auch eine Herausforderung darstellen könnte, wenn es darum geht, sich eigenständig zu positionieren und ihre eigene Identität zu formen.

Im weiteren Verlauf der Therapie nutzten wir das Bild des Eies, das Frau Y. gezeichnet hatte, um tiefer in die emotionalen Erfahrungen einzutauchen, die mit den Panikgefühlen verbunden waren, die auftraten, als ihre Schwester für das Studium wegzog. Das Bild des Eies, in dem sie sich und ihre Schwester innerhalb eines schützenden Rahmens darstellte, bot einen visuellen Ankerpunkt, um die Ängste und Verlustgefühle zu validieren, die Frau Y. in dieser Zeit empfand. Als ihre Schwester wegzog, fühlte sich Frau Y. möglicherweise allein und verlassen, was die Panikgefühle auslöste. In der Therapie reflektierten wir darüber, wie sie diese Trennungserfahrung destabilisiert haben könnte und wie das Gefühl der Geborgenheit, das sie mit ihrer Schwester verband, vermutlich ein zentraler Bestandteil ihres emotionalen Gleichgewichts war.

Zwischen Schutz und Rivalität – die Schwesternbeziehung

In den Sitzungen begann Frau Y. zunehmend, die Beziehung zu ihrer Schwester kritisch zu hinterfragen. In der 22. Sitzung der Langzeittherapie eröffnete sie, dass sie manchmal das Gefühl habe, ihre Schwester sei ihre „Feindin“. Frau Y. beschrieb ihre Beziehung als eine „Hass-Liebe“ und erklärte, dass sie und ihre Schwester emotional sehr unterschiedlich seien. Sie fühlte sich oft missverstanden und erlebte, dass ihre fürsorglichen und liebevollen Seiten von der Schwester nicht gesehen wurden. Stattdessen wurde sie als streitsüchtig, emotional und laut wahrgenommen. Aussagen der Schwester wie: "Dieses Mal war die gemeinsame Zeit richtig schön mit dir, ich habe den Eindruck, du hast dich viel weniger gestritten" oder "Aber Dialara, fang dort bitte keinen Streit an" am Tag der Eigentümerversammlung der Elternwohnung, verstärkten dieses Gefühl.

Gemeinsam mit Frau Y. explorierten wir die Traurigkeit und das Gefühl des Ungesehen-Seins, das durch diese Kommentare in der Pat. ausgelöst wurde. Frau Y. fragte sich, ob sie wirklich so schlimm sei und was für ein Bild ihre Schwester von ihr habe. Als sie ihrer Schwester mitteilte, dass solche Aussagen verletzend seien, reagierte die Schwester genervt und sagte, sie solle sich nicht so anstellen. Diese Reaktion führte zu Wut bei Frau Y., was wiederum von der Schwester scharf kritisiert wurde. In unseren therapeutischen Gesprächen versuchten wir, diese Situation zu entwirren und nahmen Bezug auf die Invalidierung von Frau Y.s Gefühlen durch die genervte Reaktion ihrer Schwester. Wir erkannten gemeinsam, dass die Schwester oft mit (emotionaler) Zurückweisung reagierte – sei es durch Auflegen des Telefons, Invalidierung der Gefühle von Frau Y. oder durch Silent-Treatment –, was bei Frau Y. starke Gefühle von Ablehnung auslöste und das Gefühl verstärkte, nicht auszuhalten zu sein. Durch gezielte Klarifikations- und Mentalisierungsarbeit konnten wir herausarbeiten, dass das Verhalten der Schwester in vielen Aspekten als aggressiv wahrgenommen wurde. Obwohl die Schwester nicht laut

oder mimisch aggressiv war, zeigte sie passive Aggressionen, auf die Frau Y. ein feines Gespür entwickelt zu haben scheint.

In der 41. Sitzung der Langzeittherapie begann Frau Y., weitere Einsichten in die Beziehung zu ihrer Schwester zu gewinnen. Zum ersten Mal äußerte sie die Vermutung, dass ihre Schwester möglicherweise neidisch auf sie sein könnte. Frau Y. beschrieb, dass ihre Schwester sie häufig für ihre gesellige und aktive Art kritisiere, während die Schwester selbst introvertierter und ruhiger sei. In manchen Momenten hatte Frau Y. das Gefühl, dass ihre Schwester jene Anteile in ihr ablehne, die sie selbst gerne hätte. Diese Erkenntnis eröffnete einen neuen Blickwinkel auf die komplexe Dynamik zwischen den Schwestern. Es wurde deutlich, dass die Kritik der Schwester möglicherweise nicht nur Ausdruck von Missbilligung, sondern auch von verdecktem Neid sein könnte. In unseren therapeutischen Gesprächen reflektierten wir darüber, wie diese subtile Form der Rivalität und Ablehnung bei Frau Y. Gefühle von Wut und Zurückweisung auslöste.

„Mein Vater und ich teilen dasselbe Schicksal“

Frau Y. beschrieb sich selbst als sehr anders im Vergleich zu ihrer Schwester und erkannte eine größere Ähnlichkeit mit ihrem Vater, während ihre Mutter und Schwester sich ähnelten. Sie charakterisierte sich und ihren Vater als „Genussmenschen“, „extrovertiert“ und „gesellig“, aber auch als „emotional“ und „kämpferisch“. In ihrer Vorstellung wäre ihr Vater ein Löwe und sie selbst ein Tiger – beide starke, unabhängige Katzen. Ihre Mutter hingegen wäre ein Fischreiher, ihre Schwester ein wildes Pferd, „das sich nicht so leicht streicheln lässt“.

Diese Selbstwahrnehmung verdeutlicht die komplexe Dynamik, in der Frau Y. aufwuchs. Einerseits fühlte sie sich ihrem Vater ähnlich, was ihr möglicherweise unbewusst Ablehnung von ihrer Mutter und Schwester einbrachte. Vermutlich wurde sie in eine Rolle gedrängt, in der sie gegen ihren Vater rebellieren musste, um ihre Mutter zu schützen. Diese paradoxe Situation könnte dazu geführt haben, dass Frau Y. einerseits die Stärke und Unabhängigkeit ihres Vaters verkörperte, andererseits aber auch unbewusst die Erwartungen ihrer Mutter erfüllte, indem sie deren Konflikte austrug. In der Therapie reflektierten wir darüber, wie schwierig es für Frau Y. gewesen sein muss, zwischen diesen widersprüchlichen Rollen zu navigieren. So übernahm sie die schützende Rolle für ihre Mutter und fühlte sich doch gleichzeitig für diese Rolle abgelehnt. Diese Erkenntnis half ihr zu verstehen, dass ihre Wut nicht nur eine Reaktion auf äußere Umstände war, sondern auch Ausdruck eines tiefen inneren Konflikts – dem Bedürfnis nach Anerkennung von ihrer Familie und dem Gefühl der Zurückweisung durch dieselbe.

Im späteren Verlauf der Therapie begann Frau Y., ein tieferes Verständnis für die Familiendynamik, insbesondere in Bezug auf ihren Vater, zu entwickeln. Durch die therapeutische Arbeit änderte sich ihre Perspektive, und sie erkannte, dass die Gefühle ihres Vaters oft durch die Mutter und Schwester

invalidiert wurden. Diese neue Sichtweise ermöglichte es ihr, empathischer auf ihren Vater zu reagieren und seine Frustrationen nachzuvollziehen. Frau Y. bemerkte, dass ihr Vater weniger wütend wurde, seit sie gezielt anders auf ihn reagierte und versuchte, seine Sichtweise zu verstehen. Früher hatte sie, ähnlich wie ihre Mutter und Schwester, schnell abgewunken und es gar nicht versucht. Diese Veränderung führte Frau Y. zu der Erkenntnis, dass sie und ihre Schwester die "*Wiedergeburt der Dynamik*" des Vaters und der Mutter seien. Sie begann zu sehen, dass ihre Mutter nicht nur „*der Engel*“ und ihr Vater nicht nur „*das Böse*“ war. Vielmehr erkannte sie die Komplexität beider Elternteile und wie diese Dynamiken in ihrer eigenen Beziehung zur Schwester widergespiegelt wurden.

Geborgen im Nest: Die Rolle des Arbeitslosengeldes

Neben den Beziehungen zu ihrer Partnerin und ihrer Herkunftsfamilie war auch Frau Y.s berufliche Situation ein wiederkehrendes Thema in unseren Sitzungen. Zu Beginn unserer Arbeit sprach Frau Y. häufig über ihre Frustrationen am Arbeitsplatz und das Gefühl der Überforderung durch eine 40-Stunden-Woche. Nach ihrer Kündigung rückte die Frage in den Vordergrund, wo sie sich zukünftig sieht und was ihr bei der nächsten Stelle wichtig ist. Dabei kristallisierte sich insbesondere der Wert der Gerechtigkeit als zentral für Frau Y. heraus. Frau Y. nahm gezielt an einem Jobcoaching durch die Agentur für Arbeit teil, um ihre beruflichen Perspektiven zu klären. In unseren Sitzungen fiel mir jedoch auf, dass sie sonst kaum Initiative zeigte, aktiv nach einem neuen Job zu suchen. Frau Y. sprach in diesem Zusammenhang selbst von einer „*Vermeidungstendenz*“. Ich hatte den Eindruck, dass sie das sorglose und verantwortungsfreie Leben mit Arbeitslosengeld I genoss, was wir in der Therapie thematisierten. In der Gegenübertragung spürte ich den Impuls sie anzuschubsen. Die Supervision half mir zu erkennen, in welcher regressiven Position Frau Y. sich befindet und wie sehr sie das verantwortungslose, umsorgte Leben genießt. Ähnlich wie das Bild des familiären Eies kam mir hier die Assoziation eines wohlbehüteten warmen Nests in den Kopf, aus dem sie nicht heraus möchte und womit ich sie vorsichtig konfrontierte. Bis zum Therapieabschluss hatte Frau Y. sich nicht um einen neuen Job gekümmert, auch nicht nach wiederholtem Einbringen und vorsichtigem Deuten der Versorgungswünsche meinerseits. Dies erachte ich als problematisch, da es darauf hindeutet, dass Frau Y. vermutlich noch immer in alten regressiven Mustern verhaftet ist und es ihr im Verlauf der Therapie nicht gelungen ist, eine aktive Rolle in ihrer beruflichen Zukunftsgestaltung einzunehmen.

Der Abschied

Im Abschluss der Therapie mit Frau Y. wurde ihre Angst vor dem Therapieende zu einem zentralen Thema in unseren Sitzungen. Frau Y. äußerte wiederholt ihre Besorgnis darüber, wie sie ohne die regelmäßige therapeutische Unterstützung zurechtkommen würde. In der Gegenübertragung spürte ich selbst eine gewisse Beklommenheit angesichts des bevorstehenden Abschieds, was mir half, die Tiefe ihrer Ängste besser zu verstehen. Mir war es wichtig, die Ängste von Frau Y. zu validieren.

Frau Y. hatte die Idee, dass ein Therapiebuch, das alles Gelernte zusammenfasst und auf das sie zurückgreifen könnte, sicherlich helfen würde, ihre Angst zu mindern. In der Gegenübertragung nahm ich ein innerliches Schmunzeln wahr, da ich den Eindruck hatte, Frau Y. würde sich wünschen, dass ich dieses Buch für sie erstelle. Dieses Schmunzeln war Ausdruck meiner Anerkennung für ihre kreative Lösungssuche, um ihre Angst zu regulieren und gleichzeitig ein Spiegel ihrer regressiven Tendenzen, die in der Therapie immer wieder Thema waren.

Gemeinsam explorierten wir, was Frau Y. aus der Therapie mitnimmt und dass Veränderungen oft weniger in Form von Formeln zum Lernen geschehen, sondern durch veränderte Strukturen im Denken und Wahrnehmen. Ich validierte ihre Angst und erklärte zudem, dass der Gedanke an ein Therapiebuch vermutlich ein rationalisierender Versuch ist, die Angst zu regulieren. Ich vermutete jedoch, dass auch ein solches Buch nicht die emotionale Unterstützung ersetzen könnte, die sie sich erhoffte.

Wir spannten den Bogen zurück zu den Sitzungen zu Beginn der Therapie und setzten die Gefühle der Angst vor dem Therapieende in den biografischen Kontext ihrer Verlustängste. Es war mir wichtig, den bevorstehenden Abschied von einem Trennungsverlust zu differenzieren und Frau Y. darin zu bestärken, dass sie die Werkzeuge und Einsichten erlangt hat, um ihren Weg fortzusetzen, auch wenn ihre Sorge vor dem Therapieende nachvollziehbar ist.

Frau Y. brachte von sich aus das Bild eines Delfins in die Sitzungen ein und verglich diesen mit mir: Ein Delfin sei immer da, auch wenn man ihn nicht immer sehen könne im Meer. Dieses Bild nutzten wir vermehrt zum Abschied als Symbol für die fortdauernde Unterstützung, auch wenn die Therapie formal endet.

In unserer letzten Sitzung eröffnete Frau Y. das Gespräch mit der Bemerkung, dass sie wirklich traurig über das Ende der Therapie sei. Zu Beginn der Behandlung konnte sie sich kaum vorstellen, was es über 60 Sitzungen hinweg zu besprechen gäbe. Doch nun, anderthalb Jahre später, ist sie überrascht über ihre eigene Entwicklung.

Frau Y. berichtete, dass sie gelegentlich kleine Momente der Angst verspürt, in denen sie sich sorgt, die Inhalte der Therapie könnten in Vergessenheit geraten. In solchen Momenten versucht sie sich zu beruhigen und sich bewusst zu machen, dass einige Aspekte der Therapie solch zentrale „*Schlüsselmomente*“ für sie waren – besonders im Hinblick auf ihre Familiendynamik – dass sie sicher ist, diese „*Knoten*“ seien nun gelöst. Wenn sie heute Zeit mit ihrer Familie verbringt, verspürt sie manchmal noch Wut. Doch sie realisiert, was passiert und warum diese Emotion aufkommt, und die intensiven Wutanfälle bleiben aus. *"Dieses Ausmaß an Verzweiflung ist nicht mehr da"*, sagte sie. Auch ihr kreisrunder Haarausfall ist verschwunden und insgesamt geht es ihr besser; sie fühlt sich reifer. Frau Y. beschrieb das Gefühl, *„der Dilara von früher eine große Schwester geworden zu sein, die sie an die Hand nehmen kann und beruhigt“*. Dieses Bild hallt lange in mir nach.

Zum Ende der Sitzung richtete Frau Y. liebevolle Worte an mich. Sie bedankte sich für die Therapie und meine Arbeit. Sie erinnerte sich daran, dass ich sie zu Beginn gefragt hatte, was sie von der Therapie erwarte, und damals wusste sie nicht genau, was zu erwarten war, also antwortete sie: „*verstanden zu werden*“. Heute, so Frau Y., versteht sie wirklich, was es bedeutet, verstanden zu werden, und sagte mir, dass sie mir für dieses Gefühl "*ein Leben lang dankbar*" sei.

2b) Evaluation des Therapieergebnisses

Die Therapie mit Frau Y. hat Fortschritte erzielt, insbesondere im Hinblick auf die Bewältigung ihrer Panikattacken, die im Verlauf der Behandlung vollständig aufgehört haben, sowie im Bereich der Selbstakzeptanz. Frau Y. berichtete häufig, dass sie sich im therapeutischen Raum erstmals wirklich verstanden fühlte. Diese Erfahrung der Akzeptanz ermöglichte es ihr, ein differenzierteres Selbstbild zu entwickeln. So hatte Frau Y. stets geglaubt, ein „*Wutproblem*“ zu haben und selbst „*das Problem*“ zu sein, was zu einem „*Gefühl der Dämonisierung*“ geführt hatte. Durch die Therapie lernte sie, ihre Wut besser zu verstehen und zu integrieren und sich „*weniger als das Problem und mehr als Mensch mit nachvollziehbaren emotionalen Bedürfnissen und Reaktionen*“ zu sehen.

Ein zentrales Element der Therapie war Frau Y.s Einsicht über die emotionale Dynamik ihrer Familie. Sie begann zu erkennen, dass auch ihre Mutter und Schwester Schwierigkeiten hatten, Emotionen auszuhalten und oft mit Rückzug und Ablehnung reagierten sofern Frau Y. emotional wurde. Frau Y. hat im Laufe der Therapie erkannt, dass ihre früheren Überzeugungen, schwer auszuhalten und nicht liebenswert zu sein, nicht nur auf ihrem eigenen Verhalten basierten. Vielmehr erkannte sie, dass auch ihre Familie Schwierigkeiten hatte, mit Emotionen umzugehen. Diese Einsicht half ihr zu verstehen, dass ihre Wut häufig auch eine emotionale Reaktion auf ihre Umgebung ist. Dies führte zu einer größeren Selbstakzeptanz und mehr Selbstverständnis, was ich als bemerkenswerten Erfolg in der Therapie erachte. Zu Beginn der Behandlung war ein zentraler Therapiewunsch der Pat. weniger Selbstzweifel zu empfinden. Als ich Frau Y. in einer der letzten Sitzungen fragte, ob sie zufrieden wäre, wenn sie die Rolle „Frau Y.“ in einem Kartenspiel ziehen würde, antwortete sie mit „*Ja, ich würde die Karte mögen. Ich habe den Eindruck, das wäre eine Rolle mit Charaktertiefe.*“ Dies zeigt eine neu gewonnene Wertschätzung für sich selbst und deutet an, dass Frau Y. ein differenzierteres Selbstbild entwickelt zu haben scheint.

Frau Y. entwickelte zudem ein größeres Vertrauen in ihre eigenen Gefühle und begann, die Rollen ihrer Eltern differenzierter zu sehen. Sie erkannte, dass ihre Mutter nicht nur „*der Engel*“ und ihr Vater nicht nur „*das Böse*“ waren. Insbesondere gewann sie Verständnis für die emotionalen Kämpfe ihres Vaters, auch wenn sie seine cholerische Art weiterhin kritisierte.

Gegen Ende der Therapie brachte Frau Y. vermehrt ihre Ängste hinsichtlich des Therapieendes zum Ausdruck. Diese Gespräche ermöglichten es uns, erneut über ihre Verlustängste als zentrales Thema ihrer Therapie zu sprechen. Frau Y. verglich mich mit einem Delfin im Meer – immer da, auch wenn man ihn nicht immer sieht – was darauf hindeutet, dass sie mich vermutlich als positives Introjekt verinnerlichen konnte.

Kritisch sehe ich jedoch, dass Frau Y. während der Therapie keinen neuen Job suchte und stattdessen die Versorgung durch die Agentur für Arbeit genoss. Dies könnte auf eine regressive Tendenz hindeuten und zeigt an, dass das therapeutische Ziel der Autonomieförderung zwar angestoßen wurde, aber noch nicht vollständig erreicht ist.

Insgesamt hat die Therapie dazu beigetragen, dass Frau Y. ein tieferes Verständnis für sich selbst entwickeln konnte und besser mit ihren Angst- und Wutaffekten umgehen kann. Die Steigerung ihrer Selbstakzeptanz und ihr differenzierteres Verständnis familiärer Dynamiken sind als bemerkenswerte Fortschritte der Therapie zu betrachten, auch wenn weitere Schritte zur Förderung ihrer Autonomie notwendig sind, um diese positiven Entwicklungen nachhaltig zu festigen.

3. Diskussion der Behandlung und Stellungnahme zum eigenen Lernprozess.

Die Therapie mit Frau Y. war für mich sehr lehrreich. Ein wesentlicher Aspekt meines eigenen Lernprozesses war das bewusste Erkennen und Akzeptieren meiner Gegenübertragungsgefühle, die während der Behandlung immer wieder auftraten. Die Supervision spielte hierbei eine zentrale Rolle, indem sie mir half, die Dynamik der Sitzungen zu reflektieren und den impliziten Versorgungsauftrag von Frau Y. zu erkennen: "Bitte versorge mich, sei immer für mich da." Besonders zu Beginn der Therapie fühlte ich mich eng mit Frau Y. verbunden und war dann teilweise über die Rückmeldungen meiner Supervisionsgruppe überrascht, welche sich ihr gegenüber weniger verbunden fühlten. So meldeten diese mir Gegenübertragungsgefühle von Genervtheit, Wut oder „Anschubstendenzen“ zurück, wenn ich über Frau Y. berichtete. Es schien, als hätte ich zu Beginn der Behandlung mit der Pat. in diesem symbolischen Ei gesessen und dadurch die regressiven Tendenzen von Frau Y. nicht vollständig wahrgenommen.

Ein prägnantes Beispiel für meine emotionale Verstrickung war die Bitte von Frau Y., ein Schreiben für die Arbeitsagentur zu verfassen, um die Sperrfrist von drei Monaten zu umgehen und sofort Arbeitslosengeld zu erhalten. Anfangs war ich geneigt, diesem Anliegen nachzukommen. Erst durch die Rückbesprechung in der Supervision wurde mir bewusst, dass ich mit diesem Verhalten ihre regressiven Tendenzen fördern und ihre Autonomie bremsen würde. Ich teilte Frau Y. mit, dass ich dieses Schreiben

nicht ausstelle, ermutigte sie allerdings selbst ein Schreiben für die Agentur der Arbeit aufzusetzen und betonte meine Bereitschaft sie bei der Job-Suche psychotherapeutisch zu unterstützen.

Interessanterweise änderten sich meine Gegenübertragungsgefühle im Verlauf der Behandlung und durch Bewusstwerdung meiner emotionalen Verstrickung durch die Supervision. Während ich zu Beginn deutliche Versorgungsimpulse Frau Y. gegenüber verspürte, nahm ich gegen Abschluss der Therapie ebenfalls häufiger Wut und „Anschubstendenzen“ wahr. Im Verlauf der Therapie bemerkte ich immer wieder Momente, in denen ich Frau Y. so erlebte, als würde sie mir am Arm hängen. Die Sitzungen waren zwar kurzweilig und lebhaft – möglicherweise aufgrund ihrer histrionischen Anteile – doch auf eine Art auch anstrengend. Ich erlebte Frau Y. als unselbstständig und kindlich, insbesondere, als sie gegen Ende der Behandlung äußerte, dass ein Therapiebuch ihr helfen könnte, weniger Angst vor dem Therapieende zu haben. Implizit hörte ich heraus: "Bitte schreiben Sie mir ein Therapiebuch."

Anders als in vielen meiner Therapieverläufe hatte ich keine mütterlichen oder schwesterlichen Übertragungsgefühle der Pat. gegenüber, sondern erlebte mich klar in meiner Rolle als Therapeutin. Dies könnte darauf hindeuten, dass ich Frau Y.s impliziten Versorgungsauftrag der allumfassenden Versorgung nicht annehmen, sondern eine emotionale Distanz aufrechterhalten wollte. Die Gefühle der Anstrengung könnten auch als konkordante Gegenübertragung verstanden werden; Frau Y. sagte häufig in den Sitzungen, dass bei ihr alles immer anstrengend sei.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Therapie mit Frau Y. wichtige Fortschritte in ihrer emotionalen Entwicklung und ihrem Selbstverständnis ermöglicht hat. Dennoch gibt es Aspekte, die in dieser Therapie nicht vollständig behandelt werden konnten und möglicherweise in zukünftigen therapeutischen Prozessen weiterbearbeitet werden sollten. Insbesondere die Themen der Interkulturalität und der sexuellen Orientierung von Frau Y. wurden bislang nur am Rande angesprochen. Ich kann mir gut vorstellen, dass diese Themen zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal emotional durchgearbeitet werden sollten, um ein umfassenderes Verständnis ihrer Identität zu erlangen.

Im Verlauf der 60 Sitzungen Langzeittherapie mit Frau Y. konnte ich beobachten, wie sie Fortschritte in ihrer Selbstwahrnehmung und ihrem emotionalen Verständnis machte. Dennoch bin ich überzeugt, dass eine Verlängerung der Therapie für Frau Y. von Nutzen hätte sein können, insbesondere um sie in der herausfordernden Phase der Stellensuche und eines möglichen neuen Jobbeginns weiter zu begleiten. Leider stellte sich für mich die Frage einer Verlängerung nicht, da dies aufgrund meiner eigenen Lebensplanung und den Rahmenbedingungen der Ausbildung nicht möglich war. Es ist bedauerlich, dass die Ausbildungsstruktur mich vor diese Entscheidung stellte, da ein Teil in mir sich gewünscht hätte, Frau Y. noch länger therapeutisch unterstützen zu können. Trotzdem habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Begrenzung der Therapie Frau Y. auch eine wertvolle Gelegenheit bot, sich zunehmend eigenverantwortlich ihren Herausforderungen zu stellen.

4. Literatur

Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., & Beutel, M. (2014). *S3-Leitlinie Angststörungen*.

Springer-Verlag.

Bowlby, J. (1990). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*

(Reprint Edition). Basic Books.

Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust, Bd. 1: Bindung / Bd. 2: Trennung - Angst und Zorn / Bd. 3:*

Verlust - Trauer und Depression. Ernst Reinhardt Verlag.

Huber, D., & Klug, G. (2012). Psychodynamische Therapie der Depression. *Psychiatrie und*

Psychotherapie up2date, 6, 85–96. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277006>

Körner, J. (2016). *Psychodynamische Interventionsmethoden* (1. Aufl.). Vandenhoeck + Ruprecht Gm.

Levine, A., & Heller, R. (2011). *Attached: Are you Anxious, Avoidant or Secure? How the science of*

adult attachment can help you find – and keep – love (Main Market Edition). Bluebird.

Rudolf, G., & Hauten, L. (2019). *Psychodynamisch denken - tiefenpsychologisch handeln: Praxis der*

tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (5. Nachdruck, 2023 Edition). Schattauer.

Wöller, W., & Kruse, J. (2005). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und*

Praxisleitfaden (2., überarb. u. erw.). Schattauer.

5. Anhang



