

ZUM EINSATZ VON IMPACT-TECHNIKEN IN DER SCHEMATHERAPIE

RAFFAELLA CALZONI

Psychotherapeutin in freier Praxis, Frankfurt am Main

ZUSAMMENFASSUNG: „Impact-Techniken“ nennt man eine Vielzahl erfahrbarer und einprägsamer Interventionstechniken, um den Patienten Konzepte und Modelle mit Hilfe von Gegenständen, Symbolen und Methaphern „eindrücklich“ (= impact) zu veranschaulichen und sie in ihrem Veränderungsprozess zu unterstützen. In der Schematherapie können diese Techniken sehr gut eingesetzt werden, um das Modusmodell und den Moduswechsel bildhaft zu veranschaulichen und Veränderungsprozesse zu initiieren und zu tiefer zu verankern. Im vorliegenden Artikel wird ein Überblick über das Prinzip und einzelne Techniken gegeben und es werden konkrete Einsatzbeispiele vorgestellt.

SCHLÜSSELWORTE: Impact-Techniken, innerer Kritiker, glückliches Kind, gesunder Erwachsener, Übergangsobjekte, Symbole, Methaphern

IMPACT TECHNIQUES IN SCHEMA THERAPY

ABSTRACT: “Impact techniques” deals with a variety of experiential and appealing intervention techniques to demonstrate concepts and models to the patient and support them during the process of change. In schema therapy, these techniques can be used effectively to illustrate pictorially the mode-model and the mode-change as well as to initiate and deepen change processes. This article describes the principles and some techniques and also provides some examples of their application.

KEYWORDS: impact-techniques, inner critic, happy child, healthy adults, transitional objects, symbols, metaphors

1 IMPACT-TECHNIKEN

Als „Impact“-Techniken werden Techniken und Strategien bezeichnet, die unter Zuhilfenahme von Objekten, Symbolen, Körper, Bewegungen und anderen nicht sprachlichen Mitteln versuchen, Inhalte tiefer als durch rein sprachliche Interventionen erlebbar zu machen und zu verankern, um dadurch den Veränderungsprozess in umfassenderer Weise anzustoßen. Bekannt wurden sie durch Dannie Beaulieu (2007), die sich wiederum auf Ed Jacobs (1994), Milton Erickson und Kollegen (1998), Richard Bandler (2003), Albert Ellis (2003) und Mary und Robert Goulding bezieht (1999). Kennzeichnend für diese Techniken sind deren Eklektizismus und Integrierbarkeit in verschiedene Therapiemodelle. In ihrer Einfachheit zielen diese kreativen Techniken durch das Ansprechen mehrerer Sinneskanäle ganz bewusst darauf ab, einen bleibenden Eindruck („Impact“) zu hinterlassen.

Die Prinzipien auf denen die Impact-Techniken (IT) basieren, kreisen um die Frage, wie man durch die Aktivierung mehrerer Sinneskanäle (d.h. den auditiven, visuellen und haptischen Kanal) eine umfassendere Verankerung des Erlebnisses und eine bessere Erinnerbarkeit erreichen kann. Diese sog. Mnemotechniken sollen dabei zugleich *einfach* als auch *einprägsam* sein.

Ein klassisches Beispiel für eine Impact-Intervention ist das sog. „20 Dollar-Experiment“: Eine Patientin zweifelt an ihrem Wert als Mensch. Sie sei so oft und so lange missbraucht worden, dass sie glaube, sie sei nichts wert. Die Therapeutin holt eine 20 Dollar Note aus ihrem Portemonnaie und fragt „Was ist der Wert dieses Geldscheins?“ Die Patientin antwortet: „20 Dollar“. Die Therapeutin zerknüllt den Schein, wirft ihn auf den Boden und tritt auf ihn. Dann hebt sie

den Schein wieder auf, entfaltet ihn und fragt: „Und jetzt? Was ist der Wert dieses Geldscheines jetzt?“ Dadurch wird die Klientin „erreicht“ und kann ihr Konzept von Selbstwertverlust durch den Missbrauch nachhaltiger in Frage stellen (Beaulieu, 2007).

Das Beispiel zeigt, wie abstrakte Konzepte durch *konkrete Beispiele* erfahrbarer gemacht werden, da das Gehirn sinnlich erfahrene Informationen leichter abspeichert als ausschließlich verbal vermittelte. Die Patientin wird in dem Beispiel mit der Tatsache konfrontiert, dass der Wert des Geldes, den sie anfassen kann, derselbe bleibt, egal wie man mit dem Schein umgegangen ist.

IT (Impact-Techniken) bauen auf *schon bekannten* und neutralen – oder besser noch – positiv bewerteten *Informationen* auf (in diesem Beispiel ein Geldschein) und wirken „entwaffnend“ auf maladaptive Schemata, dysfunktionale Bewertungen und Bewältigungsmodi. Sie erleichtern somit den Übergang in die Perspektive des gesunden Erwachsenen-Modus. Wir bedienen uns dabei möglichst aus der „Datenbank“, d.h. den bereits vorhanden Ressourcen unserer Patienten, um mögliche Widerstände zu umgehen, neue Anker zu setzen und Veränderungsprozesse anzustoßen, die über die Therapiestunde hinaus anhalten und weiter wirken sollen. D.h. wir versuchen Bilder und Handlungen einzusetzen, die zu denen, welche die Patienten kennen und selbst benutzen, passen.

Impact-Techniken arbeiten mit *Überraschungsmomenten*, um die Neugierde der Patienten zu wecken und umfassende Neubewertungsprozesse zu ermöglichen. Durch diese Überraschungsmomente werden die Patienten *emotional aktiviert* und ihr *Interesse* wird geweckt. Unser Gehirn ist so aufgebaut, dass es immer mehr und neu lernen kann und auf unerwartete, positiv überraschende

Ereignisse besonders stark reagiert, da sie das Belohnungssystem aktivieren und so eine Übertragung von Lernerfahrungen in das Langzeitgedächtnis fördern. (Axmacher et al., 2010).

Die Arbeit mit Symbolen, Gegenständen, Metaphern und Humor bringen sowohl für Patienten als auch für die Therapeuten eine spielerische und lustvolle Komponente in die Arbeit, wodurch diese an Leichtigkeit gewinnt. Impact-Techniken erfüllen dabei die Grundbedürfnisse von Lust, Spiel und Spaß, sicherer Bindung und Autonomie. Außerdem locken sie den glücklichen Kindmodus hervor. Diese Stimmungswechsel helfen, Patienten aus dem Modus eines distanzierten Beschützers heraus.

Die eingesetzten Symbole, Metaphern und Gegenstände ermöglichen eine konstante *Wiederholung*: Wenn in der Therapie oder in ihrem Alltag die Patienten wieder mit demselben Thema konfrontiert sind (im obigen Beispiel Selbstwert), ist es durch die schnelle Verknüpfung mit dem abgespeicherten Symbol (Geld in diesem Fall) einfacher und entsprechend öfter möglich, eine hilfreiche Alternativperspektive einzunehmen. Hinzu kommt, dass die Patienten jedes Mal, wenn sie in Berührung mit dem vertrauten Gegenstand (einem Geldschein) kommen, an den besprochenen Inhalt erinnert werden. Durch diese ständige Wiederholung wird der Lern- und Veränderungsprozess unterstützt.

2 IMPACT-TECHNIKEN IN DER SCHEMATHERAPIE

Der Einsatz von Symbolen, Gegenständen und Medien hat in der Schematherapie von Anfang an eine Rolle gespielt, z.B. in Form von Übergangsobjekten (Roediger, 2011; Young 2005), Audio-

Flashcards (Behary, 2012) oder Gegenständen wie Fleecebänder, Luftballons, Wollknäuel (Farrell & Shaw, 2013) und Playmobilfiguren (Jacob & Arntz, 2011), ohne dass sie als spezielle Gruppe von Interventionstechniken bisher benannt wurden. Macht man sich den besonderen Stellenwert und die Funktionsweise von Impact-Techniken einmal klar, dann wird ihr Einsatzspektrum in der Schematherapie sehr breit. Mein Anliegen in diesem Artikel ist nicht ihrer Breite und Vielfältigkeit darzustellen oder sie zu systematisieren, sondern die Möglichkeiten ihrer Anwendungen in verschiedenen Therapiephasen und den konkreten Einsatz zu skizzieren, ihr Wirkpotential zu zeigen und Beispiele mit eigenen Ideen und Erfahrungen anzubieten. Des Weiteren möchte ich einen bewussteren, gezielten Einsatz und Austausch in der Arbeit mit Symbolen in der Schematherapie anregen.

2.1 SYMBOLE UND KÖRPER IN DER PSYCHOEDUKATION: EIN ERKLÄRUNGSMODELL

Im Erklärungsmodell, in der Psychoedukation, Fallkonzeption und der Festlegung der Therapieziele können Symbole eingesetzt werden, um die Patienten in der Erfassung des Konzeptes der Schemata und Modi, des eigenen Modusmodells und der eigenen Therapieziele zu unterstützen. Die Veranschaulichung von Klaus Grawe (zitiert nach Roediger, 2011) bezüglich der Funktion von Schemata als Lichterkette an einem Weihnachtsbaum verdeutlicht das: Die Lichterkette kann eine Zeitlang ausgeschaltet sein und wenn sie irgendwann angeht, leuchtet sie in verschiedenen Farben und Mustern (Modi).

Bei der Erklärung und Erstellung eines Modusmodells können Modi durch Symbole erklärt, gezeigt und in Raum aufgestellt werden. In der Psychoedukation werden dabei zuerst allgemein der Charakter und die Funktion von Modi erklärt und dargestellt; Anschließend werden die einzelnen Modi zusammen mit den Patienten als ihr Modusmodell aufgestellt: Der *Kritiker und Antreiber* kann z.B. mit einer alten Schallplatte symbolisiert werden, die auf den Stuhl des Kritikers gestellt wird.

T.: „Der Kritiker ist wie eine alte Schallplatte mit schlechter Musik (die Therapeutin nimmt dazu eine alte Schallplatte in die Hand), die immer wieder angeht. So, als ob ein lästiger Nachbar Jürgen Drews oder Albano und Romina Power hört. Oder welche Musik mögen Sie überhaupt nicht? Diese Schallplatte wurde irgendwann in Ihr Gehirn eingebrannt und deswegen geht sie immer wieder einfach an. Das können wir nicht verhindern, so funktioniert eben das Gehirn. Es ist wie Zimt riechen und an Weihnachten denken. Es passiert einfach und wir können diese Schallplatte nicht aus dem Gehirn herauslöschen. Aber wir können lernen, damit umzugehen. Wie Lieder auf einer Schallplatte sind es am Ende immer dieselben Sätze die wir in unserem Kopf hören, z.B. ‚Du bist blöd‘, ‚Du bist falsch‘, ‚Stell dich nicht so an‘ ... Manchmal bleibt die Platte auch einfach hängen. Was sind die Lieder Ihrer Schallplatte?“

Die Therapeutin erkundet mit dem Patienten, welche die „lästigen Lieder“ in seinem Kopf sind und eventuell von wem sie eingebrannt wurden. Danach legt die Therapeutin die Platte auf den Kritiker-Stuhl und kann dabei parallel immer wieder auf ein Gehirn (Abbildung oder Modell) zeigen. Das Beispiel mit der Schallplatte hilft, die immer wiederkehrende Qualität der Antreiber- und

Kritikermodi auf einer erlebbaren Metaebene zu akzeptieren und einzuordnen: Sie können immer wieder kommen, weil sie eben im Gehirn eingebrannt sind. Sie verlieren jedoch an Bedrohlichkeit. Die Einsicht, dass es sich am Ende um dieselben Lieder handelt, entzieht diesen ihre Macht und baut auf schon vorhandenen Ressourcen des Umgangs mit unangenehmen Dingen, die man nicht ändern kann, auf: Jeder von uns hat die Erfahrung gemacht, dass unangenehme Musik (z.B. von Nachbarn) gespielt wird und hat Strategien entwickelt, damit umzugehen. Elemente der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie (Hayes, 1999; Heidenreich et al., 2007; Roediger, 2012), welche die Patienten grundsätzlich in ihrer Akzeptanz- und Desidentifikationsfähigkeit unterstützen, sind hier erkennbar. Außerdem macht die Möglichkeit, die Schallplatte konkret anfassen zu können erlebbar, wie unlebendig, in sich eingekapselt und steif diese Schallplatte ist. Die Seite des Inneren Kritikers wird auf einen Gegenstand reduziert, von dem sich die Patienten leichter distanzieren können.

Das *Verletzbare Kind* wird anschließend vorgestellt und wird z.B. durch einen wertvollen Kompass symbolisiert. Durch diesen können wir an die verletzten Grundbedürfnisse herankommen. Denn durch unangenehme, schmerzhaft gefühlte Gefühle können wir erkennen, was wir wirklich brauchen: Hunger ist eine unangenehme Empfindung, die uns zeigt, dass wir Nahrung brauchen; ohne Hunger würden wir verhungern. Das Erleben des verletzbaren Kindmodus führt uns zu den basalen emotionalen Bedürfnissen nach Bindung und Selbstbehauptung, die wir heute – anders als damals, da wir als Erwachsene über viele Ressourcen verfügen und nicht mehr auf die Umwelt von damals angewiesen sind, – auf eine adäquate und flexible Art auch besser befriedigen können. Therapeutin: „Und für

das Kind nehmen wir diesen schönen Kompass aus Messing. Wissen Sie, warum? Durch das Spüren, was das Kind fühlt und was es braucht, können wir erkennen, wo wir sind, was wir brauchen und wohin die Reise geht“.

Um *dysfunktionale Bewältigungsmodi* zu erklären finde ich es dagegen hilfreich, ein altes, kaputtes Navigationsgerät einzusetzen, das immer wieder automatisch dieselben Anweisungen gibt, ohne zu erkennen, wo wir sind und wohin wir gehen wollen. Therapeutin: „Es ist kaputt und gibt automatisch immer wieder dieselben Anweisungen ‚Bitte demnächst nach rechts abbiegen‘ oder in Ihrem Fall ‚Nichts spüren‘, ‚Alles perfekt machen‘, ‚Alles kontrollieren‘. Wenn Sie stets diesen Anweisungen folgen, können Sie schwer Ihre Ziele erreichen und verfahren sich oder drehen sich im Kreis.“ Die Therapeutin nimmt das alte Navi und legt es auf einen Stuhl, der für diesen dysfunktionalen Bewältigungsmodus steht.

Die Symbole für die einzelnen dysfunktionalen Bewältigungsmodi werden von den Patienten aus verschiedenen Gegenständen ausgesucht, z.B. Playmobil- oder Plüsch-Figuren, ein Feuerlöscher, ein Hamster im Rad, eine Schnecke, ein Drache etc. (s. Tabelle 1). Die Therapie-

tin hält zu diesem Zweck einen Fundus von verschiedenen Gegenständen bereit. Hierbei ist wichtig, dass die Patienten selbstständig das Symbol aussuchen, als Veranschaulichung der Bedeutung und der Funktion, die bestimmte dysfunktionale Bewältigungsmodi für die Patienten haben. Nachdem wir die Modi in ihrer Funktion vorgestellt haben, erstellen wir mit den Patienten gemeinsam ein individuelles *Modusmodell*, indem wir die Symbole für das Kind, den Elternmodus, den gesunden Erwachsenenmodus (der vom Stuhl des Patienten symbolisiert wird) und die verschiedenen dysfunktionalen Bewältigungsmodi auf verschiedene Stühle im Raum setzen. Die Patienten entscheiden, wo im Raum (symbolisch) die verschiedenen Modi sitzen und wie sie aufgestellt sind. Diese Aufstellung der verschiedenen Modi wird fotografiert. Zur besseren Erinnerung der Modusaufstellung wird gemeinsam stehend (= aktiviert den Modus des gesunden Erwachsenen) (Roediger, 2011) geschaut, was diese bedeutet und welche Konsequenzen, Vor- und Nachteile diese Aufstellung hat. „Wie fühlt es sich für das Kind an, welche Konsequenzen haben diese Modi und diese Aufstellung für das Leben des oder der Patientin?“

Tabelle 1: *Beispiele für Modi und ihre Symbole*

Modi	Symbole
Verletzbares Kind	Kompass
Dysfunktionale Elternmodi	Schallplatte, CD-ROM, DVD mit Horrorfilm
Dysfunktionale Bewältigungsmodi	Kaputtes Navigationsgerät
Beispiele zur Auswahl für die Patienten als Symbol für einzelne Bewältigungsmodi	Pokal, Medaille, Superman-Figur, schwarze Ente, Diva-Ente, kleine Schnecke, Maske, Schutzschild, Hamster im Rad, Fingerfalle, Schokolade, kleines Desinfektionsspray, Schlange, Eimer, Clown, Ritter, Krieger, Eierwärmer, Playmobilfiguren, kleines Rennauto, Plüschdrache, kleine Spiegel

Die Patienten werden eingeladen, sich zwischen den Modi im Raum zu bewegen und zu schauen, wie sie sich dabei fühlen. Oft können sie dadurch erkennen, wie einengend die aktuelle Modi-Konstellation ist. Dementsprechend wird zusammen entschieden (wie von zwei Innenarchitekten), wie die verschiedenen Modi anders aufgestellt werden könnten oder sollten, damit die Patienten ihr Leben in authentischen Zügen leben können und wie die Therapie sie dabei unterstützen kann. Neue Aufstellungen werden ausprobiert und umgesetzt (Kritiker werden hinausgestellt, dysfunktionale Bewältigungsmodi bekommen weniger Raum, das Kind und der Gesunde Erwachsene bekommen eine zentrale und freie Position). Immer wieder wird aus verschiedenen Perspektiven geschaut, wie es sich anfühlt: Die Patienten können dabei erkennen, wie wichtig es ist, dass sie als Gesunde Erwachsene Subjekt sind und die Macht des Wahrnehmens, Entscheidens und Handelns immer wieder neu erleben. Der Therapieraum wird zur Bühne, zum Symbol des Lebensraums der Patienten und die Therapieziele werden plastischer und spürbarer.

Diese Art zu arbeiten und auf das Modell zu schauen kann im Laufe der Therapie immer wieder – z.B. im Sinne einer Zwischenbilanz – eingesetzt werden. Oft ergeben sich dabei auch bedeutsame Hinweise für die therapeutische Beziehung: Es ist z.B. interessant, wo die Patienten den Therapeutenstuhl in der Aufstellung zwischen die eigenen Modi platzieren. Diese Aufstellungen geschehen in einer spielerischen und gleichzeitig wertschätzenden Art, die mit Leichtigkeit einen Überblick über und eine Distanz zu den Modi ermöglicht, während beide auf einer gemeinsamen Beobachterebene arbeiten wie in einem „reflecting team“ (Anderson, 1990). Der innere Kritiker verliert an Bedrohlichkeit und wird in seiner

Natur als unlebendiges, dysfunktionales Normativum „entlarvt“. Das Kind wird in seiner Bedeutung aufgewertet und die Verbindung zu ihm bekommt durch eine entsprechende Anordnung der Stühle eine zentrale Position. Gleichzeitig wird die Funktion des gesunden Erwachsenenmodus implizit aufgebaut; seine Rolle und Funktion von Wahrnehmen und Spüren (er schaut über die Modi und nimmt die Verbindungen zwischen den Modi wahr, welchen Raum sie im Moment haben und was dieser Raum für Konsequenzen hat), Entscheiden (er entscheidet über die Symbole) und Handeln (er ist derjenige, der aufsteht, sich bewegt, die Modi umpositioniert und sich Freiraum schafft) gestärkt. Durch den Einsatz und das Spüren des Körpers erleben sich die Patienten als „Autor“, d.h. als ein handelndes, bedeutungsgebendes und entscheidendes Subjekt (sog. Subjektkonstituierung) (Hoffmann & Hofman, 2008).

Handyfotos vorher und nachher sind gute Anker im Therapieverlauf. Sie können immer wieder (auch gemeinsam) als nonverbales Modusmodell angeschaut werden.

Bei traumatisierten Patientinnen und Patienten bietet der Einsatz von Symbolen eine sehr gute Möglichkeit, die Emotionen so zu regulieren, dass die Patienten sich immer mehr an ihre eigenen Kind- und Elternmodi trauen und sich Schritt für Schritt nähern können. Da die Symbole an sich neutrale Gegenstände sind, lässt der Widerstand oft nach, sich damit auseinanderzusetzen und die Modi verlieren z.T. ihre Bedrohlichkeit. Umgekehrt hilft der Einsatz von Symbolen bei rationalisierenden Patienten, diese in ein tieferes Erleben zu locken, da sie ein derartiges Arbeiten nicht gewohnt sind und keine „fertigen Antworten“ für die Interventionen der Therapeuten haben. Der spielerischen Atmosphäre können auch sie sich nicht so leicht entziehen.

2.2 IMPACT-TECHNIKEN IM VERÄNDERUNGSPROZESS

Im weiteren Veränderungsprozess und beim Aufbau des gesunden Erwachsenenmodus können IT eingesetzt werden, indem die Patienten üben, mit den verschiedenen Anteilen umzugehen. Die dysfunktionalen Anteile werden als Objektsymbolisiert und dadurch externalisiert (s. Beispiel oben). Ihnen gegenüber können die Patienten als neu entscheidendes Subjekt Stellung beziehen und handeln. So wird z.B. eine CD mit den Sätzen des Kritikers beschriftet und die Patienten im Modus des gesunden Erwachsenen entscheiden, was sie damit machen: Von sich weglegen, wegwerfen, mit den Händen zerbrechen oder in den Aktenvernichter geben und einen Teil dann als Trophäe für die Entmachtung mitnehmen. Natürlich können die Sätze auf dieser CD immer wieder kommen, aber die Patienten nehmen sich als Gesunde Erwachsene die Macht, damit anders umzugehen. Die sehr gute Handhabbarkeit einer CD bietet verschiedene Vorteile und kann die klassische Stuhlarbeit unterstützen: Wenn z.B. die Patienten den Kritiker noch als Teil von sich spüren und deswegen meinen, sich davon nicht distanzieren zu können, kann die Therapeutin den Patienten eine CD geben und fragen, wo genau sie den Kritiker im Körper spüren und genau an diese Körperstelle die CD platzieren (z.B. an der Stirn). Dann werden die Patienten gebeten, langsam die CD vom Körper zu entfernen, um sich genau anzuschauen und zu spüren, wie es sich anfühlt, was mit ihrer Wahrnehmung passiert und dann die CD auf den Kritiker-Stuhl hinzustellen, wo sie hingehört.

Im Folgenden möchte ich ein entsprechendes Beispiel zum Einsatz einer Impact-Technik in der Arbeit mit dem Inneren Kritiker aufzeigen. Um es plastisch darzustellen, verwende ich ein Transkript einer Therapiestunde. In der Therapie mit diesem Patienten wurde schon häufiger mit dem Inneren Kritiker gearbeitet, der aber immer noch Macht hat. Seine Sätze sind bereits identifiziert worden und der Patient kann sich kognitiv distanzieren. Dennoch wirken sie weiterhin „bedrohlich“. Der Patient, der eine sehr starke perfektionistische und rationalisierende Seite hat, ist frustriert und fühlt sich hilflos. Er kippt immer wieder in einen resignierten Modus und sagt: „Es hat keinen Sinn“. In diesem Beispiel wurde eine konkrete Situation analysiert. Die Stühle des Kindes und der Inneren Kritiker sind schon aufgestellt und der Patient fühlt sich gegenüber den Kritikern hilflos, auch wenn er kognitiv erkennt, wie sinnlos und dysfunktional sie sind.

Material

- *Verschiedene Stempel, z.B. mit den Worten „Falsch“, „Blödsinn“, „Gift“, „Müll“, „Unsinn“ etc. in großer Schrift mit Umrandung (solche Stempel können problemlos in jedem entsprechenden Geschäft angefertigt werden),*
- *DIN-A4-Blätter,*
- *ein Aufnahmegerät (z.B. Handy des Patienten).*

T. (setzt sich neben den P.): „Heute möchte ich mit Ihnen etwas ausprobieren, ist das für Sie in Ordnung?“

P. nickt.

T.: „Ich möchte zuerst, dass Sie hier auf diesem Blatt (DIN-A4-Blatt im Querformat, mit einer Linie geteilt) die giftigsten Sätze der Kritiker aufschreiben.“

P. folgt der Bitte.

T.: „Was steht da?“

P.: „Mhm wie immer: ‚Du bist falsch! Du bist lächerlich! Stell dich nicht so an!‘“

T.: „Wie ist es für Sie, diese Sätze schwarz auf weiß zu lesen?“

P.: „Na ja, geht so. Ich weiß, dass sie falsch sind, aber sie fühlen sich richtig an und tun weh...“

(P. schaut nach unten).

T.: „Sie schauen gerade nach unten...“

P.: „Ja, es ist mir unangenehm. Wir haben schon oft mit Stühlen gearbeitet, aber mein Kritiker ist so heftig!“

T.: „Wissen Sie, Ihr innerer Bewerter ist ständig dabei, Sie und das Kind zu bewerten und abzustempeln. Heute machen wir etwas anderes: Drehen wir den Spieß um! Wir stempeln ihn ab!“ (Hier wird gezielt mit etwas Humor/Leichtigkeit der Spieß umgedreht und der Kritiker wird bewertet und im wörtlichen Sinne abgestempelt.)

P. scheint irritiert, T. macht weiter und holt ein Körbchen voller Stempel.

T. wühlt in dem Korb und nimmt ein paar Stempel in die Hand.

T.: „Ich habe mir einige Stempel anfertigen lassen. Welchen wollen Sie? Ich habe ‚Falsch‘, ‚Blödsinn‘, ‚Gift‘, ‚Müll‘, ‚Unsinn‘... Mhhh ... einen ‚Stinkefinger‘ habe ich auch.“

P. schaut überrascht. (Überraschungsmomente sind ein zentrales Element beim Einsatz von IT im therapeutischen Prozess. Erst durch die Irritation wird Interesse geweckt).

T.: „Welchen möchten Sie haben?“

P. überlegt, ist noch etwas perplex.

P.: „Mhhh ... erst einmal ‚Blödsinn‘.“

T.: „O.K., hier ist er. Stempeln Sie genau auf einen der Sätze! So, dass er überdeckt wird.“

P. tut es etwas misstrauisch. Beim Anheben des Stempels, beim Sehen des abgestempelten Satzes fängt er an zu schmunzeln, wirkt dabei auch wacher (dadurch wird die durch die Irri-

tation entstandene Spannung wieder reduziert).

T.: „Ja, genau so! Sie lachen... Was ist gerade passiert?“

P.: „Der Satz ist nicht mehr bedrohlich!“

T.: „Ja! Das ist sehr wichtig! Es ist wichtig, dass wir uns als Gesunde Erwachsene die Macht zugestehen, die Sachen zu benennen wie sie sind. Und was Blödsinn ist, das dürfen wir ruhig als Blödsinn benennen und abstempeln!“

P. lacht, wirkt aufgelöst. „Jetzt möchte ich... Was haben Sie noch?“

P. nimmt den Korb und fängt an zu suchen (wie ein Kind im Sandkasten) „Jetzt nehme ich ... ‚Müll‘... Ach, Sie haben tatsächlich auch einen ‚Stinkefinger‘! Das will ich auch ausprobieren.“ (Humor und Leichtigkeit bekommen Raum im Veränderungsprozess; der Kritiker hat durch die Entfremdung seine Bedrohlichkeit verloren, das Glückliche Kind und der Gesunde Erwachsene erhalten immer mehr Raum.)

P. setzt weitere Stempel ein, es geht ihm sichtlich besser. Er sucht sich selbstständig einen weiteren Stempel heraus, um auch den dritten Satz abzustempeln.

T.: „Und? Wie ist es jetzt für Sie?“

P.: „Gut! Die Sätze sind nicht mehr bedrohlich! Woher haben Sie diese tollen Stempel?“

T.: „Habe ich einfach anfertigen lassen. Die Idee ist mir einmal gekommen, als mein Kritiker mich richtig genervt hat, und ich gemerkt habe, wie gerne ich meinen eigenen Kritiker abstempeln würde.“ (T. entscheidet sich dazu, eine Selbstoffenbarung zu machen, da der P. ein Isolationsschema hat und sich sehr schämt für die Heftigkeit seines eigenen Kritikers!)

T.: „Vielleicht können Sie sich auch welche machen lassen?!“

P.: „Ja! Das ist eine gute Idee!“

T.: „Was möchten Sie darauf stehen haben?“



Abbildung 1:
Ein Beispiel für den
Einsatz von Stempeln
zur Neubewertung

P.: „Blödsinn‘ auf jeden Fall. Mhhh ... vielleicht ‚Lächerlich‘... Das haben Sie nicht, oder?“

T.: „Nein, ‚Lächerlich‘ habe ich nicht, aber das ist ein sehr guter Vorschlag!“

P. schaut auf das Blatt. „Und was kommt hinter diese Linie?“

T.: „Ja, da ist Raum für die Sätze, die Sie damals als Kind gebraucht hätten und die nicht gesagt wurden. Schauen wir mal... Sie haben eine Tochter, richtig? Was würden Sie ihr sagen, falls jemandem ihr so was sagen würde wie ‚Du bist falsch‘, ‚Du bist lächerlich‘ oder ‚Stell dich nicht so an!‘?“

P.: „Mhhh... Ich würde ihr sagen...“ (P. überlegt.) „Ich mag dich, wie du bist. Es ist einfach schön, wie du bist!“ „Zeige dich ruhig so wie du bist“ „Ich mag deine Gedanken und deine Gefühle“.

T.: „Können Sie diese Sätze hinter die Linie für den kleinen Paul schreiben?“

P. tut es.

T.: „Gut, wie ist es für Sie, diese Sätze zu lesen?“

P.: „Mhhh... Es ist traurig.“

T.: „Was ist traurig?“

P.: „Ich habe sie niemals gehört.“

T.: „Ja klar, das sind genau die Sätze, die Sie hätten hören sollen ... und es ist

sehr traurig, dass es niemanden gab, der sie gesagt hat. Und ich denke, es ist wichtig, dass Sie sie hören, dass der kleine Paul sie jetzt hört. Könnten Sie sich vielleicht auf den Stuhl des kleinen Paul setzen und die Augen schließen?“

P. tut das und setzt sich auf den Kinderstuhl.

T.: „Gut und jetzt sind Sie der kleine Paul. Wenn sie möchten, können Sie die Augen schließen, ja genau.“ (P. schließt die Augen und atmet tief) „Paul, diese Sätze sind für dich: ‚Ich mag dich wie du bist, es ist einfach schön, wie du bist!‘ ‚Zeige dich! Ich mag dich, wie du bist.‘ ‚Ich mag deine Gedanken und deine Gefühle.‘“ (T. liest die Sätze langsam und mit einer warmen Stimme vor und wiederholt sie. Der P. weint leise.) „O.K., Herr M., wenn Sie mögen, können Sie die Augen nun öffnen.“ (P. öffnet die Augen und ist sichtlich sehr berührt.)

T.: „Was ist passiert?“

P.: „Es war sehr schön, diese Sätze zu hören.“

T.: „Möchtest du sie wieder hören?“

P.: „Ja, noch ein Mal.“ T. liest die Sätze erneut vor, der P. weint leise beim Hören.

T.: „O.K., setzen Sie sich auf den Stuhl des Gesunden Erwachsenen!“

P. setzt sich um.

T.: „Was ist eben passiert?“

P.: „Es war sehr schön, diese Sätze zu hören. Und es ist traurig, dass ich sie als Kind nie gehört habe. Es hat mich sehr berührt.“

T.: „Ja, das ist traurig, sehr traurig, und ist gut, dass Sie diese Traurigkeit zulassen. Wenn Sie möchten, können wir aber dafür sorgen, dass der kleine Paul diese Sätze jetzt hören kann. Wäre es für Sie O.K., wenn ich für den kleinen Paul diese Sätze als Audiobotschaft auf Ihrem Handy hinterlasse?“

P.: „Das wäre super!“ (Nimmt das Handy und gibt es dem T.)

T. startet die Audioaufnahme und spricht mit freundlicher und warmer Stimme; hält dabei Augenkontakt mit dem P. im Erwachsenenmodus.

T.: „Hallo kleiner Paul, diese Sätze sind für dich: Ich mag dich, wie du bist. Es ist einfach schön, wie du bist! Zeige dich! Ich mag dich, wie du bist. Ich mag deine Gedanken und deine Gefühle. Es ist schön, dass dich gibt!“

T. beendet die Aufnahme.

P. lächelt und ist berührt. „Das ist schön... Ich weiß nicht warum, aber es fühlt sich gut an, dass ich diese Sätze hören kann. Und ich freue mich, sie auch zuhause hören zu können.“

T.: „Wissen Sie, damals haben Ihre Eltern den kleinen Paul kaum gesehen und wahrgenommen... Nur seine Leistung. Natürlich sind diese Sätze gut und sehr wichtig.“

Die hier beschriebene Szene zeigt, wie Impact-Techniken eingesetzt werden können, um festgefahrene Situationen zu lockern und das Zurückfallen in alte dysfunktionale Bewältigungsmodi zu erschweren. Gerade die Leichtigkeit und die gleichzeitige Klarheit dieser Art, mit

den Modi zu arbeiten, wird von vielen Patienten als hilfreich empfunden und gibt ihnen Raum für den Aufbau des gesunden Erwachsenenmodus und das Erleben des glücklichen Kindmodus und seiner Bedürfnisse. Durch das flexible Wechseln zwischen den Modus des gesunden Erwachsenen und des glücklichen Kindes entsteht ein beobachtbarer Flow. Die Patienten lernen, sich mit Klarheit und Gelassenheit mit dem Leben und sich selbst auseinanderzusetzen.

Bei der Generalisierung im Alltag des Veränderungsprozesses können die Impact-Techniken einen guten Anker bieten, um den Alltag mit dem Geschehen aus dem Therapieraum zu „infizieren“. Fotos von der Aufstellungen, schriftliche oder Audio-Memos, Figuren und/ oder eigene Stempel, die immer wieder eingesetzt werden können, spielen eine wichtige und potente Rolle im Generalisierungsprozess in den Alltag. Die Patienten berichten oft, dass nicht nur das Einsetzen von solchen Hilfsmitteln und Übergangsobjekten, sondern auch das reine Erinnern an die Vorgehensweise zu einem späteren Zeitpunkt einen Veränderungsprozess bewirken und das Aussteigen aus dysfunktionalen Modi fördern. „Und dann habe ich an den Stempel gedacht und ich musste einfach schmunzeln. Der Kritiker hat keine Macht mehr ... ist zerbröselte...“

3

FAZIT

Der Einsatz von Symbolen, Metaphern und Übergangsobjekten in der Schematherapie bietet eine gute Ergänzung bzw. Alternative zum überwiegend sprachlichen Vorgehen im Erklärungsmodell, in der Psychoedukation und im Veränderungsprozess, aber auch im Umgang mit schwierigen Situationen. Impact-Techni-

ken können mit etwas Übung intuitiv und spontan eingesetzt werden. Durch ihre Einfachheit und durch die Aktivierung von mehreren Sinneskanälen werden gleichzeitig mehrere Hirnareale angesprochen und eine umfassende Verarbeitung und Integration gefördert. Mit diesem Artikel möchte ich einen Austausch, eine Vertiefung und eventuell konkretere Untersuchungen zum Einsatz von IT in der Schematherapie anstoßen.

LITERATUR

- Anderson, T. (1990). The reflecting team: Dialogue and metadiologue in clinical work. *Family Process*, 26 (4), 415-428.
- Axmacher, N., Cohen, M. X., Fell, J. et al. (2010). Intracranial EEG correlates of expectancy and memory formation in the human hippocampus and nucleus accumbens. *Neuron* 65, 541-549.
- Bandler, R. (2003). *Kommunikation und Veränderung*. Paderborn: Junfermann.
- Beaulieu, D. (2007). *Impact-Techniken für die Psychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Behary, W. (2012). Schema Therapy for narcissism – A case study. In: van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (Eds), *Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice* (pp. 81-90). New York: Wiley.
- Ellis A. (2003). *Training der Gefühle in der Partnerschaft*. München: MVG.
- Erickson, M. H., Rossi E. L., Rossi S. L. (1998). *Hypnose – Induktion, psychotherapeutische Anwendung, Beispiele*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Farrell, J. & Shaw, I. (2013). *Schematherapie in Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- Goulding, M. & Goulding R. L. (1999). *Neuentscheidung – Ein Modell der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behaviour Change*. New York: Guilford.
- Heidenreich, T., Michalak, J., Eifert, G. (2007). Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie und Psychologische Medizin*, 57, 475-486.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Expositionen bei Ängsten und Zwängen – Praxishandbuch*. 2. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Jacobs E. (1994). *Impact Therapy*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie – Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung*. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. (2012). Why are mindfulness and acceptance central elements for therapeutic change? An integrative perspective. In: van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (Eds), *Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice* (pp. 239-248). New York: Wiley.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



RAFFAELLA CALZONI
 PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTIN
 D-60313 FRANKFURT AM MAIN
 E-MAIL: info@psychotherapie-calzoni.de