



Leseprobe aus: Reiss, Vogel, Empathische Konfrontation in der Schematherapie, ISBN 978-3-621-28137-9
© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28137-9>

2 Empathische Konfrontation des distanzierten Beschützermodus

2.1 Beschreibung des distanzierten Beschützermodus

Der Modus des distanzierten Beschützers ist ein maladaptiver Bewältigungsmodus, in dem Patienten bemüht sind, Leid durch emotionale Distanzierungsstrategien (z. B. Dissoziation, Substanzkonsum, Aufmerksamkeitslenkung nach außen) zu mindern. Aus Angst vor einer Überwältigung durch intensive, meist negative, Gefühle (z. B. Trauer, Scham) versuchen Patienten im Modus des distanzierten Beschützers alle Gefühle von sich fern zu halten. Sie wirken, als seien ihre Gefühle abgestellt, sie handeln roboterhaft und automatisiert. Dementsprechend kann es zu schweren Selbstverletzungen und Suizidversuchen kommen, beides mit dem Ziel, aktuelles emotionales Leiden von sich fern zu halten oder zu beenden. Da eine selektive Distanzierung von Gefühlen kaum gelingt, blenden Patienten im Modus des distanzierten Beschützers häufig alle Gefühle aus, was zu Gefühlen innerer Leere oder auch Schwierigkeiten im Bereich der Identität führen kann.

Beispiel

- T: Cindy, der Dienstarzt hat mir berichtet, dass Sie letzte Nacht in die Notaufnahme mussten, weil Sie versucht hatten, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen. Wollen Sie mir erzählen, wie es dazu gekommen ist?
- P: Mein Freund hat Schluss gemacht.
- T: Das tut mir leid.
- P: Ach, eigentlich ist es mir egal.
- T: Wie geht es Ihnen denn gerade jetzt?
- P: *(Schulterzucken.)* Weiß nicht.
- T: Sind Sie traurig?
- P: Nein, eigentlich ist mir alles egal.

Im Modus des distanzierten Beschützers ist die Fähigkeit der Emotionsverarbeitung des Patienten, ebenso wie in allen anderen maladaptiven Bewältigungsmodi, gestört. Gerade in der Psychotherapie ist es aber notwendig, emotionale Verarbeitungsprozesse zu initiieren. Wenn Patienten folglich Therapiestunden im Modus des distanzierten Beschützers oder auch in einem der anderen Bewältigungsmodi verbringen, wird das Ziel einer Veränderung von Emotionen verfehlt. Dementsprechend muss es Ziel einer schematherapeutischen Behandlung sein, dem Patienten möglichst schnell dazu zu verhelfen, von einem maladaptiven Bewältigungsmodus in einen anderen Modus, mit

dem der Therapeut im Rahmen der Therapie an einer Emotionsveränderung arbeiten kann, zu wechseln.

Eine weitere maladaptive Verhaltensstrategie des distanzierten Beschützermodus ist es, andere Menschen von sich fern zu halten und Hilfe zurückzuweisen mit dem Ziel, sich selbst vor Verletzungen durch andere Menschen zu schützen. Hier werden Bezüge zu den Schemata (z. B. Misstrauen/Missbrauch) deutlich. Im Kontakt mit einem Patienten im Modus des distanzierten Beschützers fühlt sich sein Gegenüber zurückgewiesen oder erlebt den Patienten als passiv, negativistisch oder desinteressiert. Folglich werden im Modus des distanzierten Beschützers soziale Kontakte manchmal zwar aufgesucht, aber distanziert-emotionslos geführt, sodass sie schließlich eingeschränkt oder abgebrochen werden, was bei häufigem Auftreten dieses Modus zu sozialer Isolation der betroffenen Patienten führen kann.

Beispiel

T: Häufig fällt es Patienten sehr schwer, einen ersten ambulanten Psychotherapietermin zu vereinbaren, da sie oft nur die Anrufbeantworter der ambulant arbeitenden Psychotherapeuten erwischen.

P: (*Nickt.*)

T: Vielleicht könnten wir im Rollenspiel üben, was Sie in einem solchen Fall auf den Anrufbeantworter sprechen könnten?

P: Nein, ich glaube, das wird mir nicht helfen.

T: Wieso nicht?

P: Weil das nichts bringt, wenn Sie mir dabei auch noch zuhören.

T: Wir könnten genau erarbeiten, was Sie sagen könnten.

P: Nein, das vergesse ich sowieso wieder.

T: Wir könnten es aufschreiben.

P: Nein, das hilft nichts. Machen Sie sich keine Mühe, ich würde das Blatt doch nur verlieren.

Im Beispiel wird deutlich, wie die Patientin jede Hilfestellung des Therapeuten von sich weist. Dabei wird sie weder feindselig noch aggressiv, sondern bleibt in der Beziehung zum Therapeuten distanziert und unverbindlich.

Im Modus des distanzierten Beschützers beschreiben Patienten Gefühle der Langleweiligkeit (»Ich weiß dann gar nichts mit mir anzufangen«), aber auch dissoziative Zustände wie Derealisation oder Depersonalisation. Auch Strategien der Selbstberuhigung oder Selbststimulation können einer Variante des distanzierten Beschützermodus, dem distanzierten Selbstberuhiger oder -stimulierer, zugeordnet werden. Eine Unterscheidung dieser Modi kann im Rahmen der schematherapeutischen Fallkonzeptualisierung vorgenommen werden, falls dies im individuellen Behandlungsfall sinnvoll erscheint (z. B. bei Patienten mit Abhängigkeitsproblematiken). Vor allem kann Alkohol- und Drogenkonsum als distanzierte Selbstberuhigungsstrategie angeführt werden, jedoch finden sich auch Essanfälle, pathologisches Spielen, exzessiver Sport, Workaholismus, Selbstverletzungen und exzessiver Internet- oder auch Porno-

konsum. Auch Suizidgedanken können eine Strategie des Auftretens eines distanzier-ten Beschützers sein. Insofern ist therapeutisch relevant, stets die Funktion eines bestimmten Verhaltens (z. B. Selbstverletzungen) zu erfragen, um diese dem passen- den Modus zuzuordnen zu können.

Im Modus des distanzierten Beschützers nutzen Patienten häufig unterschiedliche maladaptive Distanzierungsstrategien, sodass es wichtig ist, die unterschiedlichen Strategien des distanzierten Beschützers im Rahmen des schematherapeutischen Fallkonzepts gemeinsam mit dem Patienten zu besprechen. Gleichzeitig sollte die Möglichkeit bestehen, das Fallkonzept um weitere maladaptive Strategien des Modus zu erweitern, falls diese im Verlauf der Therapie auftauchen sollten.

Beispiel

Modus-Konzept Annemarie

Annemarie stellt sich mit einer chronifizierten Depression zur Behandlung vor und bittet um therapeutische Unterstützung bei der Bewältigung ihrer langjährigen Schwierigkeiten. Sie empfinde an nichts mehr Freude und auch zahlreiche frühere Psychotherapien und psychopharmakologische Behandlungen hätten ihr nicht geholfen. Sie sei manchmal traurig, meist aber leer. Sie fühle sich nicht in der Lage, etwas zu verändern, sondern grübele über das Leben nach und sehne sich nach dem Tod. Sie rauche täglich ein Päckchen Zigaretten und tue sonst eigentlich nichts, da es ihr immer so schlecht gehe. Manchmal nehme sie die Benzodiazepine, die der Arzt ihr verschrieben habe, dies mache es ihr leichter. Ihre Söhne seien alt genug und könnten sich nun selbst versorgen, ihr Mann arbeite täglich.

Gesunder Erwachsener:
erneutes Aufsuchen einer Psychotherapie

Strafender Elternmodus:
gewalttätige, invalidierende Eltern

Fordernder Elternmodus:
»Nur wer arbeitet,
hat eine Daseinsberechtigung«

Vulnerabler Kindmodus:
traurig, minderwertig

Bewältigungsmodus:

Distanzierter Beschützer

- ▶ Nichtwahrnehmung eigener Gefühle und Bedürfnisse
- ▶ Grübeln
- ▶ Sehnen nach dem Tod
- ▶ Konsum von Zigaretten
- ▶ Einnahme von Benzodiazepinen

Abbildung 2.1 Modus-Modell von Annemarie

Sie sei in einer Familie mit vier jüngeren Schwestern auf dem Land aufgewachsen. Im landwirtschaftlichen Betrieb der Eltern habe sie früh mit anpacken müssen. Nur wer mitgearbeitet habe, habe eine Daseinsberechtigung gehabt. Häusliche Gewalt sei an der Tagesordnung gewesen und ihre Mutter habe ihr immer gesagt, dass der Mensch nur im Tod von den täglichen Qualen erlöst werde.

Vor Beginn jeder Intervention in der Schematherapie ist es notwendig, den Modus des Patienten zu erkennen. Hierfür können verschiedene Analyseebenen herangezogen werden.

Modusanalyse:

- (1) Welches vorherrschende Gefühl können Sie als Therapeut bei Ihrem Patienten wahrnehmen?
- (2) Welche Gedanken verbalisiert der Patient?
- (3) Welches Verhalten zeigt der Patient?
- (4) Welches Ziel verfolgt der Patient (bewusst oder unbewusst)? Was ist die Absicht des Patienten?

2.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Modus des distanzierten Beschützers

2.2.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens

Zu Beginn einer empathischen Konfrontation des distanzierten Beschützermodus ist es hilfreich, dem Patienten zu helfen, den Modus zu erkennen und ihn zu benennen. Wenn möglich, kann der Therapeut hier auf die oben beschriebenen Analyseebenen zurückgreifen und dem Patienten somit die Möglichkeit geben, zu lernen, den Modus anhand der beschriebenen Kriterien selbstständig zu erkennen.

Beispiel

T: Hallo Pia, wieso sitzen Sie denn auf dem Boden vor Ihrem Zimmer?

P: (*Zuckt die Schultern.*) Weiß nicht. Musste mal raus.

T: (*Geht in die Hocke.*) Ist alles in Ordnung?

P: (*Dreht sich weg.*) Passt schon.

T: Ich habe das Gefühl, es ist nicht alles in Ordnung. Kann ich irgendetwas für Sie tun?

P: (*Schaut auf den Boden.*) Nein, ich komme schon alleine klar. Gehen Sie mal, Sie haben sicherlich auch noch was anderes zu tun.

Im Fallbeispiel könnte der Therapeut auf der Verhaltensebene feststellen, dass Pia »die Schultern zuckt«, »sich wegdreht« und »auf den Boden schaut«. Sie versucht, die

Verbindung zwischen ihr und dem Therapeuten auf ein Minimum zu beschränken. Pia antwortet kurz und nichtssagend, am Ende des Beispiels weist sie den Therapeuten direkt von sich. Pia möchte den Therapeuten wegschicken. Auf der Gefühlsebene wird deutlich, dass es für den Therapeuten schwierig sein dürfte, ein vorherrschendes Gefühl auszumachen. Alle Anzeichen sprechen dafür, dass sich Pia im Modus des distanzierten Beschützers befindet. Im Rahmen des ersten Schrittes einer empathischen Konfrontation ist es nun Aufgabe des Therapeuten, der Patientin dabei zu helfen zu erkennen, dass sie sich gerade im Modus des distanzierten Beschützers befindet.

Beispiel

- P: (*Schaut auf den Boden.*) Nein, ich komme schon alleine klar. Gehen Sie mal, Sie haben sicherlich auch noch was anderes zu tun.
- T: Nein, im Moment möchte ich gerne bei Ihnen bleiben. Pia, wie geht es Ihnen denn jetzt gerade?
- P: Wie gesagt, es passt schon.
- T: Versuchen Sie mal zu spüren, ob Sie irgendein Gefühl oder ein Bedürfnis bei sich wahrnehmen können.
- P: (*Zögert kurz.*) Hm, ich weiß nicht, nicht so richtig.
- T: O. k., woran haben Sie denn gerade gedacht, als wir uns unterhalten haben?
- P: Ich habe an gar nichts gedacht. Ich wollte bloß irgendwie allein gelassen werden.
- T: Aha. Ist Ihnen aufgefallen, was Sie gesagt und getan haben?
- P: Nein.
- T: Ah, o. k. Sie haben sich von mir abgewandt und ich habe das Gefühl bekommen, dass Sie mich ganz weit auf Abstand gehalten haben. Kann das sein?
- P: Ja, das kann sein.
- T: Wenn Sie also keine Gefühle oder Bedürfnisse wahrnehmen und auch nichts so wirklich denken, sich von mir abwenden und mir signalisieren, dass ich Sie allein lassen soll – haben Sie eine Idee, welcher Modus das sein könnte?

2.2.2 Verstärken der Bindung

Bereits bei der Benennung des Modus sollte der Fokus des Therapeuten auf der Gestaltung der Therapiebeziehung im Sinne des Limited Reparenting (begrenzte elterliche Fürsorge) liegen. Der Modus des distanzierten Beschützers erfüllt u. a. die Funktion, Distanz zwischen dem Therapeuten und dem Patienten herzustellen, da der Patient fürchtet, verletzt oder von Gefühlen überwältigt zu werden. Aufgabe des Therapeuten ist, dem Patienten Sicherheit zu geben, ihm gegenüber Verständnis für das Aufkommen des Modus entgegenzubringen und seine Absicht zu erklären (z. B.: »Ich kann verstehen, dass es im Moment wirklich schwierig für Sie ist und ich möchte Ihnen versichern, dass ich Sie nicht verletzen will«). Es ist wichtig, dem Patienten im Modus des distanzierten Beschützers Fürsorge, Schutz und Interesse zu vermitteln, um ihn zu beruhigen (»Es ist verständlich, dass Ihr distanzierter Beschützer gerade jetzt da

ist, damit Sie nicht überrannt werden, aber ich möchte wirklich für Sie da sein und Ihnen helfen«). Es ist hilfreich, die Aussagen sehr persönlich und in Ich-Form zu formulieren und kongruent zu bleiben. Gleichzeitig ist es notwendig, der eigenen Besorgnis um die kindlichen Anteile und die Erfüllung der Bedürfnisse des Patienten Ausdruck zu verleihen und die Veränderung des distanzierten Beschützermodus zu einem Therapieziel zu machen. Zwischen dem Verständnis für den Modus des distanzierten Beschützers und seiner Funktion und der Kommunikation der Notwendigkeit einer Veränderung dieses Modus sollte eine Balance entstehen.

Beispiel

- P: Es stimmt, dass ich gestern wieder den ganzen Tag damit verbracht habe, Videos zu schauen. Aber heute ist das nicht mehr wichtig, lassen Sie uns am Aktivitätenaufbau weiterarbeiten.
- T: Karl, ich kann gut verstehen, dass Sie sich jetzt lieber nicht mit dem Videokonsum von gestern auseinandersetzen möchten. Ich habe den Eindruck, es könnte Ihr distanzierter Beschützer sein, der jetzt die Kontrolle übernimmt, kann das sein?
- P: Weiß nicht, kann sein.
- T: Ich kann verstehen, dass Ihr distanzierter Beschützer gerade jetzt auftaucht, weil ich den Videokonsum angesprochen habe. Er versucht vermutlich, den kleinen Karl zu beschützen, weil Ihr strafender Elternteil Sie im Hintergrund schon wieder runtermacht, weil Sie gestern Videos geschaut haben. Und ich kann mir vorstellen, dass Sie befürchten, dass ich auch so reagieren werde. Das ist aber gar nicht meine Absicht. Es ist nicht o. k., Sie runterzumachen, wie es Ihr strafender Elternteil tut, und ich möchte das ganz sicher nicht. Ich möchte wirklich für Sie da sein und Ihnen helfen, aber das kann ich eben nur dann wirklich gut, wenn ich auch mitbekomme, was Sie belastet.

2.2.3 Biographische Validierung

Im folgenden Teil der empathischen Konfrontation werden die Vorteile und die Nachteile des distanzierten Beschützermodus abgewogen. Dafür werden sowohl die Vergangenheit als auch die aktuelle Situation des Patienten herangezogen. Im Schritt »Biographische Validierung« werden zunächst die Vorteile des distanzierten Beschützers in Bezug auf die Kindheit und Jugend sowie die damals vorherrschenden Umweltbedingungen erarbeitet. Zunächst soll also die Funktion des Modus in der Biographie des Patienten validiert werden. Hierfür ist es notwendig, die Biographie des Patienten zu kennen und sich darüber klar zu werden, welche Ereignisse und Personen im Verlauf des Lebens des Patienten zur Entstehung und Verfestigung dieses Modus beigetragen haben sowie in welchen Situationen sich der Modus als nützlich erwiesen hat. Die Kenntnis der einzelnen Schemata des Patienten, insbesondere des Schemas »Misstrauen/Missbrauch«, ist hilfreich. Häufig können Patienten im Verlauf der Therapie von weiteren aktuellen Ereignissen berichten, die die Kernaussagen ihres distanzierten Modus bestätigen. Diese werden dann im Schritt »Pro & Contra im aktuellen Leben« eingearbeitet. Im Rahmen der empathischen Konfrontation können

Therapeuten auf das Wissen über aktuelle und vergangene Ereignisse im Zusammenhang mit dem Modus des distanzierten Beschützers zurückgreifen.

Beispiel

- T: Ich möchte wirklich für Sie da sein, gerade jetzt, da es offensichtlich schwierig für Sie ist, über den Termin heute zu berichten.
- P: (*Schaut weg.*) Hm.
- T: Ich finde es nachvollziehbar, dass Ihr distanzierter Beschützer jetzt auftaucht, wenn wir versuchen herauszufinden, warum Sie den Termin beim Arbeitsamt nicht wahrgenommen haben. Mir ist klar, dass es für Sie ganz und gar nicht einfach war, diesen Termin zu vereinbaren und sicherlich schon gar nicht, dann auch hinzugehen. Ich weiß, dass Sie große Angst vor solchen Terminen haben. Und ich kann mir vorstellen, dass es nicht einfach für Sie ist, mir zu erzählen, warum es nicht geklappt hat.
- P: (*Schaut weg.*) Ich will einfach nicht mehr darüber nachdenken.
- T: Also hilft Ihnen der distanzierte Beschützer dabei, dieses Ereignis gedanklich wegzuschieben, sodass Sie nicht mehr darüber nachdenken müssen.
- P: (*Nickt.*)
- T: Das spricht natürlich dafür, diesen Modus beizubehalten. Ich erinnere mich, dass Sie mir mal erzählt haben, dass es früher schon so war, dass es einige Situationen gab, in denen es gut war, alles einfach wegzuschieben, um nicht mehr davon belastet zu sein.
- P: (*Schaut den Therapeuten an und dann wieder weg.*)
- T: Zum Beispiel, als sich Ihre Eltern immer wieder getrennt haben und dann wieder zusammengekommen sind. Da haben Sie mir mal von einer Situation erzählt, als Ihr Vater einmal für mehrere Wochen verschwunden war und Sie das ausgeblendet haben. Erinnern Sie sich?
- P: (*Nickt.*)
- T: Sie haben gesagt, Ihre Mutter war ganz traurig damals und weinte und konnte sich gar nicht um Sie kümmern. Das war eine der Situationen, die Sie mir berichtet hatten, in denen der distanzierte Beschützer hilfreich war. Vermutlich hatten Sie selbst damals große Angst, denn es ist ja schwierig für ein Kind, wenn der Vater ganz plötzlich weg ist. Und Sie hätten jemanden gebraucht, der Sie bei der Bewältigung dieser Angst unterstützt hätte. Aber Ihre einzige andere Bezugsperson, Ihre Mutter, war nicht verfügbar, weil sie selbst so belastet war. Um nicht von der Angst oder auch anderen Gefühlen überrannt zu werden, haben Sie versucht, es wegzuschieben und nicht mehr daran zu denken.
- P: Stimmt. Damals hat das auch funktioniert, zumindest ein bisschen.
- T: Und gerade deswegen, weil das damals funktioniert hat, hat Ihr distanzierter Beschützer heute so viel Kraft und bestimmt oft Ihr Leben. Und gleichzeitig bereitet Ihnen genau dieser Modus heute auch manchmal Schwierigkeiten, z. B. eben gerade.

Im Fallbeispiel wird die biographische Validierung in Bezug auf die Kindheitserlebnisse des Patienten vorgenommen. Um für den Patienten zu verdeutlichen, in welchen Situationen der distanzierte Beschützer im Verlauf seines Lebens eine hilfreiche Rolle gespielt hat, kann mit dem Patienten das Handout 2 »Erinnerungen an Situationen, in denen mein distanzierter Beschützer mir geholfen hat« bearbeitet werden.

2.2.4 Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten

Gleichzeitig zur Validierung wird die Funktionalität des distanzierten Beschützermodus im aktuellen Leben des Patienten hinterfragt. Hierbei kann das Handout »Pro und Contra distanzierter Beschützer« zu Hilfe gezogen werden. Dabei werden auch Gefühle und Modi erarbeitet, die hinter dem Modus stehen. Prinzipiell kommen hierfür alle schmerzhaften Modi infrage, d. h. die kindlichen Modi und die dysfunktionalen Elternmodi. Ziel ist, dass der Patient in die Lage versetzt wird, seine eigenen Bedürfnisse, die sich vor allem in den kindlichen Modi widerspiegeln, emotional fassen zu können.

Beispiel

T: Und gerade deswegen, weil das damals funktioniert hat, hat Ihr distanzierter Beschützer heute so viel Kraft und bestimmt oft Ihr Leben. Und gleichzeitig bereitet Ihnen genau dieser Modus heute auch manchmal Schwierigkeiten, z. B. eben gerade. Heute kommen Sie ja in die Therapie, um gemeinsam mit mir zu schauen, wie Sie mit solchen Situationen wie heute Morgen besser umgehen können, aber ich kann Ihnen nicht gut helfen, wenn ich gar nicht weiß, was genau passiert ist.

P: Hm.

T: Früher war Ihr distanzierter Beschützer wichtig, aber heute übernimmt er oft die Kontrolle, wenn das nicht hilfreich ist, z. B. hier in der Therapie, aber auch in der Beziehung zu Ihrer Frau.

P: Ja, stimmt, da stelle ich meine Ohren auch so auf Durchzug, wenn sie ärgerlich ist.

T: Und gleichzeitig geht es Ihnen dabei nicht gut.

P: Nein, eigentlich fühle ich mich überfordert und habe Angst, noch mehr falsch zu machen.

T: Und in diesen Momenten hindert Ihr distanzierter Beschützer Sie daran, sich mit dem zu beschäftigen, was wirklich wichtig ist, so wie heute am Anfang der Therapie.

P: Ich merke das manchmal gar nicht. Und ich weiß auch nicht, wie ich das ändern kann.

Am Ende dieses Schrittes der empathischen Konfrontation besteht die Möglichkeit, die erarbeiteten Vor- und Nachteile des distanzierten Beschützers sowie das Fazit aus der empathischen Konfrontation schriftlich festzuhalten und dem Patienten die erarbeiteten Punkte mit nach Hause zu geben.

2.2.5 Entscheidungsfindung

Im folgenden Abschnitt der empathischen Konfrontation findet die Entscheidungsfindung statt. Nachdem Patient und Therapeut die Vor- und Nachteile des distanzierten Beschützermodus gemeinsam erarbeitet haben und der Patient einen Bezug zu seinen eigenen Bedürfnissen herstellen konnte, stellt sich die Frage, ob der Patient seinen distanzierten Beschützermodus in der Form beibehalten möchte, die er aktuell erlebt oder ob er diesen Modus reduzieren möchte. Es ist möglich, dass ein Patient sich dafür entscheidet, seinen Bewältigungsmodus nicht zu reduzieren. Insbesondere in

einer weiterhin gefährdenden Umgebung (z. B. missbrauchende Beziehungen, Leben auf der Straße, Arbeit in der Prostitution etc.) ist diese Entscheidung nachvollziehbar. Aufgabe des Therapeuten ist es in diesem Fall, sowohl an einer Veränderung der Umgebungsbedingungen zu arbeiten (z. B. an einer Entscheidung des Patienten, aus einer Wohnung auszuziehen, die mit einem misshandelnden Partner geteilt wird), als auch den Bewältigungsmodus weiterhin empathisch zu konfrontieren. Es muss klar sein, dass es wenig sinnvoll ist, einzig an Bewältigungsmodi zu arbeiten, wenn die Umgebungsvariablen aus unterschiedlichen Gründen nicht verändert werden. In diesem Fall würde der Bewältigungsmodus im täglichen Erleben des Patienten andauernd bestätigt werden (z. B. »Du kannst anderen nicht vertrauen«, »Andere werden dich verletzen«, »Du kannst Gefühle/Situationen nicht aushalten«).

Die Entscheidung, den Bewältigungsmodus zu reduzieren, muss der Patient selbst treffen, auch wenn der Therapeut ihn bei der Entscheidungsfindung unterstützt. Kann ein Patient nach wiederholten empathischen Konfrontationen eines Bewältigungsmodus nicht die Entscheidung treffen, diesen zu reduzieren und behindert der betreffende Bewältigungsmodus die Veränderung des Patienten hinsichtlich des Erreichens der Therapieziele, ist es für den Therapeuten notwendig, sich die Frage zu stellen, ob die gewählte Therapie zu diesem Zeitpunkt für den Patienten hilfreich und sinnvoll ist. In der Schematherapie wird davon ausgegangen, dass die Entscheidung eines Patienten zur Reduktion eines Bewältigungsmodus sehr schwierig und häufig langwierig ist. Dementsprechend wird die Grenze einer Therapiebeendigung sehr spät gesetzt. Dennoch besteht die Möglichkeit, dass von Seiten des Therapeuten die Entscheidung getroffen werden kann, dass das aktuelle Therapieangebot zum aktuellen Zeitpunkt für einen Patienten nicht mehr sinnvoll ist, da der Patient sich zur Beibehaltung eines bestimmten maladaptiven Bewältigungsmodus entschieden hat und die Therapie folgerichtig beendet werden muss. In einem solchen Fall ist es wichtig, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass die Therapie wieder aufgenommen werden kann, wenn sich die Ausgangsbedingungen bzw. die Entscheidung des Patienten hinsichtlich seines Bewältigungsmodus verändern.

Während der Therapeut im Rahmen der empathischen Konfrontation auf der einen Seite mit der rigiden Unveränderbarkeit eines Bewältigungsmodus konfrontiert werden kann, ist es auf der anderen Seite auch möglich, dass Patienten sich wünschen, den Bewältigungsmodus völlig aufzugeben. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, im Schritt »Biographische Validierung« noch einmal herauszuarbeiten, aus welchen Gründen der Bewältigungsmodus entstanden ist und in welchen Situationen er sich als hilfreich erwiesen hat. Daraufhin wird im Schritt »Pro und Contra im aktuellen Leben« gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet, ob es im heutigen Leben des Patienten theoretisch Situationen geben könnte, in denen der Bewältigungsmodus hilfreich sein könnte. In manchen Situationen kann der Einsatz bestimmter Bewältigungsmodi sinnvoll und nicht schädlich sein. Therapeutische Selbstöffnung kann an dieser Stelle die Entscheidung des Patienten unterstützen. Wichtig ist, dem Patienten zu verdeutlichen, dass der Modus des gesunden Erwachsenen die Kontrolle übernimmt, dieser jedoch die Möglichkeit hat, den Modus des distanzierten Beschützers an- und wieder

auszuschalten, sollte dieser in einer Notfallsituation vonnöten sein. D. h., während im aktuellen Leben der Bewältigungsmodus des Patienten die Kontrolle übernimmt und automatisiert Handlungen nach Vorgaben des Bewältigungsmodus vorgenommen werden, soll der Patient lernen, dem Modus des gesunden Erwachsenen die Kontrolle zu übergeben, sodass dieser nur in klar definierten Notfallsituationen Bewältigungsmodi zur Unterstützung rufen und diese nach Ende der Situation auch wieder wegschicken kann.

Beispiel

P: Also, dann bringt mir mein distanzierter Beschützer doch ganz schön viele Nachteile. Das ist wirklich ganz schön blöd von mir, dass ich den immer noch habe.

T: Das finde ich nicht. Wenn Sie noch einmal überlegen, in wie vielen Situationen in Ihrem Leben er Ihnen geholfen hat, dann ergibt das für mich sehr viel Sinn, dass Sie den noch haben.

P: Das stimmt, aber jetzt ist ja doch vieles anders.

T: Das ist sicher richtig, aber es ist auch nicht so leicht, das zu verändern.

P: Nein, also ich will den nicht mehr, diesen distanzierten Beschützer.

T: Gibt es vielleicht auch Situationen in Ihrem jetzigen Leben, in denen er immer noch hilfreich sein könnte?

P: Das kann ich mir nicht vorstellen.

T: Also ich habe ja auch einen distanzierten Beschützer. Manchmal hilft mir das, wenn mein gesunder Erwachsener den distanzierten Beschützer zur Hilfe ruft, wenn ich z. B. in der Klinik von meinem Oberarzt vor dem gesamten Stationsteam in der Besprechung angemotzt werde. Es ist allerdings auch gut, dass mein gesunder Erwachsener die Kontrolle hat und ich den distanzierten Beschützer gleich wieder ablegen kann, sobald ich mit meiner Lieblingskollegin alleine bin und ihr erzählen kann, was da gerade los war. Denn so kann ich dann von ihr Trost und gute Ratschläge bekommen, was ich jetzt machen kann, um die Situation zu klären.

P: Ach so. Ja, dann wäre es vielleicht gut, wenn mein gesunder Erwachsener auch meinen distanzierten Beschützer im Notfall rufen könnte, denn manchmal schreit mich meine Chefin auch ganz schön an und dann merke ich immer schon, wie ich am liebsten auf sie losgehen würde. Aber ich habe keine Kollegin, die mir dann helfen könnte.

T: O. k., aber wenn Ihr gesunder Erwachsener da ist, könnten Sie ja entweder mich kurz kontaktieren und wir überlegen uns, was Sie machen könnten oder aber Sie könnten es ja auch nach der Arbeit mit Ihrer Betreuerin besprechen, wenn die sie abholt. Und da wäre es wichtig, dass wir es schaffen, Ihren distanzierten Beschützer zu reduzieren, denn genau dann fällt es Ihnen ja schwer, aus dem Modus rauszukommen und zu erzählen, was passiert ist.

P: O. k., also muss der distanzierte Beschützer nicht ganz weg, sondern kleiner werden und der gesunde Erwachsene größer.

T: *(Nickt.)*

Am Ende des Schrittes »Entscheidungsfindung« kann das Handout »Pro und Contra des distanzierten Beschützers im aktuellen Leben« erneut genutzt werden, um die Entscheidung des Patienten unter dem Punkt »Fazit« festzuhalten.

2.2.6 Konkrete Veränderungsvorschläge

Im letzten Schritt der empathischen Konfrontation erarbeitet der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten konkrete Verhaltensveränderungsschritte, sodass das hinter dem Modus des distanzierten Beschützers versteckte Bedürfnis erfüllt werden kann. Zusätzlich können die Verhaltensveränderungsschritte, z. B. in einem Rollenspiel, eingeübt werden.

Beispiel

- P: Ich möchte schon, dass meine Mauer (*Name, der dem Modus des distanzierten Beschützers zuvor gegeben wurde*) niedriger wird und ich anderen zeigen kann, wie es mir wirklich geht. Ich weiß aber nicht, wie.
- T: Das Bedürfnis hinter dem distanzierten Beschützer könnte also sein, dass Ihr verletzlicher Teil gesehen und diesem Teil geholfen wird, ja? Ich habe da vielleicht ein paar Ideen. Lassen Sie uns doch noch mal die Situation von eben ganz genau anschauen, o. k.?
- P: O. k.
- T: Mir ist als erstes aufgefallen, dass Sie von mir abgewandt saßen und wie durch mich hindurch gesehen haben. Wissen Sie, was ich meine?
- P: Ja, schon.
- T: Gut. Vielleicht wäre es eine Möglichkeit, sich zu mir umzudrehen und Blickkontakt herzustellen. Geht das?
- P: Ja, das geht.
- T: (*Lächelt.*) Können Sie mein Lächeln erwidern?
- P: (*Lächelt leicht.*) Ja.
- T: Wie fühlt sich das an?
- P: Ganz gut.
- T: Schön, das freut mich. Wenn Sie also etwas an Ihrer Sitzposition, an Blickkontakt und Mimik verändern, dann verändert sich etwas an Ihrem distanzierten Beschützer, richtig?
- P: Komisch, aber das könnte stimmen.
- T: Sollen wir noch mal schauen, ob es noch andere mimische Veränderungen geben kann, mit denen Sie mir gegenüber Gefühle zeigen können, wenn Sie möchten?
- P: Ja, gerne. Aber ich weiß nicht, ob ich es gleich schaffe, meine Mimik zu verändern.
- T: Das ist nicht schlimm. Wir können ja die Mimik üben und für jedes Gesicht auch eine kleine Karte mit dem Gesichtsausdruck malen und immer dann, wenn Sie es nicht schaffen, den Gesichtsausdruck selbst zu zeigen, können Sie erstmal auf die Karte zeigen. Wie wäre das?

Im Fallbeispiel erarbeitet der Therapeut ganz konkrete Veränderungsschritte in der Sitzposition und der Mimik der Patientin und lässt die Patientin diese Veränderungsschritte in der Sitzung ausprobieren. Die Patientin kann somit unterschiedliche Intensitäten im Auftreten ihres distanzierten Beschützers erleben, je nachdem, welche Veränderungsschritte sie in verschiedenen Situationen umsetzt.

2.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung

2.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens

Bereits zu Beginn der Intervention können Schwierigkeiten dadurch entstehen, dass der Therapeut den Modus des Patienten nicht erkennt oder sich durch den Modus des distanzierten Beschützers in theoretische Überlegungen verstricken lässt, die nicht zur Veränderung des Patienten im Sinne der Therapieziele beitragen.

Beispiel

T: Hallo Ralf, schön, dass Sie da sind. Wie hat es mit den Hausaufgaben geklappt?

P: Ganz gut.

T: Super, das freut mich. Erzählen Sie mal.

P: (*Schaut verträumt.*) Ach wissen Sie, es war wirklich nicht schwierig, vielleicht sollten wir die Therapiezeit für etwas anderes nutzen.

T: Hm, ist etwas passiert, was wir dringlich besprechen sollten? Ich möchte schon hören, was bei der Hausaufgabe passiert ist, aber ich möchte natürlich auch wissen, wenn etwas Dringendes anliegt.

P: (*Schaut ins Leere.*) Ich finde es sehr dringlich. Tatsächlich habe ich mich gefragt, ob Hausaufgaben ein sinnvoller Weg sind, meine Schwierigkeiten zu bewältigen. Ich fühle mich dann sehr unter Druck und das kann ja nicht gut sein. Das ist wohl mein fordernder Elternmodus. Ich muss das wirklich noch mal überdenken. Ich denke, es ist wirklich wichtiger, dass ich meine Schwierigkeiten gedanklich fassen kann.

T: Das kann ich verstehen. Vielleicht müssen wir an Ihrem fordernden Elternmodus arbeiten.

P: Das habe ich auch gedacht. Erklären Sie mir doch nochmal, wie man das genau macht.

Im Fallbeispiel achtet der Therapeut stark auf den Modus des fordernden Elternteils, von dem der Patient berichtet. Hierbei übersieht er den Modus des distanzierten Beschützers, der aktuell in der Situation präsent ist und der nun erkannt und benannt werden sollte. In diesem Fall ist es wichtig, sich die Absicht des Modus des Patienten zu verdeutlichen – im Modus des distanzierten Beschützers ist das Ziel eine Distanzierung von vermeintlich belastenden Gefühlen, Situationen oder Personen. Bei Patienten mit depressiven Störungen ist insbesondere auf Grübelgedanken zu achten, die eine häufige Distanzierungsstrategie darstellen. Patienten mit dieser Form eines distanzier-ten Beschützers berichten in der Therapiesitzung häufig, dass sie sich »viele Gedanken über« das betreffende Veränderungsthema gemacht haben, jedoch erscheint die Umsetzung einer Verhaltensänderung im Vergleich zu den Grübelgedanken im Hintergrund. Wichtig ist, diese Wahrnehmung mit dem Patienten zu besprechen und die langfristigen Konsequenzen dieser maladaptiven Verhaltensstrategie des distanzier-ten Beschützers zu verdeutlichen.