Reiss • Vogel

Empathische Konfrontation in der Schematherapie

ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Reiss • Vogel

Empathische Konfrontation in der Schematherapie

Neele Reiss • Friederike Vogel

Empathische Konfrontation in der Schematherapie

Mit Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift der Autorinnen:

Dr. phil. nat. Neele Reiss
Goethe-Universität Frankfurt
Abteilung für Diffentielle Psychologie und Psychologische Diagnostik
Postfach 65 PEG, Grüneburgplatz 1
60629 Frankfurt am Main

Dr. med. Friederike Vogel
Institut für Psychotherapie Mainz (IPSTI-MZ)
Kaiserstr. 18
55116 Mainz

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-28137-9).

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

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage 2014

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2014
Programm PVU Psychologie Verlags Union
http://www.beltz.de

Lektorat: Andrea Schrameyer
Herstellung: Sonja Frank
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: veer/2312827
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28167-6

Inhaltsübersicht

Geleitwort		11
Vorwort		15
1	Einführung in die Schematherapie	17
2	Empathische Konfrontation des distanzierten Beschützermodus	32
3	Empathische Konfrontation des vermeidenden Beschützermodus	63
4	Empathische Konfrontation des Compliant Surrenderer	83
5	Empathische Konfrontation des ärgerlichen Beschützers	102
6	Empathische Konfrontation des Bully & Attack-Modus	122
7	Empathische Konfrontation des narzisstischen Selbstüberhöhungsmodus	142
8	Empathische Konfrontation des forensischen Trickser- und Manipulierer-Modus (Conning and Manipulative Mode)	166
9	Empathische Konfrontation in der Gruppenschematherapie	184
10	Schematherapeutische Supervision	214
Literatur		223
Sachwortverzeichnis		224

Inhalt

Geleitwort 11

Vorwort 15

1 Einführung in die Schematherapie 17

1.1 Hintergrund 17

1.2 Das Modus-Modell 18

1.2.1 Kindmodi 19

1.2.2 Dysfunktionale Elternmodi 20

1.2.3 Maladaptive Bewältigungsmodi 21

1.2.4 Funktionale Modi 23

1.3 Die vier Interventionsebenen in der Schematherapie 24

1.4 Der Verlauf einer Schematherapie 26

1.5 Die empathische Konfrontation 26

1.6 Materialien 30

2 Empathische Konfrontation des distanzierten Beschützermodus 32

2.1 Beschreibung des distanzierten Beschützermodus 32

2.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Modus des distanzierten Beschützers 35

2.2.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 35

2.2.2 Verstärken der Bindung 36

2.2.3 Biographische Validierung 37

2.2.4 Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten 39

2.2.5 Entscheidungsfindung 39

2.2.6 Konkrete Veränderungsvorschläge 42

2.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung 43

2.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 43

2.3.2 Verstärken der Bindung 44

2.3.3 Biographische Validierung und Empathie sowie Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten 46

2.3.4 Entscheidungsfindung 47

2.3.5 Konkrete Veränderungsvorschläge 49

2.4 Umgang mit Suizidalität 49

2.5 Materialien 56

3 Empathische Konfrontation des vermeidenden Beschützermodus 63
3.1 Beschreibung des vermeidenden Beschützermodus 63
3.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Modus des vermeidenden Beschützers 67
3.2.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 67
3.2.2 Verstärken der Bindung 68
3.2.3 Biographische Validierung und Empathie 69
3.2.4 Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten 71
3.2.5 Entscheidungsfindung 73
3.2.6 Konkrete Veränderungsvorschläge 75
3.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung 76
3.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 76
3.3.2 Verstärken der Bindung 77
3.3.3 Biographische Validierung und Empathie sowie Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten 78
3.3.4 Entscheidungsfindung 78
3.3.5 Konkrete Veränderungsvorschläge 79
3.4 Materialien 79

4 Empathische Konfrontation des Compliant Surrenderer 83
4.1 Beschreibung des Compliant Surrenderer 83
4.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Modus des Compliant Surrenderer 87
4.2.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 87
4.2.2 Verstärken der Bindung 90
4.2.3 Biographische Validierung und Empathie 90
4.2.4 Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten 91
4.2.5 Entscheidungsfindung 92
4.2.6 Konkrete Veränderungsvorschläge 93
4.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung 94
4.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 94
4.3.2 Verstärken der Bindung 94
4.3.3 Biographische Validierung und Empathie sowie Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten 95
4.3.4 Entscheidungsfindung 97
4.4 Materialien 97

5 Empathische Konfrontation des ärgerlichen Beschützers 102
5.1 Beschreibung des Modus des ärgerlichen Beschützers 102
5.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Modus des ärgerlichen Beschützers 106
5.2.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 106
5.2.2 Verstärken der Bindung 107
5.2.3 Biographische Validierung und Empathie 107
5.2.4 Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten 108
5.2.5 Entscheidungsfindung 110
5.2.6 Konkrete Veränderungsvorschläge 110
5.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung 110
5.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 110
5.3.2 Verstärken der Bindung 111
5.3.3 Biographische Validierung und Empathie, Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten sowie konkrete Veränderungsvorschläge 114
5.4 Materialien 114

6 Empathische Konfrontation des Bully & Attack-Modus 122
6.1 Beschreibung des Bully & Attack-Modus 122
6.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Bully & Attack-Modus 126
6.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung 129
6.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 129
6.3.2 Verstärken der Bindung 129
6.3.3 Biographische Validierung und Empathie, Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten sowie konkrete Veränderungsvorschläge 131
6.4 Materialien 131

7 Empathische Konfrontation des narzisstischen Selbstüberhöhungsmodus 142
7.1 Beschreibung des narzisstischen Selbstüberhöhungsmodus 142
7.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Modus des narzisstischen Selbstüberhöhers 150
7.2.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens und Verstärken der Bindung 150
7.2.3 Biographische Validierung und Empathie, Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten und Entscheidungsfindung 152
7.2.4 Konkrete Veränderungsvorschläge 152

7.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung 153
7.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 153
7.3.2 Verstärken der Bindung 154
7.3.3 Biographische Validierung und Empathie, Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten sowie konkrete Veränderungsvorschläge 156
7.4 Materialien 156

8 Empathische Konfrontation des forensischen Trickser- und Manipulierer-Modus (Conning and Manipulative Mode) 166
8.1 Beschreibung des forensischen Trickser- und Manipulierer-Modus 166
8.2 Besonderheiten der empathischen Konfrontation beim Lügenmodus 170
8.3 Fallstricke und typische Schwierigkeiten in der Umsetzung 175
8.3.1 Benennen des maladaptiven Bewältigungsmodus und des maladaptiven Verhaltens 175
8.3.2 Verstärken der Bindung 176
8.3.3 Biographische Validierung und Empathie, Pro und Contra im aktuellen Leben des Patienten, Entscheidungsfindung sowie konkrete Veränderungsvorschläge 177
8.4 Materialien 177

9 Empathische Konfrontation in der Gruppenschematherapie *(Joan M. Farrell • Ida A. Shaw)* 184
9.1 Schritt 1: Verbindung zum Patienten und positive Absicht deutlich machen 187
9.2 Schritt 2: Das maladaptive Verhalten des Patienten benennen 188
9.3 Schritt 3: Empathie 188
9.4 Schritt 4: Korrigierendes Verhalten anbieten 191
9.5 Schritt 5: Entscheidung zur Veränderung des Verhaltens treffen 192
9.6 Wichtige Prinzipien der empathischen Konfrontation in der Gruppe 193
9.7 Wenn empathische Konfrontation nicht effektiv ist 203
9.8 Materialien 205

10 Schematherapeutische Supervision 214

Literatur 223

Sachwortverzeichnis 224

Geleitwort

Einige der herausfordernsten Momente in der Psychotherapie entstehen, wenn Therapeuten durch ihre (durch eigene Schemata ausgelösten) emotionalen Reaktionen aus dem Konzept gebracht werden, weil Patienten in maladaptive Bewältigungsmodi wechseln. In meiner Arbeit mit narzisstischen Patienten beispielsweise bin ich häufig mit Patienten konfrontiert, dir von einem distanzierten, emotional abgetrennten Zustand in einem emotional erregten (häufig ärgerlichen) Zustand wechseln – einen Zustand, der Elemente von Zynismus, Schikane, Kritik oder Ansprüchlichkeit beinhaltet. In diesen Momenten merke ich, wie ich selbst die (nicht hilfreiche) Wut des inneren kleinen Mädchens, das »nie wieder unterworfen werden möchte«, abwehren muss.

Unsere Schemata und Modi werden häufig früh in der Entwicklung angelegt, wenn wichtige emotionale Bedürfnisse nicht erfüllt wurden. Gemeinsam mit unserem Temperament können diese in unser emotionales Überlebenssystem integriert und zur Handlungsanweisung werden, wie wir auf wahrgenommene Bedrohungen reagieren. Unter bestimmten Bedingungen werden aus der Vergangenheit bekannte, nicht auszuhaltende Gefühle der Einsamkeit, Scham, Unzulänglichkeit, Verlassenheit, Ablehnung, Kontrolle oder sogar des Missbrauchs ausgelöst, die die Ausgangsbasis für unbewusste maladaptive Modusaktivierungen sind.

Der Parallelprozess des Patienten und des Therapeuten, wenn beide in ihren maladaptiven Modi gefangen sind, kann zu negativen Behandlungsergebnissen führen, insbesondere wenn der Therapeut die ausgeformten, selbstzerstörerischen Muster des Patienten zulässt, indem er selbst vermeidet, aufgibt, zurückschlägt, bestraft oder den Patienten überprotegiert und ihm somit die Möglichkeit des notwendigen »Wachsens« entzieht.

Im Schema-Modus-Modell wird die Notwendigkeit eines sicheren, flexiblen und gleichzeitig empathisch auf den Patienten eingestellten Therapeuten klar gefordert. Dieser sollte seine persönlichen Modusauslöser kennen und regulieren können, um dem Patienten die Konsequenzen dieser selbstzerstörerischen Muster und ihrer Auswirkung auf andere zu bewusst zu machen – ohne den Charakter des Patienten zu zerstören. Ein Schematherapeut kommt als »echte« Person in das Behandlungszimmer: eine Person, die zufällig auch ein Experte ist – nicht andersherum. Diese Sichtweise ist notwendig, um in der Rolle eines »begrenzten Elternteils« wirksam zu sein und dem Patienten zu helfen, frühe Wunden zu heilen und seine Bedürfnisse adäquat erfüllt zu bekommen.

Eine der wichtigsten Strategien der Schematherapie zur Behandlung schwieriger Patienten (einschließlich narzisstischer Patienten) ist die *empathische Konfrontation*. Das Wort »empathisch« ist die verständnisvolle Seite der Strategie – zu verstehen, einen Sinn zu erkennen, eine sensorische Bewusstheit der mentalen, emotionalen und erlebten Erfahrung des anderen zu kultivieren. »Konfrontation« ist das Ansprechen, das Zur-Rechenschaft-Ziehen oder die grenzsetzende Seite der Strategie.

Die Kombination aus beiden Konstrukten ist das strategische Beleuchten eines maladaptiven Modus. Im folgenden Beispiel wird die Anwendung dieser Strategie bei einem narzisstischen Patienten illustriert.

Beispiel

»Ich verstehe (empathischer Teil), dass das Herumkommandieren anderer Leute und das Durchsetzen Ihres Willens etwas ist, was Ihnen als Kind und als junger Mann erlaubt wurde. Es wurde Ihnen vermittelt, dass es Ihnen zusteht, sich so zu verhalten und dass es Teil Ihrer Männlichkeit und ein Weg zum Erfolg sei. Ihr Vater war hierfür ein Rollenmodell. Aber (Konfrontationsteil) diese Erziehung und das Modelllernen haben Sie nicht auf die Wirklichkeit vorbereitet, in der die Gefühle von Menschen verletzt werden, insbesondere der Menschen, die Sie lieben. Sie verhalten sich Ihren Mitmenschen gegenüber nicht fair, wenn Sie in diesem kontrollierend-ansprüchlichen Modus sind, in dem Sie Ihren Willen durchzusetzen versuchen und andere kritisieren … Ich kann einiges davon genau hier und jetzt fühlen, es passiert in diesem Moment zwischen uns. Und obwohl ich Psychotherapeutin bin, Ihre Geschichte verstehen kann und auch den Schmerz des kleinen verlorenen Jungen kennengelernt habe, fühle ich mich durch Ihre Worte und Ihren Tons angegriffen … ein Gefühl, das andere, die vielleicht keine Ausbildung zum Psychotherapeuten haben, als überwältigend, abschreckend oder inakzeptabel erleben.«

Ich bin wirklich hocherfreut, dass meine Freunde und Kollegen Dr. Neele Reiss und Dr. Friederike Vogel gemeinsam mit den internationalen Expertinnen der Gruppenschematherapie, Dr. Joan Farrell und Ida Shaw, die ein wunderbares Kapitel beigetragen haben, dieses hervorragende Werk zu empathischer Konfrontation in der Schematherapie geschrieben haben.

Dr. Vogel und Dr. Reiss, ebenso wie Dr. Farrell und Ms. Shaw, haben viele Jahre ihrer klinischen und wissenschaftlichen Arbeit der Schematherapie (als evidenzbasiertem Modell) gewidmet. Jetzt bieten sie mit diesem hilfreichen Buch einen umsichtigen und zugänglichen Leitfaden für den Einsatz der Strategie der empathischen Konfrontation (die von Dr. Jeffrey Young, dem Gründer der Schematherapie, entwickelt wurde) bei einigen der komplexesten und herausforderndsten Störungsbilder mit rigide eingebetteten Bewältigungsmodi an.

Die Autorinnen sind herausragend in der klaren Beschreibung spezifischer Fallbeispiele mit individuellen Patienten sowie im Gruppensetting. Sie werden sicherlich viele der Szenarien als charakteristisch für die besonderen Herausforderungen erkennen, die wir in unseren eigenen Behandlungssettings antreffen … und möglicherweise auch in unseren persönlichen Erfahrungen.

Ich empfehle dieses außergewöhnliche Buch jedem, der sich in der Umgebung von aufsässigen Vermeidern, Schikanierern und Selbsterhöhern, distanzierten Beschützern

und sich unterwerfenden Modi bewegt und im Umgang mit diesen Modi sicherer werden möchte. Zudem erhalten Sie einen kurzen Einblick in die Kunst des schematherapeutischen Gruppendesigns und der einzigartigen Kultivierung von Empathie und Verantwortlichkeit in diesem Setting.

Springfield, New Jersey, im Herbst 2013

Wendy T. Behary
President of the International Society of Schema Therapy (ISST)
(Expert and author for issues of narcissm)

Vorwort

Die Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie, die von Therapeuten und Patienten mit zunehmendem Interesse verfolgt wird. Während ursprünglich die Arbeit mit maladaptiven Schemata im Vordergrund stand, wird in den letzten Jahren verstärkt mit dem Moduskonzept gearbeitet (Young et al., 2003; Jacob & Arntz, 2011; Jacob & Seebauer, 2013). Alle vorliegenden Wirksamkeitsstudien arbeiten mit diesem Ansatz (Jacob & Arntz, 2013).

In unseren Workshops, Fortbildungen und Supervisionen arbeiten wir ebenfalls mit dem Modus-Modell, wobei Anwendungsbeispiele und Fälle für Teilnehmer von größtem Interesse sind. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass gerade die empathische Konfrontation eine Technik in der Schematherapie ist, die zwar in Workshops gelehrt, bisher aber nur auszugsweise in der Literatur beschrieben ist. Gerade deswegen haben wir uns über die Möglichkeit gefreut, mit dem Beltz Verlag das vorliegende Buch zu dieser Technik zu realisieren.

Nach einer kurzen Einführung in die Schematherapie folgen die Kapitel einem vergleichbaren Aufbau. Zunächst erfolgt eine Vorstellung des maladaptiven Bewältigungsmodus, auf den in dem betreffenden Kapitel fokussiert wird. Es folgt eine Falldarstellung mit dem entsprechenden Modus-Modell. Im Anschluss werden die Besonderheiten in der empathischen Konfrontation des betreffenden Bewältigungsmodus in einzelnen Schritten dargestellt, bevor schließlich Fallstricke in den beschriebenen Schritten dargestellt werden. Abschließend finden sich in jedem Kapitel Materialien, die im Rahmen der empathischen Konfrontation der unterschiedlichen Bewältigungsmodi eingesetzt werden können.

Zusätzlich findet sich ein Kapitel zur empathischen Konfrontation in Gruppen von Joan Farrell und Ida Shaw. Die schematherapeutische Gruppentherapie (vgl. Farrell & Shaw, 2013) ist eine neue und interessante Entwicklung der vergangenen Jahre mit dem Potential, die Schematherapie einer größeren Anzahl an Patienten zugänglich zu machen. Nach ersten Wirksamkeitsnachweisen (Farrell et al., 2009) wird das Konzept aktuell in einer multizentrischen Studie unter Leitung von Arnoud Arntz und Joan Farrell weiter evaluiert. Wir freuen uns deswegen besonders darüber, dass Joan Farrell und Ida Shaw sich bereit erklärt haben, ihr hervorragendes therapeutisches Wissen und Können zu den Möglichkeiten der empathischen Konfrontation in der Gruppe mit uns und den Lesern dieses Buches zu teilen. Wir möchten uns hierfür herzlich bei Joan Farrell und Ida Shaw bedanken.

Wir haben uns entschieden, Patienten in den in diesem Buch beschriebenen Fallbeispielen mit den Vornamen und mit der Anrede »Sie« anzusprechen, um Einheitlichkeit zwischen den Kapiteln zu gewährleisten. Wir möchten unsere Leser bitten, dies den in ihrem Kulturkreis üblichen Formen der Anrede, dem Alter der Patienten u. Ä. anzupassen.

Unser Dank gilt außerdem Frau Schrameyer vom Beltz Verlag für ihre unterstützende und kompetente Begleitung und Revision dieses Buchprojekts. Wir hatten stets das Gefühl, uns mit allen Fragen und Anliegen an sie wenden zu können.

Unser besonderer Dank gilt selbstverständlich unseren Patientinnen und Patienten. Mit ihnen durften wir Schematherapie lernen und neue Techniken ausprobieren. Sie haben uns Fehler verziehen und uns gleichzeitig gelehrt, »es in Zukunft besser zu machen«. Alle Fälle in diesem Buch sind so stark verfremdet, dass die Personen dahinter nicht erkannt werden können. Eventuelle Ähnlichkeiten sind zufällig.

Wir danken auch unseren schematherapeutischen Supervisoren, Joan Farrell, Ida Shaw und Gitta Jacob für die Begleitung, Unterstützung und immer wieder hilfreichen Tipps – sie haben uns als Therapeuten geprägt.

Abschließend danken wir unseren Freunden und Familien für ihre Geduld mit uns und unserer »Leidenschaft« – der Schematherapie.

Mainz, im Herbst 2013

Neele Reiss
Friederike Vogel

1 Einführung in die Schematherapie

1.1 Hintergrund

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young et al. (2003) speziell für die Behandlung von Non-Respondern auf klassische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) entwickelt. Diese Gruppe von Patienten ist charakterisiert durch schwierige zwischenmenschliche Verhaltens- und Erlebensmuster, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen oder andere chronische psychische Störungen. Durch die Entwicklung bestimmter Lebensmuster – der Schemata – und aktueller emotionaler Zustände – der Schema-Modi (kurz: Modi) – können Verhalten und Erleben der Patienten gut erklärt werden. Symptome aktueller psychischer Störungen und Symptome von Persönlichkeitsstörungen werden gleichermaßen in ein Störungsmodell integriert.

Bei der Schematherapie handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie, in die tiefenpsychologische Elemente, Elemente aus der Bindungstheorie, der Gestalttherapie und emotionsorientierte Interventionsstrategien eingebunden sind. Bei einem dysfunktionalen Schema handelt es sich um ein breites, übergeordnetes Lebensmuster bzw. -thema, das ein Konglomerat aus Gedanken, Gefühlen, Körperwahrnehmungen und Erinnerungen darstellt. Da in diesem Buch die Arbeit mit dem Modus-Modell im Vordergrund steht, verzichten wir auf eine ausführliche Darstellung des Schema-Modells. Durch die Arbeit an den Modi, emotional aufgeladenen aktuell vorherrschenden Zuständen, die durch zu einem bestimmten Zeitpunkt dominierende Gedanken, Gefühle, Erinnerungen und Verhaltensweisen charakterisiert sind, wird die therapeutische Arbeit im »Hier und Jetzt« erleichtert. Es kann gezielt darauf hingearbeitet werden, dass der Patient in der Therapiesitzung in einem emotionalen Zustand ist, in dem eine emotionale Verarbeitung möglich ist.

Zentrale Ziele in der Schematherapie sind die Erarbeitung und angemessene Erfüllung sogenannter Kernbedürfnisse des Patienten, um damit langfristig eine Heilung dysfunktionaler Schemata und Modi zu erreichen. Young et al. (2003) haben fünf Kernbedürfnisse definiert, die in Kindheit und Jugend von engen Bezugspersonen erfüllt werden sollten:

(1) Sicherheit/Vorhersagbarkeit/Liebe/Bindung
(2) Autonomie/Kompetenzgefühl
(3) Freiheit, eigene Gefühle auszudrücken und diese validiert zu bekommen
(4) Spiel/Spontanität
(5) Das Erleben realistischer Grenzen

Die angemessene Erfüllung dieser Kernbedürfnisse in Kindheit und Jugend, so die Theorie der Schematherapie, ermöglicht ein gesundes Reifen der Persönlichkeit und eine stabile psychische Gesundheit im Erwachsenenalter. Gerade Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und anderen chronischen psychischen Erkrankungen haben in

vielen Fällen erlebt, dass diese Kernbedürfnisse in Kindheit und Jugend aus verschiedenen Gründen (z. B. Krankheit oder Tod von wichtigen Bezugspersonen, Vernachlässigung, Missbrauch etc.) nicht oder nicht ausreichend erfüllt wurden. Dementsprechend haben sie auch nicht gelernt, diese Bedürfnisse im Erwachsenenalter wahrzunehmen und selbst Sorge dafür zu tragen, dass sie angemessen erfüllt werden.

In diesem Kontext spielt die besondere Therapiebeziehung in der Schematherapie, das sogenannte Limited Reparenting (übersetzt mit »begrenzte Nachbeelterung« oder »begrenzte elterliche Fürsorge«) eine wichtige Rolle. Im Rahmen des Limited Reparenting stellt der Therapeut ein Modell einer Bezugsperson dar, die dem Patienten als Kind gefehlt hat, und ist damit gleichzeitig ein Modell für den Modus des gesunden Erwachsenen des Patienten. Das heißt, der Therapeut verhält sich begrenzt wie ein »guter Elternteil«, der dem Patienten hilft, seine Bedürfnisse wahrnehmen zu lernen und sie sich entsprechend in adaptiver und angemessener Weise erfüllen zu können. Im Gegensatz zur behavioral-verbalen Erarbeitung von Fertigkeiten zur Bedürfniserfüllung erlebt der Patient seinen Therapeuten folglich als Rollenmodell, das er internalisieren kann. Dieses wichtige Kernprinzip der Schematherapie stellt eine eigene Interventionsebene dar, die im Weiteren noch ausführlicher erläutert werden wird.

Die Schematherapie zielt auf langfristige und stabile Veränderung in der Symptomatik eines Patienten und die Verbesserung seiner Lebensqualität. In den bisher durchgeführten randomisierten kontrollierten Studien zur Schematherapie (Giesen-Bloo et al., 2006; Farrell et al., 2009; Nadort et al., 2009) zeigten sich umfassende Verbesserungen der Symptomatik in verschiedenen Problembereichen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zudem konnte eine Verbesserung im Bereich der Lebensqualität nachgewiesen werden (Giesen-Bloo et al., 2006).

1.2 Das Modus-Modell

In der Schematherapie wird zusehends stärker mit dem Modus-Modell gearbeitet.

Bei einem Modus handelt es sich um einen Zustand oder »state«, der zu einem bestimmten Zeitpunkt vorherrscht und vorübergehend Gedanken, Gefühle, Erleben und Verhalten bestimmt. Das in Abschnitt 1.1 erläuterte übergeordnete Ziel der Schematherapie, die Kernbedürfnisse des Patienten angemessen zu erfüllen, wird nach dem Modus-Modell stets unter Berücksichtigung der aktuell vorherrschenden Zustände, d. h. der Modi, erarbeitet. Bei bestimmten Störungsbildern, z. B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, können die Modi, durch interne oder externe Stimuli ausgelöst, sehr rasch wechseln. Modi werden als nicht oder nicht ausreichend integrierte Anteile der Persönlichkeit angesehen, die in Abhängigkeit von der Schwere der Störung auch unverbunden nebeneinander stehen können. Somit kann auch die Integration der verschiedenen Selbstanteile in die Persönlichkeit des Patienten als ein Ziel der Schematherapie angesehen werden.

Ein wichtiger Vorteil des Modus-Modells ist, dass Änderungen in Kognition, Emotion und Verhalten im »Hier und Jetzt« bearbeitet werden können. Befindet

sich ein Patient zu Beginn einer Sitzung in einem dysfunktionalen Modus (z. B. dem Modus des strafenden Elternteils), wird dies direkt vom Therapeuten angesprochen und eine entsprechende Intervention durchgeführt. Es gibt dementsprechend »modusspezifische« Interventionen, die es dem Therapeuten erlauben, gezielt an dem aktuell vorherrschenden Modus zu arbeiten (z. B. Stühletechnik zur Bekämpfung des strafenden Elternmodus).

Darüber hinaus erlaubt das Modus-Konzept Patienten und Therapeuten eine funktionale Distanzierung von emotional belastenden Verhaltensweisen (z. B. Degradierung des Therapeuten durch einen Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung in einem narzisstischen Selbstüberhöhungsmodus). Weiterhin erlaubt eine systematische Beobachtung bzw. ein Monitoring der Modi (z. B. im Rahmen eines Modus-Tagebuchs) einen Überblick darüber, wie häufig sich ein Patient in einem bestimmten Modus befindet und welche Auslöser Moduswechsel verursachen.

Im Folgenden werden einzelne Modi und das Modus-Konzept kurz vorgestellt.

1.2.1 Kindmodi

Befindet sich ein Patient in einem Kindmodus, dann wird vor allem die Gefühlskomponente eines Modus deutlich spürbar, d. h., Gefühle von Ärger, Traurigkeit etc. sind sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten wahrnehmbar. Die Kindmodi werden so genannt, weil sich das Gefühl, in dem sich der Patient in einem Kindmodus befindet, ähnlich anfühlt wie in Situationen, in denen sich der Patient als Kind befunden hat. Die Gefühle werden überwiegend sehr intensiv und überwältigend empfunden. Die Gedanken und Verhaltensweisen eines Patienten in einem kindlichen Modus passen zu den jeweils vorherrschenden Gefühlen.

Der vulnerable Kindmodus

Wenn sich ein Patient in einem vulnerablen oder verletzlichen Kindmodus befindet, kann er sich genauso hilflos, verlassen und traurig fühlen, wie er sich schon als Kind (z. B. in einer realen Verlassenheitssituation) gefühlt hat. Das dominierende Gefühl in diesem Modus kann individuell stark variieren (einsam, missbraucht, ignoriert, ängstlich, im Stich gelassen etc.) und wird mit dem jeweiligen Patienten erarbeitet. Gedanken eines Patienten in einem vulnerablen Kindmodus können sein: »Lass mich nicht im Stich«, »Ich habe Angst« oder auch »Warum ist niemand da?«. Im Verhalten sind Patienten häufig zurückhaltend, weinen oder zeigen ihre Angst. Besonders charakteristisch ist das »kindlich-hilflose« Gefühl dabei, d. h., dem Patienten fehlen gesunde, erwachsene Strategien, um sich aus diesem Modus herauszuhelfen, indem er seine Bedürfnisse wahrnehmen und entsprechend handeln kann. Durch Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus im Lauf der Therapie soll ein Patient lernen, Zugang zu seinem vulnerablen Kindmodus zu bekommen und mit den damit verbundenen Gefühlen funktional umzugehen.

Der wütende Kindmodus

Im ärgerlichen oder wütenden Kindmodus fühlen und verhalten sich Patienten wie ein Kind, das sich ungerecht behandelt fühlt, weil ein wichtiges Kernbedürfnis nicht erfüllt wurde. Meist steht der Modus des vulnerablen Kindes direkt dahinter, d. h., eine Verletzung ist Auslöser, um in diesen Modus zu geraten. Bei bestimmten Störungsbildern, wie z. B. der Borderline- oder der Antisozialen Persönlichkeitsstörung, kann es auch zu einem wütenden Kindmodus kommen, in dem sich ein Patient wie ein »außer Rand und Band« geratenes Kind verhält (schreit, beißt, Türen knallt etc.). Häufige Gedanken in diesem Modus sind »Das ist unfair« oder »Das ist gemein«. Der Patient fühlt meist »heiße Wut«, gestikuliert oft stark, will aber niemanden gezielt verletzen, sondern lediglich »Dampf ablassen«.

Die undisziplinierten Kindmodi

Hierbei wird der Modus des impulsiven Kindes von dem des undisziplinierten Kindes unterschieden. Bei beiden steht der Lustgewinn bzw. die Unlustvermeidung im Vordergrund. Im Modus des impulsiven Kindes handelt ein Patient unüberlegt, rücksichtslos und impulsiv, ohne an die Konsequenzen für sich und andere zu denken. Die Gedanken sind auf die Erfüllung des aktuellen Wunsches gerichtet (»Ich will …«). Patienten in diesem Modus wirken oft verwöhnt und haben Schwierigkeiten mit Belohnungsaufschub.

Patienten im undisziplinierten Kindmodus empfinden Routinearbeiten als anstrengend (»Dazu habe ich aber keine Lust …«) und brechen diese infolgedessen oft frühzeitig ab. Sie haben ebenfalls Schwierigkeiten mit Belohnungsaufschub.

1.2.2 Dysfunktionale Elternmodi

Auch in den sogenannten Elternmodi ist die Gefühlskomponente eines Modus für Patient und Therapeut deutlich spürbar. Der Begriff der »dysfunktionalen Elternmodi« ist nicht unumstritten. Es handelt sich um einen internalisierten Anteil früherer Bezugspersonen, die mit dem Patienten nicht gut umgegangen sind. Da dies bei weitem nicht immer die Eltern waren (sondern Lehrer, Geschwister, Mitschüler, Großeltern bzw. häufig eine Mischung aus mehreren Bezugspersonen), sollte gemeinsam mit den Patienten ein passender Name ausgewählt werden.

Der strafende Elternmodus

Im strafenden Elternmodus fühlen sich die Patienten wie in früheren Situationen, in denen sie von einer Bezugsperson gedemütigt, gestraft, beleidigt oder in anderer Art und Weise schlecht behandelt wurden oder in denen ihnen die Schuld an bestimmten Ereignissen gegeben wurde. In diesem Modus sind Patienten davon überzeugt, dass dieser internalisierte Anteil, der sie jetzt genauso behandelt wie die Bezugspersonen früher, Recht hat. Wichtige Emotionen in diesem Modus können Schuld, Scham, Selbsthass sein. Typische Gedanken und Äußerungen von Patienten in diesem Modus sind: »Du bist ein schlechter Mensch, fett und hässlich!«, »Du gehst

allen nur auf die Nerven, kein Wunder, dass dich keiner mag«, »Du bist schuld daran, dass es XY so schlecht geht!«, »Du bist eine Belastung«. Manche Patienten verstummen aber auch vollständig, wenn sie sich in diesem Modus befinden, ziehen sich zurück oder bestrafen sich, z. B. durch Selbstverletzung.

Der fordernde Elternmodus

Der fordernde Elternmodus repräsentiert die Internalisierung früherer Bezugspersonen, die den Patienten in Kindheit und Jugend regelmäßig in Überforderungssituationen gebracht haben oder modellhaft überhöhte Normen vorgelebt haben. Wie beim strafenden Elternmodus hat auch hier der Patient das Gefühl, dass dieser Modus Recht hat und kann kaum eine andere Perspektive einnehmen. Die Patienten beschreiben, einen starken Druck zu spüren und berichten vom Gefühl, »etwas zu müssen« oder »etwas nicht zu dürfen«. Typische Gedanken und Äußerungen eines Patienten in diesem Modus sind: »Du musst das schaffen, sonst …«, »Du darfst deine Gefühle nicht zeigen, heul nicht rum, reiß dich zusammen«. Die Patienten stellen überhöhte Forderungen an sich selbst, die typischerweise nicht zu schaffen sind. Dies kann sich im Leistungsbereich (»nur Arbeit und gute Leistung zählen«), aber auch in moralischen Belangen (»die eigenen Bedürfnisse sind immer unwichtiger als die der anderen Menschen«) zeigen. Viele Patienten versuchen dann auf der Verhaltensebene den Anforderungen entsprechende Leistungen zu zeigen.

1.2.3 Maladaptive Bewältigungsmodi

Wenn Patienten schwierigen, für sie kaum bewältigbaren Situationen in Kindheit und Jugend ausgesetzt waren und ihnen kein angemessenes Modell zum Erlernen gesunder Erwachsenen-Strategien zur Verfügung stand, entstehen Bewältigungsmodi. Diese »schützen« vor schmerzhaften Situationen und Gefühlen in Kindheit und Jugend und helfen dabei, schwierige Situationen oder Gefühle zu bewältigen. Charakteristischerweise waren diese Modi mit ihren Kognitions-, Emotions- und Verhaltensmustern in der Kindheit und der jeweiligen früheren Umwelt »adaptiv«, d. h., sie haben häufig das Überleben des Patienten auf irgendeine Art und Weise gesichert. Allerdings sind diese Bewältigungsmodi heute, in einer veränderten Umwelt, meist nicht mehr oder nur noch sehr kurzzeitig oder in sehr ausgewählten situativen Kontexten adaptiv und bereiten den Patienten in ihrem allgemeinen Alltag eher Schwierigkeiten, da sie zeitweise vollständig die Kontrolle und somit die Funktion des gesunden Erwachsenenmodus übernehmen.

In den maladaptiven Bewältigungsmodi gelingt es zwar, schmerzhafte Gefühle kurzfristig zu bewältigen, langfristig bleiben wichtige Bedürfnisse jedoch unerfüllt.

Dementsprechend sind sie maladaptiv und müssen, um ein gesundes, selbstbestimmtes Leben führen zu können, im Verlauf der Therapie reduziert werden, da sie die Lebensqualität beeinträchtigen. Jeder maladaptive Bewältigungsmodus hat mindestens eine, meist jedoch mehrere maladaptive Verhaltensweisen oder -strategien. Diese maladaptiven Strategien in Verhalten und Aufmerksamkeitslenkung sind Patienten häufig nicht bewusst. Die übergeordnete Funktion der maladaptiven

Bewältigungsmodi ist es, mit den schmerzhaften Kind- und Elternmodi »umzugehen« und damit schmerzhafte Gefühle besser aushalten zu können. Daher ist den maladaptiven Bewältigungsmodi gemeinsam, dass Gefühle nicht mehr oder nicht mehr so stark wahrgenommen werden. Ein Problem dabei ist, dass entsprechend auch positive Gefühle oder auch andere Signale aus der Umwelt von einem Patienten in diesem Modus nicht mehr ausreichend gut wahrgenommen werden können, sodass die Flexibilität in der Verhaltensanpassung beeinträchtigt wird. Eine weitere Besonderheit der Bewältigungsmodi ist ihre begrenzte zeitliche Wirkung. Meist kommen nach »Zusammenbruch« eines Bewältigungsmodus die »ausgeschalteten« Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen oder Modi umso heftiger zurück.

Die maladaptiven Bewältigungsmodi werden in drei Unterkategorien eingeteilt:

- den sich unterwerfenden,
- den vermeidenden und
- den überkompensierenden Bewältigungsmodi.

Der Compliant-Surrender-Modus (Bewältigungsstrategie: Unterwerfung)

Im Modus des Compliant Surrender richten Patienten Ihre Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse anderer aus und ordnen sich den tatsächlichen oder vermeintlichen Bedürfnissen anderer unter, um Konflikte oder das Auftreten negativer Gefühle zu vermeiden. Dabei werden eigene Bedürfnisse ignoriert, eigene Grenzen nicht verteidigt und für eigene Rechte nicht eingestanden. Patienten in diesem Modus verhalten sich oft passiv unterwürfig und angepasst und suchen Rückversicherung beim Gegenüber.

Der Modus des distanzierten Beschützers (Bewältigungsstrategie: Vermeidung)

Im Modus des distanzierten Beschützers stellen Patienten »ihre Gefühle ab«, sie wirken distanziert, unbeteiligt und unverbindlich. Sie lenken ihre Aufmerksamkeit weg von anderen Personen oder bedrohlichen Gefühlen. Der Beziehungsaufbau ist in diesem Modus deutlich erschwert, oft sogar unmöglich. Angebote der Unterstützung werden abgewiesen. Häufig berichten Patienten, sich in diesem Modus innerlich leer, gelangweilt und unbeteiligt zu fühlen (»alles egal«). Dieser Modus kann mit Essanfällen, Hungern, PC-Spielen, Workaholismus, Konsum von Suchtstoffen, Dissoziation etc. assoziiert sein.

Varianten des distanzierten Beschützermodus können ein ärgerlicher oder aggressiver Beschützermodus sein, der durch aggressives, zynisches oder feindseliges Verhalten das Gegenüber »auf Abstand hält« (Bewältigungsstrategien dieses Modus sind im Grenzbereich Vermeidung und Überkompensation), oder ein Modus des vermeidenden Beschützers. Im Modus des vermeidenden Beschützers steht die situative Vermeidung negativer Emotionen und Konflikte im Vordergrund.

Der Selbstüberhöher-Modus (engl. Self-Aggrandizer) (Bewältigungsstrategie: Überkompensation)

In diesem Modus stellen sich Patienten gegenüber ihren Mitmenschen als überlegen dar und/oder degradieren andere Menschen. Sie verhalten sich unempathisch, kom-

petitiv und rücksichtslos, z. T. sogar missbrauchend, um eigene Bedürfnisse zu erfüllen und negative eigene Gefühle nicht spüren zu müssen.

Der Bully & Attack-Modus (dt. Schikane- und Angriff) (Bewältigungsstrategie: Überkompensation)
In diesem Modus sind Patienten aggressiv, es besteht ein intensives Gefühl von Ärger, Hass und Wut, der sich in gefährlicher Weise gegen andere richtet. Patienten in diesem Modus wirken bedrohlich, treten entweder massiv verbal oder körperlich aggressiv auf, um andere gezielt zu schädigen oder sogar zu vernichten. Dieser Modus tritt auf, wenn sich ein Patient subjektiv bedroht fühlt und »präventiv« das bedrohliche Gegenüber ausschalten will, um sich zu schützen.

Neben den oben beschriebenen sind weitere maladaptive Bewältigungsmodi beschrieben worden (vgl. van Vreeswijck et al., 2012).

1.2.4 Funktionale Modi

Zusätzlich zu den Kind-, den dysfunktionalen Eltern- und den maladaptiven Bewältigungsmodi sind mit dem Modus des gesunden Erwachsenen und dem Modus des glücklichen Kindes zwei funktionale Modi etabliert worden. Es ist wichtig, bei der Erarbeitung des Modus-Modells mit dem Patienten nicht zu vergessen, dass jeder Patient auch einen gesunden Erwachsenenmodus hat – der sich bereits äußert, indem der Patient eigeninitiativ eine Therapie aufsucht.

Der Modus des gesunden Erwachsenen
In diesem Modus kann ein Patient für seine eigenen Rechte einstehen, kann sich adäquat um seine Pflichten kümmern und ausreichende Selbstfürsorge betreiben. Er berücksichtigt in angemessener Art und Weise eigene Grenzen und verteidigt diese gegebenenfalls, er berücksichtigt aber gleichzeitig die Grenzen anderer in angemessener Art und Weise. Es besteht eine gesunde Balance zwischen Arbeit und Freizeit. Charakteristischerweise ist das Denken und Handeln in diesem Modus durch Flexibilität gekennzeichnet. Typische Gedanken können sein: »Das wird schon«, »Das ist eine neue Herausforderung. Wenn ich es nicht schaffe, geht die Welt nicht unter.« Das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, ist geringer für Menschen, die sich häufig im gesunden Erwachsenenmodus befinden.

Der Modus des glücklichen Kindes
In diesem Modus sind die Kernbedürfnisse eines Menschen erfüllt, er fühlt sich unbeschwert, sorglos und leicht. Das kann interindividuell ein »alberner«, aber auch ein »versonnener« Zustand sein. In diesem Modus ist ein Mensch mit sich selbst und seinen Gefühlen im Einklang. Häufig steht in diesem Modus, wie bei anderen kindlichen Modi auch, die Gefühlskomponente im Vordergrund.

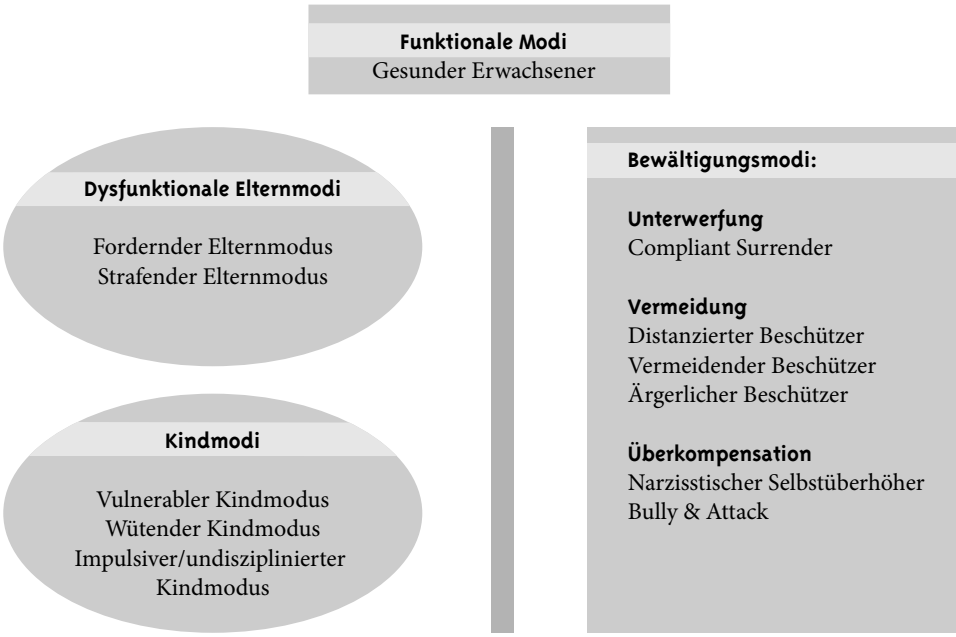

Abbildung 1.1 Übersicht Modus-Modell

Das Schema-Modus-Inventar (SMI) stellt ein in verschiedenen Sprachen gut evaluiertes Messinstrument zur Erfassung der Ausprägung der einzelnen Modi dar. Es handelt sich um einen Fragebogen mit 118 Items (Lobbestael et al., 2010; Reiss et al., 2012). Dieser kurze Fragebogen kann zu Beginn einer Schematherapie hilfreich sein, um einen ersten Eindruck zu den verschiedenen Modi eines Patienten zu erhalten.

1.3 Die vier Interventionsebenen in der Schematherapie

In der Schematherapie werden vier Interventionsebenen unterschieden, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

(1) Eine erste Interventionsebene beinhaltet alle **kognitiven Methoden** wie sie auch in der KVT angewendet werden. Das können in der Schematherapie z. B. die Erarbeitung der Vor- und Nachteile des Beibehaltens eines Bewältigungsmodus oder das gemeinsame Erarbeiten einer Modus- oder Schema-Memo-Karte sein.
(2) Eine zweite Interventionsebene stellen die **behavioralen Methoden** dar, z. B. der Aufbau angenehmer Aktivitäten, Rollenspiele oder das Erlernen von Strategien zur Selbstfürsorge, die z. T. gemeinsam mit dem Patienten durchgeführt werden.
(3) Eine dritte Interventionsebene besteht aus den in der Schematherapie besonders im Vordergrund stehenden **emotionsfokussierten** oder **erlebensbasierten Methoden**. Dies sind z. B. Übungen zum imaginativen Überschreiben oder Stuhldialoge.

(4) Als vierte Interventionsebene wird die **Therapiebeziehung des Limited Reparenting** bezeichnet. In der Therapiebeziehung soll ein Patient korrektive emotionale Erfahrungen machen können. Young (1990) konzeptualisiert Limited Reparenting« als eine Intervention, um frühe Bindungsdefizite, wie sie vor allem Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erfahren haben, zu korrigieren und damit zu »heilen«. Schematherapeutisch erscheint es relevant, dem Patienten auf der einen Seite eine gesunde, respektvolle und gleichberechtigte Beziehung anzubieten und auf der anderen Seite die Erfüllung der Bedürfnisse der Kindmodi im Sinne eines »guten Elternteils« zu unterstützen, also eine heilende therapeutische Beziehung zu den Kindmodi aufzubauen. Hierfür ist es zu Beginn der Therapie oft notwendig, dass der Therapeut modellhaft die kindlichen Kernbedürfnisse erfüllt (z. B. Fürsorge, Begrenzung), so lange der gesunde Erwachsenenmodus des Patienten noch nicht so gestärkt ist, dass dieser Anteil die Funktion selbst übernehmen kann. Das bedeutet, dass der Therapeut in Bezug auf Selbstfürsorge sowie angemessene und adaptive Erfüllung von Bedürfnissen, der Einhaltung seiner Grenzen und dem Vertreten seiner Rechte ein Modell für den Patienten ist. Dies sollte jedoch nur im Rahmen einer professionellen psychotherapeutischen Beziehung mit klar definierten und dem Patienten transparenten Grenzen stattfinden. Wichtig ist, dass ein Patient im Rahmen der Therapiebeziehung des Limited Reparenting eine emotionale Erfahrung machen kann, die seinen früheren Beziehungserfahrungen widerspricht. Indem sich der Therapeut wie ein »guter Elternteil« verhält (z. B. Fertigkeiten und Bedürfniserfüllung modelliert), kann ein Patient lernen, unter Berücksichtigung eigener Bedürfnisse funktionale Beziehungen zu gestalten. Hierbei ist es wichtig, dass sich ein Schematherapeut stets authentisch und im Rahmen seines eigenen gesunden Erwachsenenmodus verhält (z. B. Fürsorge nur im Rahmen eigener Grenzen und Möglichkeiten anzubieten). Darüber hinaus kann eine korrektive emotionale Erfahrung nur dann stattfinden, wenn das beim Patienten nicht oder nicht ausreichend erfüllte Kernbedürfnis oder die nicht erfüllten Kernbedürfnisse zuvor herausgearbeitet werden. Es kann z. B. für einen Patienten, der emotional depriviert und in unsicheren Umgebungsbedingungen aufgewachsen ist (d. h. einen Mangel am Kernbedürfnis Sicherheit/Liebe/Nähe erfahren hat), sehr wichtig sein, dass er durch seinen Therapeuten sehr viel Sicherheit und Fürsorge erhält (etwa durch den Einsatz kurzer E-Mail-Kontakte zwischen den regulären Sitzungen). Für einen anderen Patienten, dessen Kernbedürfnis nach Grenzen nicht oder nicht ausreichend erfüllt worden ist, kann ein solcher E-Mail-Kontakt zwischen den Sitzungen und die sofortige Antwort auf jede Frage eher kontraindiziert sein, da der Patient keine Frustrationstoleranz aufbauen kann und unangemessen forderndes Verhalten verstärken würde.

Die empathische Konfrontation umfasst Elemente aus allen vier Interventionsebenen. Es handelt sich um eine emotionsfokussierte oder erlebensbasierte Methode, in die auch das Limited Reparenting integriert ist, da der Patient im Rahmen dieser Technik korrektive emotionale Beziehungserfahrungen sammeln kann (z. B. indem er spüren kann, wie sein narzisstischer Selbstüberhöhungsmodus auf ein Gegenüber wirkt, aber

er dennoch keine Ablehnung seiner Person als Ganzes erleben muss). Weiterhin spielen, z. B. mit der Pro- und Contra-Auflistung bezüglich der Beibehaltung des Modus kognitive Elemente eine Rolle und in der konkreten Umsetzung der alternativen Verhaltensstrategien wird die behaviorale Ebene integriert.

1.4 Der Verlauf einer Schematherapie

Der Verlauf einer Schematherapie kann in drei Phasen unterteilt werden, die eine individuell sehr unterschiedlich lange Therapiedauer beanspruchen können.

(1) In der ersten Phase, der Bindungsphase, wird Anamnese und Psychoedukation (inklusive der Erarbeitung des Modus-Modells) durchgeführt, es wird versucht, eine therapeutische Bindung aufzubauen und die Therapieziele werden gemeinsam erarbeitet. In der Regel befinden sich Patienten in dieser Phase noch überwiegend in ihren Bewältigungsmodi, sodass die Überwindung dieser (z. B. durch empathische Konfrontation) im Vordergrund steht.
(2) In der zweiten Phase, nach weitgehender Überwindung der Bewältigungsmodi, steht dann die Arbeit an den schmerzhaften Modi im Vordergrund, z. B. Bekämpfen eines strafenden Elternmodus oder Trösten eines vulnerablen Kindmodus. In dieser Phase müssen zum Teil Grenzen gesetzt (z. B. einem wütenden Kindmodus) und Krisen bewältigt werden.
(3) In der dritten Phase stehen die Veränderung der Schemata sowie die Autonomieentwicklung im Vordergrund. Dies beinhaltet eine weitere Stärkung und zur Persönlichkeit des Patienten passende Individualisierung der funktionalen Modi. Wichtig ist gerade in der Schematherapie und in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine sehr langfristige und stufenweise Beendigung der Therapie.

Selbstverständlich stellen diese drei Phasen nur einen »Leitfaden« durch eine Schematherapie dar. Im Therapiealltag kommt es häufig zu Wechseln und »Rückschritten« in vorherige Therapiephasen, z. B. treten Bewältigungsmodi durch Veränderung von Lebensumständen auch in späteren Therapiephasen immer wieder verstärkt auf.

1.5 Die empathische Konfrontation

Die empathische Konfrontation ist eine wichtige Technik im Umgang mit maladaptiven Bewältigungsmodi. Sie kann immer dann eingesetzt werden, wenn sich ein Patient in einem maladaptiven Bewältigungsmodus befindet und sich aus diesem Modus heraus Schwierigkeiten in der Behandlungs- und Veränderungsmotivation sowie Schwierigkeiten im emotionalen Zugang zum Patienten ergeben. Insofern ist die beschriebene Technik sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting sowie im ambulanten und stationären oder teilstationären Kontext hilfreich.

Ziel der empathischen Konfrontation ist die Überwindung eines aktuell vorherrschenden maladaptiven Bewältigungsmodus, in dem ein Patient sich zu einem Zeit-

punkt in der Therapiesituation befindet. Hauptproblem dabei ist, dass ein Patient in einem Bewältigungsmodus seine Probleme nicht emotional verarbeiten kann, d. h., er ist »emotional blockiert«. Er kann zwar dem besprochenen Therapieinhalt folgen, diesen aber nicht so verinnerlichen, dass eine Umsetzung bzw. Verhaltensänderung wahrscheinlich wird. Darüber hinaus können, vor allem in den überkompensierenden Bewältigungsmodi, Rechte und Grenzen des Gegenübers, in der Behandlung also des Therapeuten, verletzt werden.

Der Verlauf einer empathischen Konfrontation

Der Verlauf einer empathischen Konfrontation kann in sechs Unterpunkte aufgeteilt werden, die in dieser Reihenfolge und vollständig abgearbeitet werden sollten, um eine erfolgreiche Intervention durchzuführen (mit Ausnahme von Schritt 1 und 2, die auch umgekehrt eingesetzt werden können). Dabei variiert aber die Dauer der gesamten Intervention sowie auch die Dauer ihrer Unterpunkte, je nachdem, ob sie erstmals oder zum wiederholten Male mit dem Patienten angewendet wird.

(1) Im ersten Schritt sollte der Therapeut den maladaptiven Bewältigungsmodus und das maladaptive Verhalten klar erkennen und benennen. Dabei ist es wichtig, dass der Therapeut zugleich klar und bestimmt, aber auch freundlich zugewandt bleibt.
Konkrete Handlungsvorschläge für Schritt 1:
- Klare und deutliche Sprache sprechen.
- Hilfreiche Sätze des Therapeuten können sein:
  »Ich denke, wenn Sie … (konkretes Verhalten) nicht tun, dann ist das Ihr Modus des vermeidenden Beschützers und nicht Ihr gesunder Erwachsenenmodus.«
  »Auch wenn es sich für Sie gesund und gut anfühlt, fühle ich mich von Ihnen nicht respektvoll behandelt, wenn Sie … (konkretes Verhalten). Ich denke, das ist Ihr ›Dozier-Modus‹ (Selbstüberhöher).«

(2) Im zweiten Schritt steht im Fokus, erneut die Bindung zum Patienten zu stärken. Gleichzeitig sollte der Therapeut seine Absicht erklären. Hierfür sollte er einerseits betonen, wie wichtig ihm der Patient ist und andererseits, dass er ihn durch die Intervention nicht verletzen möchte, sondern er ihn nur so dabei unterstützen kann, die Therapieziele zu erreichen. Hilfreich ist auch, zu betonen, dass der Bewältigungsmodus ja nur EINEN Anteil des Patienten repräsentiert, und dass der Patient andere angenehme Seiten hat.
Konkrete Handlungsvorschläge für Schritt 2:
- Stärken der Beziehung durch Körpersprache: zugewandtes Vorlehnen des Therapeuten im Stuhl, (falls Erlaubnis vom Patienten vorher eingeholt) kurzer Köperkontakt durch das Auflegen der Hand des Therapeuten auf den Oberarm des Patienten, Blickkontakt, freundlich zugewandte Mimik, warme Stimme.
- Hilfreiche Sätze des Therapeuten können sein:
  »Ich möchte das klären, weil Sie mir wichtig sind.«
  »Ich möchte Sie nicht verletzen, indem ich …«, »Ich möchte Ihnen wirklich helfen und dafür muss ich das ansprechen.«