



Leseprobe aus: Zens, Jacob, Schwierige Situationen in der Schematherapie, ISBN 978-3-621-28100-3  
© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28100-3>

## Vorwort

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young vor allem auch für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Insofern arbeiten Schematherapeuten gewissermaßen von vornherein sehr oft mit interaktionell herausfordernden und symptomatisch schwer gestörten Patienten, was schwierige Therapiesituationen mit sich bringt.

Schwierige Situationen in der Therapie haben häufig damit zu tun, dass Patienten und Patientinnen intensiv vermeiden oder sich im Kontakt problematisch verhalten, z. B. sehr nachgiebig oder auch abwertend sind. Diese Verhaltensweisen können mit Hilfe des schematherapeutischen Modusmodells gut analysiert, konzeptualisiert und therapeutisch bearbeitet werden.

### **Aufbau und Gebrauch dieses Buches**

Das Buch folgt dem Prinzip eines pragmatischen Nachschlagewerks. Jedes Kapitel behandelt eine Klasse typischer schwieriger Situationen. Durch zusätzliche Verweise zwischen den Kapiteln kann der Leser rasch eine Hilfestellung für seine spezifische problematische Therapiesituation finden. Das Buch bezieht sich dabei meist auf typische Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung, viele Vorschläge lassen sich jedoch auch in der stationären Psychotherapie umsetzen.

Im Einführungskapitel wird ein kurzer Überblick über den schematherapeutischen Ansatz und die Arbeit mit dem Moduskonzept gegeben, u. a. zu Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung. Auf dieser Grundlage kann mit dem für die eigene Problemsituation passenden Kapitel weitergearbeitet werden.

Jeder Buchteil bezieht sich auf eine bestimmte Modusklasse. Die Reihenfolge der Buchteile folgt dabei dem typischen Behandlungsverlauf der Schematherapie. In der Regel werden zunächst die Bewältigungsmodi bearbeitet, um zu dem verletzbaren Kindmodus vorzudringen und diesen in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen. Parallel dazu werden auch weitere dysfunktionale Kindmodi beachtet. Die dysfunktionalen Elternmodi werden oft erst im Anschluss an diese Arbeit in den Fokus der Behandlung gestellt.

Zu jeder Modusklasse wird in den sogenannten »Basics-Kapiteln« eine kurze Einführung gegeben, in der die wichtigsten Eigenschaften und therapeutischen Prinzipien zusammengefasst sind. Die darauffolgenden Kapitel behandeln die für die jeweilige Modusklasse typischen schwierigen Situationen. Hier geht es jeweils darum, die in einer bestimmten Therapiesituation im Vordergrund stehende Moduskonstellation und die dazugehörigen Gefühle und Bedürfnisse herauszuarbeiten. Für die Lösung liegt das Augenmerk neben dem korrekten Einsatz von kognitiven, emotionsbasierten und übenden Techniken immer auch auf der jeweiligen Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Im Rahmen emotionsfokussierter Techniken werden häufig Stuhldialoge eingesetzt, weil diese Technik sich zur Bearbeitung vieler schwieriger Therapiesituationen besonders gut eignet.

Jedes Kapitel zu einer bestimmten schwierigen Situation beginnt mit ein oder mehreren Fallbeispielen zur Verdeutlichung des jeweiligen Problems. Danach werden die Besonderheiten dieser Situationen herausgearbeitet und Vorschläge zur Lösung entwickelt. Dabei wird immer auch auf mögliche individuelle Muster von Therapeuten eingegangen, die in der beschriebenen Situation mit den Patientenumstern interagieren können. Die Lösungsstrategie wird beispielhaft anhand der Fälle konkretisiert und das Vorgehen entsprechend veranschaulicht. Eine Liste mit »Dos and Don'ts« schließt jedes dieser Kapitel ab.

Im abschließenden Buchteil »Schwierige Therapiesituationen und Anteile des Therapeuten« wird eine eher selbsterfahrungsbezogene Perspektive eingenommen und schwierige Situationen in Abhängigkeit von den Mustern des Therapeuten beschrieben. Auch hier werden typische Moduskonstellationen und Lösungsvorschläge nach dem schematherapeutischen Ansatz vorgestellt. Es war uns ein besonderes Anliegen, diesen Fokus in das Buch aufzunehmen, weil wir selbst für unsere eigene Arbeit und privaten Beziehungen sehr von der Auseinandersetzung mit eigenen Schemata und Modi profitiert haben. Zudem bekommen wir von Kollegen in der Selbsterfahrung und Supervision immer wieder die Rückmeldung, dass dieser Ansatz für die eigene Entwicklung außerordentlich hilfreich sein kann.

Hinsichtlich der Verwendung der Geschlechtsform haben wir uns dafür entschieden, abwechselnd von Patientinnen und von Patienten bzw. von Therapeuten und von Therapeutinnen zu schreiben. Das erschien uns lesbarer als jede kombinierte Form und bildet die Realität besser ab als die Entscheidung für nur eine der beiden Formen.

Ganz sicher decken die hier dargestellten Situationen nicht alle Schwierigkeiten ab, die im Kontext einer schematherapeutischen Behandlung auftreten können. Um die Situationen und Lösungsstrategien fortlaufend praxisnah ergänzen und aktualisieren zu können, würden wir uns sehr über kollegiales Feedback und Anregungen freuen (unter [schematherapie@hamburg.de](mailto:schematherapie@hamburg.de)).

## **Danksagung**

Diesem Buch liegen unsere Erfahrungen mit eigenen Patientinnen und Patienten sowie die Schwierigkeiten und Fragen von Teilnehmern in unseren (teilweise gemeinsam durchgeführten) Workshops und Supervisionen zugrunde. Wir danken unseren Teilnehmerinnen für die Offenheit, ihre Fragen und Probleme mit uns zu teilen und sowohl uns als auch andere Teilnehmer an der Entwicklung von Lösungswegen teilhaben zu lassen. Zudem danken wir unseren Patienten dafür, dass sie mit uns immer wieder kreative Wege gemeinsam gegangen sind, um Lösungen für »vertrackte« Situationen zu finden.

Wir hatten das Glück, die Schematherapie von hervorragenden Lehrern und Vorbildern zu lernen und gemeinsam mit engagierten Kollegen einzusetzen und voneinander weiterzulernen. Unser Dank gilt neben vielen anderen insbesondere Arnoud Arntz, Heinrich Berbalk, David Bernstein, Joan Farrell, Eva Fassbinder, Hannie van Genderen, Silka Hagena, Jürgen Kempkensteffen, Vivian Rahn, Laura Seebauer, Ida Shaw, Jeffrey Young und Gerhard Zarbock.

Die Zusammenarbeit mit dem Beltz Verlag, insbesondere mit Frau Dr. Svenja Wahl und Frau Andrea Schrameyer, war höchst angenehm und produktiv. Von den Büchern und Ideen von Alexander Noyon und Thomas Heidenreich haben wir sehr viel gelernt und profitiert. Nicht zuletzt waren unsere Partner und Familien bereit, unsere durch das Schreiben dieses Buches entstandene Zusatzbelastung mitzutragen – danke auch dafür!

Hamburg, im Herbst 2013

*Christine Zens und Gitta Jacob*

## 2 Der Patient vermeidet hartnäckig durch Schweigen oder »Ich weiß nicht!«

### Fallbeispiel 1

Jessica P., 20 Jahre alt, leidet unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit heftigen Stimmungsschwankungen, innerer Leere und Anspannung, Selbsthass, unklaren Zielen sowie tiefer Traurigkeit, Einsamkeit und Verzweiflung. Frau P. verletzt sich in solchen Momenten selbst, um den inneren Schmerz zu betäuben. Gelegentlich betrinkt sie sich auch bis zur Besinnungslosigkeit oder lässt sich auf Sex mit Kneipenbekanntschaften ein. Eine andere Strategie ist es, »irgendwie innerlich abzuschalten«. Sie berichtet davon, Angst vor ihren Gefühlen und dem, was alles passieren könne, zu haben. Manchmal würde sie auch »ausrasten« und zerschlage irgendwelche Dinge.

In der Kindheit fühlte sich Frau P. nie sicher, da ihr alkoholkranker Vater unberechenbar und gewalttätig war. Sie bekam, außer in den wenigen nüchternen Momenten ihrer ebenfalls alkoholkranken Mutter, kaum Zuwendung. Diese verunglückte jedoch tödlich, als Jessica 11 Jahre alt war. Der Vater kümmerte sich nicht um sie und ihre jüngere Schwester, daher brachte man sie zwei Jahre später gemeinsam in einer Pflegefamilie unter. Im Gegensatz zu ihrer Schwester fühlte Jessica sich dort nicht wohl und wurde schließlich depressiv. In den vergangenen vier Jahren wurde sie immer wieder stationär behandelt, dies habe ihr jedoch wenig geholfen. Vor fünf Monaten zog sie auf Betreiben einer Sozialarbeiterin endgültig bei der Pflegefamilie aus und lebt nun in einer engmaschig betreuten Wohngemeinschaft für psychisch kranke junge Frauen. Dies tue ihr irgendwie gut und sie wolle es schaffen, dort wohnen zu bleiben. Seit zwei Monaten habe sie zudem erstmalig eine feste Beziehung. Da sich jedoch in letzter Zeit zunehmend wieder Konflikte und Schwierigkeiten abzeichnen, hat Frau P. beschlossen, etwas zu ändern. Sie will nun mit Hilfe einer Therapie an ihren Problemen arbeiten. Frau P. berichtet in der Therapiestunde jedoch nur sehr verhalten von ihren Gefühlen und den Ereignissen der letzten Woche. Auch auf intensives und ermutigendes Nachfragen der Therapeutin reagiert sie ausweichend, wirkt distanziert und abwesend. Schließlich verstummt sie völlig. Auch in den folgenden Stunden wirkt sie abwesend und schweigt über weite Strecken. Die Therapeutin hat das Gefühl, die Patientin nicht zu verstehen. Sie fühlt sich hilflos und zunehmend unzulänglich.

### Fallbeispiel 2

Gregor B., Bankkaufmann, 31 Jahre, hat eine soziale Phobie (Angst vor freien Vorträgen) und eine zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung. Herr B. stammt aus einer Lehrerfamilie. Eigene Bedürfnisse mussten in der Kindheit und Jugend

überwiegend zurückgestellt werden. In der Familie zählten gute Leistungen, es gab kaum Freiräume für Hobbies oder Freundschaften. Bei schlechten Noten habe ihn sein Vater einige Male als »Schande für die Familie« bezeichnet. In der Schule fühlte er sich als Außenseiter. Erst während der Ausbildung konnte er einige Freunde finden, wobei er immer noch »der eher introvertierte Typ« sei. Sein Beruf mache ihm durchaus Spaß, er habe allerdings permanent Angst zu versagen und kontrolliere sich daher selbst mit Hilfe von Stichproben. Er würde dann einzelne Akten nochmal aus der Ablage nehmen und diese genauestens auf Fehler überprüfen. Eine feste Partnerschaft habe er noch nie gehabt, er sei sehr unsicher. Oft fühle er sich daher einsam. Dann neige er dazu, sich mit Hilfe seines Computers abzulenken und stundenlang TV-Serien anzuschauen. Auch trinke er oft Alkohol, insbesondere in sozialen Kontexten, um sich dadurch besser zu fühlen. Als Therapieziel benennt Herr B., weniger Ängste zu haben und sicherer im Umgang mit anderen Menschen zu werden. In der Therapie wurde bisher das Modusmodell erarbeitet und mit der Beobachtung und Bearbeitung der Bewältigungsstrategien (kognitive Sammlung von Pro- und Kontra-Argumenten) begonnen. Es besteht eine gute Therapeut-Patient-Beziehung. Dennoch wirkt Herr B. in manchen Stunden sehr einsilbig, in sich zurückgezogen und reagiert auf Nachfragen ausweichend mit z. B.: »Ich weiß nicht!«. Trotz Benennen des Vermeidungsmodus gelingt es der Therapeutin nicht, einen ausreichend guten Kontakt zu dem Patienten herzustellen, was sie gerade aufgrund der geleisteten Vorarbeit sehr frustriert. Sie gerät daher zunehmend unter Druck, wird immer aktiver und redet sehr viel.

### Fallbeispiel 3

Mona R., 22 Jahre alt, leidet unter einer rezidivierenden Depression vor dem Hintergrund dependenter und emotional-instabiler Persönlichkeitsanteile. Neben Stimmungsschwankungen und Traurigkeit fühlt sie sich oft einsam und hilflos. Sie kann nicht gut alleine sein und versucht sich bei allen wichtigen Dingen mit ihren Eltern abzustimmen, obwohl sie keine durchgängig positive Beziehung zu diesen hat. Sie fürchtet sich vor ihrem Vater und erlebt regelmäßig, wie er ihre Mutter »fertigmacht«. Dennoch ist sie nach einigen beruflichen Fehlversuchen wieder zuhause eingezogen. Dort kann sie das Drittauto der Familie benutzen und bekommt viel Taschengeld, welches sie größtenteils für Kleidung und Cannabis ausgibt. Manchmal kommt ihr Onkel zu Besuch, der sie schon als Kind sexuell belästigt habe. Er bedrängt sie, wenn die Eltern dies nicht sehen. Frau R. gibt an, dass sich allerdings daran nie etwas ändern lassen würde, denn die Eltern würden im Zweifelsfall eher noch den Onkel schützen. In der Vorgeschichte gab es lange Therapien, die jedoch nicht erfolgreich waren. Frau R. betont, wie glücklich sie mit ihrer jetzigen Therapeutin sei, der sie sich anvertrauen könne, und wie sehr sie diese brauchen würde. Als es in der Therapie jedoch um konkrete Veränderung geht, ist sie konsequent abwesend und dissoziiert häufig. Die Therapeutin ist regelrecht

verzweifelt, da sie ohne Änderung der Abhängigkeitssituation keine sichere Umgebung für die Patientin schaffen kann, was eine Grundlage für die weiteren Therapieschritte ist.

Hier geht es um Therapiesituationen, die von mangelndem Kontakt geprägt sind. Patienten können ihre eigentlichen Anliegen und Bedürfnisse nicht deutlich machen. Der Therapeutin gelingt es nicht, die Patientin bzw. den Patienten zu verstehen, da die relevanten Inhalte und Gefühle weder verbal noch nonverbal kommuniziert werden. Stattdessen schottet sich die Patientin in Fallbeispiel 1 ab, indem sie sehr verhalten reagiert, abwesend wirkt, schweigt und sich immer mehr in sich zurückzieht. Der Patient in Fallbeispiel 2 wehrt tiefergehende Fragen durch blockierende Äußerungen ab. In Fallbeispiel 3 gelingt es der Therapeutin nur teilweise, die Patientin hinsichtlich aller wichtigen Bedürfnisse zu unterstützen, da eine konkrete Veränderungsarbeit mit dissoziativen Symptomen vermieden wird.

Hier ist meist der Modus des distanzierten Beschützers relevant, mit dessen Hilfe ein Patient sich von negativen Gefühlen wie z. B. Angst, Ohnmacht oder Scham innerlich zurückzieht, häufig aus Angst vor »emotionaler Überflutung«. Diese Angst kann sehr diffus sein (»Wer weiß, was passiert, wenn ich diese Gefühle zulasse ...«). In vielen Fällen ist zusätzlich noch der Modus des vermeidenden Beschützers aktiv, indem die Gefühlsauslösung auch situativ unterbunden wird. Ein Patient erhält so weder Hilfe für eine aktuelle Problematik noch kann er sich auf längerfristige Therapieziele konzentrieren. Korrigierende Erfahrungen sind in diesem Zustand nicht möglich. Wenn Patienten im Extremfall in der Therapie dissoziieren, muss davon ausgegangen werden, dass keinerlei neues Lernen mehr möglich ist. Die Neigung zur Vermeidung wird zudem aufrechterhalten, wodurch ein Patient weiterhin keine Befriedigung seiner Grundbedürfnisse erfährt. In der Therapie kann ein hartnäckiger distanzierter Beschützermodus durch den fehlenden Kontakt zu Störungen in der Therapeut-Patient-Beziehung führen. Die Therapie stagniert, es kann schließlich sogar zum Abbruch kommen.

## 2.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?

Der distanzierte Beschützermodus ist dadurch erkennbar, dass kein therapeutischer Kontakt möglich ist. Der Therapeut bekommt keinen Zugang zum Patienten, insbesondere nicht zu dessen Problemen und den damit verbundenen Emotionen. Die Bedürfnisse des Patienten können nicht erkannt und erfüllt werden. In der Gegenübertragung führt dies beim Therapeuten oft zu Hilflosigkeitserleben und Frustration (s. Kasten »Anteile des Therapeuten« im Abschnitt 2.2).

Da die Modi des distanzierten und/oder vermeidenden Beschützers sich in Auftreten und Auswirkung anamnestic gut erheben lassen, z. B. oft auch anhand der vorliegenden Achse-I-Symptomatik, wird dieses Verhalten meist schon im Rahmen

der ersten Fallkonzeptualisierung mit dem Patienten besprochen. Mit der Bearbeitung der Bewältigungsmodi wird in der Regel frühzeitig begonnen. Dennoch fällt es Patienten nicht leicht, diese Modi als solche innerhalb einer aktuellen Situation zu identifizieren, geschweige denn, diese sofort zu reduzieren. Es ist also eher Regel als Ausnahme, dass diese Modi im Verlauf der Therapie immer wieder störend auftauchen.

In extremer Form und Frequenz behindern diese jedoch langfristig den Prozess auch noch, nachdem sie bereits ausführlich bearbeitet wurden und eigentlich die Voraussetzung für ihre Reduktion in der Therapiebeziehung wiederholt geschaffen wurde. Dann kann kein therapeutischer Fortschritt stattfinden. Es ist daher zentral, diese Bewältigungsstrategie immer wieder im Kontext des aktuellen Verhaltens zu verdeutlichen sowie den biografischen Bezug herzustellen, um so weiter an den relevanten Problemen arbeiten zu können. Neben kognitiven Strategien sind dabei auch diagnostische Stuhldialoge hilfreich.

### **Fallbeispiele**

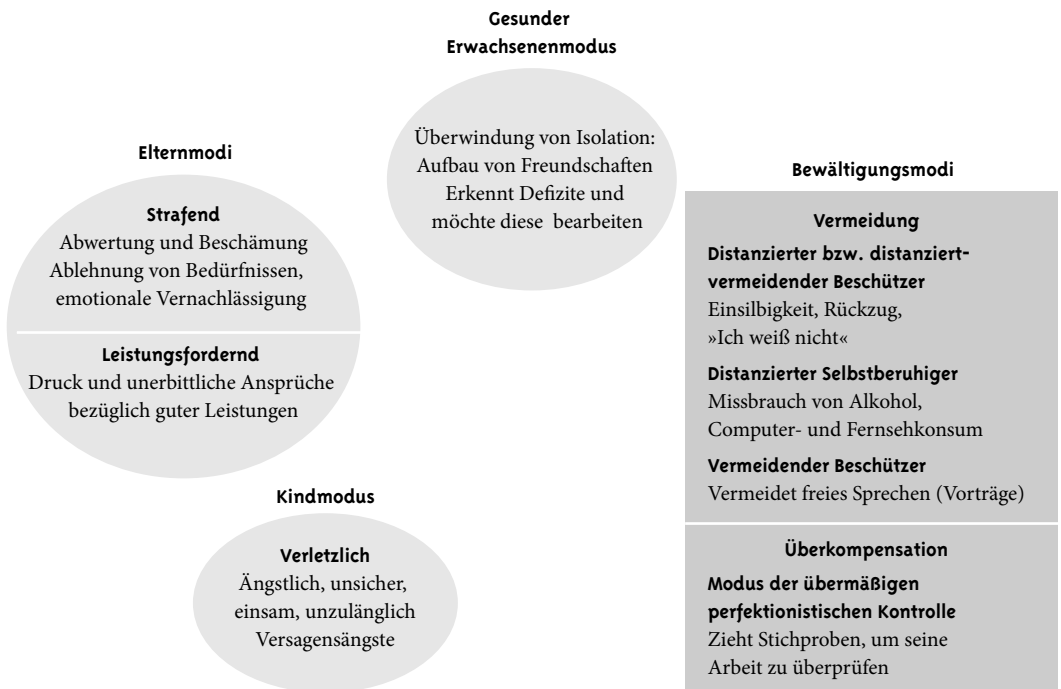
Bei den ersten beiden Fallbeispielen spielt der Vermeidungsmodus in Form des distanzierten Beschützers, z. T. in Zusammenhang mit einem vermeidenden Beschützer, eine zentrale Rolle. Im dritten Fallbeispiel ist zusätzlich auch der dependente Kindmodus beim Verständnis der Situationsproblematik relevant.

**Fallbeispiel 1.** Jessica P. hat sich auch aus eigenem Antrieb in Therapie begeben, um etwas zu ändern (gesunder Erwachsener). Als Kind erlebte sie keine Sicherheit, wurde vernachlässigt und misshandelt (strafender Elternmodus). Sie neigt u. a. zu promiskuitivem Verhalten und zu missbräuchlichem Alkoholkonsum, was als distanzierter Selbstberuhigermodus konzeptualisiert wird. Rückzug, Schweigen, Dissoziation und Selbstverletzungen werden als distanzierter Beschützermodus eingeordnet. Diese Vermeidungsstrategien sollen Frau P. vor den intensiven negativen Gefühlen wie Trauer und Einsamkeit (verletzbarer Kindmodus) schützen. Gelegentlich reagiert sie auch mit »Ausrastern« (wütender Kindmodus). Frau P. kann sich im distanzierten Beschützermodus zwar vermeintlich vor den Folgen eventueller starker negativer Emotionen schützen, jedoch auf Kosten des Kontakts zu ihrer Umwelt und zu ihrer Therapeutin. Diese kann die Patientin in diesem Modus nicht verstehen, kann ihr keine Hilfe anbieten oder Lösungsstrategien mit ihr erarbeiten, da sie die eigentlichen Hintergründe der aktuellen Problematik nicht kennt. Frau P. kann so keine korrigierende Erfahrung im Umgang mit den zugrundeliegenden Problemen und Emotionen machen, erfährt keine günstige Form der Bedürfnisbefriedigung.

**Fallbeispiel 2.** Gregor B. wuchs in einer Familie mit hohen Anforderungen auf, in der er nur für Leistung Anerkennung bekam (leistungsfordernder Elternmodus, s. Abb. 2.1). Bei Versagen wurde er durch Abwertung und Beschämung bestraft. Auch die Bedürfnisse nach Spontaneität, Spaß und Spiel wurden in der Kindheit nicht erfüllt (strafender Elternmodus). Herr B. fühlt sich oft ängstlich, unsicher, unzulänglich und einsam, was als verletzbarer Kindmodus konzeptualisiert wird. Seine Fähigkeit, während der Ausbildung Freunde zu finden, und sein Wunsch nach mehr sozialer



Kompetenz kann als gesunder Erwachsenenmodus betrachtet werden. Der Alkoholkonsum, das stundenlange Fernsehen und die Ablenkung mithilfe der Computernutzung entsprechen einem distanzierten Selbstberuhigermodus, während der soziale Rückzug, die Einsilbigkeit und das wiederholte »Ich weiß nicht!« einem distanzierten bzw. distanziert-vermeidenden Beschützermodus zugeordnet werden können. Die Vermeidung von Vortragssituationen wird als vermeidender Beschützermodus, das Stichprobenziehen als Modus der übermäßigen perfektionistischen Kontrolle in das Fallkonzept eingeordnet. Herr B. kann in der vorliegenden Situation den Bezug zum Modusmodell trotz dessen Kenntnis nicht oder nur vordergründig herstellen und sein Verhalten so nicht als Vermeidungsmodus betrachten. Es gelingt der Therapeutin nicht, mit dem Patienten an seinen Problemen zu arbeiten und ihn im Anteil des verletzlichen Kindes zu unterstützen.



**Abbildung 2.1** Modusmodell von Gregor B.

**Fallbeispiel 3.** Mona R. wuchs in einer missbrauchenden, unsicheren Umgebung auf (strafender Elternmodus). Das Aushalten der Situation zuhause wird als Unterwerfungsmodus, der Cannabiskonsum als distanzierter Selbstberuhigermodus konzeptualisiert. Die bei Veränderungsbemühungen auftretende Abwesenheit und Dissoziation werden dem distanzierten Beschützermodus zugeordnet. In der Therapie sucht sie Stabilität (gesunder Erwachsenenmodus). Sie fühlt sich einsam, traurig, instabil und verlassen (verletzter Kindmodus), aber auch hilflos und bedürftig (dependenter Kindmodus). Zusätzlich lassen sich undisziplinierte Anteile identifizieren (materielle

Verwöhnung). Bei dieser Problemsituation steht eher der dependente Kindmodus im Vordergrund (s. Kap. 15).

### **Wie lässt sich der richtige Modus zuordnen?**

In den meisten Fällen lässt sich anhaltendes Schweigen oder Vermeiden in der Therapiesituation als vermeidender oder distanzierter Beschützer konzeptualisieren. Dabei ist eine genaue Zuordnung zu einem dieser beiden Modi wegen der starken Überlappungen unter Umständen nicht ganz sicher möglich. Dies stellt kein gravierendes Problem dar, da beide Modi ohnehin ähnlich behandelt werden.

Von einem *vermeidenden Beschützermodus* wird dann gesprochen, wenn der Patient erkennbar bei der Annäherung an emotional belastende Themen in die Vermeidung wechselt und dann z. B. nur noch wenig oder stockend spricht oder darum bittet, das Thema nicht weiter zu behandeln.

Von einem *distanzierten Beschützermodus* wird eher dann gesprochen, wenn der Patient gar nicht erst in die Nähe belastender Themen kommt, da von vornherein kein Kontakt besteht, der Patient dissoziiert oder keine Bereitschaft zeigt, emotional relevantere Themen zu berühren. Dabei ist zu bedenken, dass gerade für sozialphobische Patienten bereits die therapeutische Situation selbst eine emotional belastende Situation im o. g. Sinne darstellen kann, in der sie sich schnell beschämt und unzulänglich fühlen.

Gelegentlich treten abwehrende Äußerungen wie z. B. »Weiß nicht!« oder »Keine Ahnung!« auch im Zusammenhang mit einem *trotzigen Kindmodus* auf. In der Gegenübertragung fühlt man sich dabei jedoch eher »vor den Kopf« gestoßen als kontaktlos. Es geht dem Patienten dann primär nicht darum, sich vor unangenehmen, möglicherweise überflutenden Gefühlen zu schützen. Vielmehr wird dem Therapeuten das Bedürfnis nach Autonomie signalisiert (s. Kap. 19).

## **2.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation**

Im Umgang mit dem distanzierten Beschützermodus sollten dem Patienten zunächst die Nachteile dieser Vermeidungsstrategie aufgezeigt werden, um ihn so zu einer sukzessiven Veränderung zu motivieren. Das Erleben negativer Gefühle soll nicht länger als Bedrohung gelten, die unbedingt zu vermeiden ist. Patienten reden in diesem Zusammenhang oft von ihrer ultimativen Angst, »in einen Abgrund zu fallen«. Es ist für die Therapie entscheidend, dass ein Patient lernt, den Modus des distanzierten bzw. distanziert-vermeidenden Beschützers rechtzeitig zu erkennen und zu unterbrechen. Nur so kann er die Erfahrung machen, dass seine Bedürfnisse auf eine gesunde Weise erfüllbar sind und negative Erfahrungen mit Hilfe der Therapie bearbeitet werden können. In der sicherheitsgebenden therapeutischen Beziehung kann ein Patient auf diesem Wege lernen, Risiken einzugehen und emotionalen Schmerz zumindest zeitweise auszuhalten.

**Kognitive Strategie.** In der vorbereitenden kognitiven Arbeit geht es darum, den Patienten zunächst einmal für die negativen Konsequenzen seiner Bewältigungsstrategie zu sensibilisieren. Dazu informiert man ihn im Rahmen der Psychoedukation über Entstehungsbedingungen und Auswirkungen des Beschützermodus. Der Patient soll für eine Reduktion motiviert werden, indem er das Ausmaß der aktuell notwendigen Vermeidung aushandelt. Die Vor- und Nachteile des distanzierten Beschützers werden zusammen mit denen eventueller weiterer Vermeidungsstrategien erarbeitet und visualisiert. Dies kann auch im Kontext einer Zwei-Stuhl-Arbeit erfolgen. Dabei ist es von wesentlicher Bedeutung, die frühere Funktionalität der Vermeidung anzuerkennen, die heutigen Nachteile jedoch zu betonen und gegebenenfalls zu ergänzen. Viele Patienten betonen an dieser Stelle, dass die Vermeidungsstrategie auch heute noch sehr wichtig und funktional sei. Dies kann als anhaltender distanzierter/vermeidender Beschützermodus aufgefasst werden. Es ist wichtig, sich an dieser Stelle nicht auf die Diskussion einzulassen, sondern dem Einwand mit Verständnis zu begegnen und die Intervention zielgerichtet weiterzuführen. Eine entsprechende Pro-Kontra-Liste finden Sie in Kapitel 3.

Wenn die Angst vor einer emotionalen Überflutung sehr stark ist, führt eine vorbereitende kognitive Intervention nicht immer zu mehr Verständnis bzw. einer Motivationssteigerung für die weitere Arbeit. Stattdessen kann es sogar zu einer Verstärkung der Distanzierung kommen. In diesem Fall sollte möglichst direkt zu emotionsfokussierenden Techniken übergegangen werden.

**Therapiebeziehung.** Dem Patienten wird vor allem fürsorglich und validierend begegnet, um Ängste zu reduzieren und die Erfahrung von Sicherheit im Kontext der Therapie zu ermöglichen. Dem Patienten wird zugesichert, dass der Therapeut ihm beim Umgang mit negativen Gefühlen helfen wird. Bei einem intensiven anhaltenden distanzierten Beschützermodus kann es zudem notwendig sein, den Patienten empathisch zu konfrontieren und diesen Anteil gegebenenfalls auch zu begrenzen. Dabei ist es zentral, dem Patienten eine Begründung zu geben. Therapeutische Hilfe ist ohne das Zulassen der gefürchteten negativen Gefühle nicht möglich. Zudem müssen Konfrontation und Begrenzung in einer sehr zugewandten und fürsorglichen Haltung geschehen, um das Risiko eines möglichen Wechsels in den strafenden Elternmodus zu minimieren. Sofern es dennoch dazu kommt, wird der strafende Anteil dadurch begrenzt, dass er benannt und aus der Situation »herausgeworfen« wird.

### **Anteile des Therapeuten**

Therapeuten können sich angesichts eines hartnäckigen distanzierten Beschützers schnell hilflos oder ohnmächtig fühlen. Sie fühlen sich oftmals unter Druck und reagieren z. B. mit einer Erhöhung ihrer Redeanteile. Oder sie beginnen, konkrete Lösungsvorschläge zu machen, um dem Patienten aus seiner Passivität zu helfen. Innere Fragen und Sätze wie: »Bin ich gut genug ausgebildet, um dem Patienten zu helfen?« oder »Wenn ich nur besser Bescheid wüsste, könnte ich dem Patienten auch helfen!«, können auf eigene Unzulänglichkeitsgefühle bzw. Versagensängste (ver-

letzbarer Kindmodus) sowie einen fordernden Elternmodus des Therapeuten (Druck) hindeuten. Gelingt es auch durch »noch mehr Anstrengung« (Bewältigungsstrategie des Therapeuten) nicht, den Vermeidungsmodus des Patienten zu durchbrechen bzw. zu umgehen, so kann dies schließlich auch zu Ärger auf den Patienten führen (Wechsel in den ärgerlichen Kind- oder Überkompensationsmodus des Therapeuten).

Werden solche Anteile aktiviert, verliert der Therapeut seinerseits den Kontakt zum Patienten, er kann sich nicht mehr einfühlen und nicht mehr helfen. Zudem reagiert er modusbedingt möglicherweise dysfunktional auf den Patienten. In einigen Fällen kann das Therapeutenverhalten den Patienten sogar irritieren, z. B. wenn dessen Sicherheitsbedürfnis durch den Ärger des Therapeuten verletzt wird. Auch könnte beim Patienten eventuell ein Wechsel in einen strafenden Modus angestoßen werden und z. B. zu Selbstabwertung führen. Daher ist es für die Therapie von zentraler Bedeutung, wieder Distanz zu seinen eigenen Anteilen herzustellen. Oft reicht es aus, sich noch einmal die Biografie und die Fallkonzeptualisierung des Patienten anzuschauen und gegebenenfalls zu überarbeiten. Dadurch kann sich der Therapeut das Verhalten des Patienten erklären, ohne es persönlich nehmen zu müssen. Auch kann er dann seine Strategien wieder variabel den Erfordernissen der Situation anpassen, beispielsweise eine empathische Konfrontation beim Patienten vornehmen. Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, diese Situation im Rahmen von Intervention oder Supervision zu besprechen, um wieder Abstand zu bekommen und eventuelle eigene Themen abzugrenzen (s. dazu auch Kap. 24).

**Emotionsorientierte Strategie.** Die zentrale Technik zur Bearbeitung solcher Situationen sind Stuhldialoge. Zwei-Stuhl-Dialoge zwischen dem distanzierten Beschützermodus und dem Modus des gesunden Erwachsenen, der zunächst durch den Therapeuten modelliert werden kann, stehen am Anfang der Bearbeitung. Der Therapeut kann den Patienten auf dem Beschützerstuhl ausführlich und wertschätzend dazu befragen, warum er gerade da ist und wofür er gut war. So kann der Patient sich zunächst innerhalb eines gewissen Schutzraums mit dem Thema auseinandersetzen. Bei einem sehr hartnäckigen Beschützermodus wird es jedoch an dieser Stelle selten unmittelbar zum Auftauchen des verletzbaren Kindmodus kommen. Es ist daher sinnvoll, beim Dialog mit dem Beschützermodus nicht nur dessen früheren adaptiven Wert anzuerkennen und dem Patienten Hilfe zuzusichern, sondern schnell auch die Nachteile des distanzierten Beschützers in das Gespräch einzuflechten, um den Patienten zu einer Reduktion zu motivieren und so den Zugang zum verletzbaren Kindmodus zu erleichtern. Diese Nachteile sollten möglichst auf Patientenäußerungen beruhen, z. B. auf den Kontra-Argumenten der kognitiven Vorarbeit. Zur Intensivierung dieses Aspekts und zur frühzeitigen Aktivierung des gesunden Erwachsenenmodus können auch Drei-Stuhl-Dialoge zwischen dem distanzierten Beschützer, dem gesunden Erwachsenen (zunächst modelliert durch den Therapeuten) und dem

verletzbares Kind hilfreich sein. Schließlich kann der Therapeut zuerst auch die Gefühle und Bedürfnisse des Patienten auf dem Stuhl des verletzbaren Kindes formulieren, um ihm ein Modell für diesen Anteil anzubieten.

Desweiteren stehen verschiedene Variationen von Stuhldialogen zur Verfügung, die insbesondere dann hilfreich sind, wenn ein Patient zu wenig Sicherheit hat und daher seinen Modus nicht aufgeben kann, was beim vermeidenden, distanzierten Beschützermodus oft der Fall ist. Dann kann die Situation mit Hilfe von Puppen, Spielzeugfiguren, anderen Platzhaltern oder Symbolen (z. B. Karten für die jeweiligen Modi, verschiedenfarbige Zettel) nachgestellt werden, was für Patienten mit mehr Distanz verbunden ist und ein vorsichtiges Herantasten ermöglicht. Ähnliches kann erreicht werden, wenn man dem Patienten die Möglichkeit gibt, sich seine Modi bzw. die verschiedenen Stühle zunächst von einer Außenperspektive anzusehen und zu besprechen, was der Anteil des verletzbaren Kindes brauchen würde. Auch das Einnehmen der Perspektive eines positiv besetzten Menschen, z. B. die einer Freundin oder einer Person in der Mutterrolle, kann hilfreich sein. Wesentlich bei all diesen Techniken ist, dass sich der Patient möglichst bald selbst in eine Bearbeitung mit Stuhldialogen wagt. Durch die stärkere Erlebnisaktivierung können intensivere emotionale Veränderungen bewirkt werden.

Eine weitere Möglichkeit ist es, den Patienten in seinem Beschützermodus zu spiegeln oder diesen mit Hilfe einer Übung besser zu verdeutlichen. Dazu kann z. B. ein Tuch oder ein Blatt Papier verwendet werden, hinter dem der Therapeut sein Gesicht kurz verbirgt. Danach befragt er den Patienten zu seinen Gefühlen und Eindrücken, insbesondere inwieweit er Kontakt zu diesem »verborgenen« Gegenüber herstellen konnte. Solche kurzen Übungen, die sich auch in Gruppen gut einsetzen lassen (Farrell & Shaw, 2013), müssen sehr wertschätzend und in einem geschützten Umfeld durchgeführt werden, damit sich der Patient nicht bloßgestellt fühlt. Oftmals kann damit die Wahrnehmung für die schädlichen Auswirkungen des Vermeidungsmodus durch das Erleben des »Beschützers« beim Gegenüber verbessert werden, was wiederum die Änderungsmotivation steigert.

Zudem kann Imaginationsarbeit zum Beschützermodus und seinen Entstehungsbedingungen durchgeführt werden, um das verletzbare Kind zu validieren und nicht erfüllte Kernbedürfnisse wie z. B. fehlende Fürsorge oder Schutz zu versorgen. Beginnt sich der Beschützermodus erneut zu aktivieren, hilft es auch oft schon, den Patienten in körperliche Aktivität zu bringen, zum Beispiel durch Aufstehen und Bewegung.

**Behaviorale Strategie.** Grundsätzlich soll ein Patient weniger Zeit in seinem distanzierten Beschützermodus verbringen. Es geht darum, Gefühle zuzulassen, eigene Bedürfnisse auszudrücken und mit anderen Personen angemessen in Kontakt zu treten. Weitere Strategien wie z. B. das Einüben von Skills oder andere störungsspezifische Techniken müssen entsprechend der Symptomatik ergänzt werden. Bei einem hartnäckigen distanzierten Beschützermodus wird die Hauptarbeit zunächst in der Therapiesitzung stattfinden, bevor entsprechende Veränderungen außerhalb der Therapie überhaupt möglich sind. Als Übungen dienen z. B. Rollenspiele, Training und Ausdruck eigener Gefühle und Bedürfnisse sowie Training sozialer Kompetenzen.

Der Therapeut sollte den Patienten auch für kleine Schritte verstärken und allmählich die Übertragung auf den Alltag des Patienten durch Hausaufgaben fördern.

Manchmal gelingt es dennoch nicht, einen hartnäckigen distanzierten, evtl. zusätzlich vermeidenden Beschützermodus zu durchbrechen. Dann sollte ein Patient wiederholt empathisch damit konfrontiert werden, dass ohne seine Mitarbeit kein Fortschritt möglich ist. Dabei können eine Erhöhung der Therapiestundenzahl pro Woche oder Möglichkeiten von Kontakten zwischen den Therapiestunden (per Mail oder Telefon) erörtert werden. Häufig ist durch diese Erhöhung der Kontaktfrequenz genügend Sicherheit für den Patienten zu erreichen und er kann sich öffnen. Wenn, wie im dritten Fallbeispiel, widersprüchliche Ziele vorliegen, sollte zunächst versucht werden, mit der therapeutischen Arbeit am primär behindernden Modus anzusetzen.

**Grenzen der Behandlung.** In seltenen Fällen ist trotz aller genannten Interventionen kein Fortschritt zu erzielen und es kann notwendig werden, die Therapiestunden zunächst zu reduzieren, z. B. damit der Patient erneut seine Ziele überdenken kann oder die Rahmenbedingungen verbessert werden können. Manchmal kann es auch notwendig werden, die Therapie zumindest für eine Zeit zu unterbrechen. Der Therapeut kann nicht die alleinige Verantwortung für den Therapiefortschritt übernehmen.

## 2.3 Konkrete Lösungsvorschläge

**Fallbeispiel 1.** Die Therapeutin schlägt Jessica P. einen Stuhldialog vor, um gemeinsam die verschiedenen Modi zu erkennen und den Hintergrund für das Schweigen besser zu verstehen.

T: Frau P., ich würde gerne das, was gerade hier passiert, einmal mit Hilfe von verschiedenen Stühlen besser verstehen, ist das okay?

P: *(Schweigt.)*

T: *(Stellt einen Stuhl auf.)* Bitte setzen Sie sich doch einmal auf diesen Stuhl hier. *(Patientin zögert erst, wechselt aber dann auf den Stuhl.)* Wenn Sie einmal in sich hinein fühlen ..., was ist da grad und was möchte dieser Anteil sagen?

P: Nichts.

T: Okay. Das ist der Anteil, den wir Mauer genannt haben, der beschützt die kleine Jessica. Darf ich diesen als Mauer ansprechen und »du« sagen?

P: Von mir aus.

T: *Okay. (Stellt einen weiteren Stuhl auf.)* Und hier sitzt noch ein anderer Anteil von Ihnen, von dem wir auch wissen, dass es ihn gibt. Das ist der Stuhl für die kleine, verletzbare Jessica. Wechseln Sie doch bitte einmal hierher.

P: *(Atmet schwer durch, wechselt aber den Stuhl.)*

T: Ich weiß, das ist nicht leicht. Ich rede den Anteil auch mit »du« an, okay? Was fühlst du hier? Spüre mal in dich hinein. Was denkst du?

P: *(Verstummt.)*

T: Okay, das geht grad noch nicht, das ist völlig okay. Bitte wechsel noch einmal auf den Stuhl der Mauer.